No. Attribué par la bibliothèque

__.__.__.__.__.__.__.__.__.__

UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ
ED LETS 038
EA3188

THÈSE DE DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE

LA PARENTALITÉ CHEZ LA FEMME EN GROSSESSE ET SÉROPOSITIVE EN PTME À LIBREVILLE :

APPROCHES CLINIQUE ET ANTHROPOLOGIQUE

Présentée et soutenue publiquement le 13 décembre 2016 par :

Annicet Emmanuel MEGNE ME NDONG

Directeur de Thèse : **Pr Houari MAÏDI**

Jury :

Pr Mareike WOLF FEDIDA, Université Paris 7 Diderot (Présidente)
Pr Ouriel ROSENBLUM, Université Paris 7 Diderot (Rapporteur)
Pr Samuel MBADINGA, Université Omar BONGO Libreville (Rapporteur)
Pr Houari MAÏDI, Université Bourgogne Franche-Comté (Membre du jury)

UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ
ED LETS 038
EA3188

THÈSE DE DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE

LA PARENTALITÉ CHEZ LA FEMME EN GROSSESSE ET SÉROPOSITIVE GABONAISE EN PTME À LIBREVILLE : APPROCHE CLINIQUE ET ANTHROPOLOGIQUE

Présentée et soutenue publiquement le 13 décembre 2016 par :

Annicet Emmanuel MEGNE ME NDONG

Directeur de Thèse : **Pr Houari MAÏDI**

Jury :

Pr Mareike WOLF FEDIDA, Université Paris 7 Diderot (Présidente)

Pr Ouriel ROSENBLUM, Université Paris 7 Diderot (Rapporteur)

Pr Samuel MBADINGA, Université Omar BONGO Libreville (Rapporteur)

Pr Houari MAÏDI, Université Bourgogne Franche-Comté (Membre du jury)

DÉDICACES

Mon père Léon ONDO

Ma mère Agathe EYUMANE

REMERCIEMENTS

Je remercie mon directeur de thèse, le Pr Houari MAÏDI, pour l'encadrement, les encouragements et le soutien. Je n'oublierai jamais nos échanges, votre humilité et votre sens de l'ouverture. Notre collaboration a été très enrichissante.

Je remercie les professeurs qui constituent ce jury de soutenance. La Pr Mareike WOLF FEDIDA (Présidente du jury) ; le Pr Ouriel ROSENBLUM (Rapporteur) ; le Pr Samuel MBADINGA (rapporteur) et le Pr. Houari MAÏDI (membre du jury).

Je remercie toutes les participantes à ce travail de recherche. Dans l'incertitude, la peur, et parfois contre l'avis des parents, elles ont fait le choix de me rencontrer, de raconter leur souffrance, leur espérance, leur rêve. Sans elles, ce travail serait resté au stade de projet.

Je remercie le médecin chef du CTA du CHUL de Libreville, l'équipe de psychologues dirigée par Mme Isabelle BONGO et les assistantes sociales de cette structure sanitaire.

Mes remerciements vont aussi, à l'endroit des médiatrices des SMI de London et d'Okala pour l'accueil dans ces différentes unités de soins et d'accompagnement. L'aide et les informations mises à ma disposition ont été d'une grande importance pour l'aboutissement de cette étude.

La réalisation d'un travail de cette envergure nécessite soutien, encouragements et présence bienveillante. Merci à Jacqueline BEKA ma compagne. Merci à mes compagnons de chaque jour : Abbé Olivier ENGONE ; Axel James NGUÉMA, Alain MVÉ ; Arsène ABOGHE ; Igor MINKO ; Kevin ÉDZANG ; Marielle AVOMO ; Natacha OVANDANG, Rémy ÉBANEGA ; Toussaint ELLA ; Will's MORO.

Merci enfin à mes aîné(e)s Christian ÉBANE ; Christian MBOULOU et son épouse Irène ; Clotaire NGUÉMA ; Martin ESSANGUI ; Gatien NKOGHE ; Jean Noël ABESSOLO ; Fabiola ANDEME et son époux Baudouin ALLOUMBA ; Martin NDONG ; Raymond NGAMA ; Sidonie ZANG ; Innocent OVONO ; Stella OKOME ; Virginie ANDEME et son époux Parfait NDONG pour les encouragements, le soutien financier et matériel.

Table des matières

DÉDICACES 5
REMERCIEMENTS 6
MOTS CLES : 12
PARENTALITÉ, FEMME, GROSSESSE, VIH/SIDA, ENFANT 12
ABSTRACT 13
ABRÉVIATIONS ET SIGLES 14
TABLEAUX 16
LOGO ET PHOTOS 16
INTRODUCTION GÉNÉRALE 18
- Problématique 21
- Question de recherche et hypothèses 23
- Hypothèse générale 23
- Hypothèses spécifiques 24
- Objectifs et but de la recherche 24
- Objectif général 25
- Objectifs spécifiques 25
- Intérêt de la recherche : 25
- Annonce du plan 26

PREMIÈRE PARTIE : 28
ÉPIDÉMIOLOGIE VIH/SIDA 28
ET 28
DONNÉES THÉORIQUES 28
CHAPITRE1 : GÉNÉRALITÉS ET ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH/SIDA 29
1.1 Brève historique de la découverte du VIH/SIDA 29
1.2 Définition et spécificités du VIH/SIDA 30
1.3 Le point sur l'épidémie 32
1.3.1 Une épidémie qui sévit particulièrement en Afrique 34
1.3.2 Données épidémiologiques du VIH/SIDA au Gabon 34
1.4 Maternité et VIH/SIDA 37
1.4.1 Désir de procréer de la femme séropositive 37

1.4.2 VIH, maternité et les partenaires 38
1.4.3 L'accès de la femme séropositive à la maternité 40
1.5 Définition et données de la PTME 42
1.5.1 La PTME au Gabon 42
1.5.2 Mise en place du dispositif PTME au Gabon 44
CHAPITRE 2 : PARENTALITÉ 47
Introduction 47
2.1 Esquisse d'une définition de la parentalité 47
2.2 Le désir d'enfant 49
2.3 La grossesse : un évènement psychique 55
2.3.1 La préoccupation maternelle primaire 56
2.3.2 La maternalité 57
2.3.3 La transparence psychique 57
2.3.4 La constellation maternelle 58
2.4 Représentations maternelles, représentations de l'enfant 61
2.4.1 Bébé imaginé 61
2.4.2 Les styles maternels pendant la grossesse 63
2.4.3 Représentations maternelles et interaction fantasmatique 65
Conclusion : 68
CHAPITRE 3 : ESQUISSE D'UNE ANTHROPOLOGIE DE LA MATERNITÉ AU GABON 69
Introduction 69
3.1. Les origines divines de l'enfant 70
3.1.1 Christianisme et Islam 70
3.1.2 Les origines selon les mythes en Afrique 72
3.2 Stérilité/fécondité chez la femme gabonaise et africaine en général 78
3.2.1 La stérilité 78
3.2.2 La maternité gage de transmission et de réincarnation 81
3.2.3 La maternité gage d'estime et de respect 84
3.3 Approche culturelle de la grossesse 86
3.5.1 Grossesse et acquisition du statut de femme 89
3.5.2 Quelques exemples d'interdits des femmes en grossesse au Gabon 90
Conclusion 91
DEUXIÈME PARTIE : 92
DONNÉES MÉTHODOLOGIQUES 92
CHAPITRE 4 : ÉTHIQUE, DÉONTOLOGIE ET CADRE DE LA RECHERCHE 93
Introduction 93

4.1. Aspects liés à l'éthique et la déontologie de la recherche 93
4.1.1 Rappel et définition de l'éthique 93
4.1.2 Anonymat des sujets et consentement 95
3.1.3 Le filtrage des participantes : Critère d'inclusion 96
4.2 Lieu de la recherche 97
4.2.1 Le CTA du CHU de Libreville et CTA 99
4.3 Population 100
4.3.1 Les femmes enceintes et séropositives 100
4.3.2 Les médiatrices 102
4.3.4. Nombre de rencontres avec les participantes 103
4.3.4 Nombre de participantes 103
4.4 Recrutement des cas 107
4.4.1 Appels téléphoniques 107
4.4.2 Groupe de parole 107
Conclusion 109
CHAPITRE 5 : OUTILS DE RECHERCHE ET MÉTHODES D'EXPLOITATION DES DONNÉES 110
Introduction 110
5.1 Outils de recueil de données 111
5.1.1 Auto-questionnaire du CREA remanié en entretien semi-directif 111
5.1.2 Consigne 114
5.1.3 Dessin du bébé 115
5.1.4 L'entretien cris et pleurs 116
5.2 Présentation des résultats et discussion 118
5.2.1 Modèle d'analyse : analyse de contenu 118
5.3 Analyse du transfert et du contre-transfert 119
5.3.1 Transfert 120
5.3.2 Contre-transfert 120
5.4 Présentation des sujets 121
5.5 Discussion 121
Conclusion 124
TROISIÈME PARTIE 125
PRÉSENTATION ET ANALYSE 125
DES RÉSULTATS 125
CHAPITRE 6 : PRÉSENTATION DES RESUTATS 126
Introduction 126
6.1 Sylvie 126

6.1.1 Présentation et Histoire de la grossesse 126
6.1.1 Réaction à l'annonce 127
6.1.2 Le matériel sur le bébé 128
6.1.3 Être mère 134
6.1.4 Croyance 134
6.1.5 Grossesse et VIH 135
6.1.6 Relation avec la mère 136
6.1.7 Transfert/contre-transfert 136
6.2 Annie 138
6.2.1 Présentation et histoire de la grossesse d'Annie 138
6.2.2 Réception de l'annonce 138
6.2.3 Bébé imaginé 139
6.2.3 L'être mère 145
6.2.4 Devenir mère 145
6.2.5 Croyances 146
6.2.6 Relation avec la mère : mis en lumière de la situation œdipienne 147
6.2.7 Transfert et contre transfert 149
6.3 Annick 150
6.3.1 Présentation et histoire de la grossesse 150
6.3.2 Réaction à l'annonce de la séropositivité 150
6.3.3 Matériel sur le bébé 152
6.3.4 Devenir mère 157
6.3.4 Croyances 158
6.3.5 Grossesse et VIH 159
6.3.6 Relation avec la mère : situation œdipienne 160
6.3.7 Transfert/contre-transfert 161
6.4 Nata troisième enfant, 28 ans 162
6.4.1 Présentation et histoire de la grossesse. 162
6.4.2 Réaction à l'annonce du VIH 163
6.4.3 L'enfant imaginé 163
6.4.4 Croyances 167
6.4.5 Relation avec la mère et le père 169
6.4.7 Transfert et contre transfert 170
6.5. Données importantes recueillies auprès des médiatrices 172
6.5.1 Médiatrice A 172
6.4.6 Grossesse et VIH 174

6.5.2 Médiatrice B SMI London 175
6.5.3 Médiatrice C SMI d'Okala 177
6.4.4 Médiatrice D. 179
6.4.5 Synthèse des entretiens avec les médiatrices 181
CHAPITRE 7 : INTERPRETATION ET DISCUSSION 183
Introduction 183
7.1 Choc et traumatisme à l'annonce du VIH/quête de refuge 183
7.2 Anticipation et imagination du bébé 189
7.3 La fonction alpha des Églises et de Dieu face au VIH : maladie sorcière 193
7.3.1 LE VIH au Gabon : maladie sorcière et punition divine 193
7.3.2 Les Églises et la « fonction alpha » 196
7.4 Le « divin-enfant-grigri » comme bébé imaginé et attendu 200
7.4.1 L'attente du divin enfant : dessins, rêves 201
7.4.2 Les prénoms comme désignation du « divin-enfant-grigri » 203
7.4.3 Maternité divine 207
7.5 Le « divin-enfant-grigri » capital narcissique 215
7.6 VIH et résurgence des conflits œdipiens chez la femme séropositive ? 221
7.6.1 L'incidence du VIH et conflits infantiles 221
7.6.2 Complexe autour du contre don 224
7.6.3 L'enfant attendu : enfant richesse narcissique 230
7.7 Rappel de la question de recherche et retour aux hypothèses 236
7.7.1 Rappel de la question de recherche 236
7.7.2 Hypothèse générale 236
CONCLUSION GÉ NÉ RALE 241
BIBLIOGRAPHIE 247
ANNEXES 269

RÉSUMÉ

Cette thèse cherche à savoir ce qui se joue psychiquement chez la femme en grossesse et séropositive dans l'après coup de l'annonce de sa contamination par le VIH. Nous partons du fait que la grossesse est une période particulière. Au cours de celle-ci, la femme est sujette à des transformations aussi bien physiques que psychiques. Ces dernières marquent le processus de parentalité. Nous nous interrogeons donc sur les processus psychiques de la femme qui découvre sa séropositivité au cours de la grossesse.

La thèse s'appuie sur les approches clinique et anthropologique. La première citée nous permet de mettre en lumière les processus et mécanismes psychiques auxquels ont recours les femmes enceintes et séropositives que nous avons rencontrées. La seconde nous amène à comprendre l'importance de l'enfant et de la maternité au Gabon pour ensuite vérifier que la femme qui fait l'objet de ce travail se représente son bébé à naître comme cela est le cas dans le pays ci-dessus cité. La complémentarité des deux approches constitue un moyen intéressant pour la compréhension de ce que la femme met en place pour faire face au VIH et poursuivre sa maternité.

Les outils utilisés pour le recueil des données sont :

- Un entretien semi-directif inspiré du questionnaire du CREA sur l'étude des représentations maternelles.
- Le deuxième est l'entretien cris et pleurs de B Lester
- Le troisième et dernier est le dessin du bébé.

Les données obtenues grâce aux outils ci-dessus, sont complétées par celles des entretiens que nous avons eus avec les médiatrices qui, au quotidien, suivent les femmes enceintes et séropositives dans les SMI.

Après obtention des résultats, leur interprétation et analyse, il ressort que la femme enceinte et séropositive qui reçoit l'annonce de sa séropositivité au cours de la grossesse crée et construit un enfant que nous appelons « le divin-enfant-grigri ». Cet enfant dans son imaginaire est un don de Dieu. Il restaure sa mère narcissiquement.

La femme en grossesse et séropositive se représente son enfant et elle se projette avec lui imaginant pour ce dernier un avenir meilleur que le sien. Cependant, la situation n'est pas aussi simple que ces lignes peuvent le laisser croire. La femme en grossesse et séropositive est dans un état de détresse. Le matériel montre la difficile cohabitation du VIH et du fœtus, le premier venant parasiter la rêverie maternelle. C'est de ce dernier (VIH) que cherche à se défendre la femme séropositive, et pour y parvenir, elle crée le « divin-enfant-grigri ».

MOTS CLES :

PARENTALITÉ, FEMME, GROSSESSE, VIH/SIDA, ENFANT

ABSTRACT

This thesis seeks to know what is playing psychologically in a pregnant HIV-positive woman after the announcement of her being HIV infected. We start from the fact that pregnancy is a special time during which a woman is open to both physical and psychological changes.
The thesis is based on clinical and anthropological approaches. The first quoted approach enables us to highlight psychological processes and mechanisms that the surveyed pregnant HIV-positive women use. The second helps us understand concepts of motherhood and child in Gabon. Furthermore, it allows us to verify the representation by a woman of her unborn baby as is the case in Gabon. The complementarity of the two approaches is an attractive way to understand what a woman plans to cope with HIV and carries on being a mother.
The tools we have used for data collection are:
• A semi-structured interview based on the CREA questionnaire on the study of maternal representations,
• The second is the shouting-and-crying interview by Lester B,
• The third and the last one is the drawing of the baby
The data we have obtained from these tools are supplemented by interviews we had with the mediators who follows pregnant HIV-positive women in MCH centres.

After obtaining the results, their interpretation and analysis show that a pregnant HIV-positive woman, informed of her HIV status during pregnancy, creates and builds up the "divine grigri child." In her imagination, this child is a gift from God, and cannot thereby be contaminated. The child is also a narcissistic generator to his mother as he restores her. The pregnant HIV-positive woman imagines being her child, and projects with him in a dream for the latter to have a better future, far better than her own. However, the situation is not as simple and easy as these lines can suggest. The pregnant HIV-positive woman is in distress. The material shows an unaccommodating cohabitation of the fetus and the HIV. HIV is parasitical upon the mother's reverie. It is the latter that the woman seeks to escape by creating the "divine grigri child."

KEY WORDS:

PARENTHOOD, WIFE, PREGNANCY, HIV/AIDS, CHILD

ABRÉVIATIONS ET SIGLES

- ARV Antirétroviraux
- AZT : Zidovudine
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CNAMGS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale
- CNLS : Centre National de Lutte Contre le Sida
- CREA : Centre de Recherche Enfance et Adolescence
- CTA : Centre de Traitement Ambulatoire
- DGPS : Direction Générale de la Prévention du SIDA
- DGS : Direction Générale de la Statistique
- DLS : Décès liés au SIDA
- EDSG : Enquête Démographique et Santé du Gabon 2012
- FC : Football Club
- IO: Infection opportuniste
- IST : Infection Sexuellement Transmissible
- IPPF : International Planned Parenthoud Federation
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
- MGBEF : Mouvement Gabonais pour le Bien Être Familial
- MO : Maladie opportuniste
- NIV : Nouvelle Infection VIH
- NR : Non renseigné
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONG : Organisation Non Gouvernementale
- ONUSIDA : Programme commun des Nations unies sur le VIH-sida
- OPALS : Organisation Panafricaine de Lutte pour la Santé

- PNLS : Programme National de Lutte Contre le Sida
- PNUD : Programme des Nations Unis pour le Développement
- PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant (VIH)
- PVVIH : Personnes Vivants avec le VIH
- REGAP : Réseau Gabonais des Associations des personnes vivant avec le VIH/sida
- RENAPS/AJ : Réseau National pour la Santé Reproductive chez les Adolescents et Jeunes Gabon
- SA. Semaine d'Aménorrhée
- SEEG : Société d'Energie et d'Eau du Gabon
- SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
- SMI : Santé Maternelle et Infantile
- SSR : Santé Sexuelle et Reproductive
- TAR : Traitement Anti Rétroviral
- TME : Transmission Mère Enfant
- UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
- UNFPA : Fonds des Nations Unis pour la Population
- UOB : Université Omar Bongo
- VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

TABLEAUX

Tableau 1 : Données épidémiologiques mondiales ONUSIDA

Tableau 2 : Récapitulatif des 4 participantes étudiées

Tableau 3 : Informations générales des participantes rencontrées

Tableau 4 : Brève présentation des participantes rencontrées, mais non étudiées

Tableau 5 : Informations détaillées des participantes

Tableau 6 : Récapitulatif de la méthodologie

FIGURES

Figure 1 : Séroprévalence chez les couples au Gabon année 2012

Figure 2 : Généalogie des Fang

Figure 3 : Généalogie des Nzébi

Figure 4 : Explications des fonctions du divin enfant

Figure 5 : Divin enfant et restauration narcissique

Figure 6 : Un itinéraire emprunté par la femme enceinte et séropositive qui découvre sa séropositivité au cours de la grossesse

LOGO ET PHOTOS

Logo 1 : Sceau de la République Gabonaise

Logo 2 : Logo SEEG

Photo 1 : Cérémonie Bwiti 1

Photo 2 : Cérémonie Bwiti 2

Photo 3 : Harpe, Ngombi/Ngoma

INTRODUCTION GÉNÉRALE

L'humanité a souvent été traversée par des épidémies les unes aussi graves et meurtrières que les autres : la peste noire (1347-1352) avec près de 50 millions de personnes tuées ; la grippe espagnole (1918) avec environ 30 millions de morts ; la peste de Justin (541-542) comptant à peu près 25 millions de morts, la liste n'est pas exhaustive. À chaque fois, l'homme est venu à bout de ces pandémies en parvenant à les éradiquer.

Voilà maintenant 35 ans que le VIH/SIDA secoue, terrasse et décime femmes, hommes et enfants. Il a même réussi l'exploit de battre le record de longévité détenu jadis par la peste antonine qui dura 25 ans, totalisant 5 millions de morts. Aujourd'hui, fort de ses 78 millions (environ) de personnes contaminées, dont 35 millions décédées depuis sa découverte (Fiche d'information ONUSIDA, 2016), le VIH s'affirme comme l'une des épidémies les plus dévastatrices de l'humanité. Il faut ajouter à ce qui précède, qu'il n'y a jusqu'à ce jour, ni remède pour l'éradiquer, ni vaccin pour le prévenir. En conséquence, les contaminations se poursuivent, les deuils frappent toujours les familles, et le nombre de PVVIH va crescendo.

En dehors de ce que nous venons de souligner, il faut préciser que le VIH affecte la reproduction et/ou le renouvellement des populations, car, se transmettant de la mère à l'enfant. En effet, depuis sa découverte, plusieurs millions d'enfants sont nés séropositifs, et nombreux parmi eux, ont péri suite à cette contamination. Le continent africain qui est de loin le plus touché par cette infection (ONUSIDA, 2016), est aussi connu pour être une région où l'enfant est l'une des richesses les plus importantes (Akare Biyoghe, 2010 ; Erny, 1990 ; Nguéma Obame, 2005). La parentalité et/ou le devenir mère dans ce contexte, est un sujet pertinent qui incite à la réflexion. Car, si la fin de l'épidémie du VIH est annoncée imminente (Spire & Cattaneo, 2014 ; ONUSIDA, 2015), la menace de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ci-dessus évoquée reste présente et réelle dans les pays du sud. C'est le cas au Gabon (Rapports Nationaux sur la Réponse du VIH/SIDA, 2012 et 2013, ONUSIDA, 2015, 2016).

Nous traitons dans ce travail de la parentalité des femmes en grossesses et séropositives habitants Libreville. Comment sommes-nous arrivés à nous intéresser à ce sujet au point d'y consacrer une thèse de doctorat ?

En 2009, alors en année de maîtrise en psychologie clinique et psychopathologie à l'Université Omar Bongo de Libreville, nous intégrons le **Réseau National pour la Santé**

Reproductive des Adolescents et Jeunes du Gabon (RENAPS/AJ), pour un stage de fin de cycle. Sans le savoir, nous empruntions là, le chemin qui allait nous confronter à la problématique du VIH/SIDA et nous amener à y consacrer une thèse de doctorat. Au RENAPS/AJ, nous accueillions des jeunes pour les sensibiliser sur le VIH/SIDA ; les inciter à se faire dépister et à adopter un comportement responsable en se préservant et en évitant le multi partenariat. Ces activités nous ont conduits dans les établissements secondaires et dans les communautés religieuses. Nous apportions la bonne information aux populations, afin de lutter contre les IST de manière générale, et le VIH/SIDA, en particulier.

En marge des activités ci-après, au quotidien, nous recevions également les jeunes qui avaient besoin d'un cadre pour être écouté. Nous les écoutions, les conseillions et les orientions vers les services compétents (CTA, hôpital) pour un suivi ou une prise en charge.

La période de stage achevée, le Coordinateur Général du RENAPS/AJ, Guy MOMBO, exprima le souhait de nous intégrer dans le directoire de l'ONG, afin que nous menions à terme les projets entamés à l'instar de la mise en place du **circuit national de la distribution du préservatif, pilotée par la Direction Générale de la Prévention du Sida (DGPS)**. Il était aussi question, de poursuivre les missions de *counseling* au sein du Centre-conseil en l'absence de la psychologue titulaire.

Au fil du temps, l'intérêt et l'engagement pour la lutte contre le VIH prirent de l'ampleur et nous aspirèrent. En attestent, nos participations à plusieurs ateliers de formation :

- **Animateur pour jeunes en SSR, IST et VIH/SIDA organisé par l'UNICEF du 23 au 27 novembre 2009, à l'Hôtel de Ville de Libreville.**
- **Formation aux procédures UNFPA et la gestion axée sur les résultats du 05 au 07 Mai, 2010 ;**
- **Et une mission en qualité de formateur et d'encadreur des acteurs de la lutte contre le SIDA, dans le Moyen-Ogooué, à Lambaréné, du 19 au 23 juillet 2010.**

Au cours de l'année 2009, un partenariat fut signé entre le MGBEF et le RENAPS/AJ, visant à favoriser la coopération et l'échange des compétences et des services entre les deux ONG. Ce mariage nous amena à exercer au MGBEF comme chargé de counseling. C'est dans la dernière structure citée que, la question de la grossesse chez la femme infectée par le VIH/SIDA, se posera à nous.

Au MGBEF, nous recevions les personnes qui venaient pour un dépistage du VIH. Notre mission était d'avoir avec elles deux entretiens :

- Un premier (pré-test) avant le test pour les y préparer.

- Et un deuxième (post-test) après la réception du résultat pour soutenir et orienter les personnes qui recevaient un diagnostic positif. Mais aussi, pour conseiller, informer et prévenir les personnes non infectées.

Très vite, nous avons constaté que le public qui se présentait à nous pour se faire dépister était majoritairement féminin. Cette fréquentation essentiellement féminine du centre de dépistage n'était pas un hasard. Pour anticiper et lutter efficacement contre la TME du VIH au Gabon, les autorités sanitaires ont inscrit le test de dépistage du VIH dans le bilan prénatal, lui donnant ainsi, un caractère quasiment obligatoire.

Parmi les femmes que nous recevions au MGBEF, certaines avaient déjà connaissance de leur statut de séropositive. D'autres par contre découvraient leur infection au cours de la grossesse. Le constat qui se dégageait, était donc, l'existence de deux catégories de femmes enceintes et séropositives. Et des deux groupes qui précèdent, ce sont les femmes qui se découvraient séropositives au début de la grossesse qui avaient particulièrement retenu notre attention. Nous nous rappelons encore de certaines expressions qu'elles utilisaient pour dire leur mal-être, après l'annonce : **« Mon Dieu, je ne sens plus mon corps ! »** ; **« mieux vaut mourir »** ; **« je ne sais pas où je suis »** ; **« comment est-ce possible ? C'est faux ! Ce n'est pas vrai »** ! Etc. **La réaction de ces femmes nous faisait observer tellement de détresse que nous nous interrogeâmes sur l'incidence que pouvait avoir le VIH sur elles, au cours de leur maternité.**

C'est d'abord pour répondre à la question ci-dessus, que nous avons décidé de réaliser la présente recherche. Puis, au fur et à mesure que nous avancions dans les lectures, d'autres interrogations plus précises et plus pertinentes ont été formulées. L'une d'entre elles, émanation de la problématique présentée ci-dessous, constitue la pierre angulaire de cette thèse.

- **Problématique**

La femme est la matrice de la vie. En effet, c'est en elle que se conçoit l'enfant ; c'est elle qui le porte, le fait naître et s'en occupe. Elle constitue ainsi, le ''Je'', de ce petit être qui est encore entièrement dépendant d'elle.

Pendant les premières années de l'apparition du VIH, le corps médical avait proscrit la maternité à la femme séropositive. En conséquence, pendant cette période, elle ne pouvait assumer sa destinée biologique et sa responsabilité sociale : mettre au monde un enfant et rendre ce que Bydlowski (1991,1997, 2008) appelle la « dette de vie ».

Aujourd'hui, au Gabon comme dans d'autres pays, les thérapies ayant évolué et démontré leur efficacité, les femmes séropositives, lorsqu'elles sont bien suivies, empruntent le chemin de la maternité et accouchent des enfants séronégatifs (Leleu, 2010 ; Moulanda, 2007 ; Rapport VIH Gabon, 2015). Toutefois, si l'on peut se réjouir des progrès enregistrés en matière de PTME, il reste que les maternités s'inscrivant dans ce protocole laissent bien de questions en suspens. Il s'agit notamment des aspects psychiques y relatifs. Au Gabon, aucune étude ne s'est penchée sur cette question. De plus, si les travaux (de manière générale) s'intéressent à la procréation chez la femme séropositive, ils ne nous éclairent pas suffisamment sur les enjeux psychiques de celles qui apprennent leur contamination pendant la grossesse.

Au sujet de la grossesse, aujourd'hui, grâce à une abondante littérature, nous savons qu'elle constitue une étape essentielle du processus de la maternité. Au cours de celle-ci (grossesse), entrent en jeu plusieurs mécanismes psychiques qui font observer chez la femme un fonctionnement inhabituel aux allures pathologiques (Brazalton, 1950 ; Bydlowski, 1991, 1997, 2008 ; Racamier, 1961 ; Stern, 1995 ; Winnicott, 1956). Cette activité psychique circonstancielle n'est pas inutile et sans conséquence, elle est nécessaire pour le devenir mère. La grossesse constitue donc, d'une certaine manière, le point d'orgue de l'aventure féminine qu'est la maternité. Ainsi, pendant le temps de la gestation où l'on peut avoir l'impression que tout est calme et qu'il y a silence dans la demeure de maman et fœtus, il se prépare leur future rencontre. La femme commence à interagir avec son enfant pendant la grossesse, et sur la base de cette proximité et ces échanges, il est possible de prédire les futures interactions mère bébé (Ammaniti, 1991 ; Ammaniti, Tambeli et Perucchini, 2000 ; Stern, 1995).

Ce qui précède en dit long sur l'importance des mécanismes souterrains de la grossesse pour le devenir mère. Ce travail requiert un environnement favorable pour sa réalisation. En effet, il y a des situations qui peuvent parasiter le travail de parentalisation ; il s'agit notamment, comme le soulignent Viaux-Savelon, Rosenblum, Mazet, Dommergues et Cohen (2007), de tout ce qui peut menacer l'intégrité de l'enfant. Pour les auteurs qui précèdent,

> « […] Au cours de ces processus complexes (structuration de l'identité de la femme et représentation de l'enfant) un événement tel qu'une suspicion portant sur l'intégrité physique et mentale de son futur enfant vient mettre un grain de sable au cœur de cette mécanique en mouvement » (Viaux-Savelon et *al*, 2007, p. 415).

Ainsi, tout ce qui peut menacer la santé et le bien-être du fœtus est susceptible d'impacter et/ou affecter négativement le travail de devenir mère en édification. Le VIH se transmettant de la mère à l'enfant et menaçant la vie en soi et la vie de soi, les femmes en grossesse et

séropositives se trouveraient dans ce cas de figure. Nous nous posons alors les questions suivantes :

- **Comment l'annonce du VIH sera-t-elle accueillie et vécue par la femme en grossesse ?**
- **La femme qui fait l'objet de ce travail imagine-t-elle et anticipe-t-elle son enfant ?**
- **Si oui, qu'est-ce qui sous-tend cette anticipation ?**
- **Quel sera l'enfant attendu ?**
- **Existe-t-il un mécanisme psychique spécifique auquel aurait recours la femme gabonaise séropositive au cours de sa grossesse ?**
- **Quel rôle peut venir jouer cet enfant attendu dans ce contexte particulier, marqué par la présence du VIH chez la mère et le risque de contamination du bébé ?**
- **Le VIH ne favorise-il pas la réactivation de certains conflits infantiles chez la femme en grossesse à l'instar de celui œdipien ?**

La problématique qui précède nous amène à formuler la question de recherche à partir de laquelle découlera l'hypothèse générale de ce travail.

- **Question de recherche et hypothèses**

Notre travail portant sur la parentalité chez la femme qui apprend sa séropositivité au cours de la grossesse, nous nous demandons comment procède-t-elle pour sa parentalisation ou son devenir parent. En des termes plus clairs, **qu'est-ce qui se joue psychiquement chez la femme qui découvre sa séropositivité au cours de la grossesse ?**

- **Hypothèse générale**

Nous répondons à la question de recherche ci-dessus en formulant l'hypothèse générale qui suit : **au cours de sa grossesse, pour poursuivre son processus de parentalité, la femme gabonaise séropositive en PTME construit et imagine un enfant que nous appelons « le divin-enfant-grigri »**. En d'autres termes, le « divin-enfant-grigri » est une construction psychique de la femme enceinte et séropositive, pour poursuivre l'investissement de l'enfant et se préparer à l'accueillir malgré sa contamination. La femme séropositive, par l'idée d'attendre un bébé qui vient de Dieu, peut se permettre de continuer de le porter dans son ventre et psychiquement, car, c'est la volonté du Père (Dieu).

- **Hypothèses spécifiques**

Hypothèse 1

La femme enceinte et séropositive s'appuie sur le « divin-enfant-grigri » pour se renarcissiser.

Le divin-enfant-grigri perfuse la mère narcissiquement et intervient comme un générateur libidinal. Face au VIH, la femme montrerait le besoin de s'accrocher à l'enfant qui vient de Dieu et grâce à ce processus, elle parviendrait à se renarcissiser et/ou à retrouver un peu de son estime de soi.

Hypothèse 2

Malgré la réception de l'annonce de sa séropositivité, la femme enceinte et séropositive gabonaise continue d'imaginer et d'anticiper son enfant comme un enfant richesse tel que cela est le cas au Gabon.

Hypothèse 3

Le VIH réactive le conflit œdipien et la peur de la castration y consécutive chez la femme enceinte et séropositive.

Ceci serait la conséquence du fait que le VIH menace la transmission de la vie, une vie saine, un bébé bien portant et beau comme celui que la petite fille pendant l'œdipe souhaite donner à son père. Or la mère au cours de cette période est considérée comme celle qui empêche à la fille de réaliser ces vœux œdipiens (Freud, 1925).

Au cours de la grossesse, la femme régresse à son histoire infantile et se rapproche de ses parents, particulièrement sa mère (Dana et Marion, 1975). Le VIH réveillerait la jalousie et la haine à l'égard de la mère comme lors de la découverte de la différence de sexe et inversement, le père détenteur du pénis manquant, serait l'objet d'amour de sa fille séropositive.

- **Objectifs et but de la recherche**

Un travail de recherche vise un ou des objectifs. Comme le dit L. Alberello,

> « La recherche correspond au besoin de connaître et de comprendre […]. Elle peut aussi être menée pour répondre à une question posée dans le cadre d'une activité professionnelle […] » (Albarello, 1999, p. 18).

Ce travail a bien des objectifs qu'il cherche à atteindre.

- **Objectif général**

Cette recherche a pour objectif général de tenter de comprendre ce qui se joue psychiquement chez la femme qui a appris sa séropositivité au cours de sa grossesse. Il s'agit ici, de voir comment l'annonce du VIH vient impacter le devenir mère en édification et comment la femme répond et réagit à cette situation. Nous comptons à partir des données recueillies, montrer la manière dont la femme séropositive va procéder pour poursuivre sa grossesse et attendre son enfant.

- **Objectifs spécifiques**

- Ce travail veut montrer à partir de l'expérience singulière de la femme enceinte séropositive qui apprend sa séropositivité au cours de la grossesse, l'importance de l'enfant chez la femme gabonaise.

- Nous voulons aussi montrer l'importance de tenir compte du volet psychologique dans le programme PTME au Gabon. Le psychologue doit être un élément important dans le dispositif de prise en charge. Cette recherche pourra l'aider à mieux cerner la question, car connaissant les peurs, le vécu de la femme en grossesse et séropositive et l'organisation qu'elle met en place pendant sa grossesse. Nous espérons donc, produire des connaissances pouvant permettre d'améliorer le suivi et la prise en charge psychologique des femmes enceintes et séropositives.

- **Intérêt de la recherche :**

- Sur un plan purement scientifique, ce travail pourra apporter des connaissances sur le devenir mère de la femme séropositive. Il se veut une contribution scientifique qui, en s'inscrivant sur double approche, (clinique et anthropologique) pourrait enrichir la communauté scientifique des données nouvelles sur la parentalité marquée par la séropositivité.

- Au niveau social, ce travail de recherche pourrait permettre aux personnes proches des femmes enceintes et séropositives (parents, conjoints, amis, collègues, etc.) de mieux connaître leur situation et de les soutenir, au lieu d'avoir à leur endroit, des attitudes de rejet, d'abandon et d'exclusion.

- **Annonce du plan**

Le document que vous allez parcourir est structuré en trois parties :

La première partie est consacrée aux aspects purement théoriques. Elle est organisée en trois chapitres avec des sections et des sous-sections.

Le premier chapitre porte sur le VIH/SIDA. Il nous a semblé important de commencer par cette infection. Ceci permet de connaître l'ampleur du VIH/SIDA dans le monde et au Gabon en particulier. Nous faisons en amont, un bref rappel historique du VIH. Puis, s'en suit, la présentation de l'infection du VIH/SIDA. Ce chapitre pose les jalons de notre travail. Il nous permet à la fois :

- d'envisager la procréation chez les femmes séropositives ;
- et de contextualiser la PTME au Gabon.

Le deuxième chapitre porte sur la parentalité, il est essentiel pour connaître la maternité d'un point de vue psychique. Nous présentons les différents mécanismes du devenir mère, l'importance de l'enfant et celle de la maternité.

Le troisième chapitre clôture la première partie. Dans celui-ci, nous abordons l'enfant et la maternité au Gabon en particulier et en Afrique en général. Ce chapitre nous permet de savoir ce qu'est la maternité, l'enfant et l'importance qu'ils ont dans cette société. Nous précisons que nous n'avons pas la prétention d'étudier la maternité pour chaque groupe ethnique. Nous nous appuyons sur les chansons, les contes et les romans et les textes poétiques pour comprendre la maternité, l'enfant et leur importance.

La deuxième partie du travail porte essentiellement sur la méthodologie. Un travail de recherche repose sur une méthodologie claire, explicite et cohérente. Bien indiquer tout ce qui a été entrepris, construit et fait en précisant comment nous nous sommes pris pour l'obtention du matériel clinique et l'exploitation de celui-ci, est indispensable. Soulignons que nous travaillons sur un sujet sensible, le respect de l'éthique et de la déontologie dans le cadre de cette recherche est la première pierre que nous avons posée. Les autres points de cette partie concernent le cadre de la recherche, les outils de recherche et l'exploitation des données. De manière plus précise, la deuxième partie du travail comprend deux chapitres.

Dans le premier, nous abordons les aspects liés à l'éthique de la recherche. Nous précisons le lieu de la recherche, le cadre et la population étudiée.

Dans le second chapitre, nous présentons les outils de recherche et précisons les procédés d'exploitation des données, d'analyse et de discussion des résultats.

La troisième et dernière partie comprend aussi deux chapitres comme la précédente.

Dans le premier, nous présentons les résultats des quatre participantes. Nous présentons aussi le matériel recueilli auprès des médiatrices.

Le deuxième chapitre est consacré à l'analyse, à l'interprétation et à la discussion desdits résultats.

En dernier, nous effectuons un retour aux hypothèses et nous concluons le travail.

PREMIÈRE PARTIE :

ÉPIDÉMIOLOGIE VIH/SIDA

ET

DONNÉES THÉORIQUES

CHAPITRE1 : GÉNÉRALITÉS ET ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH/SIDA

1.1 Brève historique de la découverte du VIH/SIDA

C'est en 1981, aux États-Unis, que fut observé la première fois, ce qui allait plus tard s'appeler le VIH/SIDA. Tout commence par l'observation et la description de symptômes jusque-là inconnus par les Centres *for Diseases* aux États-Unis, il s'agit des cas de pneumocystose grave chez les jeunes homosexuels. Une épidémie d'une virulence et d'une nocivité rare et particulière vient de se révéler et est en cours de mondialisation. Les premiers cas de contamination remonteraient à 1959 en Afrique Centrale (Seytre, 1995).

Face à la dangerosité de cette épidémie, la communauté scientifique va se mobiliser pour trouver rapidement un traitement à ce qui est encore considéré comme un mystérieux mal. La recherche et la description de l'agent pathogène responsable de l'apparition de tant de symptômes seront le premier défi à relever. En effet, pour combattre et éradiquer l'inconnue pathologie, il va, en toute logique, falloir dans un premier temps la connaître. Un pas important sera réalisé par Rozenbaum de l'hôpital Claude Bernard de Paris en 1983. Il transmet ses découvertes à l'équipe de chercheurs du prestigieux et célèbre Institut Pasteur. Ces derniers (résultats) mettent en cause un agent pathogène (rétrovirus) capable de se multiplier dans l'organisme en se répliquant et en éliminant des lymphocytes TCD4 (Berche, 2007). C'est finalement F. Barré-Senoussi et L. Montagnier de l'Institut Pasteur, qui vont découvrir le VIH (en 1983) et isoler les deux types existants (VIH1 et VIH2). Ils en seront récompensés par un Prix Nobel de médecine en 2008.

1.2 Définition et spécificités du VIH/SIDA

Quand on parle du VIH/SIDA, ce qu'il faut noter d'emblée, ce sont ses spécificités. Visible seulement à l'aide du microscope, il n'y a ni traitement permettant la rémission complète et définitive des personnes qui le contractent, ni vaccin pour prévenir une éventuelle contamination. Jusqu'à aujourd'hui, dès qu'on en est atteint, on le porte jusqu'à la fin de ses jours. Toutefois, des traitements permettent d'arrêter la multiplication du VIH dans l'organisme et préservent l'immunité des personnes infectées. Grâce à ces traitements, l'espérance de vie des PVVIH a augmenté de manière considérable (Berrebi, 2001 ; Spire et Cattaneo, 2014 ; Marchandot, 2011, ONUSIDA, 2015).

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) s'attaque aux cellules du système immunitaire et les détruit. Aux premiers stades de l'infection, le sujet ne présente pas de symptômes. L'évolution de l'infection entraîne un affaiblissement ou une fragilisation du système immunitaire, exposant l'organisme aux infections opportunistes (IO) ou maladies opportunistes (MO). Le VIH détruit les lymphocytes T4 (CD4), ce qui a pour conséquence, un déficit immunitaire progressif rendant le sujet vulnérable et le laissant sans défense (Fignon & Hamamah, 2000 ; Institut Pasteur, 2012 ; Pleskoff, 2011 ; Rozenbaum, 2001).

Selon l'OMS, le VIH a trois principaux modes de transmission :

- Par rapport sexuel entre deux hommes ou hétérosexuels (anaux ou vaginaux) non protégés incluant la fellation ou le rapport oral ;
- Par voie sanguine (transfusion sanguine, utilisation d'objets coupants non stérilisés) ;
- Et de la mère à l'enfant

Dans la dernière possibilité de transmission ci-dessus, la contamination peut se faire à plusieurs moments ou dans trois circonstances :

- Au cours de la grossesse à partir du deuxième trimestre ;
- Durant le travail et l'accouchement, à cause des sécrétions vaginales dans lesquelles baignent les cellules contaminées ;
- Après l'accouchement dans le post-partum à cause de l'allaitement. Le VIH est présent dans le lait maternel des femmes séropositives qui n'ont pas été bien suivies. Précisons que, ce mode de transmission est surtout recensé dans les pays pauvres et ceux où les femmes sont obligées d'allaiter (Fignon & Hamamah, 2000 ; Yéni, 2006). Le présent mode de contamination nous interpelle particulièrement puisque c'est la question de la TME (Transmission Mère enfant) qui est soulevée. En effet, lorsque la mère est séropositive, que ce soit pendant la grossesse ou en post-partum, les enfants sont exposés aux VIH et risquent d'en être contaminé. 90 % des enfants

contaminés le sont par la transmission mère enfant. C'est le deuxième mode de transmission après la transmission hétérosexuelle (Leleu, 2010 ; Yeni, 2010).

La transmission du VIH de la mère à l'enfant est associée à la charge virale de la mère. Plus elle est infectée, plus l'enfant est exposé ; et plus la charge virale est moindre, moins l'enfant risque la contamination par sa mère (Fignon et Hamamah, 2000 ; Kamara et *al*, 2005). Nous notons qu'en l'absence d'une prise en charge prophylactique, le risque de transmission est de 15 % en Europe et 30 à 40 % en Afrique (Yeni, 2006). Ce qui montre que les femmes qui ne sont pas sous traitement ont un risque très élevé de transmettre le VIH à l'enfant. Pour minimiser ou éviter la contamination du VIH de la mère à l'enfant, le VIH doit être détecté ou dépister dès le début de la grossesse. Ensuite, la femme doit être sous traitement pour que la charge virale chute et si possible soit indétectable. Comme nous venons de le souligner, moins il y a de virus dans l'organisme du séropositif, moins il y a de risques qu'il soit contaminant (Rapport INSPQ Québec, 2014 ; Yeni, 2010).

Précisons par ailleurs qu'être porteur du VIH ne fait pas de la personne une malade du SIDA. La personne qui a contracté le VIH évolue vers le stade SIDA, si elle n'est pas sous traitement. Le stade SIDA est donc l'achèvement d'un processus qui commence avec :

- La phase aiguë ou primo-infection : c'est un moment d'incubation durant 2 à 6 semaines et marqué par quelques signes cliniques ;
- La phase chronique ou phase de séropositivité : Elle est asymptomatique, dure plusieurs années et semble normale avec notamment une latence clinique qui ne signifie pas que le virus ne se multiplie pas ;
- Et enfin la phase finale marquée par l'affaiblissement du système immunitaire le sujet pouvant désormais faire la maladie (Fignon et Hammah, 2000 ; Institut Pasteur, 2012).

Le sigle SIDA est le dernier stade de l'infection causée par le virus de l'immunodéficience humaine. Il désigne la survenue des maladies graves comme des cancers, la tuberculose, des diarrhées, les affections cutanées et toutes les maladies dites opportunistes (Institut Pasteur, 2012). Le SIDA est alors l'expression d'une ou plusieurs maladies opportunistes dans un organisme qui ne peut plus assurer sa défense. C'est la phase ultime, l'achèvement du processus de destruction du système immunitaire. Le sujet reste dépourvu de ses défenses, tel un ‘’ordinateur sans antivirus’’, exposé à tout programme malveillant.

Nous venons de voir que le SIDA est la conséquence de l'infection VIH. Il endommage le système immunitaire du sujet et le rend malade (sujet). Petiteau précise que,

« Le patient est malade parce que le virus a pénétré dans son corps, s'est multiplié, et a provoqué un affaiblissement immunitaire. Il va alors rencontrer des infections opportunistes […]. Il convient d'adopter une thérapeutique appropriée : les antiviraux pour freiner la duplication du virus et pour renforcer le système immunitaire, un traitement prophylactique pour éviter les infections […] » (Petiteau, citée par Dekens, 2000, p. 19).

1.3 Le point sur l'épidémie

Depuis sa découverte, le VIH/SIDA est sur une lancée qui pourrait faire de lui, au regard du nombre de victimes qu'il compte à ce jour et continue de faire, l'épidémie la plus meurtrière que le monde ait jusqu'ici connue. En effet, si la peste noire (1347-1352) occupe toujours la tête du classement avec une estimation de 20 à 50 millions de personnes tuées, plus de 35 millions de personnes [35 millions–43 millions] sont décédées de maladies liées au SIDA (Fiche d'Information ONUSIDA 2016). Ceci dit, nous devons noter que les données récentes tirées de la même source montrent que l'épidémie connaît une baisse. De 2001 à 2014/2015, le nombre de PVVIH est parti de 29,8 millions environ, à 36,7 millions de personnes (selon l'ONUSIDA, 2016). Ceci nous permet de relever que les PVVIH sont de plus en plus nombreux et vivent de plus en plus longtemps. En l'espace de 13 ans, la population des PVVIH a augmenté de 7 millions, ce qui constitue au niveau démographique un véritable bond, quand on sait qu'au début de l'épidémie, les chances de survie étaient quasiment nulles. Par ailleurs, le taux de nouvelles infections a diminué de 2010 à 2015 de 6 %.

Mais si l'épidémie régresse comme le montrent les chiffres ci-dessus, elle continue de faire des ravages dans le monde. En atteste, le 1,1 million de personnes décédées d'une maladie en lien avec le VIH/SIDA, et la hausse du nombre de nouvelles infections estimées à 2,2 millions en 2015 (Fiche d'information ONUSIDA, 2016).

Le tableau qui va suivre présente la situation mondiale du VIH/SIDA : On y voit un nombre important de PVVIH, des nouvelles infections toujours importantes et des décès encore nombreux.

Récapitulatif de l'épidémie mondiale de sida en 2015		
Nombre de personnes vivant avec le VIH	Total	36,7 million [34,0 millions – 39,8 millions]
	Adultes	34,9 million [32,4 millions – 37,9 millions]
	Femmes	17,8 million [16,4 millions – 19,4 millions]
	Enfants (<15 ans)	1,8 million [1,5 million – 2,0 millions]
Nombre de nouvelles infections à VIH	Total	2,1 million [1,8 million – 2,4 millions]
	Adultes	1,9 million [1,7 million – 2,2 millions]
	Enfants (<15 ans)	150 000 [110 000–190 000]
Décès liés au sida	Total	1,1 million [940 000 – 1,3 million]
	Adultes	1,0 million [840 000 – 1,2 million]
	Enfants (<15 ans)	110 000 [84 000–130 000]
Nombre de personnes sous traitement VIH	Total	17 millions

Tableau 1 : ONUSIDA 2016

Les données ci-dessus montrent l'ampleur et l'incidence du VIH dans le monde. Comme nous venons de le voir, femmes, hommes et enfants continuent d'en être infectés et d'en mourir. C'est particulièrement le cas dans certaines régions du monde, à l'exemple de l'Afrique subsaharienne.

1.3.1 Une épidémie qui sévit particulièrement en Afrique

L'Afrique subsaharienne est la zone la plus touchée par l'épidémie. Les données permettent de voir que le VIH/SIDA sévit encore dans cette partie du monde de manière conséquente. Pour exemple, en 2013, parmi les 15 pays qui concentraient l'épidémie VIH avec un taux de 75 % de nouvelles infections, trois sont d'Afrique subsaharienne : l'Afrique du Sud, le Nigeria et l'Ouganda. Ces trois pays portaient le lourd fardeau de 48 % (soit plus que la moyenne) sur les 75 % cités plus haut (ONUSIDA, 2014).

Le VIH reste un véritable danger pour le continent africain. En effet, alors qu'en 2015 l'Europe occidentale et centrale et l'Amérique du Nord comptaient approximativement 2,4 millions de PVVIH; l'Europe orientale et Asie centrale environ 1,5 million et 190 00 nouvelles infections; Amérique latine et Caraïbes 2 millions de PVVIH et 100 000 nouvelles infections ; L'Asie et le Pacifique 5,15 millions et 300 000 nouvelles infections, l'Afrique orientale et australe affiche un pourcentage de 19 millions de PVVIH et 960 000 nouvelles infections et l'Afrique occidentale et centrale environ 6,5 millions de PVVIH et 410 000 nouvelles infections (Fiche d'information ONUSIDA, 2016). Autant dire que le continent africain est loin de sortir de l'auberge. M. Gehler (2000), dans son livre, appelle l'Afrique subsaharienne, *l'Afrique du SIDA*. Il montre à quel point le VIH décime une région où certains ne croient toujours pas en son existence. Ce qui, malheureusement, fait le lit de sa propagation.

Ne restons pas dans le cadre général africain, intéressons-nous de plus près à la situation épidémiologique du VIH/SIDA au Gabon.

1.3.2 Données épidémiologiques du VIH/SIDA au Gabon

Le Gabon se trouve dans la partie du monde la plus touchée par le VIH/SIDA, l'Afrique subsaharienne comme mentionnée ci-dessus. Situé plus exactement en Afrique Centrale, le Gabon est frontalier au Congo au sud et à l'est, au Cameroun au nord, à la Guinée équatoriale au nord-ouest et à l'ouest par l'océan Atlantique. La superficie du Gabon est de 265 000 km2. Il est faiblement peuplé, (1.802.278 recensement général 2013 par EDGS) et est habité par différents groupes ethnolinguistiques qu'on retrouve dans les différentes provinces.

Le Gabon est l'un des pays de la sous-région (Afrique-Centrale) les plus touchés par le VIH/SIDA. Selon l'OPALS, en 2013, il était en tête au niveau sous régional avec une prévalence de 4,1 % et 61 500 PVVIH. Pourtant, le VIH/SIDA n'a été dépisté au Gabon qu'en 1986, c'est-à-dire, 6 ans après l'apparition des premiers cas aux États-Unis. Mais très rapidement, on a vu le pays atteindre des prévalences alarmantes au fil des années. À Libreville, capitale politique et principale agglomération du pays avec 797 003 habitants, les pics de 7,7 % et 8,1 %

(respectivement années 2000 et 2003) avaient été atteints. Il faut bien noter que la situation qui prévaut à Libreville est quasiment la même à travers le territoire national. Les prévalences respectives de chaque province, en 2010 par exemple, ont montré que la situation du Gabon était très critique. Sur les neuf provinces que compte le pays, la prévalence la moins élevée était de 3 % (Haut-Ogooué) et la plus élevée de 8,7 % (Ogooué-Maritime).

La dernière carte en date publiée (en 2013) dans le Rapport National sur la Réponse au VIH/SIDA, montre que la situation du VIH au Gabon est toujours préoccupante. Il y a, certes, une chute dans certaines provinces comme la Ngounié (8,1 en 2010 et 4,9 en 2012) et l'Ogooué-Maritime (8,6 en 2010 et 4 % dans l'estuaire), mais dans l'ensemble du pays, le VIH demeure un problème majeur. Certaines provinces comme le Woleu-Ntem et le Haut-Ogooué affichaient des taux de prévalence en 2012 plus importants que ceux enregistrés en 2010 (respectivement 7,2 % et 4,2 %). Ainsi, si l'on considère qu'une épidémie est généralisée à partir d'un pourcentage de contaminés au-dessus de 1 % (Bruno Spire & Cattaneo, Op.cit.), on peut conclure qu'au Gabon, la situation reste alarmante comme l'atteste les 3,8 % de prévalence et les 47 000 PVVIH enregistrés au Gabon en 2015 (ONUSIDA, 2016).

Par ailleurs, les données montrent une féminisation du VIH au Gabon. En effet, les femmes sont les plus touchées par cette infection. Sur un total de 47000 PVVIH recensées en 2015, 30 000 sont des femmes de 15 ans et plus. Parmi ces femmes, nombreuses sont enceintes. En 2012, l'EDSG à quelle échelle le VIH affecte les ménages.

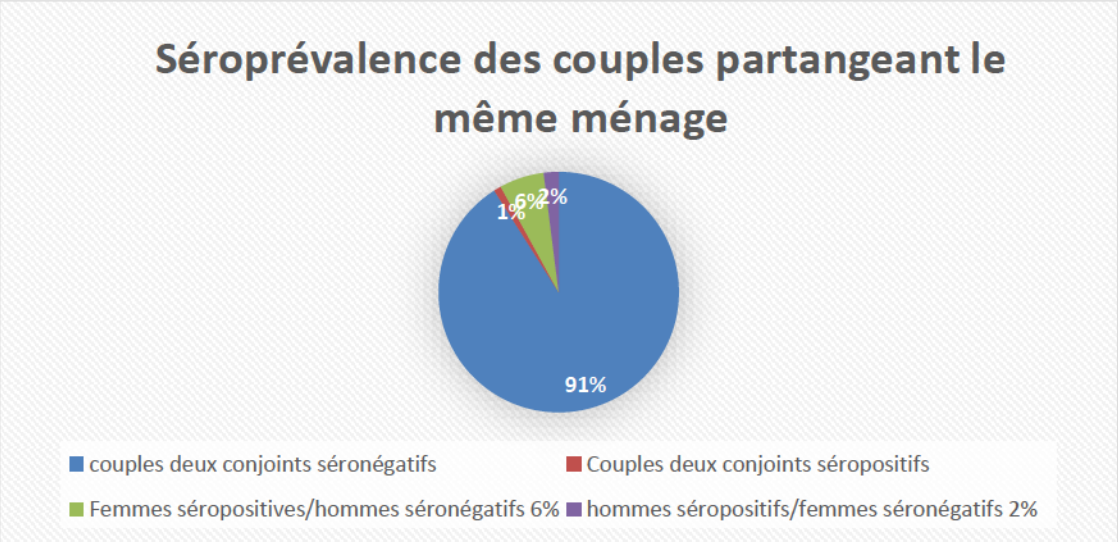


Figure 1 : Séroprévalence chez les couples au Gabon année 2012

Ainsi en 2012 au Gabon, 1 % de couples étaient touchés par le VIH/SIDA. Ceci représente un pourcentage important. Les femmes sont les plus touchées (6 % contre 2 %). Il y a aussi plus de sérodiscordants que de séroconcordants dans les couples. Cette enquête montre

aussi que chez les 15-24ans, la prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (respectivement 2,4 % et 0,4 %.). La tendance s'est confirmée en 2015 où on note une prévalence de 2,6 % chez les femmes (âgées de 15 à 49 ans) fréquentant un établissement prénatal. (Fiche ONUSIDA, 2015).

Précisons à toutes fins utiles que la féminisation du VIH n'est pas propre au Gabon. On observe un peu partout dans le monde que les femmes sont plus touchées par le VIH/SIDA que les hommes. En effet, si lors de la découverte du sida et les années qui suivirent, le VIH était une préoccupation masculine car considérée comme la maladie des homosexuels, la donne s'est rapidement inversée, l'épidémie s'est féminisée au fil des années. On est passé du SIDA maladie des homosexuels, au SIDA maladie des prostitués. Le VIH/SIDA était ainsi devenu dans l'imaginaire collectif une infection propagée par la femme d'où la stigmatisation du sexe féminin et l'assimilation du VIH à cette dernière (Le Palec, 1999).

Et si le VIH touche de manière plus conséquente les femmes, il y a des raisons qui l'expliquent. Parmi elles, la vulnérabilité de la femme liée à la forme et à la fragilité de son appareil génital (Spire et Cattaneo, 2014 ; Desgrées du Loû, 2006). Et la domination des hommes sur les femmes, la passivité féminine en rapport à l'usage du préservatif, la précarité, en gros, des facteurs qui désavantagent considérablement la femme (Desgrées du Loû, 2006 ; Leroy, 2004 ; Vidal, 2000).

La féminisation de l'épidémie du VIH concerne principalement les pays africains comme ont pu le montrer plusieurs travaux (De Bruyn, 1992 ; Desclaux et Desgrées du Loû, 2006 ; Leroy, 2004 ; Vidal, 2000). Ce qui impacte logiquement sur la procréation dans cette partie du monde.

Nous avons vu plus haut que, outre la contamination par voie sanguine et sexuelle, le VIH se transmet aussi de la mère à l'enfant. Et ci-dessus, nous venons de voir que le VIH touche surtout les femmes et la plupart sont en âge de procréer. Après examen de ce qui précède, nous nous questionnons sur la procréation chez la femme infectée par le VIH/SIDA.

1.4 Maternité et VIH/SIDA

1.4.1 Désir de procréer de la femme séropositive

En Afrique, la question de la maternité chez les femmes séropositives a fait l'objet de plusieurs travaux en sciences sociales. La question qui a intéressé plusieurs d'entre eux concerne le désir d'enfant chez la femme séropositive. Une de ces études faites par Desgrées du Lou (2005) porte sur le VIH et le choix de procréation à Abidjan. On y apprend que bien que conscientes des risques de contamination du VIH de la mère à l'enfant ou celui de laisser l'enfant orphelin quelques années plus tard, les femmes séropositives veulent procréer.

L'étude de Desclaux et Desgrees du Lou (2006) va dans le même sens. Elles montrent que la maternité reste une priorité même quand on est infecté par le VIH. Cette étude les amène au constat qu'en Afrique, les femmes dépistées séropositives au cours d'une grossesse sont fréquemment de nouveau en grossesse (dans les trois années qui suivent). Le constat est que l'annonce de l'infection par le VIH n'arrête pas la femme dans son désir de procréer (Desgrées du Loû et Ferry, 2005).

Il est intéressant de noter qu'en dehors du continent africain, les travaux ont été réalisés ailleurs sur la même problématique et les résultats ne divergent pas. Les études faites par J. Chen, K. Phillips, D. Kanousse, R. Collins, A. Miu (2001) et celles de I. Heard, R. Sitta, F. Lert, et le groupe d'étude ANRS-Vespa (2008) respectivement aux Etats-Unis et en France en sont de bons exemples. Elles montrent qu'un tiers de femmes séropositives souhaite être mère. C'est respectivement des pourcentages de 33 % et 20 % de femmes qui veulent avoir un enfant. D'autres travaux confirment ce qui précède, c'est le cas d'une enquête périnatale française (cohorte prospective promue par l'ANRS) qui montre une importante hausse de la maternité chez les femmes infectées par le VIH. Le nombre d'accouchements de cette population connaît une importante hausse. En une décennie, il a plus que doublé, il s'élèverait à environ 1500 accouchements par an (en France).

Selon ce qui est démontré, le diagnostic positif au cours de la grossesse ou le fait d'être PVVIH n'entraîne pas comme certains pourraient s'y attendre à un renoncement à la procréation. Bien au contraire, il y a chez ces femmes, le désir de faire un enfant et parfois d'en faire plusieurs (Allen et *al*, 1993 ; Keogh et *al*, 1994 ; Desgrees du Loû, 1999 ; 2005 ; Desgrées du Loû & Ferry 2006 ; Aka Dago-Akribi et Cacou, 2004, 2007 ; Gobatto & Lafaye 2005 ; Leroy, 2006 ; Nébié et *al*, 2001).

Toujours concernant les études réalisées sur le sujet qui nous intéresse, les travaux de S. Zongo (2012a ; 2012b) sont très intéressants. Dans son étude portant sur la procréation chez la femme séropositive au Burkina Faso, S. Zongo relève l'exigence sociale de la femme à procréer.

Elle précise que la décision d'une maternité ou d'une procréation chez la femme séropositive repose sur plusieurs facteurs. Elle explique aussi que la décision d'être mère ou de procréer n'est pas le seul fait du désir d'enfant. Plusieurs paramètres peuvent être déterminants dans le choix et le désir de procréer. Cette contribution est intéressante en ce qu'elle invite à l'exploitation d'autres éléments dans le choix de la procréation de la femme enceinte et séropositive. S'intéressant à la maternité du même public en interrogeant la dation de nom, elle montre que ces derniers ont une signification chez les femmes séropositives. Ils permettent par exemple de comprendre ce que représente l'enfant attendu.

Le désir d'enfant semble poussé chez la femme enceinte et séropositive et comme nous venons de le voir, le VIH ne le freine pas.

1.4.2 VIH, maternité et les partenaires

En dehors de la détermination affichée par les femmes séropositives à procréer, il faut souligner une réalité à laquelle elles sont confrontées. Dans leur vie de couple, elles sont souvent victimes d'abandon et de rejet par leur partenaire lorsqu'elles prennent le courage de leur dire qu'elles sont infectées. En effet, des études faites à Abidjan, en Tanzanie, au Burkina Faso sur les réactions des conjoints à qui une femme annonce sa séropositivité montrent chez les hommes des réactions négatives : colère, violence éventuelle, rejet et divorce (Antelman et *al,* 2001 ; Desgrées du Loû, 2005 ; Nebié et *al*, 2001). Les femmes se retrouvent souvent seules après la réception d'un test positif du VIH. Les hommes parfois sans avoir fait le test de dépistage les fuient par peur de se faire contaminer.

On rencontre deux cas de séropositivité dans les couples. Soit un des partenaires est contaminé et l'autre ne l'est pas (sérodifférence ou sérodiscordant), ou bien, les deux sont infectées (Séroconcordance). La continuité du couple et sa résistance à l'avènement du VIH seront influencées par la description que nous venons de faire. Concernant les couples sérodiscordants, des études montrent certaines réactions et les changements au sein de ces derniers. L'étude de Van der Straten auprès d'une population de 28 couples sérodiscordants montre que le VIH dans la vie sexuelle du couple a des conséquences sur le plan physique, physiologique et psychologique. Une des raisons de cet état de fait, est la contrainte d'avoir des rapports protégés et la peur de contaminer son partenaire. Mais, il y a des couples qui transcendent la peur du VIH et restent ensemble (séparation, divorce, honte etc). Pustil (2004) utilise l'expression « couple magnétique » pour désigner ces couples sérodiscordants qui, malgré la présence du VIH chez l'un et son absence chez l'autre, s'attirent, s'acceptent et vivent leur amour dans le bonheur.

Le VIH/SIDA est une source de construction de théories de toutes sortes. Et le moins qu'on puisse dire, c'est que les personnes qui en sont atteintes et leur entourage sont victimes de toutes ces interprétations qui contribuent à les culpabiliser, les écarter, les stigmatiser et les discriminer. Du fait de ces rapports au sexe et à la mort, le VIH/SIDA a donné naissance à toutes sortes de significations et d'interprétations et l'expression de Ménil (1997) «épidémie de significations» sied bien pour décrire ce qu'est le VIH/SIDA, et ce qu'il véhicule comme représentations. Ces attitudes vont, comme le souligne Desclaux (2002):

> « De la méfiance à la critique, de l'ostracisme à la discrimination, du rejet à l'abandon, de la stigmatisation à la spoliation, l'existence d'attitudes hostiles envers les personnes atteintes, nourries par des connotations péjoratives de la maladie, semble être un invariant culturel. Cette maladie sociale est souvent pour les personnes atteintes et leurs proches, plus difficile à vivre que les manifestations cliniques de l'atteinte par le virus » (Desclaux, 2002, p. 1).

Il ne faut pas aller loin pour savoir comment plusieurs gabonais se représentent le VIH, les noms par lesquels ils désignent cette infection sont très éloquents et révélateurs. Nous les trouvons dans le travail d'Aleka Ilougou (2012) dans lequel il expose différentes désignations du VIH/SIDA à Libreville. Les unes sont rangées dans les représentations populaires (le syndrome Inventé pour Décourager les Amoureux ''SIDA'', les quatre lettres, Sidonie, la grande maladie). D'autres dans les représentations révélées par l'art musical (maladie d'amour, maladie du sexe, maladie d'infidélité). Loin d'être de simples appellations, il s'agit des désignations qui en disent long sur la manière dont le gabonais se représente le VIH/SIDA et la personne qui en est infectée. Les Gabonais sont pourtant bien informés sur le VIH/SIDA. La quasi-totalité connait les modes de transmission et ceux de protection. L'EDSG (2012) avance les pourcentages de 99 % de femmes et 100 % des hommes ayant entendu parler du SIDA au Gabon. La stigmatisation des PVVIH malgré ces efforts de sensibilisation reste présente dans l'environnement social gabonais.

Au début de l'épidémie au Gabon, les populations avaient rebaptisé le SIDA ''**Syndrome Inventer pour Décourager les Amoureux''**, un marqueur de résistance de plusieurs gabonais face au VIH/SIDA. Cette appellation témoigne ici d'une ironie, une forme d'insouciance, de négligence, d'incrédulité et de déni du VIH/SIDA. Mais année après année et deuil après deuil, le SIDA a fini par installer un climat de terreur chez les populations. Nombreuses familles ont perdu leurs membres, les enfants sont restés orphelins, les deuils se sont répétés. Le VIH/SIDA suscite peur et méfiance chez les gabonais, ce qui a pour conséquence un comportement de fuite et de stigmatisation. Il est désigné par des expressions telles que **les quatre lettres**, **Sidonie**, **la**

grande maladie, **la maladie du siècle (**Aleka Ilougou, 2012). Les personnes séropositives sont désignées et considérées comme celles qui sont condamnées et qui sont une menace pour les autres. Ces appellations métaphoriques le montrent, les gabonais se représentent le VIH comme le virus dangereux, celui qui fait peur et crée l'effroi.

Mais, outre l'effroi et la peur que le SIDA cause, les appellations ci-dessus logent aussi les séropositifs dans une catégorie à laquelle les séronégatifs ou les hommes ''sains'' n'appartiennent pas. L'exemple qui illustre le mieux cette situation est celui de Sidonie Siaka (c'est elle qui a inspiré le titre du roman *Sidonie* ci-dessus cité). Sidonie est la première personne au Gabon à avoir témoigné à visage découvert sa séropositivité pour aider le PNLS dans son entreprise combien difficile de sensibilisation. Mais elle le paya très cher, car aussitôt, Sidonie devint le terme utilisé par la masse populaire pour désigner les séropositifs et les malades du SIDA. Les propos de M. Hugues, infirmiers recueillis par Aleka Ilougou, montrent la souffrance d'une femme qui perdit quasiment tout ce qu'elle avait : travail, ami et parent. Il n'y a pas qu'elle qui en a souffert, mais tous les séropositifs et leurs familles.

> « […] Quand je repense à ces moments où les porteurs du virus venaient en larmes raconter au psychologue ce qu'on leur faisait vivre dans les familles ; les injures publiques, les humiliations, les lynchages... […].On pensait qu'en montrant des témoignages les gens comprendraient, mais le noir est terrible ! Bien au contraire les taux augmentaient chaque trimestre et on ne pouvait rien faire. Les gens au lieu de se marrer devaient être plus responsables. Ce n'est pas que nous avons résolu tout à fait ce problème de représentations. Mais, Sidonie, c'est quelque chose à oublier. C'est des moments noirs de la prévention au Gabon. Je t'assure, tu n'imagines pas combien de personnes ont souffert à cause de cette expression de Sidonie. J'ai tellement de souvenirs, d'anecdotes (soupire)... N'en parlons plus ! » (Cité par Aleka Ilougou, Mémoire Online).

Dans l'imaginaire collectif du gabonais, le VIH/SIDA est une infection qu'il ne faut pas avoir, elle est synonyme de mort et de honte. C'est dans ce contexte que la femme enceinte et séropositive va mener sa maternité.

1.4.3 L'accès de la femme séropositive à la maternité

Être séropositive et faire un enfant devient aujourd'hui un acte fréquent et un désir réalisable pour toute femme séropositive qui désire un enfant. Pourtant, il n'y a pas si longtemps que cela, il était déconseillé et interdit aux femmes séropositives de se lancer dans un projet de maternité. En cause : le risque de contamination de l'enfant, la brièveté de l'espérance de vie, le risque de laisser l'enfant orphelin, mais aussi, celui de la contamination du partenaire sain

(Coulon et Feroni, 2004 ; Fignon et Hamamah, 2000 ; Plaza, 1992). Pour les raisons qui précèdent, les équipes médicales se montraient hostiles à toute idée de maternité des femmes séropositives. Le personnel médical proposait l'interruption des grossesses aux femmes séropositives. Celles qui s'entêtaient ou qui par inadvertance se retrouvaient en grossesse étaient taxées d'irresponsabilité, car prenant un risque considérable et faisant prendre un risque à leur enfant (Blanc et *al*, 1990 ; Plaza, 1999. Vidal, 2000).

Un rapport de l'ONU sur l'incidence du VIH/SIDA sur la fécondité en Afrique subsaharienne réalisé par James Ntozi (2001) va révéler que le VIH/SIDA influe sur la fécondité dans ce continent. Selon ledit rapport, sur une moyenne de 6 enfants par femme avant l'épidémie, ce chiffre avait quasiment diminué de moitié dans plusieurs pays. Ce fut le cas du Botswana qui était passé de [7,1 à 4,4] entre 1981 et 1995-2000 ; le Ghana de [7,2 à 4,5] entre 1960 et 1998 ; le Kenya de [8 à 4,6] entre 1975, 1977 et 1998 ; l'Afrique du Sud de [6,4 à 3,1] entre 1960 et 2000 ; le Swaziland de [6,9 à 4,8] entre 1966 et 1995-2000 et le Zimbabwe de [8,3 à 4] entre 1969 et 1996-1999. Le même constat avait été fait par Ferry (2002) et par Desgrées du Loû et Ferry (2006). Les femmes fécondes du fait du VIH avaient été obligées de renoncer à leur désir de procréer. Le corps promis à la maternité était ainsi contraint au silence et à la résignation.

Heureusement, l'état de détresse que nous venons de décrire ne dura pas une éternité. En 1987, un premier traitement appelé l'AZT fit son apparition. Il permit un début d'affront au VIH, et son impact chez les séropositifs ne tarda pas à montrer son efficacité. Il réduisit la multiplication de ce virus dans l'organisme et améliora la santé des PVVIH de manière générale. Avec l'arrivée de l'AZT, la possibilité de mener une maternité devint possible pour la femme séropositive (Connor et *al*, 1994). Le développement d'antirétroviraux plus performants ne fera dans le temps, que venir augmenter les chances des femmes enceintes et séropositives de faire des enfants non infectés (Le Cœur, 2004). Conséquences, les spécialistes de santé vont très vite observer une importante réduction du taux de transmission mère-enfant dans les cohortes. De plus, une importante hausse des femmes enceintes infectées par le VIH et menant une grossesse sera observée au fil des années (Connor et *al*, 1994 ; Newell et *al,* 2002 ; Warszawski, Tubiana, Le Chenadec et *al*, 2008). La possibilité de mener une grossesse pour les femmes séropositives devint réelle. Aujourd'hui, la prise en charge s'est améliorée, les femmes séropositives sont mieux suivies et le risque qu'elles transmettent le VIH à l'enfant est de plus en plus réduit, il tend même à être nul (Delfraissy, 1999 ; Le Cœur, 2006).

Au sujet de la procréation de la femme séropositive ou vivant avec le VIH, la question était aussi de savoir si la grossesse constituait un facteur d'aggravation sa santé. Les études ont permis de répondre à cette interrogation. Les résultats d'une étude de Berrebi (il a comparé

l'évolution clinique des femmes enceintes séropositives à une population témoin non enceinte séropositive) ne montrent pas de différence significative en matière de pourcentage de survenue du SIDA entre les femmes séropositives et celles séronégatives. La grossesse n'est pas un facteur qui accélère ou ralentit la progression ou la nocivité du VIH (Fignon et Hamamah, 2000).

Les grossesses des séropositives sont accompagnées et suivies par un programme appelé PTME. La PTME vise la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME). Dans ce qui va suivre, nous allons la présenter de manière générale et la situer dans le contexte gabonais.

1.5 Définition et données de la PTME

La PTME (Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant) est l'ensemble des procédés qui contribuent à réduire le risque de transmission du VIH d'une mère à son enfant (World Health Organisation, 2006). Elle permet d'éviter la transmission du VIH de la mère à l'enfant pendant la grossesse et lors de l'accouchement. Grâce à la PTME, la séropositivité n'est plus un problème qui peut faire barrage à la maternité. La seule condition, c'est que la femme soit bien suivie et qu'elle observe correctement son traitement. En effet, les traitements antirétroviraux sont importants pour la santé de la mère et celle du bébé. Ils permettent une prévention quasi complète de la transmission mère-enfant (TME) (Mandelbrot, Yaro, Sombie, et Dabis, 2001 ; Mandelbrot, Tubiana et Matheron, 2011). Qu'en est-il de la PTME en Afrique et au Gabon en particulier ?

L'Afrique est le continent où la TME et la mortalité maternelle sont les plus élevées. Pour l'année 2011 par exemple, 330 000 enfants étaient encore infectés dans le monde. 90 % de ces transmissions ont eu lieu en Afrique. Sur les 19 000 cas de décès VIH enregistré sur le plan mondial, l'Afrique Subsaharienne a un pourcentage de 91 %. Ce qui montre le niveau d'affectation du VIH en maternité en Afrique. Comment le Gabon répond-il à cette épidémie et particulièrement à la problématique de la transmission mère-enfant ?

1.5.1 La PTME au Gabon

La problématique du VIH chez les femmes enceintes est ancienne au Gabon. En effet, les premières données alarmantes y relatives datent de 1990. Berteau, Mention, Narraido et a*l* (1990) avaient présenté une prévalence de 633 femmes enceintes dans la ville de Franceville (la

troisième du pays démographiquement) entre 1989 et 1990. Une prévalence de 633 femmes en un an dans une ville qui totalisait 31 183 habitants, en 1993, amène à la conclusion que, la situation était déjà sérieuse. Le taux de femmes enceintes et séropositives atteignait environ 2,02 %. La prévalence n'a donc fait qu'empirer au fil des années comme l'illustrent les chiffres actuels.

L'OPALS Gabon indique qu'en 2014, sur les 2 935 femmes enceintes reçues pour une première consultation prénatale dans les quatre maternités qu'elle soutient (Centres de santé de Nzeng-Ayong, London, Okala et l'hôpital Egypto-gabonais) 6 % ont été diagnostiquées positive au test du VIH sur un taux de dépistage chez cette population de 95 % (OPALS, 2013/2014). La prévalence des femmes en grossesse est partie crescendo depuis la découverte du VIH au Gabon, elle a même atteint le pic de 8,1 % en 2004 (MSP/PNLS/IST guide pratique, 2004).

Selon le Rapport ONUSIDA 2015, 1927 femmes séropositives étaient enceintes et avaient accouché. Parmi elles, 292 étaient déjà sous thérapie antirétrovirale avant la grossesse et 1373 ont commencé une thérapie enceinte. Ce qui signifie que 1665 femmes enceintes ont pris le traitement ARV et ont accouché. 262 femmes enceintes n'ont pas pris d'ARV. On constate que sur un total de 1927 femmes enceintes et séropositive, en 2015, 1373 ont découvert leur statut de séropositive en grossesse. On note cependant que 84,4 % de femmes enceintes et séropositives ont été prises en charge. 673 enfants ont été diagnostiqués au cours de leurs premiers deux mois de vie, résultats : 25 séropositifs contre 648 négatifs. La source indique un total de 212 enfants nés séropositifs soit un pourcentage de 10,8 %. Le taux d'enfants nés séropositifs est encore très important au Gabon, mais il y a un progrès indéniable. De 24,4 % en 2009, il est passé en 2013 à 14,5 % soit un recul de 10 % (Rapports Nationaux VIH, 2010, 2013). La prise en charge des femmes séropositives en grossesse fait bien régresser le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Deux thèses de doctorat (Moulanga, 2007 et Leleu, 2010) portant sur les femmes séropositives en grossesse suivies respectivement au CHU de Libreville et à l'Hôpital Schweitzer de Lambaréné, avaient déjà donné des résultats similaires à ceux que nous venons de présenter. Les travaux présentés par F.A. Moulanga montrent que 81,67 %, des femmes découvrent leur séropositivité pendant la grossesse. C'est en effet alors qu'elles attendent un bébé qu'elles découvrent qu'elles sont séropositives. Les femmes ne manifestent pas de signes cliniques symptomatiques que sur un pourcentage de 5 %. La PTME au CHU de Libreville donne donc des résultats satisfaisants. 80 % de femmes accouchent à terme. Presque 79 % de femmes accouchent par voie basse et 90 % de femmes ont un taux de CD4 supérieur à 350/mm3, ce qui

signifie qu'au moment de leur grossesse, les risques d'avoir une IO sont minces, voire incertains. Le risque pour ces femmes de transmettre le VIH à leurs enfants comme pour faire une maladie est par conséquent aussi très faible (Yeni, 2010). Cette étude indique que le taux d'enfants séropositifs au dix-huitième mois de leur naissance est estimé à 67 %. Soit des résultats bien au-dessus de la moyenne.

L'étude de Leleu réalisée à Lambaréné à l'hôpital Albert Schweitzer en 2010, soit deux ans après celle de Mounlanga, donne des résultats intéressants qui montrent l'évolution de la PTME dans ce centre de santé en particulier et au Gabon en général. 18 couples mère-enfants y avaient été pris en charge. Les résultats montrent que les enfants nés de mères séropositives bénéficiant de la PTME au Gabon peuvent, tous naître séronégatifs. Sur les 10 enfants nés de mères séropositives, neuf sont séronégatifs. Une des mères s'étant présentée sans son enfant à l'entretien, la chercheuse n'a pu avoir connaissance du statut sérologique de ce dernier. Mais on peut conclure au regard du résultat observé que la PTME préserve l'enfant attendu d'une contamination de la mère à l'enfant sur un pourcentage de plus de 90 %. Ce n'est pas le cas des enfants nés des mères qui ne sont pas sous TAR et les données PTME 2015 plus récentes le confirment. Les 18 enfants décédés avant 18 mois dans cette étude de Leleu sont tous nés de mères qui n'ont pas suivi le TAR. Les résultats montrent aussi qu'il y a un nombre de perdus de vu important. Plusieurs femmes disparaissent après avoir reçu un test positif au VIH pendant la grossesse. Ce qui rend leur suivi difficile et accroît bien évidemment le risque de donner naissance aux enfants séropositifs. Que fait-on au Gabon en PTME ? Comment celle-ci s'est-elle mise en place ? A-t-elle une spécificité ?

1.5.2 Mise en place du dispositif PTME au Gabon

La PTME au Gabon est aujourd'hui un dispositif fiable qui permet à plusieurs femmes séropositives d'envisager une maternité et de faire un enfant non infecté même si le risque zéro n'existe pas. Ceci dit, il est difficile de parler de la PTME sans évoquer le dispositif général de la lutte et la prévention du VIH/SIDA au Gabon.

Dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA en général, on peut dire que le Gabon a donné une bonne réplique à cette pandémie. En effet, devant l'inquiétante montée en puissance de l'épidémie, le Gabon a su réagir pour éviter le pire et préserver ses populations. Parmi les mesures phares de cette politique offensive contre le VIH/SIDA, on note en l'an 2000, la création par décret présidentiel du Comité National de lutte contre le VIH/SIDA (CNLS/MST) et la mise en place du Programme National de Lutte Contre le SIDA (PNLS). Mieux, en 2002, le

Président de la République Omar BONGO ONDIMBA mettra en place un fonds thérapeutique de lutte contre le SIDA à hauteur d'un milliard de francs CFA chaque année pour l'achat des réactifs, pour les examens et pour l'achat des antirétroviraux. Cette mesure va constituer un tournant aussi bien dans la prévention du VIH que dans sa prise en charge. Les populations désormais se feront dépister à moindre coût et les traitements deviendront plus accessibles.

La PTME sera impulsée par l'OPDAS sous l'égide de la défunte première dame Edith Lucie Bongo. Aujourd'hui, les femmes séropositives enceintes ont des avantages particuliers :

- Gratuité des traitements ARV
- Remise de bons d'achat alimentaire (CHL de Libreville)
- Suivi continu et gratuit de la grossesse et de la mère et l'enfant après l'accouchement.

L'arrêté 51 du 6 juin 2005 assure 100 % de gratuité du traitement aux femmes enceintes au Gabon (mais aussi aux enfants, élèves, étudiants, chômeurs, retraités). Tous ces moyens et efforts, visent à améliorer les conditions de la femme en grossesse et séropositive. Ils ont surtout pour but, d'éviter la contamination du VIH de la mère à l'enfant, dans ce pays de moins de 2 millions d'habitants.

Conclusion

Nous venons d'aborder l'épidémiologie du VIH/SIDA. Nous avons commencé par un bref rappel historique de son apparition. Nous avons par la suite donné quelques informations essentielles sur cette infection. Nous retenons que le VIH reste une préoccupation majeure pour l'humanité et ceci d'autant plus qu'il touche beaucoup plus les femmes (en âge de procréer) que les hommes, et qu'il se transmet de la mère à l'enfant.

Il est cependant important de noter que, la situation de la femme en grossesse et séropositive a évolué. Aujourd'hui elle peut mener une grossesse et accoucher sans contaminer son enfant, ce qui n'était pas le cas au début de l'apparition de l'infection. La PTME est la clé de ce progrès, elle permet aux femmes séropositives de faire des bébés sains, d'accoucher par voie basse et d'allaiter. Ce qui peut donner à la maternité de la femme séropositive une apparence normale.

Mais si la PTME minimise de manière considérable le risque pour la femme séropositive de contaminer son enfant, nous ne savons pas grand-chose sur les grossesses des femmes enceintes et séropositives. **Que sait-on de ces grossesses sur le plan psychiques ? Que tirent les femmes séropositives de ces maternités ? Ces maternités sont-elles particulières ? Si oui, en quoi ?**

Bien que pertinentes, nous ne pourrons répondre aux interrogations qui précèdent que si nous savons ce que sont la maternité (de manière générale) et la grossesse (en particulier). Interroger la parentalité, la maternité et l'enfant aussi bien sur le plan psychique que sur le plan culturel, sont ici, des préalables auxquels nous ne pouvons-nous astreindre.

CHAPITRE 2 : PARENTALITÉ

Introduction

Le présent chapitre traite de la parentalité sur le plan psychique. Il s'agit de l'approche psychodynamique du devenir parent. Nous cherchons donc en l'abordant, à savoir ce qu'est la parentalité ? Comment se construit-elle ? Qu'est-ce que le désir d'enfant ? D'où nous vient-il ?

> « […] La naissance renvoie toujours à la nature profondément temporelle et historique de l'existence humaine. Notre surgissement dans le monde, subjectivement conçu renvoie à la question métaphysique générale de l'origine de tout ce qui est […] » (Frydman et Szejer, 2010, p. 13).

L'objectif ici est de parvenir à comprendre ce qu'est la parentalité. De cette façon, nous pourrons mieux orienter notre travail en nous appuyant sur l'existant pour aborder ce qui nous intéresse. Nous allons évoquer la grossesse, les différents mécanismes y relatifs et ce qui fait sa spécificité si tant est qu'elle en a une. Le chapitre se terminera par une conclusion. Ce sera pour nous l'occasion de résumer ce que nous avons évoqué le long de ce dernier et de nous questionner par rapport à notre objet d'étude.

2.1 Esquisse d'une définition de la parentalité

La parentalité est une notion récente (Fin XXè Siècle), pluridisciplinaire et complexe. C'est dans les travaux de Racamier (1961) qu'on trouve les premiers usages de ce néologisme (il parle de maternalité) qui désigne un « processus maturatif » (Bibring, 1959) incluant des facteurs biologiques et psychiques conduisant l'être humain à devenir parent. La notion de parentalité apparaît au carrefour du champ juridique et social (Doumont et Renard, 2004). Cette notion jadis à l'usage rare est aujourd'hui utilisée par plusieurs disciplines. Les travaux d'un groupe

d'experts en France réunissant anthropologue, médecin, psychologue, psychanalyste, sociologue, nous aident à saisir la complexité et le caractère polysémique de cette notion. Houzel (1999) qui a dirigé les travaux ci-dessus évoqués décline la parentalité en trois axes :

• L'exercice de la parentalité : il s'agit des droits, devoirs et de l'autorité autorité parentale que doit exercer un parent sur l'enfant dont il est responsable. L'exercice de la parentalité s'étend sur l'éducation et tout ce qui va dans le sens de la protection de l'enfant.
• L'expérience de la parentalité : tout le travail psychique qu'implique le devenir parent comme le désir d'enfant, la grossesse et les mécanismes y relatifs. C'est l'implication, le ressenti et le vécu de la parentalité.
• Et la pratique de la parentalité : c'est-à-dire le vécu de la parentalité dans le concret, l'action, les interactions, les soins administrés à l'enfant et tout ce qui concerne son éducation et sa socialisation.

La parentalité inclut donc, la fonction d'être parent, les responsabilités juridiques ou éducatives comme on peut le lire dans la définition proposée par le *Dictionnaire critique d'action sociale* (1995). Il s'agit de tout ce qui conduit un homme et une femme à endosser et à jouer le rôle de parent, ou à exercer le métier de parent (O'Connor, 2002).

Plusieurs notions sont nées de la parentalité : la « beau-parentalité » ; la « grand-parentalité », la « pluri-parentalité » (Le Gall & Bettahar, 2003). Ces dernières montrent l'extension de la parentalité. On peut bien être parent sans avoir mis au monde un enfant. La parentalité devient alors une capacité à s'occuper de l'enfant et à savoir répondre à ses besoins. C'est donc à juste titre que Neyrand (2013) précise qu'outre la portée clinique ou psychologique de cette notion, elle a aussi une dimension sociale. Ce qui l'amène à parler de la « parentalisation psychique » et de « la parentalisation sociale » qui avec toutes les nouvelles parentalités existantes, va désormais dans le sens de la protection de l'enfance. Le dicton est bien connu au Gabon, « On n'est pas parent parce qu'on est le géniteur d'un enfant, mais parce qu'on s'en occupe ». C'est ce que dit Levocici :

> « Avoir un enfant ne signifie pas qu'on en est le parent » Car si on peut porter un enfant ou si on peut en être le géniteur ou la génitrice « le chemin qui mène à la parentalité suppose qu'on ait "co-construit" avec son enfant et les grands-parents de ce dernier un "arbre de vie" qui témoigne de la transmission intergénérationnelle et de l'existence d'un double processus de parentalisation-filiation grâce auquel les parents peuvent devenir père et mère » (Lebovici cité par Solis-Ponton, 2001, p. 135).

Si on peut adopter un enfant et être un bon parent, il reste que dans le processus classique de la parentalité, la femme effectue un travail de parentalisation qui régit le fonctionnement du

futur parent et qui va être déterminant pour son rôle à venir. C'est précisément dans ce sens que Stotéru définit la parentalité comme :

> « L'ensemble organisé des représentations mentales, des affects, des désirs et des comportements en relation avec son enfant, que celui-ci soit à l'état de projet, attendu au cours de la grossesse ou déjà né » (Stoléru, 2000, p.492).

Il est vraiment question de ces remaniements psychiques qui ont pour but l'investissement du bébé, la création du lien. Chez l'homme on use du terme paternité et chez la femme de celui de maternalité, rappelle Delion (2011). La parentalité concerne l'avant grossesse, le pendant et/ou l'après accouchement, comme l'a signifié Stoléru. La dimension culturelle y occupe une place importante, elle n'est donc pas à occulter. En effet,

> « Envisager la parentalité aujourd'hui suppose d'accepter que ce phénomène humain comporte l'intrication d'éléments biologiques, psychologiques et culturels. C'est une notion qui contient un paradoxe, puisqu'elle est à la fois naturelle sur le plan biologique et du point de vue de l'organisation sociale, mais aussi extrêmement complexe sur les plans psychique et culturel. Il s'agit, au fond, d'un processus transgénérationnel à l'origine de l'être humain ». (Solis-Pontu, Op.cit. p.135-136).

Pour ce travail, nous retenons la définition de la parentalité de Stoleru. Nous travaillons sur la parentalité des femmes qui sont en grossesse. En conséquence, c'est ce qui s'opère psychiquement, les mécanismes et représentations de ces dernières au cours de cette période que nous interrogeons.

Vivre invite à un questionnement. Être humain, qui es-tu ? D'où viens-tu ? D'où vient le monde dans lequel tu vis ? Le sujet humain n'a eu de cesse de se préoccuper de la question de ses origines. La naissance semble faire naître simultanément chez l'homme, la question liée à sa provenance.

2.2 Le désir d'enfant

> « Pour les deux sexes (dit Bydlowski), l'enfant est rêvé avant même d'être conçu. Le désir d'enfant trame dans l'inconscient des parents une étoffe, de rêves, de secrets, de souvenirs. Des traces venues de leur histoire et même de celle de leurs ascendants vont à la rencontre de l'impulsion biologique programmée dans l'espèce. L'avènement d'un être nouveau en résulte ». (Bydlowski, 2008, p. 24).

Précocement l'enfant cherche à connaître ses origines. Les enfants se demandent comment les bébés viennent au monde et c'est une préoccupation qui se manifeste chez eux précocement. Le désir d'enfant est présent depuis l'enfance (Antoine, 2007 ; Bydlowski, 2008 ; Golse et Alvarez, 2008) et on peut le voir à travers leur activité, leur quête pour leurs origines à un âge où on verrait leurs intérêts autre part. L'enfant se demande d'où il vient, pour y répondre, il invente des théories qui le rapprochent de la vérité ou l'en éloignent. Freud (1908) fait la présentation de certaines de ces théories :

1- La première est la négligence des différences entre les sexes. L'enfant pense que les humains des deux sexes ont un pénis. Le petit garçon croit que même la petite fille en possède. Il y a chez lui comme une incapacité à se représenter un être humain sans pénis (Cas de Hans). Les petites filles aussi à cette période-là montrent un intérêt pour le pénis en pensant en être détentrice en correspondance à leur clitoris. La première théorie amène beaucoup plus l'enfant à penser que, les deux sexes peuvent concevoir, porter des enfants puisque tous ont un pénis et qu'il n'y a par conséquent aucune différence entre l'homme et la femme.

2- Il y a aussi la théorie cloacale : l'enfant tente d'expliquer la naissance par voie intestinale comme un « excrément, un sel ». L'enfant dans cette théorie est expulsé par voie anale. Freud parle ici d'une construction fantasmatique du petit garçon (possibilité de faire des enfants) sous la manifestation active de son érotisme anal. Ayant un anus, l'homme peut faire les enfants comme la femme, va s'imaginer le garçon. La théorie cloacale montre qu'à cet âge, l'enfant ignore encore l'existence du vagin.

3- Conception sadique du phallus : les rapports sexuels des parents sont considérés par l'enfant comme un exercice de violence de l'un (le père) sur l'autre (la mère). Ceci répugne l'enfant, et dit Freud, a pour conséquence son détournement de cette voie dans sa quête de la connaissance de son origine.

Les questions que pose l'enfant, et notamment, celles du « pourquoi », fait de lui non plus un sujet « dans le monde », mais un sujet qui « commence à être au monde » (Assoun, 2014, p. 352). Il y a ainsi chez l'enfant une sorte d'urgence, un besoin de savoir pour grandir et affirmer son ''je''. La question dissimulerait un besoin d'action ou du moins un désir de connaître pour reproduire, faire, réaliser aujourd'hui ou demain. Être un acteur, quelqu'un qui a sa part à jouer et qui penserait déjà un jour à agir et à faire comme ceux qui lui servent d'exemples, ceux par qui il a fait irruption dans la vie, ses parents.

Les questions en lien avec la sexualité et l'origine résonnent comme un intérêt pour l'enfant pour la procréation et la transmission. Comme le dit F. Dolto, l'enfant a envie de pénétrer sa mère, de lui « rentrer dedans » (Dolto, 1990, p. 41). Les enfants ont un désir précoce de faire un enfant (notamment d'en offrir à leur parent), mais du fait de l'interdit de l'inceste, la peur de la castration et leur immaturité, ils diffèrent et refoulent momentanément ce désir en attendant le ou la partenaire future (Freud, 1908, 1909 ; Dolto, 1990, 1994). L'enfant se développe physiquement, physiologiquement et psychiquement. Les stades libidinaux définis par Freud (Freud, 1905) montrent un processus, un continuum qui amène le sujet humain de l'enfance (via la sexualité autoérotique) à l'âge adulte en passant par l'affirmation du choix d'objet à la période pubertaire. Ainsi,

> « L'aboutissement du développement est constitué par la vie sexuelle dite normale de l'adulte, dans laquelle l'acquisition de plaisir est entrée au service de la fonction de reproduction et où les pulsions partielles, sous le primat d'une zone érogène unique, ont formé une organisation solide permettant d'atteindre le but sexuel dans un projet sexuel étranger » (Freud, 1905, pp. 127-128).

Selon Freud (1905, 1967), l'enfant vit la sexualité précocement et celle-ci va se développer du milieu oral à celui génital, permettant au sujet dont les organes sont devenus matures, de pouvoir procréer. Cette phase matérialise en quelque sorte, un désir exprimé depuis l'enfance. Le complexe d'œdipe au cours duquel, l'enfant éprouve les sentiments amoureux à l'endroit du parent de sexe opposé et manifeste, ceux de haine et de jalousie à l'égard celui de même sexe qu'il (elle) considère comme un rival, montrent la présence chez le sujet humain, le désir de reproduction et de perpétuation.

Se rapprocher du partenaire de sexe opposé serait une reconnaissance de la différence, et la recherche de la partie manquante fécondable. Le garçon et la fille sont attirés par un corps différent du leur grâce à qui la fécondité est possible (Dolto, 1996).

Alors que Freud postule une thèse moniste sur la sexualité infantile en soutenant que fille et garçon jusqu'à ce qu'ils s'aperçoivent qu'ils sont différents (anatomie sexuelle) pensent qu'ils sont constitués de la même manière (Freud, 1905, 1908, 1923,1931). Thèse partagée par d'autres, qui, eux aussi, ne reconnaissent pas la différence sexuelle entre la fille et le garçon et considèrent que l'organe sexuel féminin chez l'enfant est dépourvu de toute sensation (Deutsch, 1945, 1961) ; ou encore, que jusqu'à la phase phallique, la petite fille se conduit psychiquement exactement comme le petit garçon et les enfants des deux sexes se développent tout à fait de manière semblable (Lampl-de-Groot, 1983). Plusieurs auteurs (Abraham, 1920 ; Cournut-Janin et Cournut, 1993; Dolto, 1990,1996 ; Horney ; Klein, 1959 ; 1968 ; 1933 Muller, 1925 ; Squirès,

2009) voient en la femme et avant en la petite fille, un destin maternel dont son corps et en particulier son appareil génital, la prédestine. Ils s'opposent à cette théorie moniste. Ils postulent que l'appareil sexuel de la petite fille n'est pas muet. La petite fille, précocement, a bien des sensations vaginales. Ces dernières n'ont rien à voir avec un équivalent pénien (clitoris), mais avec ce qui peut avoir pour nom, le spécifiquement féminin. Le sexe féminin, ce « caché-montré » permet à la fille de s'abriter de l'angoisse de castration masculine et lui sert de gage et d'assurance pour sa féminité (Cournut-Janin, 1998, p. 82).

Ainsi, bien que le dispositif « anatomo-physiologique » dont elle est équipée ne soit pas apte à fonctionner du fait de son immaturité, la fille connaît une phase maternelle précoce. D'ailleurs, toute sa construction psychique émane de la connaissance de son corps ; ce monde interne féminin s'exprime en elle et lui signifie l'identité sexuelle qui est la sienne ainsi que le destin de celle-ci (Kesbemberg, 2008). Elle se projette dans le futur comme mère. Elle sait qu'elle est à l'image et à la ressemblance de sa mère, « elle se sait, en toute certitude être comme sa mère […] Sa maternité est avenir » (Le Guen, 2001, p. 20). Alors, le temps viendra où elle pourra faire des enfants.

L'étude de la sexualité infantile montre que la fille a une sexualité spécifique à son anatomie. Klein (1928) souligne l'importance de la sexualité typiquement féminine sur l'édification de la féminité, et du désir d'enfant. Le désir d'enfant est, pour Klein, l'aboutissement de la sensibilité féminine partant de ses zones érogènes. En d'autres termes, c'est le résultat de l'évolution de la sexualité féminine. Klein (1959 ; 1968) postule d'ailleurs l'existence d'un stade archaïque féminin commun aux enfants des deux sexes. Elle accorde une place centrale et charnière aux liens de l'enfant avec sa mère. Les enfants (des deux sexes sont d'abord des sujets féminins) s'intéressent d'abord à la mère et s'identifient à elle. L'œdipe primitif qu'elle développe montre que les enfants, mêmes à la période dite prégénitale, manifestent déjà des désirs génitaux à l'égard des parents de sexes opposés. La fillette sait qu'elle a un vagin, mais cette connaissance est refoulée en raison de la peur que suscite cette partie de son corps à cause du coït (Klein, 1959).

Il faut comprendre ici, que la parentalité de la petite fille sommeille en elle. Un jour, elle pourra faire comme sa mère, mettre au monde un ou des enfants. Très tôt, elle veut le ventre de la mère, elle veut être à la place de cette dernière pour avoir des enfants. Une haine à l'adresse de l'objet détenteur de ce ventre fécond, est d'ailleurs perceptible, comme on peut le voir dans le cas de Trude qui exprime le souhait d'arracher le ventre de sa mère. Ceci, contrairement à ce que postule Freud, ne vient pas du fait du désir du pénis ou de la quête de virilité, mais, est la conséquence des « instincts féminins » et de l'identification à la mère qui, d'ailleurs, précède l'œdipe (Klein, 1959).

Les observations de Muller (1925) et celles de Horney (1933) sont particulièrement précises. Les auteurs montrent qu'il existe chez la fille, une sensibilité vaginale précoce qu'elle peut, elle-même, provoquer en se masturbant. La fillette reconnaît ainsi son corps féminin et sait que ce dernier est un lieu érogène.

J. Kristeva (1996) sur la question ne remet pas en cause l'idée d'une structuration phallique de la petite fille. Elle introduit cependant l'« œdipe-prime » : investissement du clitoris, masturbation, désir incestueux pour la mère ; soit, un désir du, ou, pour le féminin. L'« œdipe-prime » est une étape charnière pour l'intervention de l' « œdipe-bis », qui conduit la petite fille au changement d'objet (amour pour son père).

Il n'y aurait pas une méconnaissance du vagin par la fille. Très tôt, elle a conscience de l'existence de son vagin, elle se le représente et sait que c'est une zone érogène (Chasseguet, 1984, 1986). La fille ne se détourne donc de sa mère, qu'à cause de sa castration qu'elle donne pour responsable cette dernière (elle-même châtrée). C'est en conséquence, par déception, qu'elle se détourne de sa mère pour se rapprocher de son père détenteur (de ce qui lui manque) du phallus (Faure-Pragier, 1999).

La théorie moniste est traitée de stérile par Faure-Pragier (1999). D'ailleurs, plus tard dans ses écrits, Freud (1931) lui-même ne va-t-il pas finir par accorder de l'importance aux « liens exclusifs », préœdipiens et primaires qui unissent une mère et sa fille. Il parle de la ''découverte par-derrière ses splendeurs œdipiennes de Delphes, des premiers amours de la mère et de la fille'', et reconnaît l'importance de la période qui précède l'œdipe comme déterminante pour sa féminité. Dans une série de correspondances entre Freud et Abraham allant de 1907 à 1926, Abraham (03/12/1924) parle à Freud de ses observations et évoque ce qu'il appelle « l'éclosion de la libido féminine », indiquant ainsi, que la fillette a des sensations vaginales dès la petite enfance contrairement à ce que son correspondant (Freud) postule. Le destinataire répondra (le 03/12/1924) en reconnaissant son ignorance de cet aspect du féminin et en exprimant son souhait d'en être éclairé. Il finira même par déclarer en 1933 lors d'une conférence portant sur la féminité, qu'il s'agit là, d'une question difficile à cerner, un « continent noir ».

> « […] La fille a aussi une vie psychique – avec ses fantasmes propres, ses identifications primaires et ses théories sexuelles infantiles - qui s'étayent sur les sensations que, plus ou moins confusément, elle reçoit sans doute de l'extérieur mais perçoit, aussi et surtout de l'intérieur ; or ces perceptions ne peuvent prendre sens qu'en fonction de son sexe, de sa sexualité et de sa fonction qui suppose un autre sexe, un sexe différent du sien » (Le Guen, 1999, p. 127).

Il y a une prématurité ou précocité féminine et maternelle chez la petite fille. Son appareil génital n'est pas un organe vide et manquant de sensations comme nous venons de le voir. Les observations de F. Dolto (1996) le confirment, elles (observations) mettent en évidence l'intérêt et l'attrait du bébé fille pour l'homme. La fillette montre ainsi, prématurément, son envie de l'homme. De l'avis de Dolto, elle est déjà féminine et cette féminité est présente dans tout son corps. La fille est par conséquent investie de la libido décrite par Dolto comme une énergie « active à visée d'attraction » (Dolto, 1990, p.14), d'où l'attirance et le magnétisme entre fille et garçon, homme et femme. Dolto remet ainsi en cause ce que postule Freud au sujet de l'ignorance par la fille de son vagin et partant l'intervention tardive de la différence des sexes.

> « […] Il (Freud) parle de l'âge infantile où la différence sexuelle n'est pas, pour lui, aussi manifeste qu'elle le sera à la puberté. Moi, je dis qu'elle l'est tout à fait autant. [...] Nous savons maintenant […] qu'aucune cellule de fille n'est semblable à une cellule de garçon [...]. Il n'y a donc pas lieu de faire une réduction de la libido ou de la sexualité, au caractère mâle, par exemple pour « déduire » ensuite le caractère femelle, comme un dérivé » (Dolto, 1990, pp. 14-15).

Le fait de devenir mère est la conséquence du développement libidinal de la femme, en d'autres termes, il s'agit de la réalisation d'un besoin primaire (Benedek, 1959, 1970). C'est aussi le résultat de la ressemblance et du rapprochement de la mère et de la fille sur « le mode sensuel des débuts », avant l'Œdipe (Squirès, 2011). C'est-à-dire, les premiers instants mère-fille. Comme sa mère, la fille d'aujourd'hui a les attributs féminins ; elle est porteuse du vagin, considéré comme, le lieu de la maternité, sa genèse, l'espace où l'enfant doit advenir (Anzieu, 1989). C'est bien l'espace au-dedans de la femme, « espace creux » « cavité originaire » ou signe spécifique, « distinctif de l'identité féminine », la caractéristique féminine « inscrite dans son propre corps marqué par une potentialité de gestation […] » (Nunziante-Cesaro, 1985, p. 11).

Le génital de la femme est ainsi magnifié et reconnu comme le lieu qui définit ou fait la femme. Il est le signe de la féminité et l'en puissance maternelle. Aulagnier souligne cette existence chez la femme d'une envie de féminité, mais aussi une envie de maternité. Deux éléments propres à son identité sans lesquels elle peut avoir du mal à s'accomplir et à s'épanouir. Le désir d'enfant conduit au maternel et fait par là même, la synthèse du féminin et la féminité (Le Guen, 1984). La féminité étant ici, comme le rappelle Maïdi (2015), ce qui caractérise la femme et la distingue de l'homme.

Ce qui précède montre la reconnaissance du vagin comme lieu du plaisir et de la maternité. Un espace intérieur typiquement féminin qui définit la femme et fait d'elle une mère potentielle. La littérature psychanalytique montre l'intérêt du petit d'homme pour ses origines et le désir d'enfant.

2.3 La grossesse : un évènement psychique

La grossesse[1] est une étape importante dans le processus féminin de parentalité. Cet état qui part de la fécondation à la grossesse touche la femme physiologiquement et psychiquement. Les biologistes notent d'ailleurs qu'il s'agit d'un « paradoxe immunologique » car, l'enfant est considéré comme un corps étranger, une greffe qui habite le milieu utérin durant neuf mois avant d'y être rejeté (Soulé & Soubieux, 2006). Certes, il y a d'abord une implantation fœtale qui a à voir avec le biologique et le somatique. Mais, il y a aussi une « nidification psychique » (Missonnier, 2004 ; Bayle, 2005). La « nidation psychique » marque en quelque sorte la tolérance du fœtus au sein du corps maternel, et l'acceptation de fusionner avec lui pour permettre sa croissance jusqu'au moment où il pourra quitter le milieu utérin.

La grossesse est un évènement psychosomatique. Pour H. Deutsch (1945), il s'agit d'un « évènement biopsychique » et « sociologique » important qui participe au développement de l'identité féminine. Dans le même sens, Bibring (1959, 1961) présente la grossesse comme le moment d'une crise maturative et évolutive. Au cours de ce dernier, la femme va revivre les conflits passés (infantiles) avec la mère à laquelle elle doit pourtant s'identifier. Cette période est capitale pour son développement. La grossesse (surtout du premier enfant) marque le départ de la femme du statut d'enfant qui jusque-là était le sien, à celui de parent (qu'elle est en train de devenir). Un travail d'élaboration et de remaniement psychique y est donc nécessaire pour préparer la future mère à la séparation à sa mère (Pines, 1972, 1982).

La gestation transforme la femme somatiquement et psychiquement, au point qu'une correspondance de ces deux sphères pendant la grossesse, a pu être relevée (Benedek, 1956). L'étude de la grossesse, et de manière générale, celle de la maternité, est marquée par des contributions importantes. Il s'agit des travaux (Brazalton, 1950 ; Winnicott, 1956 ; Racamier, 1961 ; Bydlowski, 1991, 1998, 2008 ; Stern, 1995) qui aujourd'hui permettent de connaître ce qui se passe psychiquement chez la femme au cours de sa grossesse. Ces derniers ont donné lieu aux concepts que nous allons présenter ci-dessous.

[1] La grossesse est définie comme l' « État de la femme entre la fécondation et l'accouchement ». Il s'agit pour être plus précis de l' « Ensemble des phénomènes se déroulant entre la fécondation et l'accouchement, durant lesquels l'embryon, puis le fœtus, se développe dans l'utérus maternel » (www.Larousse.fr).

2.3.1 La préoccupation maternelle primaire

Nous tenons la première contribution à Winnicott (1956). Il a observé que pendant la grossesse, la femme a une attitude inhabituelle et différente de ce qu'elle montre à l'accoutumée. Il l'a appelée cette attitude « préoccupation maternelle primaire » l'assimilant à un état psychiatrique. Winnicott écrit :

> « Il se développe graduellement pour atteindre un degré de sensibilité accrue pendant la grossesse et spécialement à la fin ; il dure encore quelques semaines après la naissance de l'enfant ; les mères ne s'en souviennent que difficilement lorsqu'elles en sont remises [...]» (Winnicott, 1956, p. 287).

Winnicott explique que la « préoccupation maternelle primaire » est caractérisée par une grande sensibilité de la femme, régression de la mère à son bébé. C'est ici un moment de préparation, un moment où la femme est avec son enfant et cherche les ressorts nécessaires qui devraient lui permettre de répondre à ses attentes. Plus fort que ce qui précède, c'est :

> « [...] Un état de repli, ou à un état de dissociation, ou une fugue, ou même encore à un trouble plus profond tel qu'un épisode schizoïde au cours duquel un des aspects de la personnalité prend temporairement le dessus » (Ibidem).

L'auteur précise que cet état est temporaire, mais peut s'étendre quelques mois après l'accouchement. Autre précision apportée par Winnicott, toutes les femmes ne la connaissent forcément pas au cours de leur maternité. Enfin, si la « préoccupation maternelle primaire » est désignée comme un état psychopathologique ou psychiatrique, il n'en est rien en réalité. Cette « maladie normale » et passagère (Ibid, p.288) est nécessaire pour aider la femme à être une « mère suffisamment bonne », capable de porter l'enfant physiquement et psychiquement (holding), de bien prendre soin de lui et d'être à ses côtés (handling) ; et enfin, de lui préserver l'impression ou l'illusion de création de l'objet. Une présentation du monde dans laquelle l'enfant sera acteur et/ou agira.

La mère peut ainsi donner à son enfant un cadre adéquat pour son développement, en maintenant sa « continuité d'être » si importante pour la construction de son Je.

La maladie dont parle Winnicott ne désigne qu'un état, un moment au cours duquel le fonctionnement de la femme est particulier et anormal, car pour atteindre « la préoccupation maternelle primaire », la femme doit être normale, elle est donc appelée à en guérir.

2.3.2 La maternalité

Une autre observation s'est faite chez la femme au cours de la maternité. Celle-ci, nous la devons à Racamier, qui, lui aussi, contribua remarquablement à ouvrir les portes secrètes de la maternité pour comprendre ce qui s'y passe. Partant d'une étude sur les psychoses puerpérales, il est arrivé à ce qu'il a appelé la « maternalité ». De quoi est-il question ?

Sans vraiment s'éloigner de Winnicott, Racamier (1961, 1979) décrit la « maternalité » comme un état particulier de la femme. Un état qui pour lui se rapproche de certaines modalités psychotiques. C'est-à-dire qu'elle s'apparente à une pathologie lourde puisqu'on parle de psychose et par conséquent de troubles affectant gravement le sujet. Racamier la présente comme un moment essentiel de la maternité. Au cours de ce dernier, la femme met en place et développe avec son enfant des liens particuliers. Durant cette même période, la femme tend à s'aimer plus fortement et à aimer l'enfant qu'elle porte. Il y a ici un vécu particulier de la grossesse marqué par l'établissement d'un lien fusionnel entre la mère et le fœtus. Racamier parle même de confusion du « moi et du non-moi » et de la difficulté à les distinguer. La femme en grossesse est incapable de différencier elle et son enfant. Ce dernier est considéré comme faisant partir de la femme. Cette relation sera très importante pour la suite de leur relation surtout pour que la femme comprenne l'enfant et s'occupe bien de lui.

> « C'est à cette condition, on le sait, que la mère peut être réellement pour l'enfant le "moi" qu'il n'a pas encore, mais qu'il va justement se construire sur la base de cette relation. C'est aussi à cette condition que la femme est capable de pressentir les besoins et les états de son enfant [...] Avec son enfant la mère se sent complète et vide sans lui ». (Racamier, 1979, pp 193-232).

La maternalité désigne une étape cruciale de la marche vers le devenir parent. Ce concept nous présente la grossesse comme un moment de lien ou de fusion entre la mère et son enfant au point de se couper du reste. Et c'est ce que montre aussi Bydlowski.

2.3.3 La transparence psychique

La grossesse est un moment propice pour le retour des conflits anciens marqués par une facilité et une propension inhabituelle à s'exprimer la capacité de la femme à refouler n'étant plus la même. L'indifférenciation et/ou la confusion sont ainsi remarquables dans le discours de la femme en grossesse témoignant un état de fusion relatif à la grossesse et une difficulté à se différencier et à considérer le bébé comme sujet à part entière. C'est Bydlowski (1991, 1998, 2008) qui, travaillant dans le milieu médical de la gynécologie et de l'obstétrique, a relevé chez

la femme en grossesse cet état appelé « transparence psychique ». Bydlowski à travers ce concept décrit, ce qui a lieu dans le psychisme de la femme pendant la grossesse. Elle explique que pendant cette période, les souvenirs et conflits infantiles profitent de la baisse du refoulement pour se réactualiser. La « transparence psychique » va ainsi entraîner une baisse d'intérêt, un désinvestissement pour les activités habituelles favorisées par ce retour massif des souvenirs d'enfance, son enfance, une régression et remémoration de son propre passé.

> « Des pans entiers de leurs expériences d'autrefois, des souvenirs et des sensations oubliées, font retour avec, pour corollaire, des moments d'euphorie ou, au contraire, de détresse. Parfois ce sont des affects de tristesse qui dominent, venant donner la parole à la petite fille d'autrefois avec ses émotions passées. Pour ces jeunes femmes, le sujet de la grossesse est moins l'enfant qu'elle porte et qu'attend l'entourage, que la mémoire de l'enfant, voire du bébé, qu'elle a été autrefois » (Bydlowski, 2008, p. 23).

La « transparence psychique » ici évoquée est aussi un appel à l'aide des référents ou une recherche de soutien. Les remaniements psychiques de la femme pendant la grossesse et/ou son fonctionnement à cette période montrent une tendance à la régression, donc un retour à l'enfance face à la grossesse et ce qu'elle mobilise (Dana et Marion, 1975). La femme pendant sa grossesse vit dans son monde. Elle n'a d'yeux et intérêts que pour elle-même et l'enfant qu'elle porte. Ce qui fait dire à Kristeva qu'au cours de la grossesse, la femme ne voit pas les personnes qui l'entourent, elle ne voit même pas le père de l'enfant qu'elle porte, « elle est ailleurs » (Source internet).

2.3.4 La constellation maternelle

Stern (1995) qui a travaillé dans le champ de la psychologie de développement, a décrit ce qui se passe chez la femme venant d'accoucher. Elle fait observer qu'à la naissance d'un bébé, la mère s'installe dans une organisation psychique très particulière, c'est ce qu'elle nomme « la constellation maternelle ». Elle (constellation) est un organisateur psychique approprié à l'état de maternité. Elle est temporaire, sa durée peut s'étendre de quelques mois à plusieurs années. Elle a aussi la particularité de reléguer au second plan les organisations ou complexes précédents pour devenir l'axe d'organisation dominante.

> « La constellation maternelle n'est pas une simple variation ou un dérivé de constructions psychiques déjà existantes. Il faut plutôt la comprendre comme une construction unique, indépendante, existant entant que telle, d'une importance primordiale dans la vie de la plupart des mères, et absolument normale » (Stern, 1995, p. 223).

Stern explique que « La constellation maternelle » est une nouvelle organisation psychique de la femme. Celle-ci s'établira à partir de la trilogie du discours de la mère avec sa propre mère, le discours de la mère avec elle-même comme mère et le discours avec l'enfant. Stern montre que le bébé que la mère aura dans les bras se développe dans l'esprit de la mère qui le porte et le nourrit par des représentations. La « constellation maternelle » est ainsi observable chez la femme avant la grossesse, pendant et après l'accouchement.

Les concepts que nous venons de présenter montrent la particularité du psychisme de la femme en grossesse. La présence de l'enfant en son sein met en œuvre des conduites spécifiques à son état commandées par sa psyché comme le montrent les différentes étapes psychiques de la grossesse.

Les différents états observés chez la femme en grossesse ne sont pas figés, ils connaissent une évolution presque concomitante à la grossesse biologique. Les contributions psychodynamiques montrent que la grossesse évolue psychiquement et cette évolution comprend des stades (ayant une certaine correspondance avec ceux (stades) médicaux). Ces stades révèlent ce qui se passe dans le milieu souterrain de la psyché féminine. Benedek (1959) par exemple dans sa description met l'accent sur les sphères relationnelles, narcissiques et identificatoires de la femme au cours de cette période. Pour elle, au début de la grossesse, la femme est affectée et déstabilisée. Après va suivre une phase transitoire qui la conduit du premier stade au second. Celui-ci est marqué par les satisfactions narcissiques.

Les stades de la grossesse montrent aussi un moment au cours duquel la femme va s'adapter à son état. C'est ce que dit Bibring (1961) qui, présentant deux phases de la grossesse, met en avant la fonction adaptative de celle-ci. Le premier stade est marqué par l'acceptation de l'embryon, ensuite, celui du fœtus entant que partie intégrante du soi (c'est une période de fusion avec le fœtus). Le deuxième stade quant à lui commence par l'apparition des mouvements fœtaux de l'enfant. Ces derniers sont un événement qui s'impose à la femme et l'obligent à reconnaître l'existence de l'enfant qui se développe en elle. Ceci amène la femme à la deuxième tâche adaptative qui consiste à réorganiser ses relations objectales. Ce stade prépare la femme à la naissance et à se séparer de l'enfant qu'elle porte.

Pines (1972) aussi consacre un stade aux mouvements fœtaux. Ces derniers constituent, selon lui, un élément clé de l'évolution de la grossesse et de la différenciation entre le moi maternelle et le bébé. Les mouvements fœtaux marquent la fin du premier stade et l'entrée dans le deuxième. Grâce à eux, la femme prend conscience de la présence d'un être, ou de cet autre.

Pines ajoute deux derniers stades dont le troisième (angoisses pour la santé de l'enfant, angoisses liées à l'accouchement) lors des derniers mois de grossesse avant l'accouchement et le quatrième et dernier qui commence juste après l'accouchement, « le dixième moi » comme l'appelle Lebovici (1983), et se termine quelques mois après.

Les stades proposés par Raphaël Leff (1980) font le résumé de ce que nous venons d'énumérer. Il subdivise la grossesse en trois périodes assimilées aux phases d'individuation-séparation décrites par Malher et ses collaborateurs. Le début de la grossesse est considéré comme la phase autistique normale. La femme et le fœtus, à ce moment de la grossesse, vivent dans une union « symbiotique ». Cette symbiose passe d'abord par l'acceptation du fœtus comme une partie d'elle-même (la femme). Le deuxième stade de la grossesse concerne l'individuation du fœtus dans l'esprit de la mère. La mère se prépare à la différenciation entre elle-même et l'enfant. La troisième phase de la grossesse est marquée par la venue au monde du bébé (donc l'accouchement).

Les apports plus récents de Stern (1995) et Marinopoulos (2009) sont plus précis et détaillent mieux, de notre point de vue, la grossesse psychique. On distingue plusieurs phases à partir des représentations de l'enfant à naître au cours de la grossesse. Il y a une première période au cours de laquelle la femme ne s'autorise pas à penser au bébé (Ceci va durer tant que la femme ne sera pas sûre de la viabilité de sa grossesse jusqu'à la douzième semaine en général). Après le troisième mois, c'est-à-dire à partir du troisième trimestre la mère commence à s'imaginer et à se représenter l'enfant, c'est la naissance de l'attente de l'enfant. L'apparition ou le ressenti des mouvements du bébé dans l'utérus contribue à la construction du bébé imaginaire (cette phase s'étend du quatrième au septième ou huitième mois de grossesse.

Les différents points de vue ci-dessus montrent que le début de la grossesse n'est pas une période marquée par les représentations du bébé. Il s'agit plutôt chez la femme d'une période qui va l'amener à comprendre qu'elle est en grossesse et à l'accepter ; La deuxième période est marquée par les représentations, et enfin, la troisième constitue la période du début de la séparation, avec une baisse de représentation. La route qui mène à la maternité est un parcours durant lequel l'enfant se développe physiquement en trois trimestres partant de la fécondation à l'accouchement mais aussi psychiquement partant de la fusion, à la séparation.

2.4 Représentations maternelles, représentations de l'enfant

Cette partie du travail concerne les représentations maternelles. Selon *Le vocabulaire technique et critique de la philosophie* (1926), la représentation est le fait de se représenter une personne où une chose. Il s'agit selon le même dictionnaire de « ce qui est présent dans l'esprit, ce que l'on se « représente » ; ce qui forme le contenu concret d'un acte de pensée ». Au sens philosophique, le mot représentation vient de « se représenter », qui en français à pour synonyme imaginer. La représentation est par conséquent une activité en lien avec l'imagination.

Dans l'étude des représentations maternelles et celles du bébé, les représentations sont à envisager au sens interactif sujet-objet. Cupa, Valdes, Abadie, Pineiro, Lazartigues, (1992) et Stern (1995) abordent la représentation dans un système où l'autre occupe une place essentielle. Sans lui, comprenons-nous, point de représentations. On se situe là dans une relation avec l'autre où les représentations sont définies comme une « expérience inter-active » ; « expérience subjective d'être avec une autre personne » (Stern, 1995, p.30). Il peut donc s'agir d'une expérience réelle, vécue, virtuelle, imaginé.

La représentation, telle que la présente Stern, montre le sujet jouant un rôle, émettant ou répondant à des besoins. Cupa et *al* insistent sur une relation sujet-objet,

> « Toute représentation suppose deux protagonistes : l'objet et celui qui se le représente. Elle est, ainsi à la fois une mise en forme des éléments constitutifs de l'objet et l'objet lui-même. Tout acte de représentation est, pour nous coextensif d'un acte d'investissement libidinal. Toute représentation est liée à une pulsion » (Cupa et *al*, Op.cit. p. 48).

La définition ci-dessus a la particularité d'envisager la représentation comme le produit d'une interaction « sujet-objet » comme annoncé par Stern, c'est-à-dire, le sujet acteur de la représentation et ce qu'il se représente. Mais elle (la définition) va plus loin, elle tient compte de l'investissement libidinal qui, en quelque sorte, sous-tend la représentation, et cet apport nous intéresse particulièrement. On parle ici de lien et plus précisément d'interaction.

2.4.1 Bébé imaginé

La littérature nous donne aujourd'hui différents types de bébé imaginé. En effet celui que S. Freud a appelé « his majesty the baby » (Freud, 1914, p. 96) figure dans la psyché maternelle et est porté par la femme pendant sa grossesse. M. Soulé (1983) use de l'expression « l'enfant dans sa tête » pour parler de ce qu'il a appelé l'« enfant imaginaire ». Il le décrit comme l'enfant

idéal issu des désirs œdipiens. Il est très investi narcissiquement par la future mère qui le porte dans sa tête depuis sa petite enfance.

À ce jour, nombreux travaux ont porté sur les représentations maternelles. Nous avons aujourd'hui différents types de bébés imaginés. Lebovici (1994) en présente quatre : l'enfant imaginaire, l'enfant fantasmatique, l'enfant mythique et l'enfant narcissique.

L'enfant imaginaire

Le bébé imaginaire : C'est l'enfant idéal auquel la mère rêve, l'enfant du désir de grossesse, il alimente les rêveries de la future mère et est aussi l'enfant du mandat transgénérationnel. Il est le bébé des rêveries diurnes. Les représentations de sa mère sont de deux ordres : les représentations simples : sexe, corps, caractère, affects, valeurs et les représentations d'interactions entre l'enfant et son entourage (Lebovici, 1994).

Bébé fantasmatique

C'est l'enfant des conflits infantiles, mais refoulés. Il est décrit comme issu du désir d'enfant, du conflit œdipien. Le bébé fantasmatique est constitué des mêmes catégories de représentations (simples et d'interactions) que le bébé imaginaire.

Bébé mythique

Il désigne le bébé des désirs et des fantasmes préconscients. Le bébé mythique renvoie à la « filiation », au « transgénérationnel fantasmé » par la mère ainsi qu'aux « références culturelles » de celle-ci. Cet enfant est le porteur des valeurs transmises à travers des générations. Pour D. Cupa et *al* l'enfant mythique c'est,

> « Le bébé des désirs et des fantasmes préconscients. Inconscient, il renvoie à la filiation, au transgénérationnel fantasmé par la mère, à une généalogie mythique qui constitue la préhistoire du bébé » (Cupa et *al*, ibid.p.49).

L'enfant mythique est sous l'influence de l'histoire de ses parents voire celle de la famille.

Bébé narcissique

Il désigne le type d'investissement qui sous-tend la représentation de l'enfant idéal. Il est vu comme l'enfant qui doit tout faire et tout réparer. Ce serait un enfant dont on attend quelque chose ; un enfant en qui on place un espoir. L'enfant narcissique peut être considéré comme l'enfant providentiel, celui qui sera sans défaut et qui aura toutes les qualités requises pour ne point décevoir les parents et pour faire avec habileté ce qu'ils n'ont pas pu.

Bébé construit

Cupa et *al* (1992) parlent d'une opposition et d'une superposition du bébé imaginaire et du bébé réel. Il s'agit d'une représentation double. C'est ce que ces auteurs nomment le « bébé construit ».

Les représentations d'une future mère pour son enfant correspondent à chacun des types de bébé ci-dessus évoqués. Mais, on parle bien de représentations, l'enfant n'est encore à ce moment-là qu'imaginé. La femme enceinte ne fait pas encore face au bébé réel. Le bébé imaginé nous montre que la femme pendant sa grossesse anticipe et imagine l'enfant qu'elle porte. C'est dans ce sens que D. Cupa (2001) parle de « représentation anticipatrice » (p.33). Pendant la grossesse, il sera ainsi question d'un travail d'anticipation. L'imagination y jouera un rôle important pour l'accueil du bébé. L'anticipation du bébé selon Cupa, met en exergue les souhaits des parents pour le bébé à naître.

2.4.2 Les styles maternels pendant la grossesse

L'étude des styles maternels montre le fonctionnement des femmes en rapport à leur maternité au cours de leur grossesse et après. Plusieurs auteurs ont contribué à mettre en place ces descriptifs. Deutsch (1925) en présente deux. Le premier style est caractérisé par la pauvreté de l'investissement du moi et celle de l'enfant. En revanche, dans le deuxième, l'enfant est perçu comme une partie du Moi de la femme en grossesse. On peut ainsi rencontrer des femmes qui investissent fortement leurs bébés pendant la grossesse et d'autres qui semblent ne pas manifester la même attitude.

Leifer (1980) s'est intéressé au fonctionnement psychologique de la grossesse. Il observe trois types de fonctionnement : un premier dit élevé, un deuxième modéré et un troisième qualifié de bas. Dans le premier, les femmes s'intègrent bien à leur grossesse dès le début, le lien avec le fœtus est assez précoce, la grossesse est bien vécue. Dans le deuxième, l'intégration est faible, l'attachement au fœtus est modéré et la grossesse est mal vécue à cause des transformations inhérentes à celle-ci. Dans la dernière citée (bas), les femmes montrent une ambivalence et des sentiments négatifs à l'égard du fœtus. Il s'agit des femmes, dit l'auteur, qui n'ont pas désiré la grossesse.

Les travaux de Raphael-Leff (1983) présentent deux styles maternels. Il s'agit en premier de :

1- La mère régulatrice : en anglais (*regulator mother*), la mère régulatrice considère son enfant comme un ensemble de besoins qu'elle doit satisfaire. L'enfant est perçu comme un être dont on doit s'occuper et aider à intégrer le monde. La femme a une perception contraignante de la grossesse. Elle donne l'impression de ne pas éprouver du plaisir à être mère. L'enfant est considéré comme dangereux et sa grossesse comme un état qu'elle est obligée de supporter.

2- La mère facilitante : (*Facilitator mother*) : c'est une mère qui considère l'enfant comme un être non différencié. Idéalisé, l'enfant est l'objet de constructions imaginaires. Elle vit ce moment comme un rêve et prend plaisir à communiquer avec le petit être en elle.

Nous avons ainsi deux catégories de mères selon leur capacité à s'occuper de l'enfant et à répondre à ses besoins. Dans le premier cas, c'est l'enfant qui s'adapte à la mère et à l'environnement et dans le second, c'est la femme qui cherche à s'ajuster et à s'adapter aux besoins du tout-petit. Ammaniti (1991) explique que la mère régulatrice attribue à la grossesse une signification différente en tentant de résister à la déformation transitoire de la grossesse.

Les deux styles maternels de Raphael-Leff (1983) montrent chez les femmes enceintes deux manières de vivre la grossesse comme souligner ci-dessus. Une troisième catégorie de mère a été définie par l'auteur (Raphael-Leff, 1993), il s'agit de la mère ambivalente (reciprocator). Cette mère est plus équilibrée. Elle attend un enfant en prenant en compte qu'il s'agit d'un sujet humain. Sa caractéristique, c'est l'ambivalence de ses sentiments à l'égard de l'enfant à naître (impatience, joie, craintes, peur peuvent être citées). Elle n'est pas complètement aspirée par l'état de grossesse.

Une autre étude plus récente est venue enrichir la littérature des styles maternels. C'est une équipe de chercheurs italiens (Ammaniti, Candelori, Pola, & Tambelli, 1999) qui l'a réalisée à partir d'un outil appelé l'IRMAG (Interview pour les Représentations Maternelles pendant la Grossesse). C'est un entretien semi-directif standardisé visant à explorer l'univers représentations de la femme en grossesse à l'exemple de son vécu de la grossesse, les représentations du bébé, la construction de la parentalité, les identifications de la femme au cours de sa grossesse. Ce travail part d'un postulat que nous résumerons en ces quelques lignes : la mère au cours de sa grossesse établit une relation avec son enfant qui la prépare à devenir mère. Les chercheurs se proposent d'investiguer au cours du septième mois de grossesse, la représentation de la mère entant que mère, celle de l'enfant, et celle de la mère et l'enfant. Cette recherche va montrer chez la femme en grossesse, une organisation des représentations maternelles en structure narrative spécifique (intégrées/équilibrées (Richesse et cohérence du récit et des représentations elle-même et l'enfant) ; Représentations maternelles

étroites/désinvesties (récit simple, maîtrise de soi empêchant l'expression des fantasmes); Représentations maternelles non intégrées/ambivalentes (récit contradictoire de son histoire et ambivalence).

À partir de la manière de vivre la grossesse, de ce qui s'exprime et se révèle au cours de cette aventure, il est possible de prédire l'attachement futur de la mère à son bébé et sa capacité à répondre à ses besoins donc à assumer le rôle de mère (Ammaniti et *al*, 1999, Candoleri, 2009 ; Fonagy, 1992 ; Fonagy et *al*, 1991).

2.4.3 Représentations maternelles et interaction fantasmatique

Nous savons aujourd'hui, grâce aux travaux réalisés sur les représentations maternelles, qu'il existe une interaction entre la mère et l'enfant au cours de la grossesse. La « constellation maternelle » (Stern, 1997) montre que le bébé que la femme enceinte donnera naissance se construit et prend corps dans la psyché de celle qui le porte. En effet, pendant sa grossesse, la femme porte son enfant psychiquement, et, petit à petit, elle prépare son arrivée en même temps qu'elle se prépare à être mère. L'idée d'une continuité entre les représentations et la vie fantasmatique de la mère pendant la grossesse et les relations avec le bébé réel est soutenue et démontrée. Il y a une évolution des représentations (Cf. Stade psychique de la grossesse) qui part d'un point de quasi-non représentabilité « Blanc d'enfant », aussi appelé « fantasme blanc » (Revault d'Allones, 1985-1986), à une phase de pleinement représentable ; avant l'arrivée de l'angoisse de l'accouchement et l'attente du bébé réel, qui vient calmer le bouillonnement fantasmatique lié à l'attente de l'enfant. Il y a une évolution entre l'enfant fantasmatique de la grossesse et les relations mères-nourrisson après l'accouchement. Les auteurs notent une correspondance entre ce qui est observé pendant la grossesse et ce qui l'est pendant la période post-natale (Ammaniti et *al* 1999 ; Cupa et *al,* 1992; Stoléru, Morales, et Grinschpoun, 1985). Kreisler et Cramer (1981) parlent notamment de « structure partagée » pour indiquer le lien qui existe entre la mère et le bébé, le second dépendant du premier psychiquement. On y comprend que la mère et l'enfant sont d'abord ou presque une même personne.

L'interaction mère-enfant qui commence pendant la grossesse se poursuit après l'accouchement. Stoléru et *al* (1985) à la suite de leurs travaux avec Lebovici vont apporter des éléments intéressants sur la relation mère-bébé. Ils décrivent « L'évolution qui conduit de l'enfant fantasmatique de la grossesse à la relation mère nourrisson ». Cette recherche montre comment les scénari fantasmatiques maternels exprimés lors de la grossesse organisent les interactions ultérieures mère-bébé. À travers trois cas, Stoleru et *al* montrent une continuité entre

l'interaction mère enfant pendant la grossesse et après l'accouchement. Le cas « A »[2] par exemple présente une angoisse liée à l'allaitement, celle-ci sera continue dans le matériel à 6 mois de grossesse et après l'accouchement.

Dans une autre étude longitudinale sur les interactions précoces, Cupa et *al* (1992) partent de l'idée que certaines représentations du bébé imaginé par la mère durant la grossesse sont mises en actes par celle-ci dans les interactions précoces avec son bébé. Elle met sur pied un protocole pour la réalisation de cette étude. Le protocole commence au 7ème mois de grossesse et il comprend les outils suivants : un entretien semi- directif à partir de la bande de cri/pleur de B. Lester et le dessin du bébé. L'étude continue jusqu'au cinquième et dixième jour, ensuite le sixième et quatorzième mois de vie du bébé. Les résultats montrent une interaction mère bébé avec certains fantasmes maternels prégnants. Cupa et *al* (Op.cit.) expliquent que le développement de l'enfant va être influencé par cette interaction. La femme anticipe son fœtus pendant sa grossesse.

Les travaux d'Ammaniti (1991) montrent qu'il y a une relation entre l'organisation et la qualité du monde des représentations de la mère et le développement du nourrisson. Les représentations maternelles permettent à la mère d'anticiper son enfant, elles ont une fonction organisationnelle. Les représentations maternelles permettent aussi que la mère rentre en relation avec lui précocement et en conséquence, se prépare à être mère. Elles révèlent aussi le type d'attachement postnatal que la mère aura avec son bébé (Ammaniti, 1992 ; Ammaniti et *al*, 1999).

Comme nous l'avons vu plus haut en abordant les stades psychiques de la grossesse, la femme à partir du quatrième mois de grossesse se représente de manière plus définie son enfant (Raphaël-Leff, 1991). A cette même période il y a une évolution des représentations de la femme en grossesse (Ammaniti, Tambelli et Perucchini, 2000), ces représentations concernent l'enfant imaginaire et fantasmatique. Elles évoluent avec la grossesse avant de devenir plus vague à l'approche de la naissance c'est-à-dire lorsque la mère se met à attendre l'enfant réel. Après cette période, il y aura à partir du septième mois, la déconstruction de l'enfant imaginaire.

La maternité n'est pas une opération mathématique à démarche unique comme l'abord des styles maternel et le bébé imaginé nous l'ont montrée. En effet, certaines femmes au cours de la grossesse peuvent soit avoir des représentations négatives ou encore manifester une neutralité à l'endroit de celles-ci. Les travaux de Condon et Dunn (1981) montrent que certaines femmes enceintes sont neutres à 15-25% au cours de leur grossesse au sujet de leur relation avec leur enfant. Et une autre proportion plus infime évaluée entre 3 et 5% a des représentations négatives

[2] Il s'agit d'un cas étudié par les auteurs ci-dessus cités.

du bébé qu'elles portent. Les auteurs notent chez elles une absence et une difficulté à s'imaginer leurs enfants et à se les représenter, ce qui impacte sur leur capacité à interagir avec ces derniers.

Mais qu'à cela ne tienne, il existe une « symbiose mythique » (Carpentier, 2013) entre la mère et son enfant. Pour A. Carpentier (2013), la période de gestation est marquée par une symbiose qui prépare le couple mère bébé à s'ajuster.

Conclusion :

Le chapitre que nous sommes en train de conclure nous a permis de situer le début du désir d'enfant. Nous avons montré que la femme ressent le désir d'être mère depuis son jeune âge. Elle a conscience qu'elle est une femme et qu'à ce titre, elle est appelée à faire un enfant. Le désir d'enfant est par conséquent un désir d'enfance « La petite fille connaît une phase maternelle précoce » (Kesbemberg, 2008, p. 44).

Nous retenons que la parentalité est un processus dont la grossesse est une étape importante dans la construction des futures relations avec le bébé à naître. Alors, au cours de la grossesse, il y a plusieurs mécanismes psychiques qui rentrent en activité et qui ont pour but la construction maternelle ou le devenir mère.

La question au terme de ce chapitre est de savoir si une femme qui a découvert sa séropositivité au cours de sa grossesse s'imagine son enfant, rentre en contact avec lui et se projette comme mère. Le VIH ne vient-il pas annihiler la capacité de la femme à accéder à la rêverie maternelle et à la fantasmatique si nécessaire à sa maternité effective comme nous venons de le voir ci-dessus ?

Après avoir traité de la parentalité du point de vue psychique, intéressons-nous maintenant à la maternité et à l'enfant au Gabon.

CHAPITRE 3 : ESQUISSE D'UNE ANTHROPOLOGIE DE LA MATERNITÉ AU GABON

Introduction

Nous allons dans les lignes qui vont suivre, nous référer aux écrits sur la maternité en Afrique de manière générale, et au Gabon, en particulier. N'ayant pas trouvé plusieurs travaux sur la question au Gabon, nous allons nous appuyer sur les récits mythiques, les romans, les poèmes les contes et chansons gabonaises.

Le mythe est un moyen qui permet de comprendre le fonctionnement d'un peuple, ses croyances, ses pratiques, ses comportements, ses réactions et bien d'autres encore (Eliade, 1963). Et c'est surtout le cas dans les sociétés ou le totémisme, le culte des ancêtres et la croyance aux fétiches occupent une place considérable et restent d'actualité comme en Afrique (Thomas, Luneau et Doneux, 1969).

Les mythes en effet abordent et retracent tout ce que l'humain veut connaître sur terre, et surtout, ce qui lui semble impénétrable ou énigmatique : L'origine ou le commencement du monde, celui de l'homme, son essence, son évolution. Les questions sur la vie et la mort y trouvent souvent des réponses. Mais, le mythe n'est pas à considérer comme un récit fabuleux ou allégorique. Dans les sociétés considérées comme traditionnelles et animistes, les mythes n'ont rien à voir avec la fiction ou l'invention, ils sont considérés comme « […] Une histoire vraie et, qui plus est, hautement précieuse parce que sacrée, exemplaire et significative » (Eliade, 1963, p. 11). Elles accordent une place centrale aux divinités, c'est ce qui les différencie des légendes (Thomas et Luneau, 1975). C'est donc sur les mythes que nous allons nous appuyer pour aborder la conception de l'origine de l'homme chez l'africain.

Mais avant d'en arriver là, nous commencerons ce travail avec des références bibliques (notamment celles du livre de la *Genèse*) et celles coraniques traitant de l'origine et de la parentalité. Cette démarche peut susciter étonnement et questionnement. En effet, généralement,

on associe l'Afrique aux pratiques animistes. Or, si les mythes et la tradition dans son ensemble semblent avoir résisté au temps et à la modernité dans cette partie du monde, il y a que ces pays ont connu l'invasion du christianisme et de l'islam. Aussi, si plusieurs populations s'y convertirent presque par contraintes lors de l'arrivée des premiers missionnaires, aujourd'hui, ces religions font quasiment désormais partir de la culture des africains.

3.1. Les origines divines de l'enfant

3.1.1 Christianisme et Islam

Envisager la conception et l'origine de l'homme aujourd'hui nécessite une approche holistique de la question. En effet, si autrefois l'Afrique était assimilée aux croyances animistes et/ou ancestrales, aujourd'hui, religions chrétiennes et islam y ont une telle ampleur qu'elles menacent même la survie des religions locales[3]. Les livres dits sacrés (*Bible* et *Coran*) constituent pour plusieurs gabonais des références et rythment leur vie et leur quotidien. Dans un pays comme le Gabon, on estime le pourcentage de chrétien à 75,0 % ; 6,51 % de musulmans et 13,48% d'adeptes de religions traditionnelles (Info.Catho). Moïse, Bernard, Olivier, Pierre, Mohamed, Moustapha et autres n'ont sans doute aucune origine ou référence africaine, on constate pourtant que les africains portent ces prénoms venus d'ailleurs et contenus dans la *Bible* et le *Coran*. L'identité africaine et celle gabonaise pour être plus précis, sont par conséquent influencées par ces religions. Face à ce constat, on ne saurait aujourd'hui faire comme si ces religions (Christianisme, Islam) ne faisaient pas partir du paysage religieux gabonais. Un tel oubli pourrait nous être préjudiciable en raison de l'influence actuelle de ces religions sur les populations. En effet, comme le disent Mboussou, Mbadinga et Koumou (2009), le contact avec l'occidental n'est pas sans conséquence sur l'africain et ses pratiques socioculturelles. Les religions évoquées ci-dessus ont contribué de manière active à fragiliser, voire briser son lien et son attachement avec ses croyances (nous parlons de l'africain).

Les chrétiens et les musulmans attribuent l'origine de la vie et du monde à Dieu ou à Allah. Le *Coran* comme la *Bible* souligne que c'est Dieu qui a créé tout ce qui nous entoure, c'est le fruit de sa volonté, sa grandeur et sa toute-puissance. Il est le père et les hommes sont ses enfants (Gen 1,1-27 ; Sourate 21, 31-38). Dieu[4] n'affirme-t-il pas lui – même dans les écrits du

[3] L'Afrique est le deuxième grand foyer du catholicisme dans le monde avec 180 millions (année 2013) de Chrétiens (Berthemet, 2013). http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2013/03/07/01016-20130307ARTFIG00623-l-afrique-terre-de-mission-devenue-vivier-du-catholicisme.php consulté le 08/04/2015

[4] *« Être suprême, transcendant, unique et universel créateur et auteur de toutes choses, principe de salut pour l'humanité qui se révèle dans le déroulement de l'histoire* »(Larousse.fr). C'est le Dieu des religions monothéistes différent de dieu avec ''petit d'', dieu des religions polythéistes.

prophète Jérémie : « C'est moi qui ai fait la terre, les hommes, les animaux qui sont sur la terre par ma grande puissance » (Jérémie 27; 5). Après avoir créé Adam et Ève, en les bénissant il leur demanda d'être féconds, de se multiplier et de multiplier la terre (Gen 1, 28). Selon le récit biblique, Adam et Ève sont à la tête d'une grande descendance qui a abouti aux 12 tribus d'Israël et lesquelles continuent de s'étendre aujourd'hui.

Dans le Coran, Allah est catégorique, il est le seul Dieu et unique Dieu, « Il n'est nulle divinité exceptée moi [...] » (Sourate 21, 25) dit celui qui « [...] s'est donné des enfants » (Sourate 21, 25-26) et qui de ce fait est considéré comme le seul vrai père, le Dieu tout-puissant créateur et maître de l'univers. La théorie divine monothéiste est claire, c'est Dieu qui a créé l'homme et la femme, c'est par conséquent lui son père. Entre Dieu et l'homme existe une relation père enfant, celle de délégation, de responsabilisation, de perpétuation et de respect de ses lois, ses commandements, son autorité et de sa volonté comme on peut le lire dans le Livre de l'*Exode* (20,1-18). L'enfant en se multipliant ferait donc la volonté de Dieu. Faire un enfant serait donc un acte d'obéissance, de reconnaissance.

Mais bien que les peuples africains montrent beaucoup d'intérêts et croient au christianisme et à l'islam, on ne peut pas dire qu'ils se sont complètement détournés de leurs croyances et pratiques séculaires. Même dans les cas où le mépris à l'égard des rites ancestraux est marqué, un retour vers ces derniers n'est souvent pas totalement exclu. Le roman de Thérèse Kuoh Moukoury (1969), *Rencontres essentielles,* nous en donne un bel exemple. Il présente Flo l'héroïne, croyante catholique vivant en France, comme une femme qui n'accorde point de crédit aux devins, à la médecine traditionnelle et à sa tradition en général. Pourtant face à son problème de stérilité, elle ira quand même consulter un guérisseur (même si après elle le traitera de menteur) lors de son séjour au Cameroun avec l'espoir qu'une solution soit trouvée à son problème. Hegba (1976) résume bien l'attachement de l'africain en ces croyances qu'il soit intellectuel, cadre, pasteurs etc. :

> « Vous les surprenez chez les guérisseurs, chez les marabouts ou devins pour retrouver la santé, la chance ou damer le pion à un collègue de l'Université ou de la haute administration. Il en est de même pour les pasteurs, les prêtres et les religieux, dont un grand nombre croit à la sorcellerie et à la magie plus qu'ils ne l'avouent, quand ils n'y recourent pas eux-mêmes » (Hegba, 1976, p. 55).

Si les religions influencent leur quotidien comme nous venons de le voir ci-dessus, les africains gardent un pied dans leurs croyances et sont souvent prêts à y retourner quand ils font face aux situations compliquées. C'est ce que fit Flo dans le roman *Rencontres essentielles* que nous venons de citer.

Si nous mettons de côté les origines telles promues par les religions monothéistes, comment l'africain conçoit-il son existence et celle de ce qui l'entoure ? Qu'est-ce que l'origine chez lui ?

3.1.2 Les origines selon les mythes en Afrique

Plusieurs peuples africains attribuent l'origine de la vie à Dieu ou aux divinités. L'africain comme plusieurs peuples à travers le monde n'a pas attendu que la *Bible* vienne lui dire comment le monde fut créé, par qui, et de qui il descend. Ces questions métaphysiques se sont naturellement posées à lui et les réponses à ces dernières se trouvent dans ses mythes[5] et ses croyances. Comme le disent Thomas, Luneau et Doneux (1969) :

> « En Afrique noire sans être tout, la religion pénètre tout et le noir peut se définir comme l'être incurablement religieux » (Thomas et *al,* 1969, p.5).

Les africains avant l'arrivée des occidentaux reconnaissaient l'existence d'un Dieu suprême qu'ils différenciaient bien de leurs statuettes, ancêtres et génies. On peut le voir avec les Bakongo qui jurent Dieu en levant la main vers le ciel pour montrer sa hauteur et sa grandeur par rapport aux objets auxquels ils vouent un culte et qui leur servent d'intermédiaires (Mulago, 1965). C'est ce « Grand du ciel » comme l'appellent les senoufo en Côte d'Ivoire, qui est considéré comme le créateur (Thomas, 1969). Dieu a des noms différents selon les sociétés ou les cultures africaines : Olurun chez les Yoruba au Nigéria ; Faro chez les Bambara au Mali, Amma chez les Dogon, la liste n'est pas exhaustive. Ces noms désignent l'être suprême ou l'être à l'origine de tout (Dieterlen &Griaule, 1965 ; Thomas et *al*, 1969). Tout amène à croire dans toutes ces sociétés africaines que la vie est l'émanation de Dieu. C'est en effet à lui que les récits attribuent l'apparition de l'homme sur terre. L'enfant est ainsi une « manifestation du sacré » (Erny, 1988). C'est en référence à ce qui précède qu'il faut envisager les origines et particulièrement celle humaine en Afrique noire et au Gabon en particulier.

---

[5] Les mythes sont un moyen qui permet de comprendre le fonctionnement d'un peuple, ses croyances, ses pratiques, ses comportements ses réactions, ses valeurs, rites, traditions et bien d'autres encore (Eliade, 1957, 1963). Et c'est surtout le cas dans les sociétés ou le totémisme, le culte des ancêtres et la croyance aux fétiches occupent une place considérable et restent d'actualité comme en Afrique (Thomas, Luneau et Doneux, 1969).

Précisons que le mythe n'est pas à considérer comme un récit fabuleux ou allégorique comme on peut le lire dans les dictionnaires (*Le Robert, Larousse*). Dans les sociétés dites traditionnelles, le mythe n'a rien à voir avec une invention, il ne s'agit pas d'allégorie ou d'histoire montée de toutes pièces mais, nous dit Eliade,

D'« Une histoire vraie (…) hautement précieuse, sacrée, exemplaire et significative » (Eliade, 1963, p. 12). D'ailleurs « Si les divinités n'y sont pour rien, ce n'est plus un mythe, c'est une légende » (Littré cité par Thomas et Luneau, 1975, p. 150).

L'origine du monde ou de la vie au Gabon, la parentalité (dans le sens de l'exercice de la fonction parentale), s'inscrit dans cette approche divine comme nous le montrent les récits au Gabon. Nous ne pouvons tous les citer, qu'il nous soit toléré d'en évoquer que deux. Respectivement ceux de deux ethnies gabonaises qui placent. Eyo et Nzembi-a-Pungu au centre de la création. Pour ces deux ethnies (Fang et Nzébi), c'est Dieu qui a tout accompli, il fait office de parent ou d'ancêtre primordial.

Les fang[6] (ethnie qu'on retrouve aussi au sud du Cameroun, en Guinée Équatoriale et au Congo) attribuent l'origine de la vie à Eyo. Eyo est la force toute puissante incarnant le verbe, la création, l'intemporalité, le commencement. Eyo incarne les origines. Le monde chez les Fang fut créé par Eyo qui concentre les qualificatifs et attributs suivants :
« Eyô e nye a ne ayô
Eyo (Dieu) c'est lui qui est au-dessus (de toutes choses)
Eyô e nye a ne ozang
Eyô, c'est lui qui est au centre (de toutes choses)
Eyô e nye ang'ayo
Eyô, c'est lui qui a vomi
Eyô âng'ayô a ne viô
Eyô s'est alors multiplié comme les champignons
Eyô â ng'ayô biom bise biyola
Eyô donna le nom à toutes les choses
Eyô est dans toute chose
Dzom'ase éne Eyô été
Toute chose est dans Eyô
Eyô e nye a-ve
Eyô c'est lui qui donne (c'est Eyô qui donne)
Eyô e nye a-avê
Eyo, c'est lui qui retire
Eyô e nye â-adzo
Eyô, c'est lui qui parle (Eyo c'est le verbe)
Eyô e nye a-abo
Eyô, c'est lui qui agit
Eyô a tâ mvo esé
Eyo voit toute ruse
Eyô nyine ayuigne, ayuih !
Eyô, s'il décide de tuer, il tue (il anéantit)
Eyô nyine anhihi, a-niih !
Eyô, s'il décide de sauver, il sauve (il fait vivre)
Eyô a'abô a ne a'nyegue
Eyô agit selon sa volonté (selon son bon plaisir)
Dzom' adzomo : aucune chose
Mor'a moro : aucun humain

[6] Fang ou pahouin sont un groupe ethnique bantou qu'on trouve en Afrique centrale. Ils sont présents au Gabon, au Cameroun, en Guinée Equatoriale et à la République du Congo qu'il ne faut pas confondre avec la République démocratique du Congo (RDC).

Nsissim'a nsissim : aucun esprit
B'eyavem a ne Eyô ané
On ne peut savoir comment Eyô est
Eyo a nye ané
Eyô c'est lui qui est (c'est Eyô qui est) »
(Tsira Ndong Ndoutoume, 1993, pp 22-23 ; You Tub, Au commencement était le Mvett, partie 1).
Celui dont personne ne connaît le visage, la forme, l'apparence a donc tout créé et tout « vomi » (engendré).

Eyô a le monopole sur chacun de ses enfants, il décide de faire ce qu'il veut et quand il le souhaite. Lui, force invisible et insaisissable est l'origine, il est la vie. Ci-dessous nous allons voir comment ce Dieu des fang a amené la vie sur terre et comment il a voulu la faire fructifier pour faire du monde un lieu où les humains se comptent par milliard.

DESCENDANCE d'EYO

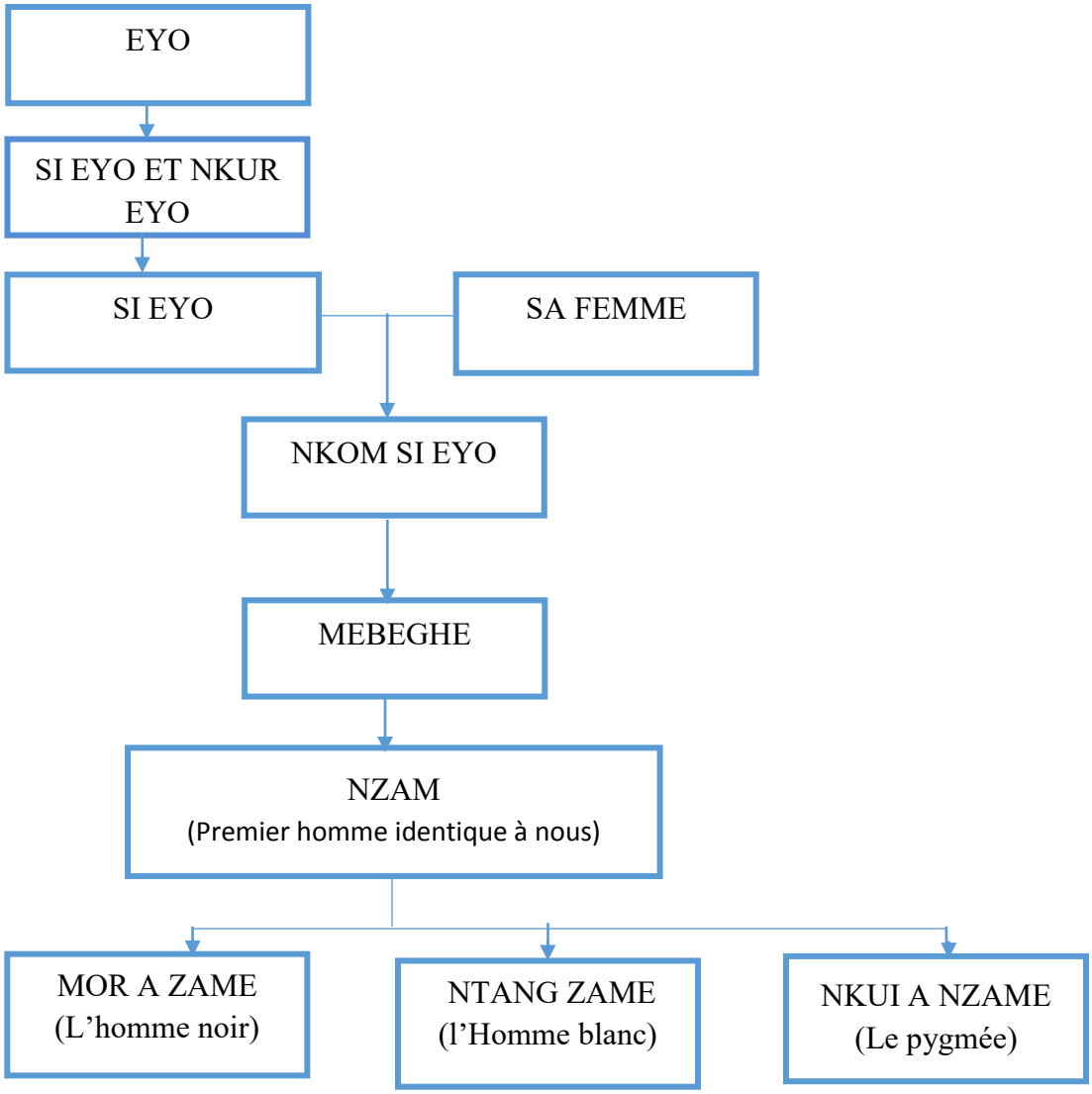


Figure 2 : Généalogie des fang d'Eyô aux trois fils qui ont peuplé le monde

Réaliser à partir du récit de : Nguéma Obame, (2009)

Selon le récit, Eyô engendra deux enfants, Si Eyô (la terre) et Nkur Eyô, (le ciel). Après avoir engendré ces deux enfants, il décida de se retirer, il disparut commandant à Si (la terre) de poursuivre son travail. Si (la terre) s'étant rendu compte qu'il lui était impossible de rencontrer l'enfant de sa mère qui était dans les nuages et ne supportant pas la solitude, il s'accoupla avec sa femme et eut un fils au nom de Nkom Si Eyô. Nkom Si Eyô à son tour engendra Mebeghe, ce dernier engendra Nzam. On précise que Mebeghe est le premier à avoir fait un homme identique à nous. Nzam fut mandaté par Mebeghe son père pour continuer son œuvre. Nzam eut deux enfants : Mor A Nzam et le blanc qu'il appela Ntang Nzame. Il fit ensuite le pygmée, Nkui A Nzam, qu'il envoya dans la forêt, car peu, voire, pas du tout sociable. Il avait mauvais caractère.

C'est EYO aussi qui créa Edzim Me Nzam (la mer et les rivières) ; Ekoko (le poisson), Ndui Nzam (aigle) ; il engendra Onga Nzame (le chien) à qui il demanda d'engendrer les animaux, avant de le remettre à l'homme. En ce qui concerne l'humanité, Nkui A Nzame, Ntang Zame et Mor A Zame sont les trois enfants de Nzame qui ont peuplé le monde (Nguema Obam, 2009).

Ce récit est particulièrement intéressant, car il ne se limite pas à expliquer l'origine de l'Homme noir. Il inclut l'origine de l'homme blanc. Il précise que les trois sont issus d'un même père, Nzame, lui-même fils de Mebeghe, descendant de Dieu. Nous voyons là, apparaître une dimension divine de la filiation. On part de la filiation divine pour la filiation humaine. Eyô en créant le monde, semble avoir émis le désir de le voir grandir ; de voir son œuvre se poursuivre et ses enfants se multiplier. C'est la tâche qu'il confia à ses enfants.

Les Nzebi[7] mettent eux aussi Dieu (Nzembi-a-Pungu) au centre de la création. Selon leur récit, sous l'ordre de Dieu, un village appelé Koto fut créé par Manonzo le premier homme. Il eut un fils du nom de Peghanzanga, c'est lui qui, après son père, en devint le chef. Il eut beaucoup d'enfants. L'une de ses filles mit au monde Nzebi (tantôt un garçon, tantôt une fille selon les versions). Nzebi était une fille d'une beauté envoutante. Irrésistible, elle ne laissait personne indifférent, ce qui commença à causer des problèmes dans les ménages et dans les familles. Son charme troublera finalement la quiétude de la communauté (adultères, bagarre entre frères du village, crises au sein des couples…). Condamnée à mourir par le conseil pour que le village retrouve la paix, elle parvint à s'enfuir avertie par un membre dudit conseil. Elle traversa la rivière Nzeli et se réfugia à Leyogho (le village des singes) où elle s'accoupla avec un singe et eut sept fils.

[7] Nzebi (peuple de Dieu) est un peuple bantou qu'on trouve au Gabon et en République du Congo

La descendance de l'ancêtre primordial, Manonzo, grandit et se multiplia jusqu'à ce jour à partir des clans des sept fils de Nzebi : les Maghambas ; les Mouandas ; les Bassangas ; les Mitshimbas ; les Cheyis ; les Baghulis (Barouli) et les Mboundous (Collomb, 1979, 1983 ; Okoumba Nkoghe, 2001).

Chacun des fils de Nzebi eut une importante descendance répondant ainsi à l'appel de Nzembi-a-Pungu (Dieu), comme le fit Manonzo, l'ancêtre primordiale. Et, après eux, ce travail se poursuivit avec d'autres générations jusqu'à ce jour.

Au regard de ce qui précède, faire un enfant chez les nzebi peut être considéré comme la réalisation du vœu de Dieu et le respect de la mémoire de l'ancêtre primordiale. L'arbre généalogique ci-dessous montre avec clarté ligne par ligne, la descendance de Nzembi-a-Pungu.

DESCENDANCE DE NZEMBI A PUNGU

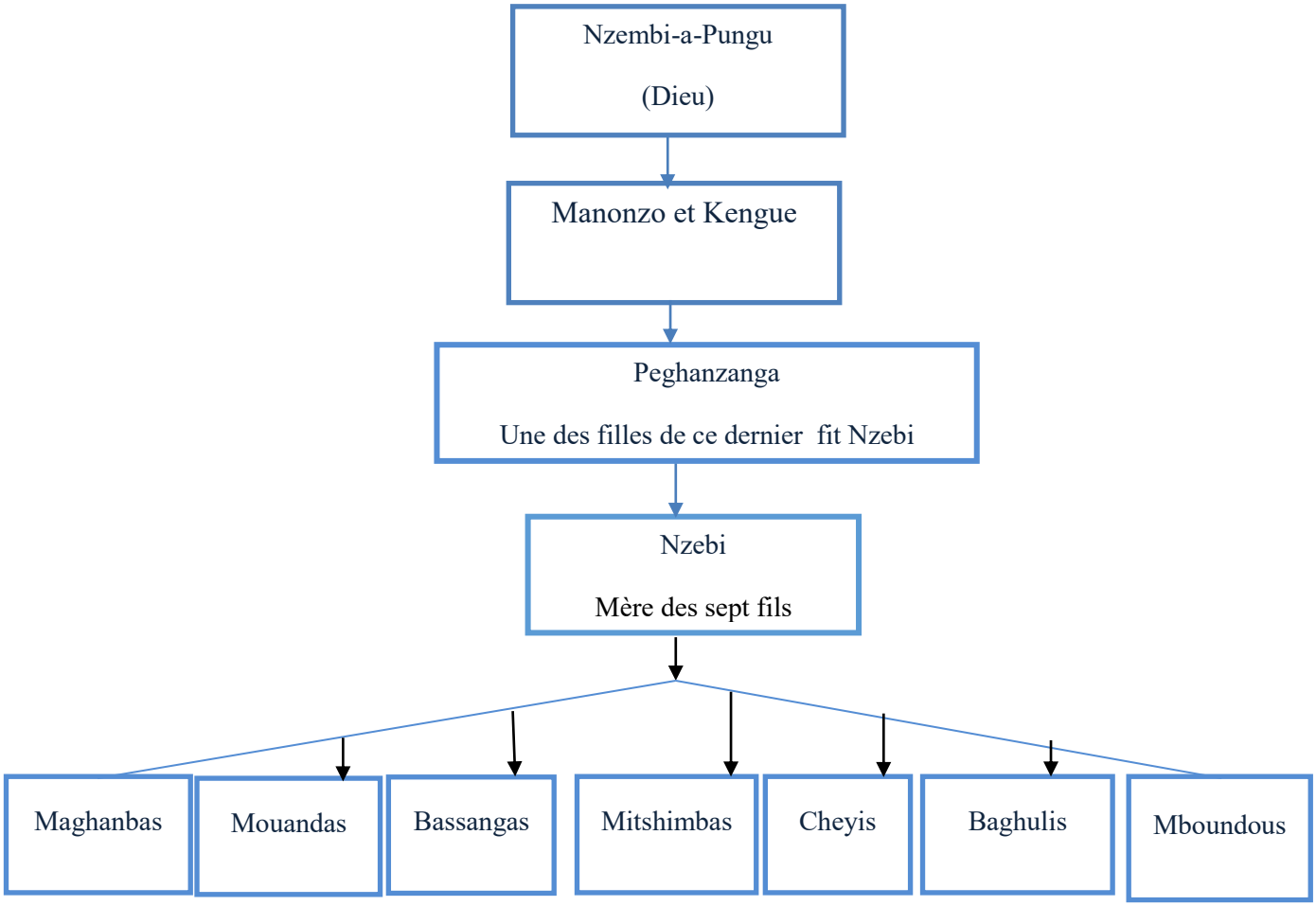


Figure 2 : Arbre généalogique de Nzembi-a-Pungu aux septs fils de Nzebi
(réalisé selon la version d'Okoumba NKoghe, 2001).

Il ressort que pour l'Africain, Dieu ou la divinité, est la pièce centrale de la vie. Le mythe pygmée l'affirme bien : « Au commencement il n'y avait que Dieu » (Thomas et *al,* 1969, p. 92-93). Eyo, Nzembi a Pungu, Amma, Faro, Olorun, ou Dieu est pour l'africain celui qui donne la vie. L'enfant est un don de Dieu en Afrique comme nous venons de le voir à travers les récits ci-dessus et comme le disent plusieurs auteurs africains (Mahend Betind, 1966 ; Erny, 1988, 1990 ; Boni, 2011). A titre d'exemple, les contraceptions et l'avortement sont interdits dans plusieurs pays africains sous ce prétexte de l'enfant « don divin » (Boni, 2011). La procréation a une dimension métaphysique ou cosmique en Afrique elle est pensée comme un héritage de Dieu. L'homme obéirait ainsi à la loi naturelle de la fécondité et/ou celle de la procréation (Erny, 1988). Il y a ici un rapport symbolique entre la « maternité/fertilité de la mère et de la terre » (Stork, 1999, p.21). La procréation ressemble à une procuration divine, un acte divin conféré à l'homme. Par l'enfant, le sujet semble s'affirmer comme fils de Dieu puisqu'il fait comme Dieu en procréant. Faire la volonté de Dieu s'apparente alors à la réalisation de la part divine en l'homme par l'accomplissement du miracle de la création. Procréer est une grâce et une volonté divine. Il existe au Gabon, des prières adressées aux divinités pour qu'elles donnent des enfants aux femmes et aux communautés. On peut le voir dans plusieurs prières où la femme et la famille s'adressent à Dieu pour pallier un problème de stérilité tel illustré ci-dessous.

En fang

« Wa o ga kome bia, wa fe o ga ké bia ase :
N'nom guign ébele kal,
Kabane ye kal ekela,
N'nom ku ye kal ngal ku,
Betsir bese, o ga vele be kal ye dom
Na be fuign ye na be vole bia.
Ma ve wa eveve dzi
Nbône y' ébiom o ga ke bia
Wa amane bô ase, o ne bô ase, wa o ne mame me se
O ne mbeng, o ne akap wa gnague fe bia.
Bègue me yaguele gwan dzuè:
Ebele ki bwan, a to na édzom se o ga vele e ne biégn
Va fe gne vègn té »

Traduction française
« Tu nous as formés et tu nous as tout donnés :
Le cochon et sa sœur la truie,
Le mouton et sa sœur la brebis,
Le coq et sa sœur la poule,
Et tous les animaux, tu les as faits frères et sœurs
Pour qu'ils puissent se multiplier et nous être utiles.
Je t'offre maintenant ce don
Fait des choses que tu nous as données
Tu as tout fait, tu peux tout, toutes choses sont à toi,

Tu es bon, tu es généreux et tu nous aimes.
Écoute donc la prière de ta fille :
Elle n'a pas d'enfants, alors que tout ce que tu as fait est capable d'engendrer,
Accorde-lui aussi ce bienfait ».

(Ndong, cité par Akare Biyoghe, 2010).

Ce que montre le texte ci-dessus est que c'est Dieu qui donne la vie, que ce soit celle animale, végétale ou humaine. C'est lui qui a la décision de faire d'un homme un parent ou non. C'est à lui qu'il faut s'adresser pour avoir un enfant, lui qui est « bon » et « généreux » et qui a tout fait peut tout défaire. Godelier (2003) fait la différence entre la « fabrication » du fœtus et la « fabrication » des enfants dans les sociétés traditionnelles. La première est réalisée par les hommes et la seconde, c'est-à-dire la « fabrication » de l'enfant, est le fait des divinités et ancêtres. L'arrivée d'un enfant est donc la volonté de Dieu.

Étudier la maternité en Afrique, outre ce qui précède, suppose aussi un questionnement sur la femme : le statut qu'elle a ; ce qu'on attend d'elle ; sa place où position sociale ; sa place par rapport à l'homme ; la fécondité ; la stérilité ; l'enfant.

3.2 Stérilité/fécondité chez la femme gabonaise et africaine en général

3.2.1 La stérilité

Les contes montrent comment la stérilité peut conduire au rejet et comment la fécondité, l'arrivée d'un ou des enfants peut amener un homme à tout laisser derrière lui pour rejoindre ses enfants. Ce qui montre l'importance de l'enfant dans la société gabonaise et le statut qu'il confère à la femme mère.

Le conte *Déndjambyè et Ngwali* extrait des *Contes du Gabon* (1967) de Raponda Walker montre comment un homme chasse sa femme inféconde de chez lui. Déndjambyè après avoir rejeté sa femme à cause de son infécondité et d'une grossesse soupçonnée de ne pas en être une (car ayant duré deux ans), va laisser derrière lui tout ce qu'il avait au village y compris ces trois femmes pour aller vivre avec Ngwali (son épouse rejetée) qui à son insu lui avait fait deux enfants dans la forêt. Ce conte montre que la femme n'a de place au côté de son homme au Gabon que si elle est mère, si elle lui donne une descendance. C'est un atout majeur qui peut faire d'elle l'être aimé et peut garantir sa place d'épouse.

L'enfant est celui qui vient donner à la femme une place dans la communauté, il élève la femme et la valorise. Ce n'est d'ailleurs propre ni au Gabon ni à l'Afrique. H. Deutsch (1973), rappelle les tragiques conséquences de la stérilité chez les juifs, les musulmans comme chez les tribus africaines et indiennes d'Amérique. Elle rappelle que dans les sociétés ci-dessus citées, la

femme stérile était ridiculisée, méprisée et répudiée. La stérilité constituait même un motif de divorce. Comme le rappelle Nguema-Obame (2009), au Gabon et spécialement chez les fang, les femmes qui ne font pas d'enfants sont considérées comme des sorcières. Le vidéo clip de la chanteuse tradi-moderne gabonaise G. 14 (YouTube) présente une scène qui illustre bien l'accusation de sorcellerie de la femme stérile. Alors qu'une femme vient de prendre dans ses bras un enfant en pleur pour l'apaiser, la mère de celui-ci et son père (époux des deux femmes) réagissent avec violence à l'endroit de la malheureuse qui croyait bien faire en s'occupant de l'enfant de sa coépouse :

« Qui t'a demandé de me prendre mon enfant ? Sorcière ! Donne-moi mon enfant. Si tu veux porter un enfant, il faut en faire ». Lui lance la mère du bébé avant que le mari ne renchérisse, « tu m'as déjà fait un enfant » ? La scène se termine où elle est dehors avec toutes ses affaires. La femme pleure comme l'indique le titre de la chanson *Mayi mône*, (je pleure un enfant). La femme chassée du domicile conjugale à cause de son infécondité demande à Dieu de l'aider, de lui donner un enfant, elle ne veut pas mourir sans laisser un nom, un enfant, « mvong[8] ». L'infécondité met la femme dans une situation inconfortable devenant presque une indésirable. Dès qu'elle peine à faire des enfants ou n'en fait pas, la pression s'abat sur elle entrainant son rejet. Le roman *Fureurs et cris de femmes* de la gabonaise Rawiri (1989) est la parfaite illustration de la maltraitance de la femme stérile ou inféconde au Gabon. Dans ledit roman, l'auteur évoque les conséquences de l'infécondité de l'héroïne Emilienne confrontée à un problème de stérilité secondaire. Elle finit par se retrouver exclue de la société.

La maternité est, écrit Journet (1981), « du strict et exclusif ressort de la femme ». En effet, « L'homme étant jugé à priori fertile » (De la Rochebrochard, cité par Zongo, 2012a, p. 40), la stérilité pendant longtemps a été systématiquement imputée à la femme. La femme est ainsi considérée comme celle qui doit prouver qu'elle peut faire les enfants. On s'interroge peu sur la fécondité des hommes, on pense qu'elle ne peut poser problème, c'est la femme qui, semble-t-il, doit tout faire pour donner à l'homme l'enfant qu'il désire. Au Gabon, même la propre famille de la femme peut se montrer particulièrement dure et hostile à l'endroit de sa fille si elle ne fait pas d'enfant. C'est ce que subit l'héroïne Emilienne du Roman de Rawiri. Sa mère se montre très dure vis-à-vis d'elle car depuis qu'elle est en mariage, elle n'a pas fait d'enfant. La femme en Afrique est une « machine à procréer » (Rawiri, 1989, p. 9). Elle est comparable à la terre et pour cela elle doit prouver sa fertilité (Boukandou, 2009). Ainsi, si une femme ne fait pas d'enfant, elle déshonore sa famille et s'expose à la polygamie voire à une expulsion du domicile conjugale. On voit dans le roman *l'Histoire d'Awu* (2000) de Mintsa, le Maître Obame Afane

[8] La semence en Fang : l'enfant est par conséquent ce qui garantit la continuité lignagère.

partir à la quête d'une femme fertile plus à même de lui assurer une bonne et grande progéniture. Cette démarche est la conséquence de l'infertilité de son épouse et des pressions que la famille exerce sur lui. Boni (2011) a trouvé des mots tout à fait justes pour décrire ce que vit la femme en Afrique quand elle est stérile. Pour elle,

> « La stérilité est vécue comme un désastre (affirme-t-elle avant d'ajouter qu') elle peut être à l'origine d'un divorce ou favoriser un mariage polygamique. Car l'homme, à la recherche de son honneur, aura pour allier, une femme capable de lui donner des enfants » (Boni, 2011, p. 116).

L'enfant est par conséquent ce qui permet de sauver un mariage et de préserver la place d'épouse à une femme. Au Gabon justement, écrit Mbazoo Kassa, (2009), l'infécondité est vécue sur le plan culturel comme un drame national.

> « […] La conception même de la richesse dans la tradition africaine passe par une progéniture abondante » (Mbazoo Kassa, 2009, p. 35).

En d'autres termes, l'enfant est considéré dans la société africaine comme une richesse. Les femmes qui n'ont pas d'enfants sont souvent habitées par un désir d'en faire que rien ni personne ne semble pouvoir arrêter. Elles sont habitées par ce désir de procréer qui les pousse à chercher la solution partout. Elles se donnent toutes les chances pour y parvenir, observent interdits et prescriptions et suivent des traitements pour que l'enfant vienne faire d'elles des mères et des femmes heureuses. Elle cherche ainsi à « lever la malédiction ». C'est en les termes qui précèdent que le guérisseur que va voir Flo dans les *Rencontres essentielles* s'exprime. C'est ce que nous lisons aussi dans le roman déjà cité de Rawiri (1989) et celui de Owondo (1985). Ils présentent respectivement Emilienne et Nindia se lançant corps et âme vers une quête avide et effrénée de maternité. Owondo dans ce roman compare la femme sans enfant à une « terre aride ».

En Afrique, la famille l'emporte sur l'individu. Le modèle de la famille dans ce continent en dit d'ailleurs long. Contrairement à la société occidentale où la famille est nucléaire, on parle de la famille élargie. Chaque famille peut faire le rêve d'être la plus grande, celle où on compte le plus d'enfants et de petits enfants. Une femme sans enfant ne répond visiblement pas à ces attentes que nous venons d'évoquer. En effet, si elle ne fait pas d'enfants, elle peut être considérée comme celle qui n'apporte pas sa contribution à l'édification de l'empire sociale. N'apportant pas la richesse (enfant) à la société, elle peut, nous dit Akare Biyoghe qui prend exemple sur les fang, perdre son statut et partant sa place au sein de la communauté ou encore être contrainte d'accepter une coépouse pour donner des enfants à son mari (Akare Biyoghe, 2010).

L'enfant est une richesse qui est déjà là, mais qui attend de s'exprimer et d'apporter sa contribution au groupe social. Par ce qu'il a, ce qu'il représente et ce qu'il incarne, il est une richesse en veille. Il arrivera un jour où il réalisera ce pour quoi il est là et où ses parents et le groupe pourront compter avec lui.

3.2.2 La maternité gage de transmission et de réincarnation

L'homme est porteur d'une vie qui lui est transmise. La chaîne vient des ascendants et se poursuit avec des descendants sur une ligne verticale qui fait des enfants d'aujourd'hui, des pères et mères de demain, et plus tard grands-parents, arrière-grands-parents, ancêtres et aïeux. Ne pas faire d'enfant ou procréer par conséquent, est une manière de rompre la chaîne de la lignée, ne pas passer le témoin, arrêter ce qui doit se poursuivre (Héritier, 1996). La terre accueille l'être humain le temps de son séjour. Il semble s'agir d'une vie relai et temporaire, celle qu'on reçoit, celle dont on hérite et qu'on doit transmettre pour faire vivre soi-même et les ancêtres à travers son enfant. Or pour y parvenir, il faut justement faire un enfant.

Au Gabon, la femme féconde, celle qui fait des enfants, est respectée et considérée. Par contre, celle qui n'en fait pas peut très vite devenir « [...] la risée de la communauté [...] » (Boukandou, 2009, p. 110). Il y a donc cette reconnaissance, le respect, la sacralisation et la divination de la femme dans la société africaine en général dès lors qu'elle a assuré une belle et grande descendance.

Au sénégal chez les joola par exemple, une femme qui n'a pas d'enfant est considérée comme une batarde et elle est victime d'exclusion (Journet, 1991). La dépouille mortelle de la femme inféconde est considérée comme un corps qui n'aura pas été productif. Il est par conséquent bon à châtier car n'ayant pas servi à ce à quoi il a été destiné. Exactement comme un arbre qu'on abat parce que ne donnant pas ou plus de fruits. C'est ainsi que chez les Samo, peuple mandingue d'Afrique de l'Ouest, la femme stérile est transpercé d'un bois qui ne donne pas de fruit après sa mort (Héritier, 1996). Ce geste montre que jusqu'à sa mort, elle a été inféconde, non productive, stérile, aride, et c'est avec ce statut qu'elle est inhumée et qu'elle devra rejoindre sa dernière demeure.

La mort chez l'africain n'est pas définitive, mais c'est malheureusement le cas pour celles et ceux qui ne font pas d'enfants. Au lieu d'être le passage d'un état à un autre avec la possibilité d'un retour parmi les vivants grâce à la réincarnation. Chez plusieurs peuples africains, « Mourir

sans enfants, c'est mourir complètement, sans l'espoir d'une réincarnation » (Akare Biyoghe, Op.cit, p. 130). Or en Afrique les morts ne meurent. En effet, comme le dit Birago Diop :

« [...] Ceux qui sont morts ne sont jamais partis [...]
Les morts ne sont pas morts [...]
Ils sont dans le sein de la femme
Ils sont dans l'enfant qui vagit » etc.
(Birago Diop, cité par Thomas, Luneau & Doneux, 1969, p. 1)

Pour Birago Diop que nous venons de citer, les âmes des ancêtres sont vivantes et présentes dans chaque élément qui nous environne (eau, vent, case, foule). On voit partant de la croyance en la réincarnation qu'en Afrique, les âmes des ancêtres attendent le moment opportun pour effectuer leur retour parmi les vivants en replongeant dans de nouvelles enveloppes corporelles. Dans les sociétés africaines, la mort se conjugue presque avec la vie. Il y a une « continuité vie mort » de l'homme et des objets, la mort n'est ni rupture ni coupure, mais une circulation dans ces différents états (Thomas, 1982). L'enfant est celui qui va permettre aux parents et aux ancêtres de se réincarner, donc, de rester dans le cycle vital. Metegue N'na (2006), évoque l'immortalité de l'âme du disparu. Il réaffirme qu'en Afrique les morts ne meurent pas. Ils côtoient les vivants et à influencent leur quotidien et leur destin, d'où le culte des ancêtres pour le maintien du lien entre les morts et les vivants. Chez l'Africain, « La mort n'est pas un fait, mais un état différent de la vie » (Thomas, 1973, p. 407). Selon Levrat,

> « En Afrique le flux vital parcourt tout ce qui existe, de l'homme à la pierre. Est présent dans les animaux, qui peuvent être la manifestation d'un ancêtre, ainsi que dans les plantes, les arbres en particulier, qui sont habités par cette force vitale : l'arbre fétiche, les minéraux également. Ce flux n'a ni commencement, ni terme, perdure dans la mort ; se transmet et se transforme ». (Levrat cité par Akare Biyoghe B, Op. cit, p. 128).

Au Gabon, les ancêtres reviennent à la vie par le principe de la réincarnation. Selon A. Dupuis (1981 ; 1991), la naissance d'un enfant chez les nzébi est considérée comme le remplacement de la vie d'un défunt. Il s'agit donc d'une sorte d'éternel recommencement où les parents qui sont décédés reviennent à la vie grâce à la vie des petits enfants. Ce qui au final, ressemble à : donne-moi la vie aujourd'hui pour que moi je t'en donne demain. Du point de vue africain, la vie est un éternel recommencement. Les mêmes personnes partent et reviennent (Dupuis, 1981).

Erny (1990) va dans le même sens parlant de « va et vient » consistant à quitter un corps pour intégrer un autre dans un « mouvement perpétuel » (Erny, 1990, p.127). Il cite plusieurs exemples en Afrique noire (les Dakka ; Moundang les Bokko, les Nandji etc. pp.88-95) pour illustrer la croyance et l'importance de la réincarnation dans les sociétés africaines. En Afrique Centrale par exemple, la mort d'un vieillard est presque célébrée. Elle est considérée comme

l'arrivée imminente d'un enfant, il faut donc savoir laisser partir pour que le retour à la vie se fasse (Frobenius cité par Erny, Op. cit).

Partir devient l'acte qui conditionne le retour, on ne peut en effet revenir que si on est parti, mais en même temps, on ne peut partir serein et certains d'un retour futur que si on a laissé un enfant. Pour les mitsogo au Gabon, l'esprit vit dans l'au-delà, quand arrive le moment de se réincarner, il entreprend un parcours particulier, il part de la rivière pour le vendre de la femme en passant par le sperme du partenaire. (Gollnhofer & Sillans, 1973). Il y a cependant une condition pour que ce retour soit possible et effectif. La femme doit avoir laissé une progéniture. Comme nous l'avons dit plus haut, la stérilité chez plusieurs populations en Afrique ne permet pas d'être la passerelle qu'un défunt ou qu'un aïeul pourra emprunter pour se réincarner. Car ce sont les enfants qui organisent et réalisent la célébration du retrait de deuil de leur parent libérant ainsi l'âme du défunt et lui ouvrant les portes pour sa nouvelle vie. Mais c'est lui aussi en concevant, qui permet le retour des parents disparus. Sans enfant, les chances du disparu sont quasiment nulles pour qu'il connaisse ce destin (Akare Biyoghe, 2010), car,

> « Quiconque n'a pas d'enfant pour actualiser les rites post-mortem lors de son décès risque fort de ne jamais devenir ancêtre » (Thomas et Luneau, 1975, p.209).

Chez les Banen au Cameroun, une expression désigne celui qui meurt en laissant une descendance, on dit de lui « qu'il a laissé ouverte la maison principale de l'enclos familial » (Mahend Betind, 1966, p. 51). La mort ici est une « mort féconde » (Thomas, 1981), le principe étant de partir pour faire venir d'autres ou revenir soi-même. Exactement à l'image d'une graine plantée pour en récolter plusieurs autres. Ceci permet d'éviter l'« anéantissement sans retour » (Thomas, 1982) dû à une absence de postérité.

En Afrique, être parent est un signe évident de responsabilité. On peut même dire que c'est le signe évident de la sortie de l'enfance. C'est surtout le cas chez les femmes. Dans certaines sociétés, explique F. Héritier (1996), la femme stérile n'est pas considérée comme une vraie femme, mais comme une femme immature, une jeune fille. À la fin de ses jours, il sera inhumé sans honneur et sans cérémonie rituelle prévue à cet effet, car on estime qu'elle ne mérite aucune attention n'ayant laissé personne derrière elle. « Elle sera en ce monde comme si elle n'avait pas vécu […] » (Héritier, 1996, p. 79).

3.2.3 La maternité gage d'estime et de respect

> « Vecteur de prestige et de reconnaissance sociale, la reproduction biologique est un enjeu fondamental pour les femmes dans de nombreuses sociétés africaines. Elle détermine leur statut social et conjugal » (Fainzang, 1991, p.99).

En Afrique, au Gabon, la maternité occupe une place toute particulière. On peut dire que l'image de la femme est couplée avec celle de la mère. Nous pouvons l'illustrer par un texte de Leyimangoye : « Olendé ou le chant du monde » (1976). Dans ce récit, Soumbou trouve Agnassa à la fontaine où il est allé étancher sa soif. À la vue de cette jeune femme d'une rare beauté (qui vient de refuser de lui donner de l'eau), il déclare : « Mère et femme. Tu es belle, tu es beauté. Je ne te demande pas une fraction de ta beauté, je ne demande que de l'eau […]» (Goursaud ; Mba zué & F. Martel, 1993, p. 221-223).

Soumbou voit d'abord Agnassa comme mère. Le corps féminin est tout de suite associé à la maternité, comme si, sans celle-ci, il n'y a point de féminité. Cette anticipation traduit l'attente qu'on a d'une femme au Gabon où on pourrait poser l'équation femme égale enfant, tant, l'image de la femme semble indissociable à celle de la maternité. Ce sont les enfants qui motivent l'homme pour le mariage, c'est ce que dit L-V Thomas, « Le désir de prendre femme se confond évidemment avec le désir de procréation » (Thomas, 1981, p.52).

La femme est sacralisée, magnifiée et célébrée, le Sceaux de la République gabonaise en est un bon exemple. Appelé « Maternité Allaitante », on y voit une femme portant dans ses bras un bébé et le nourrissant de son sein. Cette symbolique montre que le Gabon place la maternité au cœur de ses intérêts. La femme est ainsi considérée comme celle par qui passent le rêve, l'espoir et l'avenir de toute la Nation.



Logo1 : Sceau de la république Gabonaise

Même les logos de certaines entreprises nous montrent l'importance accordée à la maternité au Gabon. Nous prenons pour ce faire l'exemple de celui (logo) de la SEEG, société en

charge de l'éclairage et de la distribution d'eau au Gabon. Il présente la tête d'une femme avec des tresses. Jusque-là, rien d'extraordinaire. Pourtant, si on regarde les missions de cette Société qui sont de produire et fournir l'électricité et l'eau aux populations, on peut faire la lecture que la femme au Gabon représente elle-même la lumière et l'eau vive, donc, la vie qu'elle est et qu'elle donne. Au Gabon, dès qu'il y a coupure d'eau ou d'électricité, les populations n'accablent pas d'insultes ''dame SEEG'' comme ils aiment à l'appeler.



Logo 2 : SEEG

Les sociétés africaines donnent une place centrale à l'enfant. C'est avec impatience qu'il est attendu. Il permet au monde de se renouveler et procure la joie à presque toutes les femmes africaines, leur assure sécurité, prestige et épanouissement (Barbier, 1985 ; Erny, 1988).

L'enjeu est tel que des prières sont adressées aux divinités pour avoir un enfant au Gabon et parfois à n'importe quel prix. La prière traduite par Swiderski (1970) est un parfait exemple qui montre le désir pour une femme d'avoir un enfant. Il s'agit d'une prière dite à la fontaine pendant les cérémonies initiatiques par les femmes adeptes du Bwiti qui n'ont pas d'enfants ou n'en ont pas assez.

Les Paroles dites à la fontaine :
(Medzo binga ba ndzo etame)

J'ai vu du sang, a mère,
o ma mère, ho ho,
J'ai vu le sacré, ho, ho!
Que l'accouchement est pénible,
Mère Egnep«, ho!
O mère Gningone,

J'ai de la peine!
Les premières eaux,
L'accouchement a commencé, ho:
O mère Gningone,
Je suis née sur terre, ho.
Toutes les âmes sont attachées
À la mère, ho:
Nous tous, nous sommes rattachées
À la mère,
Toutes les âmes, nous sommes rattachées
À la mère.
O mère Egnepé«, ho, donne-nous des enfants,
Ho, ho, nous demandons des enfants, ho.
À mère Egnepé, donne-nous des enfants,
Ho, ho, nous demandons.
O mère, nous te demandons ceci:
Mère, pitié, que les enfants descendent en nous,
O mère, nous te prions,
Que les enfants descendent en nous.
O mère, pitié, aide les malheureux hommes, ho:
Mère, pitié!

(Swiderski, 1970)

Bien que l'accouchement fasse peur « Que l'accouchement est pénible » (L. 4), on voit à quel point les femmes veulent la surmonter pour devenir mère, elles souhaitent même cette douleur pour connaître ce que leurs mères ont connu et pour être considérées comme celles qui ont connu la souffrance de la naissance d'un enfant. Rien ne semble plus important que la maternité. Le chant montre ici l'urgence et l'importance de faire un enfant pour être mère et père ou parent tout court. Lorsqu'une femme ne fait pas d'enfant dans les sociétés traditionnelles, elle peut être vue comme l'opprobre de sa famille, celle du groupe social et elle risque le rejet et l'exclusion.

3.3 Approche culturelle de la grossesse

Peut-on parler de maternité sans envisager la grossesse ? Même dans les cas de fécondation in Vitro (FIV), l'enfant finit bien par intégrer le milieu utérin pour s'y développer. La grossesse dans les sociétés traditionnelles est un moment particulier. Traiter de ce sujet au Gabon ou en Afrique, c'est prendre en compte chacun des facteurs qui donnent sens à cet évènement dans cet environnement géographique, social et culturel. Comme le dit Tobie Nathan :

> « Tout enfant d'humain naît au confluent d'une union biologique et d'une alliance culturelle, renouvelée à chaque génération. Croisement d'humain et des divinités [...]. L'ethnopsychanalyse nous enseigne que ce qui est – du moins pour la thérapeutique – le seul référent maniable, c'est son affiliation, c'est-à-dire le système par lequel il est – fabriqué entant qu'humain concret, être de culture » (Nathan, 2001, p. 186).

L'annonce de la grossesse est suivie en Afrique traditionnelle de consultations. La grossesse est entourée par un ensemble d'interdits et de prescriptions qui répondent à des fonctions bien précises. C'est ainsi qu'au Gabon dès la certitude de la grossesse, la femme est soumise aux interdits et prescriptions pour la santé de l'enfant et pour faciliter son accouchement (Nkoghe, 2008 ; Dupuis, 1991). Il faut dire que toute transgression peut avoir d'importantes conséquences chez l'enfant et même chez la femme, car comme l'explique Nguéma Obame (1983), certains actes posés par un individu peuvent le poursuivre et avoir des conséquences sur son futur.

Pendant la grossesse, plusieurs problèmes peuvent surgir et venir perturber le déroulement de celle-ci, elles sont le plus souvent surnaturelles, l'œuvre des mauvais esprits, de la jalousie, des attaques sorcières, mauvaise action d'un esprit malveillant et du non-respect des interdits (Bartoli, 1998 ; Erny, 1999, Frydman, 2008). Les interdits et les prescriptions serviront à prévenir tout risque ou situation pouvant compromettre le déroulement de la grossesse. La grossesse est une période au cours de laquelle tout est mis en œuvre pour que le bien-être de l'enfant et sa mère. Elle se divise en trois étapes chez plusieurs populations africaines (Ewombé-Moundo, 1991) :

- La première part de 1 à 3 mois : C'est une période au cours de laquelle la femme ne doit révéler qu'elle est enceinte pour éviter tout esprit malveillant. De plus, on n'est pas encore sûr de la viabilité du fœtus ce n'est à ce moment-là qu' « une masse de sang ».

- La deuxième étape se situe entre 3 et 6 mois : la femme est maintenant considérée comme étant enceinte. Cette étape est marquée par des interdits et des prescriptions.

- La troisième et dernière étape est celle où la femme est « pleinement enceinte ». Les interdits et prescriptions sont renforcés et il est demandé à la future mère de se reposer. Elle (étape) de 6 à neuf mois).

Chez les Tanala à Madascar, rapporte Ravolomanga (1991), la femme en grossesse va observer des interdits et prescriptions pour sa protection et pour donner naissance à un enfant en bonne santé, fort et beau. Ainsi, grossesses, interdits et prescriptions vont ensemble. Elles ont un rôle préventif et permettent à la femme de faire de beaux enfants. C'est ce qu'Ewombé-Moundo (1991) appelle la « calipédie » ou l' « art de faire des beaux enfants ».

> « [...] Il faut mettre tout en œuvre, tout ce qui est humainement possible, pour que l'enfant soit exempt de toute tare, anomalie, disgrâce, dysfonctionnement » (Ewombé-Moundo, 1991, p. 42).

La grossesse n'est pas que l'affaire de la femme et son conjoint. C'est la famille, la communauté qui attend le bébé.

> « [...] Depuis toujours (dit Frydman), lorsqu'une femme met au monde un enfant, la portée de cette naissance touche directement la famille, le clan, la communauté. En tous lieux, à toutes les époques, cette histoire privée se situe aussi dans une histoire collective » (Frydman, 2013, p. 11).

D'ailleurs en étant bienveillant et en montrant beaucoup d'attention à l'égard de la femme enceinte, en réalité, on veille sur l'enfant. Il s'agit d'une sorte de préoccupation materno-infantile collective. Un exemple de cette préoccupation est la solidarité et l'attention à l'égard de la femme et du fœtus pendant la grossesse et après l'accouchement comme cela est le cas chez les Nzébi au Gabon (Dupuis, 1981). On voit aussi cette solidarité chez d'autres groupes au Gabon à l'exemple des punu et fang qui, tout au long de la grossesse et après l'accouchement, prennent soin de la femme, lui donne à manger, et l'épargne des tâches et activités pénibles.

Des interdits entourent la période de la grossesse chez la femme africaine. On devrait donc s'attendre à ce que chaque femme observe des interdits pour mettre au monde un enfant beau et conforme. Concernant l'annonce par exemple, la femme n'annonce pas sa grossesse au début de celle-ci. Elle doit d'abord la garder en toute discrétion tant qu'elle n'est pas encore visible, tant que l'enfant n'est pas bien formé pour éviter l'envie et la jalousie des personnes qui pourraient vouloir jeter un mauvais sort sur l'enfant (Akare Biyoghe, 2010).

Chez les Lobi (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana), pour annoncer la grossesse, il y a un rituel qui sera réalisé par un parent du mari bien indiqué dès que la grossesse deviendra une certitude. Il doit verser une jarre d'eau sur la femme enceinte en prononçant les paroles marquant l'acceptation de l'enfant, quelle que soit sa condition : Ce rituel accompli, on peut désormais annoncer la grossesse de l'épouse (Erny, 1991).

Plusieurs sociétés pensent que le fœtus est la proie de mauvais esprits. Ces derniers cherchent continuellement les voies et les moyens pour s'attaquer à la femme enceinte (Frydman, 2008).

3.5.1 Grossesse et acquisition du statut de femme

Au Gabon la grossesse peut être vue comme le signe qui montre que la femme va devenir mère, elle va avoir un enfant. Quand une femme fait un enfant, la communauté, le groupe sait qu'elle est mère pour l'avoir vu en grossesse. C'est à l'exemple des Tanala à Madascar chez qui, la grossesse est l'évènement qui vient donner de l'importance à la femme et susciter les attentions de la communauté (Ravolomanda, 1991).

Au Gabon (selon l'opinion), quand une fille commence à avoir ses menstruations, on dit qu'elle est devenue une femme car elle peut désormais être mère. Le phénomène des mariages précoces qui perdurent dans plusieurs pays en Afrique en est l'illustration (UNICEF, 2001). Mais ce statut n'est qu'en puissance, ou en devenir. Il reste à être confirmé par la naissance d'un enfant. Toutefois la grossesse est de toute évidence le signe témoin de l'imminence du devenir mère. Héritier (1978, 1996) insiste sur la conception comme, ce qui vient changer le statut de la femme :

> « Ce qui donne à la jeune fille le statut de femme, ce n'est pas la perte de la virginité ni le mariage ni même la maternité, c'est la conception. » (Héritier, 1978, p. 392).

La grossesse est l'évènement de vie qui affirme la féminité de la femme en Afrique. On sait qu'elle a un ventre qui peut porter les enfants, elle est réceptive et peut donner la vie. Mais la grossesse ne suffit pas pour changer son statut, la naissance d'un enfant pouvant être considérée comme la seule et véritable preuve de fécondité qui, comme le dit Lallemand (1990), « valorise qui la donne » (p.7). Il est donc nécessaire que la femme mène le processus jusqu'au bout et que ce dernier se solde bien par l'accouchement et l'arrivée de l'enfant pour qu'elle intègre le cercle des mères et soit considérée comme telle. La grossesse n'est donc qu'une étape vers la maternité véritable.

La femme au cours de sa maternité (grossesse, post-partum) est valorisée, on dira qu'elle a tenu ses promesses ou simplement qu'elle a fait ce pour quoi elle a été créée. C'est pour cette raison que :

> « [...] La période qui va de la conception au sevrage de l'enfant donne à voir pour la majorité des populations d'Afrique noire, une extrême valorisation de la femme enceinte puis, après l'accouchement, du couple mère/enfant [...] » (Dupuis, 1991, p. 78).

La femme a un traitement particulier en Afrique quand elle attend un enfant ou quand elle vient d'en faire. C'est un statut qui lui confère bien de privilèges. Exactement comme dans les sociétés dites développées où on observe les mêmes attentions pour la mère et son bébé.

3.5.2 Quelques exemples d'interdits des femmes en grossesse au Gabon

La femme africaine en général et gabonaise en particulier pendant sa grossesse est soumise à des interdits et prescriptions qui vont l'aider à mener sa grossesse dans le respect de l'admis et du non admis ou permis pendant cette période. Nous trouvons dans l'ouvrage de Nkoghe (2008) et l'article de Dupuis (1981) des exemples typiques d'interdits et prescriptions que la femme doit respecter au Gabon. Il s'agit particulièrement des femmes mvai de Minvoul (Gabon) pour les travaux de Nkoghe (2008) et des Nzébi pour ceux de Dupuis (1981, 1991). Ces interdits sont généraux ou individuels (notamment chez les nzébi) et intègrent plusieurs catégories d'aliments et de comportements. Ils visent les mêmes objectifs, à savoir, protéger la femme et son bébé et permettre la bonne venue de l'enfant et la bonne santé de la mère. Ce qui signifie qu'à l'inverse, le non-respect de ces derniers peut avoir des conséquences graves pour le couple mère bébé et mettre directement en cause le comportement de la mère puisque c'est elle qui est « responsable de son fœtus » (Rollet & Morel, 2000, p. 16). Comme le dit Nkoghe : « S'il arrive un malheur à l'enfant, on le regrette de toutes les façons » (Nkoghe, 2008. p. 74). C'est en elle que s'opère la magie de la conception et c'est par elle que les enfants arrivent au monde. Le regret et la culpabilité seraient plus accentués lorsque la femme qui n'a pas observé les interdits, vient à avoir des difficultés pendant sa grossesse, lors de l'accouchement, ou si son bébé a un problème (malformations etc.). Si la femme peut ne pas observer les interdits et faire un enfant normal, notons que c'est un risque qu'elle prend (Dupuis, 1981). C'est dans cet esprit que Nkoghe (2008) souligne que la non-observance des interdits et recommandations peut être fatale à la mère et à l'enfant (mort, maladie, malformation, avortement, naissance précoce, difficile etc.).

En effet, le fait de donner naissance à un enfant qui présente une anomalie, une maladie génétique, le fait de perdre un ou des bébés, la survenue de problèmes lors de l'accouchement ; tout ce qui précède peut être perçu comme des signes d'une grossesse menée dans le non-respect des interdits. Aujourd'hui encore, nonobstant l'accès aux services de gynécologie et d'obstétriques, il n'est pas rare au Gabon de voir une femme faire suivre sa grossesse à l'hôpital et chez le guérisseur traditionnel en même temps. La femme et la famille trouvent tous les moyens pour la sécurité de la mère et celle de « l'œuf de vie » (Nkoghe, 2008).

Conclusion

En définitive, la fécondité occupe une place de choix chez le gabonais. L'enfant est ce qui compte le plus, c'est le capital le plus important sinon « le plus précieux » (Thomas et Luneau, 1969). Au Gabon, chaque femme et chaque homme, le groupe et/ou la communauté attendent l'enfant qui viendra grossir ses rangs et lui donner plus d'envergure, d'importance et d'influence. N'oublions pas que, la taille de la famille ou du groupe peut être un critère de respectabilité. On parlera par exemple de la grandeur d'une famille en faisant référence à sa descendance, c'est-à-dire, le nombre d'enfants, de fils, de filles, de petits enfants.

Le chapitre qui précède nous a permis de comprendre l'importance de l'enfant et celle de la maternité au Gabon. Nous avons vu combien il est important pour une femme de faire un enfant. Le statut que cela lui confère et les inconvénients, voire les conséquences de l'infécondité.

Plus haut, avant d'aborder la maternité et l'enfant à proprement parler, nous avons vu que la parentalité est attribuée à Dieu. C'est lui qui donne les enfants, c'est lui qui est à l'origine du don de la vie qu'est l'enfant. L'enfant au Gabon est une richesse et il est nécessaire et vital d'en avoir. Il est la richesse dont il ne faut pas manquer. La femme est celle qui permet aux familles de compter les nouveaux membres, elle doit donc être féconde.

Au terme de ce chapitre, nous nous demandons comment la femme en grossesse séropositive suivie au CTA de Libreville se représente comme mère et se représente son bébé. Dieu qui est le créateur de l'homme et celui qui donne les enfants comme nous l'avons vu au début du chapitre influence-t-il la femme enceinte et séropositive ? Si oui, dans quel sens ? La femme peut-elle s'appuyer sur l'enfant comme don de Dieu et comme richesse pour faire face à sa séropositivité au cours de la grossesse ? Les interdits et prescriptions pour la beauté, la santé de l'enfant et celle de la mère continuent-ils à être observés et à jouer ce rôle ?

DEUXIÈME PARTIE :

DONNÉES MÉTHODOLOGIQUES

CHAPITRE4 : ÉTHIQUE, DÉONTOLOGIE ET CADRE DE LA RECHERCHE

Introduction

La méthode scientifique choisie pour la réalisation de ce travail est, comme vous avez pu l'observer depuis l'entame, la **démarche hypothético-déductive.** Classique et très utilisée dans le monde de la recherche, elle consiste en la construction de son travail de recherche en différentes étapes : question de départ, connaissances empiriques sur le sujet, construction d'une ou des théories ; formulations des hypothèses, méthodes et outils pour le recueil des données, vérification des hypothèses et communication des résultats (Dépelteau, 2000).

Nous avons respecté les différentes étapes qui précèdent pour arriver aux résultats que nous allons présenter et interpréter plus loin. Pour le moment, nous allons nous atteler à présenter la méthodologie de ce travail de recherche. Nous commençons par la question éthique que nous considérons comme essentielle et charnière pour un travail aussi sensible. Par la suite, nous présentons la population et le terrain de recherche. Nous terminons cette partie par les outils de recueil de données et d'interprétation.

4.1. Aspects liés à l'éthique et la déontologie de la recherche

4.1.1 Rappel et définition de l'éthique

« L'éthique est l'ensemble des valeurs, des règles morales propres à un milieu, une culture, un groupe » nous dit le *Nouveau Petit Robert* (2009).

Les corps de métiers comme la médecine et la psychologie sont soumis à des règles qui exigent de leur part, respect d'autrui, confidentialité et responsabilité. Le psychologue est tenu au respect de la déontologie de sa profession. La recherche n'est pas un cas qui échappe à ces

exigences surtout lorsqu'elle porte sur une thématique où le sujet est souffrant et se trouve confronter à la mort.

Nous rappelons que l'éthique pose certaines questions : ce que je veux faire ; ce que je dois faire (Ethique et clinique, 2013). Les questions qui précèdent et les verbes à partir desquels elles sont posées nous amènent à la reformulation suivante : dans notre désir de travailler sur la parentalité chez la femme en grossesse et séropositive, que nous est-il permis de faire et que ne pouvons-nous pas faire ? Cette question nous invite à la mesure et à la responsabilité. Nous comprenons d'emblée l'importance de la question et la position bienveillante qui doit être la nôtre. Mais aussi, celle du respect des participantes à cette recherche.

En effet, la déontologie et l'éthique dans la recherche en psychologie commandent de la part du chercheur, responsabilité et respect des participants (Société Française de Psychologie, Titre 3 et 4). C'est par respect pour ces dernières que nous nous sommes assuré que leur état n'était pas critique au moment de la recherche : Sont-elles bien suivies ? Bénéficient-elles d'un suivi ou d'un soutien psychologique ? Accouchent-elles des enfants séronégatifs ou séropositifs ? Ces enfants survivent-ils ? Les femmes séropositives qui accouchent survivent-elles elles-mêmes ?

Les données (Rapports Nationaux VIH PTME Gabon) ont montré que les femmes en PTME au Gabon sont bien suivies, qu'elles accouchent pour la plupart à terme et que les enfants naissant séronégatifs dépassent largement la moyenne (Cf. : PTME Gabon :).

Les questions ci-dessus ont constitué un préalable important pour le travail qui allait être mené sur le terrain, mais aussi, pour le choix des outils de recherche. En effet, nous ne pouvions nous lancer dans une recherche qui porte sur les femmes à la fois en grossesses et séropositives sans nous assurer de certains paramètres dont leur état de santé. Le VIH/SIDA met le sujet humain dans une situation qu'il n'a pas souhaité, une situation de grande souffrance (Thomet-Renault, 1995), de questionnement, d'incertitude. La question de la mort se pose chez lui au quotidien avec ce que cela peut engendrer. Nous ne les (participantes) prenions pas comme de simples objets ou instruments, nous ne minimisions pas ce qu'elles enduraient, bien au contraire, nous les traitions avec dignité. D'ailleurs, s'il fallut qu'on estompât cette recherche parce que les conditions permettant sa réalisation n'étaient pas réunies, parce que le cadre ne s'y prêtait pas ou la santé des sujets était en danger, nous aurions arrêté le protocole immédiatement.

4.1.2 Anonymat des sujets et consentement

Le psychologue doit garantir l'anonymat du sujet qui participe à sa recherche, c'est surtout le cas quand il s'agit d'une pathologie comme le VIH/SIDA qui véhicule tant de représentations négatives. Il doit aussi éclairer le consentement du sujet pour que sa participation à la recherche se fasse de manière libre et volontaire évitant ainsi toute contrainte. À ce propos, le code de déontologie du psychologue est suffisamment clair en son principe 1,

> « Le psychologue réfère son exercice aux principes édictés par les législations nationales, européennes et internationales sur le respect des droits fondamentaux des personnes, et spécialement de leur dignité, de leur liberté et de leur protection. Il n'intervient qu'avec le consentement libre et éclairé des personnes concernées […] Le psychologue préserve la vie privée des personnes, en garantissant le respect du secret professionnel, y compris entre collègues. Il respecte le principe que nul n'est tenu de révéler quoi que ce soit sur lui-même » (Code de déontologie des psychologues, source internet).

Si ce travail a été réalisé hors de l'espace européen, nous avons tenu à respecter les règles ci-dessus édictées. Les patientes ont besoin de protection et de respect que ce soit en Asie, en Afrique ou en Europe. C'est une question de bon sens et il ne doit en être autrement. De plus, le travail a été suivi dans un laboratoire français, le respect des législations françaises et européennes de manière générale s'imposait donc à nous. Pour nous assurer que notre travail respecte l'éthique, nous avons fait signer un formulaire de consentement aux participantes. La signature dudit formulaire n'était nullement une permission de faire tout et n'importe quoi avec les patientes. Ce n'était qu'une trace indiquant qu'elles étaient bien informées sur la recherche à laquelle elles allaient participer ; qu'elles acceptaient volontiers d'y prendre part (c'est-à-dire de manière libre et volontaire) sans pression aucune et sans aliénation de leur droit.

Par ailleurs, nous avons veillé à garantir l'anonymat des sujets rencontrés. Les prénoms des participantes ont été remplacés. Les informations qui nous paraissaient susceptibles de les faire sortir de l'anonymat aussi n'ont pas été révélées. Pour les protéger et pour éviter toute fuite, nous avons pris toutes les dispositions y compris la prise en compte de leur volonté telle que remplir le formulaire sur place au lieu de l'amener à la maison. Très peu de participantes ont accepté de partir chez elle avec le formulaire pour le lire à tête reposée et le ramener le jour de l'entretien. Annie par exemple après lecture l'a signé et nous l'a remis en ajoutant : **« Il faut éviter les problèmes »**. En répétant le mot problème pour qu'elle réagisse, elle répondra à peu près en ces termes, **« On ne sait pas qui peut tomber sur ça ».** La confidentialité, le secret devait absolument être de rigueur.

Pour celles qui n'avaient pas encore signé le formulaire, lors du groupe de parole ou lors de notre rencontre préliminaire, nous les éclairions de nouveau avant l'entretien. Elles le relisaient et apposaient en toute liberté leur signature confirmant ainsi qu'elles acceptaient de participer à l'étude (formulaire en annexe). Après la lecture du formulaire de consentement et la signature, nous pouvions commencer le travail. Dans le cas où la participante manifestait un refus, nous la remercions et la rassurions par rapport à la poursuite normale de sa prise en charge. Nous lui disions que ce refus de participer à notre recherche n'aura aucune conséquence sur sa prise en charge au CTA, elle n'avait donc rien à craindre. Nous insistions pour qu'elle ne devienne pas une perdue de vue en lui rappelant que pour sa santé et celle de l'enfant qui arrivait, il était important qu'elle continue de venir au CTA pour ses contrôles et pour prendre ses médicaments. Ce fut le cas de deux femmes qui vivaient leur séropositivité tellement dans le secret qu'elles se méfiaient de tout le monde. Elles étaient en panique et se sentaient forcer d'être dans les locaux du Centre craignant les représailles de l'équipe médicale si elles ne participaient pas à la recherche. À ces dernières, nous avions demandé de rentrer. Il était évidemment hors de question de les forcer à prendre part à la recherche contre leur gré. Il ne s'agissait pas d'un interrogatoire policier. La participation devait être libre et volontaire. Les femmes qui ont participé à cette recherche l'ont fait de manière **libre et volontaire**. Nous le leur expliquions dès l'entretien téléphonique et au moment de la prise de connaissance du formulaire de consentement pour être sûr que l'entretien se déroule dans la clarté et pour éviter toute réclamation d'une promesse non faite, ce qui aurait ressemblé à un marchandage d'informations.

3.1.3 Le filtrage des participantes : Critère d'inclusion

Restant dans la logique du respect de l'éthique, nous n'avons pas permis à toutes les femmes de participer à la recherche. Nous n'avons pas ouvert la recherche à toutes les femmes séropositives en grossesse. Le filtrage, l'établissement des critères de participation ou d'inclusion s'est avéré nécessaire. Pour participer à l'étude il fallait :

- **Avoir reçu l'annonce de sa séropositivité au début de la grossesse :**

C'est une certitude que la PTME a été mise en place suffisamment tôt et que la prise en charge prophylactique a été immédiate. La femme au moment de la recherche devait présenter une charge virale qui ne la menaçait pas d'une infection opportuniste et qui réduisait de manière significative, les risques de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

- **Être prise en charge au CTA et avoir une bonne observance de son traitement :**

Nous avons choisi de travailler avec les sujets qui se font prendre en charge. C'est un critère très important. La prise en charge suppose que la femme est sous traitements, qu'un travail préparatoire de son accouchement se fait et qu'elle a connaissance qu'elle peut donner naissance à un enfant séronégatif. Ce critère nous permet aussi de travailler avec une population qu'on peut facilement rencontrer dans un cadre connu et légal.

Les femmes que nous rencontrons ne font pas la maladie, elles ne souffrent d'aucune infection opportuniste. Aussi, les travaux que nous avons évoqués sur l'évolution de la PTME ont montré que les femmes suivies avaient un risque très faible de donner naissance à un enfant séronégatif et leur santé ne présentait pas de danger particulier.

- **Les participantes ne devaient souffrir d'aucune pathologie grave chronique ni avoir un antécédent psychiatrique :**

L'annonce de la séropositivité, l'imminence de la mort qu'elle peut susciter peut provoquer un syndrome névrotique traumatique (Merckx, 1989). Pendant les entretiens, les participantes ne devaient donc souffrir d'aucune maladie passagère, toute maladie (même bénigne) pouvant avoir des répercussions sur elles du fait de leur sérologie.

4.2 Lieu de la recherche

Nous avons réalisé ce travail de recherche au Gabon, pour être plus précis, à Libreville. Nous y avons séjourné du 7 juillet 2013 au 01 novembre de la même année pour la première partie du recueil de notre matériel. Puis nous sommes repartis pour un deuxième séjour partant du 1er mai 2016 au 15 juin 2016. Le choix de Libreville repose sur sa démographie. Capitale politique du Gabon, Libreville concentre la quasi-totalité des populations gabonaises qui y viennent pour chercher du travail et étudier.

Réaliser notre travail de recherche à Libreville nous assurait d'avoir une population on ne peut plus importante (partant surtout du fait des exigences éthiques que nous avons définies plus haut). Libreville est aussi dotée de plusieurs centres de soins, ce qui nous permettait d'avoir des informations sur l'ampleur de la pandémie VIH et de visiter plusieurs structures (soins CTA, SMI et lieu de recueil de données sur l'épidémiologie VIH). En province, tout ceci ne pouvait être possible du fait de l'absence de plusieurs structures de soins. Pour exemple, dans une province comme le Woleu-Ntem, on compte un hôpital dans chacun de ses cinq chefs-lieux départementaux. Mais concernant la prise en charge des PVVIH, seule le Centre Hospitalier Régional d'Oyem (Chef-lieu provincial du Woleu-Ntem) assure leur prise en charge. L'exemple que nous venons de prendre ci-dessus est valable pour plusieurs autres provinces gabonaises.

Libreville nous garantissait aussi la diversité ethnique. Nous avons voulu interroger les femmes séropositive et enceinte dans leur diversité culturelle sans nous appesantir sur une ethnie particulière.

Nous voulons toutefois préciser que si Libreville est la ville la mieux lotie en matière d'infrastructures hospitalières, toutes n'ont pas servi pour le recueil des données. **Nous avons réalisé notre terrain au CHU de Libreville et dans deux SMI pour y rencontrer les médiatrices** qui y exercent et reçoivent les femmes enceintes et séropositives. Plusieurs raisons ont motivé le choix du CTA de Libreville comme lieu de recueil de données. Le CTA du CHUL dispose d'un service psychologique (dirigé par Mme Isabelle Bongo). On y compte aussi deux assistantes sociales. Dans ce CTA, psychologues et assistantes sociales y animent un groupe de parole un jeudi chaque mois. Il s'agit pour ces patientes de :

> « Partager des expériences, des souffrances, et échanger […] De mettre en commun leurs vécus. Chacun exprime ses « maux » et apprend des expériences des autres. La confiance et la complicité qui s'installent entre les patients permettent de trouver les clés et pistes de réflexion pour remédier à ses problèmes » (Psychologie.com).

Pendant ces séances auxquelles nous assistions au CHUL, nous avons observé combien ces échanges étaient importants pour ces femmes. Nous avons vu des visages inanimés à l'arrivée repartir détendus et vivants. Les femmes en grossesse et celles ayant déjà accouché prenaient la parole librement. Chacune d'elles partageait au groupe son expérience, ses difficultés, ses espoirs. La réalité de la maternité et la non-infection des enfants des femmes ayant accouché dans ce contexte, constituaient une véritable occasion pour celles encore enceintes de se remobiliser et de garder espoir de donner une vie saine. Cette thérapie de groupe était un moment pour plusieurs de se vider, se libérer de leur poids et de se revigorer.

Autre chose, psychologues, médiatrices et assistantes sociales sont à l'écoute des patientes. Elles les accompagnent tout le long de leur maternité, répondent à leurs questions et inquiétudes, les aident dans la prise du traitement et les rassurent dans les moments d'angoisse. En effet, nous ne pouvions venir remuer chez ces patientes autant de choses (Vécu du VIH : peur de mourir, de perdre le bébé, de le contaminer, d'être rejeté) sans être sûr qu'il y avait un cadre à leur disposition pour les recevoir et les aider.

Grâce à une étude sur la PTME réalisée au CTA du CHUL, nous savons que les femmes qui adhèrent au traitement à Libreville sont bien suivies :

- 80% accouchent à terme,
- 90 % de femmes ont un taux de CD4 supérieur à plus de 350/ mm^3, leur immunité n'est pas affaiblie, elles se portent bien et les risques d'avoir une infection opportuniste sont quasiment nuls (Moulanga, 2007).

4.2.1 Le CTA du CHU de Libreville et CTA

Situé à l'intérieur du CHU de Libreville, ce CTA est le plus ancien du Gabon. Il a été créé entre 2001 et 2002 par le Gouvernement gabonais et la Croix Rouge française. La construction du CTA s'est inscrite dans la volonté du défunt président de la République Gabonaise Omar Bongo de lutter contre le VIH/Sida. Une volonté politique par ailleurs jointe à l'acte par la création en 2001 du Fonds National de Solidarité Thérapeutique à hauteur de 1 milliard de Francs CFA.

4.2.1.1 Personnel et missions CTA

Le CTA du CHU de Libreville n'accueille pas seulement les femmes en grossesses et séropositives mais, toutes les personnes infectées par le VIH. D'autres anonymes y vont aussi pour se faire dépister.

Le CTA du CHU de Libreville est constitué par une équipe qui au quotidien, s'occupe du suivi des personnes séropositives : TAR ; examens médicaux ; écoute et aide psychologique, tests de dépistage ; messages de prévention et de sensibilisation au sein du CTA pendant les consultations ; sans omettre les groupes de parole cités plus haut. Toutes ces activités sont menées au sein des différents services et par un personnel qualifié. On y trouve :

- Un service de médecine dirigé par un médecin chef, c'est le responsable du CTA. Il assure le service avec un autre médecin.
- Un service de psychologie : Une psychologue responsable et des psychologues qui la secondent.
- Deux assistantes sociales.
- Un laboratoire d'analyse : laborantin d'analyse médicale et infirmières y travaillent.
- Et une salle de soins et d'hospitalisation : pour les soins des PVVIH.

Les missions du CTA du CHU de Libreville sont le dépistage du VIH/sida, la prise en charge médicale et psychosociale des personnes séropositives, le traitement des maladies opportunistes ou infections opportunistes (MO/IO), le suivi et l'accompagnement thérapeutique, la remise des ARV, le soutien social et psychologique (groupe de parole, écoute des personnes infectées). Le CTA du CHU de Libreville est aussi un lieu qui accueil des chercheurs comme ce fut le cas pour le travail de F.A .Moulanga et comme c'est le cas pour la présente recherche. Des campagnes de sensibilisation, de prévention y sont aussi menées. Enfin, le volet PTME y occupe une place importante. Il mobilise les différentes équipes de ladite structure médicale.

4.2.1.2 Les SMI

La commune de Libreville compte plusieurs SMI. Notre choix s'est porté sur deux d'entre elles : celle de London et d'Okala. Ces établissements de soins comme leur nom l'indique reçoivent les femmes enceintes et les enfants. La PTME est systématiquement proposée aux femmes séropositives par le personnel médical. L'OPALS finance le programme PTME dans quatre de ces établissements et s'investit pour la lutte contre la TME en formant des médiatrices et en les affectant dans les structures ci-dessus indiquées.

À notre arrivée dans ces lieux de soins, nous remettions une copie de la lettre nous autorisant à y accéder pour nos recherches au médecin chef ou au responsable des ressources humaines. C'est lui qui, par la suite, nous mettait en contact avec les sages-femmes. Ces dernières à leur tour nous présentaient aux médiatrices affectées dans leur service pour la PTME. Nous aurions pu travailler avec les femmes suivies dans ces unités de soins, seulement, les centres enregistraient une baisse de fréquentation. Nous avons aussi noté un problème de régularité et d'observance chez plusieurs femmes. Certaines d'ailleurs présentaient des signes apparents d'infections opportunistes.

4.3 Population

La population de cette étude est essentiellement la femme en grossesse qui apprend sa séropositivité au début de la grossesse. Seul le CTA du CHU de Libreville a servi de cadre pour les rencontrer. Cependant, dans un souci d'avoir plus de données, nous avons décidé de rencontrer outre les femmes enceintes et séropositives ci-dessus évoquées, les médiatrices qui les reçoivent et les accompagnent. Ceci nous a conduits dans les SMI de London et d'Okala.

4.3.1 Les femmes enceintes et séropositives

Dans le cadre de ce travail de recherche, nous avons rencontré les femmes enceintes et séropositives. Au départ, nous souhaitions travailler essentiellement avec les primipares qui apprennent leur séropositivité au cours de la grossesse, et précisément, lors du bilan prénatal, au début de la grossesse. Mais la réalité du terrain, la rareté de ce public au Gabon nous a amenés à intégrer les femmes multipares, ce qui au final, s'est trouvé ne pas être une mauvaise idée. En effet, nous avons pu grâce à cette révision obtenir une population on ne peut plus importante et

diverse.

Il faut dire que trouver une primipare en grossesse et séropositive au Gabon n'est pas facile. Dans ce pays, les adolescents ont une sexualité précoce. L'Enquête Démographique et de Santé du Gabon 2012 (EDSG II 2012) indique que la fécondité des adolescents est élevée. Cette enquête publie que 28 % des jeunes filles de 15-19 ont déjà une vie féconde : 23 % sont déjà mères et 5 % sont enceintes. Selon la même enquête, la moitié des femmes ont eu leur premier rapport sexuel à 16,9 ans donc, avant d'atteindre la majorité. Tout ceci explique la raison pour laquelle il a été difficile d'avoir une population de primipares représentative. Au Gabon les femmes accouchent précocement (avant même leur majorité), plusieurs font leur premier bébé au collège (la pilule n'étant pas à la portée de toutes). Rencontrer une femme séropositive, en grossesse et primipare n'a pas été une sinécure.

Les femmes rencontrées devaient être entre 5 et 7 mois de grossesse. À 5, 6, 7 mois de grossesse, la femme ressent bien les mouvements fœtaux. Ce sera le cas jusqu'à la fin de la grossesse. Si nous nous arrêtons au 7^{e} mois, c'est parce que les travaux montrent que vers la fin de la grossesse, la femme est en plein processus de déconstruction et séparation avec son bébé. Or à partir de 5 mois de grossesse, la femme a des représentations enrichies de son enfant (Ammaniti et *al*, 1999 ; 2000 ; Cupa et *al*, 2001). C'est aussi la période de la différenciation et des mouvements fœtaux (Benedek, 1959 ; Bibring, 1961 ; Pines ; 1972 ; Stern, 1989, 1995 ; Marinopoulos, 2003).

Ressentir un enfant peut être perçu comme avoir la preuve de sa présence, sa vitalité. L'enfant étant viable, nous minimisions ainsi les risques de fausses couches. De plus, les mouvements fœtaux comme nous venons de le voir peuvent favoriser la fantasmatisation et l'imagination de l'enfant.

En outre, la seconde échographie qui permet de voir le sexe de l'enfant se fait entre la 18^{e} - 19^{e} et la 22^{e} semaine d'aménorrhée, c'est-à-dire dès le début du deuxième semestre (Raynes-Greenow, Gordon, Li & Hyett, 2013). Voir son enfant peut être un bon moyen pour l'anticiper et le fantasmer. Les travaux sur le virtuel en rapport à l'échographie présentent l'imagerie échographique comme quelque chose qui peut permettre et/ou faciliter la représentation et l'anticipation de l'enfant en soi (Missonnier, 2004, 2006, 2009). On sait désormais que c'est un garçon ou une fille, on peut choisir ses tenues et l'imaginer dans l'avenir à partir de son sexe.

4.3.2 Les médiatrices

En dehors des patientes, nous avons tenu à rencontrer les médiatrices en charge des femmes enceintes et séropositives dans trois SMI. En ethnologie, on parle des informateurs pour désigner les personnes qui donnent des informations aux chercheurs. Ces personnes peuvent aussi comme le soulignent Panoff et Perrin (1973), être considérées comme des assistants, des partenaires. C'est ce dernier terme (partenaire) qui sied. Les dames que nous avons rencontrées ont joué ce rôle. Elles nous ont donné des informations intéressantes. Il était question de recueillir auprès de ces dernières leur ressenti et leur point de vue, elles qui reçoivent les femmes séropositives enceintes quotidiennement et les accompagnent. Parmi ces médiatrices, il y a deux séropositives. Pour garder leur anonymat, nous nous gardons de communiquer les noms ou prénoms des médiatrices. Nous remplaçons les prénoms par les lettres A, B, C et D. Nous faisons le choix de procéder ainsi car la confidentialité des PVVIH et celles des enfants nés de ces dernières doivent être assurées. Révéler les noms peut constituer une crainte pour les femmes qui se font suivre dans lesdits centres. Elles peuvent retirer la confiance qu'elles ont en ces médiatrices. N'oublions pas comme nous venons de le dire plus haut qu'il y a parmi les médiatrices rencontrées, deux séropositives. Nous tenons aussi à préserver leur anonymat.

Les données recueillies auprès des médiatrices ne sont pas négligeables. Nous les prenons en compte et plus loin, nous les exploitons. Elles nous donnent de précieuses informations qui complètent les données des participantes.

Les données que nous avons eues avec les médiatrices sont issues des entretiens dont voici le guide d'entretien :

- Ce que vous pensez que l'enfant apporte aux femmes concernées
- Les réactions des femmes suite à l'annonce du diagnostic
- La poursuite de la grossesse et l'attente de l'enfant
- La place que la religion ou la croyance occupe chez les femmes enceintes et séropositives
- La place que Dieu occupe chez ces femmes
- Ce que les patientes vous disent au sujet de la grossesse et de l'enfant à naître.
- Votre appréciation personnelle de la situation.
- Votre souhait par rapport au suivi des femmes enceintes et séropositives.

Ce guide n'était absolument pas rigide, il arrivait qu'après une question, nous en posions

d'autres aux médiatrices (en fonction du cours de l'entretien). C'était surtout le cas quand un aspect avait besoin d'être précisé ou lorsque nous voulions apprendre davantage sur un sujet donné.

Au total, nous avons rencontré quatre médiatrices. L'entretien était semi-directif. Une fois la question posée, il revenait à la médiatrice de nous dire tout ce qui lui passait par la tête. Grâce à ce procédé, nous avons réussi à avoir des informations très intéressantes qui nous ont permis d'étayer notre thèse d'un autre regard.

4.3.4. Nombre de rencontres avec les participantes

Nous avons rencontré nos participantes une fois (nous ne comptons pas les premiers rendez-vous de prise de contact et les groupes de parole). Mais en partant de la France pour le Gabon, nous avions à l'esprit les difficultés liées au terrain et notamment celle de rencontrer les patientes avec une certaine fréquence ou régularité. Nous avons alors anticipé en faisant en sorte que lors de l'entretien, nous puissions recueillir le plus d'informations possible. Il a fallu pour cela que nous fassions la connaissance des participantes avant les entretiens, que nous échangions avec elles pour qu'elles s'ouvrent à nous, qu'elles transfèrent facilement (nous y reviendrons plus loin).

Les outils choisis aussi devaient contribuer à rendre le recueil de données exhaustif. C'est dans ce sens que les différents outils que nous présenterons dans les pages qui vont suivre ont été retenus.

4.3.4 Nombre de participantes

Nous avons rencontré 22 femmes au CTA de Libreville. Parmi les 22 participantes, 6 n'ont pas suivi le protocole jusqu'à la fin. Enceintes et habitant parfois loin de Libreville ; ou dissuadées par les proches au moment où il fallait terminer le protocole, elles n'ont pas pu se présenter au CTA du CHUL. Au final, c'est 16 femmes enceintes et séropositives ayant découvert leur séropositivité pendant la grossesse que nous avons rencontrée pour la réalisation de cette recherche.

Du fait de la petitesse de l'échantillon et de la singularité des participantes (histoire de vie : avortements, primiparité, soutien du partenaire, absence de la famille etc.), les résultats ne pourront pas être généralisés. Au sujet même de la généralisation des travaux, précisons que ce n'est pas une obligation ou un devoir pour le chercheur, une recherche pouvant juste se donner

comme objectif la compréhension d'une situation donnée (Albarello, 2011).

Il a été difficile d'avoir plus de participantes en dehors des 22 annoncés ci-dessus :

- Travailler sur un sujet en lien à une pathologie comme le VIH/SIDA nous oblige comme nous l'avons déjà dit, à nous soumettre au respect de l'éthique et celui de la déontologie. Donc, à ne pas privilégier notre travail de recherche au détriment de la participante : sa souffrance, son ressenti, ses peurs et angoisses.

- Le refus de certaines patientes de participer (parfois après avoir donné leur accord). Ce refus n'était pas toujours leur émanation, mais celui de leurs parents. En effet, par crainte que le nom de leur fille soit mis sur la place publique, par honte d'être montré du doigt, certains parents demandaient à leurs filles, sœurs, de ne pas s'exposer en participant à la recherche. Certaines nous demandaient s'il n'y avait pas de caméra, car elles avaient peur de se retrouver dans les téléphones ou de passer à la télévision. Elles exprimaient ainsi leurs inquiétudes et celles de leurs familles de voir le secret de leur séropositivité être révélé.

  Dans les situations de réussite ou de maladie, de décès ou de naissance, les gabonais disent souvent « le fils de », « la fille de », « la sœur ou le frère de » pour désigner la personne concernée (le fils de Mba est malade ; la mère de Paulin est décédée ; C'est l'enfant de Moutsinga qui est à l'Université). La maladie d'un sujet à partir de ce moment englobe toute la famille.

- Le CTA ne semblait pas assurer toutes les garanties de confidentialité et de sécurité aux femmes que nous rencontrions. Quelques-unes ont en effet exprimé le souhait qu'on puisse se voir dans un endroit autre que le CTA et l'hôpital. Cette structure de soins semblait être source de souffrance. Pour nous parler, pour parler d'elles, de leur grossesse et leur maladie, certaines ne voulaient pas être dans ce centre qui leur rappelle qu'elles sont séropositives, c'est du moins ce que nous percevions. Il faut admettre que le fait de fréquenter un CTA peut vous coller l'étiquette de séropositif. Pendant notre travail de terrain, un ami nous a posé une question que plusieurs se posaient déjà. Habilement il nous a demandé ce que nous faisions au CTA. Lui ayant répondu que nous y menions un travail de recherche, il nous a fait part de ce que certains de nos amis nous soupçonnaient d'être nous-mêmes séropositifs.

Parmi les participantes que nous étudions, Annick est celle qui nous a le plus exprimé sa peur du CTA. Elle nous demandera de passer chez elle où elle loue un studio. C'est chez elle, elle doit bien s'y sentir (contrairement à l'hôpital), avons-nous conclu. Mais pour avoir le contrôle sur le cadre, nous lui avons proposé un endroit neutre où il n'y avait ni hôpital, ni CTA, et ça lui a convenu. D'autres participantes en revanche ne se sont pas présentées et n'ont plus donné de nouvelles. Cette réalité, nous l'avons soulignée dans les études faites sur la PTME dans les CTA de Libreville et Lambaréné (Leleu, 2010 ; Moulanda, 2007). Les auteurs ont fait face à un problème d'observance et partant, celui du respect des rendez-vous. Plusieurs femmes étaient des perdues de vue, elles ne venaient plus au CTA.

Cas / âge	Mois de grossesse et SA	Lieu de rencontre	Nombre d'enfants
Annick 23 ans **Séropositivité découverte en début de grossesse**	**29e SA. 7e mois**	**RENAPS/AJ**	**0**
Sylvie 32 ans **Séropositivité découverte en début de grossesse**	**26e SA. 6e mois.**	**CTA CHUL**	**3**
Annie 26 ans **Séropositivité découverte en début de grossesse**	**25eSA. 6e mois.**	**CTA CHUL**	**0**
Nata **Découvre sa séropositivité simultanément que sa grossesse.** **Quelque temps après l'annonce**	**28e SA. 7e mois.**	**CTA CHUL**	**2**

Tableau 2 : récapitulatif des 4 participantes étudiées (En annexe le tableau de toutes les participantes).

Nombre de participantes	16 dont 4 étudiées
Période de grossesse	Troisième trimestre entre le 5e et le 7e mois
Santé des participantes et observance du traitement	Bonne observance dans l'ensemble. Sujets non menacés par les infections opportunistes puisque leur système immunitaire n'est pas affaibli.
Femmes primipares	**5**
Femmes multipares	**11**
Couples séroconcordants	**5 (sur 16 sérodiscordants)**
Femmes qui se sentent abandonner ou délaisser par leurs partenaires à cause de leur séropositivité	**4**

Tableau 3 : Informations générales ensemble de participantes rencontrées

Ce tableau montre que les femmes enceintes et séropositives se portent bien au moment où nous les rencontrons. Plusieurs nous ont confié que le virus était indétectable lors de leur dernier bilan médical.

4.4 Recrutement des cas

4.4.1 Appels téléphoniques

Pour recruter les sujets au CTA du CHU de Libreville, nous travaillions avec les assistantes sociales et les psychologues. Nous avions accès aux registres qu'elles tenaient et après un travail sélectif des personnes qui répondaient à nos différents critères, nous passions à l'étape deux qui consistait à les contacter. Certaines participantes venaient au CTA pour des groupes de parole et des conseils. Elles étaient suivies dans les SMI, mais se rendaient au CTA du CHU de Libreville pour prendre part aux réunions, discuter avec les psychologues et les assistantes sociales de leur situation et participer au groupe de parole qui s'y tenait.

Pour rentrer en contact avec ces femmes, compte tenu des dates de rendez-vous avec le personnel médical qui étaient souvent éloignées, et au regard de certaines irrégularités observées en rapport à leur présence aux groupes de parole, une des assistantes sociales les téléphonait. Elle leur proposait de se rendre au CTA au prochain rendez-vous collectif. Elle parlait de notre présence dans le Centre et demandait si les femmes séropositives enceintes voulaient bien nous rencontrer pour un travail de recherche. Avant la fin de l'appel, elle nous laissait nous entretenir avec les futures participantes pour leur donner plus de précisions et d'éclaircissement sur notre travail. Nous échangions alors avec elles et demandions à les rencontrer. Nous n'omettions pas à ce stade de leur dire que la participation était libre, volontaire et que leur anonymat était garanti. Aussi, qu'en cas de refus, cela n'aurait aucun impact sur leur suivi au sein du CTA. Nous prenions alors des rendez-vous avec certaines participantes et presque toutes acceptaient de nous rencontrer. Même si, nous observions par la suite que seule une infime partie se présentait.

4.4.2 Groupe de parole

Après les séances de groupe de parole, la parole nous était donnée pour présenter notre travail. Mme Bongo (psychologue) aussi s'adressait aux femmes qui étaient présentes et demandait aux personnes voulant participer à la recherche de se rapprocher de nous. Il y avait des patientes qui venaient tout de suite vers nous après ces groupes de parole. Parmi elles, il y avait des femmes qui venaient d'accoucher et qui tenaient à nous rencontrer pour s'entretenir avec nous. Nous ressentions bien chez ces dernières un besoin d'être écouté et soutenu. Mais n'étant pas là pour faire un travail d'accompagnement, nous ne pouvions satisfaire leur requête. Nous les envoyions donc chez Mme Isabelle Bongo (psychologue).

Il y avait aussi des femmes enceintes que nous avions eues au téléphone. Certaines venaient d'elles-mêmes, d'autres par contre avaient besoin de plus d'explication pour décider de

prendre part ou non à la recherche. D'autres que nous n'avions pas eues au téléphone aussi venaient vers nous. Mais souvent, elles ne répondaient pas à nos critères d'inclusion.

Tous les cas présentés ont assisté au groupe de parole. Elles ont eu le temps de nous voir, d'avoir un premier échange avec nous. Ce qui nous a permis de nous faire connaître avant le protocole. En effet, le fait d'avoir eu à échanger dans un premier temps et d'avoir partagé un moment dans un contexte groupal a facilité nos rencontres. Les silences que nous observions pendant l'entretien et une certaine pauvreté du matériel à certains moments peuvent s'expliquer par l'évocation du VIH. Nous aurons l'occasion d'y revenir plus loin.

Conclusion

La préparation du cadre et le choix des participantes ont été facilités par les mesures prises en amont, mais aussi, grâce aux personnels que nous avons trouvés sur place. En résumé, il y a dans ce qui précède, les différents lieux où nous avons recueilli le matériel ; les informations sur les personnes ; la manière dont se sont faits les recrutements pour la participation à la recherche, etc.

Le chapitre ci-dessus pose le cadre de la recherche. Dans ce qui va suivre, nous allons présenter le dispositif de recherche. Il sera question de présenter nos outils de recherche et les procédés d'exploitation, d'interprétation et d'analyse du matériel de l'étude.

CHAPITRE 5 : OUTILS DE RECHERCHE ET MÉTHODES D'EXPLOITATION DES DONNÉES

Introduction

Avant d'aller loin dans ce travail, il est important de rappeler qu'il n'avait qu'une visée recherche. Nous n'avons fait ni de psychothérapie, ni de travail d'accompagnement et/ou de soutien. Quelquefois, nous restions en contact avec les femmes qui le souhaitaient, mais par voie téléphonique. Certaines nous appelaient pour prendre de nos nouvelles, d'autres pour nous partager certaines difficultés qu'elles rencontraient. Il ne fait aucun doute que certaines participantes voyaient en nous un contenant. Nous précisons que travailler sur le VIH au Gabon dans un cadre que nous avons décrit plus haut et avec les représentations qui circulent sur cette infection n'a été ni simple, ni facile.

Travaillant sur une approche clinique et anthropologique, les outils de recherche choisis sont adaptés et pertinents pour notre recherche. En sciences humaines et sociales, l'entretien est un outil très utilisé, il permet à partir d'un guide d'entretien de collecter des informations. Comme le dit S. Genest,

> « Grâce à l'utilisation de techniques variées, l'anthropologue parvient à recueillir des informations sur le sujet qui l'intéresse. On peut citer à titre d'exemple l'entrevue, le questionnaire, les histoires de vie, les inventaires démographiques. Chacune de ces techniques donne lieu à la collecte d'informations de types divers ». (Genest, 1979, p. 6).

Le dispositif de recherche est donc ici l'ensemble des outils avec lesquels nous avons fait le recueil des données. Ces outils sont identifiables, repérables et réutilisables par toute personne voulant reproduire notre expérience de recherche comme cela est exigé pour les travaux de

recherche. De cette façon, nous nous assurons de la fiabilité de nos données et partant, celle (la fiabilité) de la recherche.

5.1 Outils de recueil de données

Dans le cadre de ce travail de recherche, nous avons utilisé trois outils : un entretien semi-directif, le dessin du bébé, et les cris et pleurs de B. Lester. Pour nos rencontres avec les médiatrices, nous avons utilisé l'entretien semi-directif.

5.1.1 Auto-questionnaire du CREA remanié en entretien semi-structuré ou directif

Nous avons utilisé l'auto-questionnaire élaboré par le CREA (Centre de Recherche Enfance et Adolescence) dans le cadre d'une étude sur les représentations maternelles pendant la grossesse. Rappelons que ce questionnaire lui-même a été conçu à partir de l'entretien « R » de Stern (Stern et *al*, 1989). L'objectif premier de cet outil de D. Stern étant l'étude des représentations après l'accouchement, le CREA l'a remanié pour pouvoir étudier les représentations maternelles pendant la grossesse. Cet outil nous a semblé adéquat et intéressant pour notre travail : parmi les questions importantes il y a celles en lien avec :

- L'enfant : y sont posées, les questions sur le désir d'enfant, les représentations de l'enfant, la place de l'enfant, le bébé imaginé.

- L'être mère : la femme est-elle prête à être mère ? Comment se voit-elle comme mère ? Quel genre de mère pense-t-elle être ? Il s'agit des questions sur le rôle de la femme comme future mère et l'idée qu'elle a de la maternité en rapport à ses parents, son entourage et ses représentations de la fonction maternelle.

- Le père de l'enfant : c'est des questions en rapport avec le père, s'il est présent, s'il s'investit pour le bébé qui arrive, s'il s'imagine le bébé. Les questions étant posées à la femme, elle montre surtout, comment elle inclut son partenaire dans cette relation à trois et comment elle voit celui-ci comme père.

- Les parents de la mère : Cette partie s'intéresse aux relations de la mère avec ses parents, la place qu'elle accorde à ces derniers et comment elles les considèrent comme parents, s'identifient-elles à elles ou non.

- L'accouchement : ce sont des questions en lien avec l'accouchement. En de termes simples, il s'agit de savoir comment la femme imagine son accouchement, les personnes dont elle souhaite la présence, des éventuelles peurs, craintes et angoisse liée à ce moment peuvent apparaître.

(Pour plus de précisions et pour découvrir l'intégralité de l'autoquestionnaire Cf. annexe).
Nous y avons ajouté des questions spécifiques à notre recherche sur :

- **Le VIH SIDA** : nous y abordons l'annonce du diagnostic, la réaction de la participante, nous cherchons à savoir si elle a choisi de vivre cet événement seule ou si elle l'a partagé avec son partenaire et les membres de sa famille. Le vécu du VIH ne s'arrête pas qu'au ressenti ou à l'éprouvé de l'annonce. Les questions posées font aussi le lien entre la grossesse et le fait d'être séropositive. La participante nous dit comment elle vit à la fois cette réalité d'être en grossesse et séropositive : est-ce que la grossesse l'aide par exemple à faire face à ce diagnostic, ou est-ce le contraire.

- **Les représentations de la maladie** : voir comment ces femmes pensent avoir été contaminées, comment elles se considèrent comme malade, si ces croyances les aident à vivre leur séropositivité et à se représenter l'enfant. Ou alors si c'est l'effet inverse qui est produit. Nous cherchons à savoir comment elle se représente le VIH et comment elle vit le fait d'être séropositive et enceinte dans une société où tout est considéré comme la conséquence de la sorcellerie (Nkoghe, 2008).

- **L'importance des croyances** : Comment celles-ci interviennent dans leur être mère. En quoi elle croit et quel est le but de cette croyance ? Nous voulons savoir si la croyance est récente ou non, si elle joue un rôle particulier et si elle a une attente particulière de cette dernière.

Ce n'est peut-être pas nécessaire, mais nous voulons juste préciser que nous avons retiré les questions qui, bien qu'intéressantes, pouvaient nous éloigner de nos objectifs et hypothèses.

En remaniant l'outil de recherche qui nous intéresse ici, nous avons changé son mode de passation. Initialement conçu pour être remis à la participante pour y répondre par écrit (d'où son nom auto-questionnaire) chez elle et le retourner aux chercheurs avant l'entretien, nous l'avons plutôt fait passer comme un entretien semi-directif ou semi structurer à l'exemple de l'outil mis au point par M. Ammaniti (1991) appelé Interview pour les Représentations Maternelles pendant

la Grossesse (IRMAG). Si l'outil ci-après se présente sous la forme d'un questionnaire particulièrement long (41 questions), il reste qu'il est bien question d'un entretien semi-directif. Nous aurons d'ailleurs pu nous servir de cet outil qui permet d'explorer la représentation et les fantasmes sur l'enfant attendu, le devenir mère, les rapports que la mère entretien avec sa propre mère etc. Nous y avons renoncé pour deux raisons. La première c'est sa complexité (sa longueur, les contraintes liées à l'exploitation des résultats que nous n'allons pas souligner ici, la multitude thématique etc.). La deuxième raison c'est que nous travaillons sur un public particulier et dans un contexte particulier. L'entretien devait être bien pensé et structuré par rapport à notre sujet de recherche et il n'était pas question pour nous de prendre un quelconque risque. Comme le dit Castrarède,

> « L'entretien de recherche n'a ni visée diagnostique ni visée thérapeutique [...] Il correspond en fait à un plan du travail du chercheur » (Castrarède, 2010, p. 118).

Nous avons écouté et suivi Castrarède en construisant un entretien par rapport à notre travail de recherche, ses particularités, ses difficultés, ses exigences et contraintes. Nous rappelons que pour sa recherche, le psychologue pour peut utiliser différentes formes d'entretiens :

- L'entretien directif : le psychologue conçoit les questions qui vont lui permettre d'obtenir des informations ;

- L'entretien non directif : dans ce dernier, on laisse le sujet parler librement. Le psychologue s'efface et n'intervient que pour relancer le sujet en cherchant à repérer ses peurs, défenses et résistances (Castrarède, 2010 ; Doron & Parot, 2011).

- L'entretien semi-directif : Ce type d'entretien est à la frontière des deux, un peu de directivité et une liberté accordée au sujet interviewé sans « suggérer, ni déduire ses réponses » (Doron et Parot, 2011).

Nous avons élaboré un plan de travail en tenant compte des réalités du terrain ci-dessus évoquées mais en ayant en ligne de mire, nos objectifs de recherche.

Au cours de nos entretiens, la communication non verbale a été un élément important. Elle venait, soit, montrée une cohésion entre le corps et le discours, ou mettre en lumière un décalage entre les deux. Les postures, gestes et mimiques disaient quelque chose qu'on se devait de prendre en compte. Comme le dit A. Ledoux,

> « L'entretien clinique doit donc prendre en compte non seulement le discours explicite, mais la somme totale des réactions de l'interviewé et de l'interviewer à un moment donné et dans un environnement donné » (Ledoux, 2010, p. 74).

C’est dans ce sens que le contre-transfert sera une donnée tout aussi à prendre en compte dans ce travail (nous reviendrons sur le contre-transfert plus loin).

5.1.2 Consigne

Voici la consigne donnée au sujet avant l’entretien :
Tout au long de cet entretien, nous allons vous poser des questions dans un ordre préétabli. Nous vous invitons à répondre à chacune d’elles.

NB : Aucun commentaire et/ou détail n’est à exclure, vous êtes libre de vous étendre sur une question si vous le souhaitez. Enfin, n’hésitez pas de nous demander de faire une pause si vous en éprouvez le besoin.

Nous terminons l'entretien par la dernière question permettant à l’interviewée de revenir sur un point ou un autre si elle le souhaite. La question qui précède celle ultime est axée sur les projets de la femme. L'évocation des projets fait référence à la vie, au futur. Il s’agit d’amener la participante à finir l’entretien sur note positive.

5.1.2.1 Justification du choix d’un entretien aussi particulier

Il était important pour nous de trouver un outil qui nous permette d’apporter des réponses aux questions posées et aux hypothèses formulées. Mais aussi, un outil qui soit utilisé de manière générale en sciences sociales. En effet, l’anthropologue comme le psychologue dans leur quête d’informations ou de données dans le cadre d’un travail de recherche recourt à l’entretien. Le guide de cet entretien a été conçu de telle sorte que les données anthropologiques et le matériel clinique puissent être recueillis.

Nous avons pensé que l’entretien semi-directif pouvait nous permettre de disposer d’un matériel analysable et satisfaisant non seulement grâce au guide d’entretien inspiré de l’auto-questionnaire et des questions que nous y avons ajoutées, mais aussi grâce à ce qu’offre l’entretien en termes de communication verbale et non verbale, observation, transfert et contre transfert ; Des leviers essentiels de la méthode clinique qui révèlent la singularité de chaque sujet (Chiland, 2010 ; Tsala Tsala, 2002 ; Pedinielli et Bonomy, 2001 ; Pedinielli et Fernandez, 2011).

Dans ce travail, nous respectons et prenons en compte la singularité de chaque participante, à savoir : son caractère propre, sa manière de vivre les événements, de se défendre, de se protéger, de réagir (Delay et Pichot, 1994 ; Pedinielli, 1994). L’entretien semi directif était

une invitation pour ces femmes de raconter leur histoire et de parler du bébé et du VIH. Elles devaient donc répondre aux différentes questions, élaborer, fantasmer et exprimer ce qu'elles vivaient intérieurement en nous révélant comment elles y faisaient face. Nous ne les interrompions pas, nous ne leur suggérions aucune réponse, nous les laissions aller au bout de leur développement, changer de sujets si elles le voulaient sans une intervention de notre part. Elles pouvaient se projeter, faire des associations jusqu'à ce qu'elles s'arrêtent d'elles-mêmes. C'est après qu'elles se soient arrêtées que nous passions à la question suivante. Quand nous sentions une nécessité de les relancer, nous le faisions sans insister, le plus souvent à partir d'un mot ou une expression utilisée. Face à ce que nous pouvons appeler des refus, nous n'insistions pas pour ne pas que l'entretien ressemble à un interrogatoire et par respect pour le sujet.

Si nous n'avons pas rencontré nos participantes plusieurs fois, le matériel recueilli n'est pour autant pas insignifiant. La « transparence psychique » évoquée plus haut comme un état au cours duquel les résistances de la femme sont abaissées (Bydlowski, 1991, 1998), a sans doute été un élément important et facilitateur du recueil des données.

5.1.3 Dessin du bébé

Il s'agit de demander au parent de dessiner son bébé tel qu'il l'imagine. ''Le parent effectue ses dessins avec un crayon à papier, sans gomme, sur une feuille blanche de format A4'' ». La consigne est la suivante : « Tentez de dessiner votre bébé tel qu'actuellement vous l'imaginez ». Nous suggérions à nos sujets d'accompagner la réalisation du dessin par un discours ou si elles préféraient, de le commenter à la fin ; ceci, pour pouvoir confronter le support verbal au dessin.

Au sujet de la passation, c'est pendant l'entretien, notamment dans la partie concernant les représentations du bébé, que nous demandions aux participantes de dessiner leurs bébés. Ce test nous permettait de rentrer dans l'univers projectif et fantasmatique de la future mère. Nous espérions ainsi avoir des éléments importants sur la représentation que les futures mères séropositives se font de leurs bébés, comment elles l'investissent, et comment elles l'imaginent. Nous croyons que cet outil peut nous aider à voir, en faisant le rapprochement entre les réponses obtenues sur les deux entretiens et le dessin du bébé, si le l'enfant est représenté et imaginé ou non. Nous nous intéressons à la manière avec laquelle le dessin est fait : la femme s'applique-t-elle ? S'inquiète-t-elle de faire un dessin qui n'a rien à voir avec le bébé imaginé ? Refuse-t-elle de faire le dessin, si oui, pourquoi ? Quels sont les mots qui sont mis sur ce dessin ou qui accompagnent sa réalisation ? Voici autant d'éléments auxquels nous nous intéressons.

Le dessin comme outil est intéressant car il permet à la femme de traduire ses fantasmes.

Nous ne sommes pas le premier à utiliser le dessin du bébé comme outil de recherche, nous sommes inspirés d'autres travaux (Cupa et *al*, 1992 ; Moulin, 2010).

Ce qui nous intéresse est à la fois le contenu du discours et le dessin lui-même.

5.1.4 L'entretien cris et pleurs

L'entretien semi-directif cris et pleurs permet d'avoir un matériel projectif sur les représentations du bébé imaginé. Le chercheur ou clinicien doit intervenir le moins possible pour laisser le sujet être sensible aux bandes sonores et y réagir. Il comprend six séquences sonores et un artefact (cris et de pleurs de nourrissons). La consigne donnée à la femme est la suivante : **«Vous allez entendre des séquences sonores. Pouvez-vous me dire tout ce que vous imaginez en entendant ces séquences sonores ? ».**

Pour revenir sur l'apport de cet entretien, nous voulons ajouter qu'il permet d'obtenir un matériel inconscient qui par la suite est traité et analysé. Il présente aussi des éléments intéressants sur le bébé imaginé et sur la capacité de la mère à réagir aux différents signaux émis par l'enfant. In fine, il peut nous permettre d'avoir accès à la capacité de réaction et d'anticipation de la femme étudiée dans ce travail. Cet outil est cependant assez difficile à utiliser du fait de l'absence d'une base référentielle comme bien de tests projectifs qui fournissent à l'usager, toute une méthode interprétative.

Dans une conception plus générale, les pleurs du bébé sont pour lui une manière de s'exprimer, c'est sa manière de dire son inconfort, ses peurs, ses besoins, sa détresse. La mère et l'entourage du bébé apprennent à comprendre ce langage et à répondre à son émetteur (Prat, 2007). Devant les cris et pleurs du bébé, la mère est donc dans une situation de communication qui nécessite chez elle, une bonne lecture des attentes du bébé et une capacité à y apporter des réponses. L'entretien cris et pleurs est par conséquent un outil propice à utiliser et ce même avec les populations africaines. Les femmes rencontrées en écoutant ces pleurs et cris pourraient facilement se lancer dans des interprétations et associations exprimant ainsi leur ressenti, les raisons des cris et pleurs du bébé, et ce qui pourrait faire arrêter ces derniers. La séropositivité et son impact peuvent aussi être repérables dans les réponses des participantes. Rappelons qu'en Afrique rien n'est le fruit du hasard, tout s'interprète, tout a un sens (Nkoghe, 2008). C'est le cas des pleurs.

Dans le contexte africain, les pleures de l'enfant portent un message et ont des significations différentes. Il faut tout mettre en œuvre pour les éviter pour permettre à l'enfant de retrouver sa quiétude. Les femmes africaines sont d'ailleurs catégoriques et unanimes, pour dire qu'il ne faut pas laisser pleurer les bébés (Stork, 1999). Il semble difficile d'imaginer une femme

africaine faire montre d'insensibilité aux pleurs d'un bébé. Elle cherchera à les comprendre et à les taire. Nous formulons ainsi l'espoir que nos participantes réagissent de la sorte.

5.1.4.1 Déroulement de la passation du protocole

L'outil que nous faisions passer en premier est la bande cris et pleurs. Ce choix n'est pas un hasard. Nous avions considéré que, fait de cette façon, nous aurions des informations non soumises à une influence directe de l'entretien plus élaboré avec des questions plus précises (en lien avec le VIH). En effet, il n'est pas incongru de penser que l'ordre inverse aurait eu des conséquences sur le premier outil. Surtout après l'évocation du VIH/SIDA, de l'annonce et l'abord de ce vécu.

- Nous commencions par un échange entre la participante et nous pour définir le cadre de la recherche et donner le plan du déroulement de notre rendez-vous. C'était aussi l'occasion pour nous de nous assurer que la participante était bien édifiée sur notre travail et qu'elle y participait librement. Cette première étape se terminait par une question. Nous demandions à la participante si elle avait des questions à poser par rapport à la recherche ou sa participation. Nous voulions ainsi nous assurer que la participante ne participait pas à la recherche malgré elle. Il était important que la recherche soit faite avec des femmes qui voulaient y participer librement et de manière volontaire. Ça garantissait la sincérité des échanges et la crédibilité des données. Ça nous soulageait aussi de savoir que nous ne forcions pas une participante à participer à la recherche contre son gré.

- Une fois cette étape terminée, nous démarrions les entretiens. Nous commencions toujours par les cris et pleurs. Une fois ce premier entretien réalisé, nous enchaînions avec l'entretien semi-directif au sein duquel nous proposions à notre sujet le test du dessin du bébé imaginé. Compte tenu de la longueur de l'entretien et de possibles ressentis d'affects difficiles à supporter, nous leur demandions dès le début de ne pas hésiter à demander une pause si elles en éprouvaient le besoin. Mais, une fois entamés, les entretiens allaient à leur terme.

- En dernier, nous remercions les participantes pour leur collaboration. Pendant les entretiens, les questions nous étaient posées sur le VIH, la possibilité de vivre avec ou non, la trouvaille d'un vaccin et/ou d'un traitement curatif. À la fin des entretiens, nous revenions sur ces questions en y répondant par rapport aux connaissances précises sur le sujet. Nous évitions tout discours en décalage avec la réalité, et un optimisme exagéré.

Le protocole se passait globalement bien et les participantes adhéraient très bien à la recherche. Les différents moments de notre recherche nous amenaient à avancer progressivement dans le protocole et à recueillir le matériel. Nous avons noté de la complémentarité et de la similarité entre les données fournies par chaque outil.

5.2 Présentation des résultats et discussion

Cette partie du travail est celle où nous présentons le matériel que nous avons recueilli. Il ne s'agit pas d'une liste de réponses encore moins d'une compilation ou succession d'informations. Pour rendre plus intelligible et compréhensible nos données, nous les présentons à partir des thématiques de la recherche. Ce procédé nous permet de ne pas nous éloigner des objectifs de la recherche et d'être clair dans notre démarche. Ceci nous conduit à un modèle d'analyse qui a pour nom l'analyse de contenu.

5.2.1 Modèle d'analyse : analyse de contenu

Nous optons pour une analyse de contenu. Celle-ci nous paraît adaptée aux entretiens que nous avons menés. Ce modèle d'analyse préconise un listing des différents thèmes et la prise en compte des éléments sémantiques, du vocabulaire, une bonne attention sur l'usage des mots, leur fréquence. Autant d'indices avec la pauvreté ou la richesse des réponses et du vocabulaire qui peuvent être significatifs d'un certain vécu, d'une angoisse, de l'anxiété. Le discours du sujet, les mots choisis et utilisés, ses gestes, tout ceci est très important. En effet, le discours est un ensemble d'éléments. Il faut donc tenir compte non seulement des mots et des phrases, mais aussi des silences, bégaiements, hésitations, omissions et failles (Castrarède, 1983).

Travaillant sur un sujet aussi sensible que le VIH et la maternité, nous allons accorder à ces différents éléments, une attention particulière. Comme nous l'avons dit, l'analyse de contenu accorde une place primordiale à la communication. Pour Bardin qui montrent à la fois l'utilité de cette technique et son efficacité, il s'agit : d'

> « […] Un ensemble de techniques d'analyse de communication visant à obtenir des indicateurs quantitatifs ou non, permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production, réception de ces messages » (Bardin, 1997, p. 23).

L'analyse de contenu permet donc de faire à la fois un travail qualitatif et quantitatif si l'on doit par exemple interpréter et analyser chaque item d'un questionnaire (ce qui n'est pas notre cas). Muchielli (1979) explique que l'analyse de contenu : « Est capable d'effectuer l'exploitation

totale et objective des données informationnelles » (Muchielli, 1979, p. 17). C'est par conséquent une technique qui permet une bonne exploitation des informations que nous recueillons dans le cadre de ce travail de recherche. En plus de cela, elle permet : « [...] De tirer ce qu'il y a de significatif par rapport aux objectifs de la recherche » (Muchielli, Op. cit, p. 123).

Elle (Cette technique) nous permettra ainsi au terme du travail, de disposer d'éléments sur la base desquels, nous pourrons nous assurer que nos objectifs seront atteints. Mais, avant d'aller loin, pour des raisons de clarté, nous annonçons et précisons dès maintenant que c'est essentiellement sur la théorie psychanalytique que nous allons nous appuyer pour l'interprétation et la discussion des données cliniques recueillies auprès des participantes. En effet, la psychodynamique fournit d'importantes connaissances sur la psyché, son fonctionnement, ses mécanismes et/ou stratégies de défenses. Freud en découvrant dans ses recherches l'inconscient ; en décrivant le fonctionnement psychique à travers sa topique ça, moi et surmoi ; et en montrant le fonctionnement dynamique et économique de la psyché, nous a permis de mieux comprendre l'être humain. La psychologie clinique qui étudie l'homme dans plusieurs situations de la vie quotidienne : deuil, maladie, maternité, mort ... (Chiland, 1983), trouve en la psychanalyse, la lampe par excellence pour la compréhension et l'explication des phénomènes cliniques et psychopathologiques.

5.3 Analyse du transfert et du contre-transfert

Nous savons qu'il peut être maladroit voire prétentieux de parler de transfert et de contre transfert pour le type d'entretien que nous avons réalisé (à cause de son caractère ponctuel). Mais, que faire lorsque les entretiens tels que nous les avons menés nous mettaient dans une situation interrelationnelle particulière ? En effet, pendant nos échanges avec les participantes, il y avait non seulement communication verbale à travers les questions, les réponses et les relances, il y avait aussi une communication émotive et/ou affective. Ce temps de l'entretien passé ensemble mettaient nos deux appareils psychiques en interaction et, plusieurs phénomènes ont eu lieu à l'exemple de l'identification, la haine, la projection, l'empathie. Le transfert et le contre-transfert sont importants dans un entretien. Ces mécanismes doivent donc être soumis à une analyse afin que le clinicien en tire le meilleur parti et dispose ainsi, de plus d'éléments pour répondre aux questions qu'il peut se poser[9]. Nous pourrons grâce à ces canaux, mieux comprendre nos sujets (grâce à l'empathie par exemple).

[9] À l'instar des questions que nous nous posons dans le cadre de ce travail de recherche.

Pour comprendre pourquoi il est important d'analyser ces deux mécanismes (surtout dans le cadre de notre étude) commençons par expliquer de quoi il s'agit.

5.3.1 Transfert

B. Marbeau-Cleirens (1983) définit le transfert comme :

> « La répétition d'une relation d'objet du passé à l'égard d'une personne présente ». Il s'agit d'un « processus psychique totalement inconscient. Une personne va vivre des sentiments, prendre, prendre des attitudes, ressentir des craintes, employer des moyens de défense et avoir certains comportements, comme elle les a eus dans son enfance ou jeunesse, avec certaines personnes de son entourage avec qui elle a vécu une relation très impliquante. Elle va déplacer cette relation sur une autre personne […]» (Marbeau-Cleirens, 1983, p. 59).

Le transfert se produit dans une situation entre personne. Il a été bien décrit par Freud dans ses *Etudes sur l'hystérie*. Etudes dans lesquelles il montre comment les désirs inconscients vont se déplacer sur la personne du médecin comme une répétition de ce qui avait déjà eu lieu par le passé. Certains désirs peuvent ainsi se répéter. Il peut s'agir d'amour, de haine, d'agressivité et d'autres encore.

Le psychologue peut faire l'objet d'un transfert par un patient ou un sujet. On peut donc avoir des transferts positifs où pour le sujet il sera question d'une relation aimante. Le transfert peut aussi être négatif se caractérisant sur le coup par la haine, l'hostilité, la colère, la persécution (Marbeau-Cleirens, 1983).

Tous ces éléments sont éloquents et peuvent, dans une situation donnée, être d'excellents moyens pour comprendre la personne qui fait face à nous, ce qu'elle vit, revit, ce qu'elle projette sur nous.

5.3.2 Contre-transfert

Le contre-transfert est un bon moyen permettant de comprendre le patient grâce à l'empathie, aux émotions contre transférentielles et à d'autres éléments comme des actes manqués qui une fois analysés et interrogés, peuvent donner à voir et à comprendre ce que jusque-là, on ne voyait pas (Marbeau-Cleirens, 1983).

Nous allons donc faire l'effort d'en tenir compte et de l'analyser aussi. Il sera surtout question pour nous de nous poser des questions par rapport à ce que nous ressentons non pas

pour nous demander ce que nous ferions si c'était nous qui vivions la situation, mais pour mieux écouter et comprendre la participante.

L'entretien est de fait, une rencontre avec deux ou plusieurs personnes. Au cours de cette dernière, il y a des mots en partage, des regards, mais aussi des émotions et des sentiments comme cela a été dit plus haut. En partant vers l'autre, ne partons-nous pas d'abord avec nous-mêmes. Face à la présence de l'autre, il y a aussi une présence de nous-mêmes, notre propre histoire, nos expériences et tout ce qui fait notre personne. Tout ceci peut permettre une bonne empathie et une bonne compréhension de ce que vit l'autre. Il ne faut cependant pas s'y noyer et s'y perdre, la distance doit être maintenue et respectée.

5.4 Présentation des sujets

Dans un premier temps, nous présenterons les sujets d'étude : âge ; sexe, statut matrimonial, statut social, leur histoire, l'histoire de la découverte de la maladie. Cette étape terminée, nous allons présenter et interpréter les données. Ce travail va nous permettre de revenir sur les grandes thématiques, et particulièrement, celles en rapport avec nos objectifs et hypothèses.

Après l'entretien semi-directif et le dessin du bébé, nous présenterons les données de l'entretien cris et pleurs de B. Lesler.

5.5 Discussion

On aurait pu organiser la discussion de ce travail en deux parties, dont une première sur les données cliniques et une seconde sur celles anthropologiques. Nous avons refusé de procéder ainsi, privilégiant la convergence et la complémentarité de l'une et l'autre approche. En effet, chaque approche vient enrichir l'autre. La science ne vit pas en autarcie. L'interdisciplinarité est une richesse dont le chercheur doit pouvoir tirer le meilleur parti à chaque fois qu'il en a la possibilité. À titre d'exemple, l'œuvre psychanalytique s'appuie conséquemment sur l'anthropologie, on peut citer le cas du complexe d'œdipe et celui du narcissisme puisés dans les récits mythologiques grecs. Il y a une conjonction entre psychanalyse et anthropologie comme le mentionne P-L Assoun (2009).

La discussion s'appuie sur le matériel des différentes participantes et est organisée autour des questions de notre problématique et principalement celle de recherche. Nous allons présenter le matériel de quatre participantes :

- Une primipare ayant appris sa séropositivité au début de sa grossesse,
- Une au même moment que sa séropositivité.
- Et deux multipares enceintes et séropositives.

Prénom de la participante	**Annie**	**Annick**	**Sylvie**	**Nata**
Son état de santé	Bonne santé absence d'IO	Bonne santé Pas d'IO	Bonne santé pas d'IO	Aucun souci de santé :
Situation avec son partenaire et sérologie de ce dernier	Elle vit en couple. Son conjoint bien que séronégatif est très présent et la soutient beaucoup.	Elle est abandonnée par son conjoint depuis qu'elle lui a dit la vérité sur sa situation sérologique. Elle ne connait pas sa sérologie	Son compagnon vit avec sa première femme mais, passe beaucoup de temps avec Sylvie et la soutient.	Elle vit avec son conjoint. Elle lui a informé de sa sérologie. Ça ne semble pas poser de problème. Elle est très soutenue par ce dernier.
Religions ou croyances	Chrétienne /initiée rite Mbumba	Chrétienne	Chrétienne	Bwitiste et chrétienne

Tableau 5 : Informations détaillées participantes

L'analyse et l'interprétation se feront à partir des mêmes thématiques. Nous allons à chaque fois tenter de faire ressortir ce qu'elles ont en commun, et ce qui fait leurs différences. À la fin du travail ci-dessus, nous devrons être capables d'effectuer un retour à nos hypothèses pour les vérifier.

TABLEAU RECAPITULATIF

Population	Lieu de la recherche	Critères d'inclusion	Outils méthodologiques Suivant l'ordre de passation	Analyse et interprétations des résultats
16 Femmes en grossesses et séropositives ayant appris leur séropositivité au début de la grossesse.	Centre de Traitement ambulatoire (CTA) CHU de Libreville. Service de psychologie.	-Être entre le 5ème et le 7ème mois de grossesse. - Être prise en charge dans un CTA et avoir une bonne observance de son traitement -Être suivi et accompagner psychologiquement	-Entretien cris et pleurs -Entretien semi directif du CREA LASI remanié pour notre recherche. -Test du dessin du bébé	• Présentation • Analyse des données et Discussion (Entretiens et dessin du bébé). • Retour aux hypothèses

Tableau 6 : Récapitulatif de la méthodologie

Conclusion

Nous avons rencontré 22 femmes pour la réalisation de cette recherche. 6 ne sont pas allées au terme du processus, nous avons donc retenu 16.

Les outils choisis pour notre travail sont l'entretien semi-directif, l'entretien cris et pleurs, et le dessin du bébé. Nous avons choisi 4 participantes pour l'interprétation, l'analyse et la discussion. Les participantes non étudiées sont brièvement présentées en annexe.

Le travail nous a permis d'être directement en contact avec les participantes. Nous avons aussi rencontré les médiatrices qui s'occupent des femmes enceintes et séropositives dans certains SMI. En raison du volume des entretiens, seuls ceux des participantes que nous avons choisi d'étudier figurent en annexe.

TROISIÈME PARTIE

PRÉSENTATION ET ANALYSE

DES RÉSULTATS

CHAPITRE 6 : PRÉSENTATION DES RESUTATS

Introduction

Il s'agit ici de l'avant-dernier chapitre de notre travail. Nous le consacrons à la présentation du matériel de recherche des participantes que nous allons étudier. Nous présentons d'abord le matériel de chaque participante sur la base des thématiques définies pour chacune d'elles. Puis, à la fin des présentations respectives, nous faisons une synthèse.

Nous rappelons que nous avons choisi 4 participantes. Il s'agit d'Annie, Annick, Sylvie et Nata. Ceci a l'avantage de nous permettre de faire une présentation plus exhaustive et de préparer la discussion facilement. Les thématiques nous permettent de confronter les résultats, de les comparer, et de dégager les similitudes et les divergences. D'abord nous présentons le matériel des femmes enceintes et séropositives rencontrées, après, nous passons à celui des médiatrices.

6.1 Sylvie

6.1.1 Présentation et Histoire de la grossesse

Sylvie est une jeune femme de 32 ans. Elle est chrétienne catholique. Quand nous la rencontrons, elle est à son sixième mois de grossesse. Elle vit avec un homme (que nous appellerons Armand) qui vit en concubinage avec une autre femme dans une relation officielle. Elle nous assure que ce dernier s'occupe d'elle, mais avoue aussi que cette situation (le fait de partager un homme avec une autre) ne lui plaît guère. Elle souhaite habiter avec Armand et avoir une vie de couple normale et stable avec celui-ci.

Nous la rencontrons après un groupe de parole au CTA du CHU de Libreville. La psychologue responsable nous ayant présentés et ayant abordé notre recherche, elle vient vers nous à la fin de la séance pour avoir plus d'informations sur notre travail. Après lui avoir répondu, nous lui demandons si elle veut participer à la recherche. Elle prend notre numéro de téléphone et c'est deux jours plus tard qu'elle appellera pour nous donner son accord.

Sylvie a longtemps désiré un enfant avec son partenaire mais sans succès**. « Je pensais que je n'allais plus faire d'enfant »**, nous confie-t-elle. Il y a plusieurs années, elle avait pratiqué un avortement car, explique-t-elle, Armand ne voulait pas à ce moment-là d'un enfant. L'actuelle grossesse est pour Sylvie une surprise, car elle arrive au moment où elle s'y attendait le moins bien que son ami Armand et elle-même voulaient déjà d'un enfant (depuis plusieurs années). **« Au début je voulais, lui aussi il voulait, mais l'enfant ne venait pas »**, dit-elle. La grossesse arrive au moment où Sylvie envisageait de quitter Armand : **« j'avais l'intention de le quitter parce qu'il me négligeait ».**

Le désir d'enfant était partagé, **« C'est depuis longtemps qu'on voulait avoir un enfant [...] Ça fait 5 ans. [...] J'étais déjà désespérée [...] ».** Sylvie apprend sa grossesse suite à une maladie alors qu'elle est en plein jeûne de prière. C'est à l'hôpital, après les tests, qu'elle a appris qu'elle est en grossesse. « **[...] J'avais des doutes […]. C'est l'échographie qui a confirmé [...] »**. Sylvie ne connaissait d'ailleurs pas depuis combien de temps elle était en grossesse, **« C'est l'échographie qui a déterminé »,** précise-t-elle.

Rappelons à juste titre que Sylvie est déjà mère de trois enfants, son partenaire par contre n'en a pas encore.

6.1.1 Réaction à l'annonce

L'annonce a été pour Sylvie un choc. **« J'étais choquée, j'ai complètement vu que c'était la mort (Silence) [...]»**. Sylvie assimile le VIH à la mort, mais elle ne veut pas s'y étendre davantage. L'évocation du VIH semble ravivez la souffrance et la détresse éprouvées lors de l'annonce. Elle évite rapidement les affects liés à celle-ci en changeant de sujet. Elle nous a confié sa difficulté à se situer dans l'espace et dans le temps, signe que c'était très dur pour elle. Elle est sortie de là désorganisée. Elle a tout de suite pensé à mettre un terme à ces jours et à ceux de l'enfant pensant ainsi fuir cette triste nouvelle. Elle avait aussi peur de la réaction de son conjoint, et de la possible contamination de son enfant.

6.1.2 Le matériel sur le bébé

Quand nous demandons à Sylvie comment elle imagine son bébé, après s'être exclamée en remâchant et en souriant, **« Comment il sera !»,** elle répond : **« Quand il va naître là, je veux qu'il soit sage comme un ange ».** Après la relance, elle réitère : **« comme un ange, bien ».** Sylvie est croyante catholique. Nous savons que l'ange est désigné comme un être beau, doux, nous pouvons même dire parfait. Il est surtout considéré par les chrétiens comme l'envoyé de Dieu. Sylvie idéalise donc son enfant et le considère comme un enfant de Dieu. Il y a ici une thématique mystique, l'évocation indirecte de la divinité. Cette réponse nous amène à faire deux lectures. La première est manifeste et liée aux persécutions et attaques mystiques. La seconde (lecture) est latente, c'est une thématique liée au VIH. Si un bébé ange vient de Dieu, peut-on penser qu'il soit infecté à la naissance ? Les croyants comme Sylvie répondront non. Il semble que Sylvie ne souhaite pas que cet enfant passe par son corps pour naître, il y a un souhait qu'il se développe le plus loin possible de son corps infecté.

Sylvie a fait ses trois échographies. **« Ça m'a soulagé »,** répond-elle quand nous lui demandons comment elle a réagi en voyant son enfant. L'échographie a permis à Sylvie de voir la vie qu'elle porte, ce qui l'a rassuré bien qu'elle préfère attendre son arrivée. **« Je ne crois pas encore, j'attends de le voir».**

Dans les rêves de Sylvie, elle dit voir un **« bébé gros et brun ».** Un bébé gros par opposition à un bébé maigre ? Elle rêve d'un bébé, mais dit-elle, **« je n'ai jamais rêvé où je le tiens [...]. On me le montre »**. Sylvie rêve bien de son bébé, **« je rêve de lui (bébé) ».** Mais elle ne l'a jamais tenu, **« Il est posé sur le lit »** ou alors c'est quelqu'un d'autre qui le porte. La suite de sa réponse est plus explicite. Toujours parlant de ce bébé posé sur le lit dans son rêve, elle dit : **« Le bébé que la femme avait pleurait, il pleurait beaucoup, personne ne savait pourquoi il pleurait comme ça. C'est comme s'il avait un problème, c'est comme s'il n'allait pas bien ».** Dans un autre rêve, Sylvie déclare que, sa voisine lui disait au sujet de l'enfant qu'elle attend : **« L'enfant là, c'est un ange que Dieu t'a donné ».** Le retour à la thématique mystique est fait. L'enfant ici est assimilé à un ange une seconde fois.

Sylvie rentre bien en contact avec son bébé. Elle lui parle. Elle engage des conversations avec lui, et se soucie de ses mouvements qu'elle interprète d'ailleurs. **« Quand il bouge beaucoup c'est qu'il a faim. Il ouvre le cordon, je mange [...] Il reste tranquille ».** Elle va jusqu'à fantasmer sur ce qui se passe à l'intérieur de son ventre, **ouverture du cordon**. Cette scène marquée par l'oralité (se nourrir, jouissance d'une période fusionnelle), fait penser à

quelque chose de très primitif, un retour dans le milieu utérin maternel, un fantasme originaire. Cette régression montre son écoute, sa préoccupation pour le petit être qu'elle porte.

On voit une relation mère-enfant qui s'installe sous le prisme du fantasme, en voici l'exemple : **« Parfois quand il veut manger quelque chose, je vais acheter, il mange et il se calme. Comme le jus, il aime bien le jus (Soda, boisson à base de fruit). Mais, parfois quand il veut manger quelque chose d'autre que je ne peux pas acheter, je lui dis que je n'ai pas d'argent, il se calme. Je lui dis que je sais que tu as envie de manger ça, mais je n'ai pas d'argent, je vais faire des efforts. Quand il bouge beaucoup, je lui dis tu me fais mal. Mais, il n'est pas trop gourmand ».**

Sylvie a une construction romanesque de l'arrivée de son enfant. Elle exprime un amour envers lui qu'elle souhaite éternel, **« On sera toujours ensemble [...] ».** Sylvie se représente bien son enfant même si la crainte de le contaminer est présente et se reflète dans son activité fantasmatique. Elle donne deux adjectifs pour décrire son **bébé : « Normal et en bonne santé »**. Plus loin, elle exprime son souhait que l'enfant ressemble à son père et à elle-même, même si juste après, elle procède à l'annulation en rationalisant. **« Moi qui ai un sang faible ! Il va ressembler à son père, mon groupe est faible, A+ ».** Nous voyons ici un désaveu ou encore, son souhait pour son fils de ne pas prendre de son sang infecté.

On voit à quel point Sylvie anticipe son enfant quand elle évoque ses désirs les plus forts en pensant au futur de ce dernier : **« sage et intellectuel ».** Elle dit sa peur pour ce dernier par rapport au futur : **« Rentrer dans les loges » (sociétés secrètes : elles n'ont pas une bonne réputation au Gabon. Les adeptes de ces cercles exotériques sont accusés de meurtres et de sacrifices divers…).** Nous voyons donc une mère qui veut protéger son enfant.

De plus, Sylvie a déjà trouvé un prénom à son enfant, c'est celui d'un ange comme le lui aurait suggéré un monsieur dans un songe. **« Michel Archange [...]. Un ange puissant [...]. Ou Ange Gabriel [...]. C'est le prénom Michel archange qui me vient dans le cœur (qui me vient à l'esprit) à chaque fois»**. Nous savons que l'ange Gabriel est celui qui lutte contre le diable et qui défend le sujet lors des combats. L'allusion ici n'est pas fortuite. Gardons à l'esprit qu'elle dit être persécutée par des personnes qui lui veulent du mal, des sorciers.

Dessin du bébé de Sylvie



Dessin du bébé de Sylvie :

À la fin du dessin, elle dit ce qui suit : **« Elle est debout en train de me regarder faire la vaisselle. Elle est jolie avec son beau sourire »**.

Il y a un contraste saisissant entre l'enfant dessiné et celui qu'elle imagine. Le discours ne confirme pas l'impression que nous donne ce dessin. On croirait que Sylvie interprète le dessin de ses rêves. Elle semble dessiner le bébé qui présente des risques d'être séropositif pendant qu'elle commente le bébé qui trône dans sa tête, à savoir, l'ange qui lui a été promis. Le dessin montre un bébé bizarre. En effet, tandis que l'enfant commenté sourit, est beau et en bonne santé, celui sur le dessin est difforme et ne sourit pas. Il est ‘’comme’’ figé.

- **Bande cris et pleurs**

Sylvie pendant l'entretien cris et pleurs a donné des réponses très courtes.

Bande 1 :

D'entrée, nous notons une bonne projection de Sylvie à l'écoute de cette séquence. **« Elle se met à pleurer »**. Elle donne le sexe de l'enfant (elle, c'est donc une fille) qui pleure. L'entretien et le dessin du bébé ont montré que Sylvie rêve de faire une fille. Elle élabore donc autour de ce sexe bien que les échographies aient révélé un sexe masculin.

Il y a ensuite les soins qui apparaissent, **« Peut-être elle a faim ou elle est mouillée ».** Ce qui précède nous fait penser qu'elle anticipe les soins maternels. L'écoute de la même séquence montre aussi chez Sylvie un état de détresse et de préoccupation : **« Peut-être quelque chose la pique ».** Nous retrouvons là, la persécution qu'elle n'a pas arrêté d'évoquer dans l'entretien. Elle va d'ailleurs ajouter qu'il s'agit : **« Peut-être des Fourmis ».** La lisibilité de cette séquence semble difficile. Nous voyons une élaboration fantasmatique orientée vers un état de crainte pour un enfant qui souffre, un enfant en détresse. Toutefois, Sylvie se montre capable d'identifier et d'anticiper les besoins de l'enfant.

Bande 2

La deuxième séquence est abordée avec une grande empathie pour l'enfant. La question qu'elle se pose, **« quoi là il se met toujours à pleurer ? », en** est l'illustration. Elle montre une inquiétude vis-à-vis des pleurs du bébé. On voit l'expression d'un mécontentement ou d'une indignation. **« [...] J'ai comme impression qu'elle est fatiguée de pleurer et personne ne fait même cas à ses pleurs ».** Il y a là, le souci d'une mère de répondre aux besoins ou à la détresse d'un bébé. Cette réponse montre aussi la pénibilité des affects que ces pleurs engendrent chez elle (Prenons également en compte sa précédente réponse). Il y a aussi une confusion du sexe, **« il »** et plus loin **« elle ».** Elle semble ne pas encore avoir fait le deuil de son désir de faire une fille.

Il y a une élaboration qui met en scène la préoccupation et l'empathie pour ce bébé qui pleure. Ce qui peut être considéré comme une bonne réponse et une bonne attention et sensibilité maternelle. Donc, une bonne disposition à donner les soins et à répondre aux besoins de l'enfant. Mais cette sensibilité et cette attention peuvent aussi être considérées comme l'expression d'une angoisse face aux pleurs. En reprenant la question qu'elle s'est posée plus haut, on pourrait la reformuler comme suite : ''Mais pourquoi et de quoi pleure-t-elle comme ça ? C'est ce qui semble préoccuper Sylvie.

Bande 3 :

La réponse à la troisième séquence non seulement est courte, mais, offre aussi très peu d'éléments analysables. Toutefois, on peut noter l'évocation des soins : **« On est en train de le laver »**. Ce qui montre une élaboration autour des soins. On peut aussi noter l'empathie devant la détresse de l'enfant **« Il pleure fort** ». Ne supportant pas les pleurs, elle semble se défendre du mal-être engendré par ces dernières en rationalisant. **L'enfant selon elle est en train de pleurer parce que l'eau du bain est froide**. Elle donne une raison qui peut effectivement faire pleurer un enfant. Nous l'avons dit, Sylvie est mère de 3 enfants, elle sait donc de quoi elle parle. Il y a cependant la chronologie des réponses qui nous fait observer le mal-être devant les pleurs. On pourrait bien y voir un conflit. Les pleurs semblent réveiller chez Sylvie des affects de peurs et de l'empathie.

Bande 4

La lecture de Sylvie semble bonne même si on peut encore remarquer que les réponses qu'elle donne sont une fois de plus restrictives. À l'écoute de ces pleurs, elle donne une réponse qui, rappelle-t-elle, est la sienne. En effet, l'usage du **« Pour moi »** ici est une manière de dire que d'autres réponses sont possibles ou envisageables. « Ça peut être […] Soit... » : sont des termes qui renvoient au champ lexical de l'hésitation. Elle dit d'abord que l'enfant pleure **peut-être** parce que la personne est en train de lui faire à manger. Ce qui est une réponse qui semble placer l'enfant dans une position de demande de la satisfaction d'un besoin physiologique qui est la faim. Mais, la réponse met aussi en exergue la question relative aux soins de l'enfant, **« soit faire à manger ou bien l'habiller ».**

Les deux réponses montrent chez Sylvie une mobilisation autour des tâches relatives au traitement de l'enfant et à ses soins. Ce qui témoigne une certaine écoute des besoins de l'enfant et une disposition à les satisfaire.

Bande 5

Cette séquence sonore est abordée avec difficulté par Sylvie. Les pleurs semblent la déstabiliser et susciter chez elle un état de mal-être. Il y a en effet, une présence massive d'affects insupportables qui empêchent Sylvie de se projeter et d'élaborer ce qu'elle vient d'entendre. **« Je ne sais pas »,** répond-elle. Après une relance (nous reformulons la consigne),

elle fait une lecture de la bande qui montre une fois encore sa peine à écouter ces pleurs qu'elle associe à un état de détresse. Dans cette bande sonore, elle donne deux réponses qui permettent de relever des éléments en rapport à l'être mère (être une bonne mère). **« Si elle pleure comme ça, soit la personne est en train de traîner, elle a besoin qu'on la prenne. Ou alors on l'a pris, mais la personne n'est pas en train de la bercer, chanter ».** Il y a aussi une forme d'angoisse liée à la capacité d'être mère ou à la mère qu'on sera. On peut aussi relever une forme d'angoisse d'abandon, un enfant en détresse dont on ne s'occupe pas correctement et pour cela, il **« n'arrête pas de pleurer ».**

Bande 6

Dans la sixième séquence, Sylvie s'inscrit dans la continuité de la séquence cinq. C'est la réponse la plus courte que nous avons enregistrée. Face à l'afflux d'affects que génèrent ces pleurs, elle veut passer à autre chose **: « C'est la même chose, la personne ne veut pas la bercer »**. Les mêmes cris et pleurs ont ici la même explication que nous avons donnée plus haut. Elle tente, semble-t-il, de s'abriter en fuyant. La réponse étant trop restrictive, elles ne nous donnent pas suffisamment d'éléments pour nous étendre dessus. Néanmoins, nous relevons que Sylvie identifie ce qui fait pleurer l'enfant et propose une solution, bercer le bébé, lui donner de l'affection.

Artefact :

Elle répond sans hésitation. Tout de suite elle associe ce qu'elle vient d'entendre au cri d'un bébé fille, **« elle est en train de jouer ».** Nous remarquons que la brièveté de l'artefact donne lieu à des affects on ne peut plus agréables et permet à Sylvie de ne plus être habitée par le mal-être et l'alerte liés à la détresse que lui renvoyaient les pleurs précédents. C'est plus reposant. Ça mobilise chez elle une fantasmatisation de l'enfant liée au bien-être, à l'activité ludique : **« jeux »** et **« repos », « C'est sûr qu'on est allé la faire coucher ».** Les affects qui renvoyaient au déplaisir semblent être remplacés par ceux de plaisir. Il y a apaisement.
L'arrêt des pleurs a fait du bien à Sylvie. Le cri est toléré alors que les pleurs sont réprimés.

6.1.3 Être mère

Quand nous demandons à Sylvie quel genre de mère elle imagine qu'elle sera, elle nous répond **: « Personne n'est idéal (rire). Une mère conforme, une mère éducatrice ».** La réaction de Sylvie qui a déjà l'expérience maternelle, loin de pointer un doute quant à sa capacité à être mère, montre qu'elle mesure bien la tâche qui l'attend. Sylvie a pour modèle maternel sa mère. **« [...] C'est grâce à elle si je vis et c'est elle qui m'a tout donné »**. Sylvie répondant à la question qu'est-ce qu'une mère dit ceci : **« C'est une racine qui vient se planter dans un foyer [...] C'est la femme qui a (tient) le foyer [...]. C'est la base, elle éduque et conseille »**. La réponse de Sylvie montre une image de la femme sous deux facettes. La première c'est celle d'une femme dans un ménage, et la deuxième c'est celle d'une mère. La revendication d'être sous le toit de son homme maintenant qu'elle attend un enfant de lui, est ici, bien articulée.

Il y a d'autres éléments qui viennent montrer le genre de mère que pourrait être Sylvie. Sylvie dit qu'elle sera une mère protectrice et prévenante **: « Je ne souhaite pas que ça l'influence, si je souffre l'enfant que je fais ne doit pas souffrir aussi [...] Je ne veux même pas que les sorciers le regardent. Toujours protégé si c'est vraiment un ange comme on m'a dit, qu'il soit toujours dans les mains de Dieu ».** Sylvie remet son enfant dans les mains de Dieu. On voit l'amour et la protection d'une mère pour son enfant à partir des thématiques mystiques. L'enfant attendu serait un ange envoyé par Dieu.

Voici autant d'éléments qui montrent que Sylvie se représente bien son enfant. Il est cependant vrai que les persécutions et les attaques sorcières sont d'une grande crainte pour elle quant à l'avenir de celui-ci. Nous pouvons mettre ces dernières en relations avec son état et la crainte que son enfant soit contaminé (TME).

6.1.4 Croyance

Comme nous l'avons déjà fait remarquer, Sylvie est une chrétienne pratiquante **« [...] Je vais à l'**Égli**se, je prie et je fais des jeûnes »**. Tout le monde chez elle est chrétien, mais elle prend le soin de rappeler la différence qu'il y a entre croire en Dieu et le craindre. Elle pense qu'il faut les deux, car selon elle, **« C'est ça un vrai chrétien ».** L'importance qu'elle accorde à cette différence montre son désir de nous exprimer qu'elle est une bonne chrétienne, elle pratique. Ce qui signifie qu'elle se considère comme enfant et serviteur de Dieu.

Mais Sylvie n'a pas toujours été chrétienne pratiquante. **« Avant j'étais dans le monde » (Vivre comme tout le monde, faire la fête, profiter de la vie),** admet-elle. C'est suite aux

souffrances, aux persécutions et aux attaques qu'elle a décidé de prier. **« [...] Quand on vous chasse et vous poursuit mystiquement il n'y a que Dieu pour vous protéger. Je me sens mieux depuis que je prie, les persécutions ont diminué »**. Ces propos de Sylvie nous éclairent et nous permettent de comprendre la place qu'elle donne à Dieu dans sa vie. Selon elle, c'est grâce à la prière qu'elle est en grossesse aujourd'hui. Dieu est la solution à tous les problèmes qu'elle pourrait rencontrer, il serait par conséquent aussi la solution de ce qu'elle vit.

6.1.5 Grossesse et VIH

Être séropositive et attendre un bébé est quelque chose que Sylvie semble vivre difficilement « **Je supporte, mais ça me fait mal au cœur. Ça me fait mal […]. Mais, je ne mets pas en tête que je suis (silence). Je m'en fous. Je ne mets pas ça en tête ».** Sylvie au fond vit très mal cette situation. La répétition **« ça me fait mal »** est une insistance qui montre la profondeur de sa souffrance. Les affects éprouvés semblent être tellement douloureux que Sylvie cherche tout de suite à s'en abriter. Elle s'en défend par une répression banalisante **« Je m'en fous »** et par le refoulement et l'évitement **« je ne mets pas ça en tête ».**

Ayant longtemps désiré un enfant, ce qu'elle pensait de la grossesse avant d'être contaminé n'a pas changé, **« C'est une bonne chose [...] Je suis contente [...] »**, répond-elle. **« J'ai dit que je vais garder, je ne vais pas avorter ».** Chez Sylvie nous voyons l'émission de la négation **« je ne vais pas avorter »** comme une question qui se serait tout de même posée à elle et qu'elle aurait réprimée. Sinon, pourquoi le dire alors que nous ne lui avons rien demandé sur ce sujet. Pour exprimer un refus, pensons-nous, il faut soit qu'on nous ait fait une proposition, ou, simplement, qu'on ait pensé à l'objet de notre refus à un moment ou à un autre. Cette libre association montre que l'avortement avait été envisagé, mais le désir de faire cet enfant a été plus fort.

Plus haut dans ce travail, nous avons souligné le fait que le désir d'enfant de Sylvie semblait écraser la crainte du VIH. Sans prendre de la distance par rapport à ce qui précède, nous voyons à présent que la massivité de la souffrance l'amène à se défendre de celle-ci (crainte) par les moyens qui sont les siens.

À la fin de l'entretien, Sylvie pour l'avenir a fait les souhaits d'aider son enfant à devenir une bonne personne, vivre comme tout le monde, rester la même personne en respectant certaines choses comme la sexualité. La priorité semble donc être cet enfant qu'elle attend. Aider l'enfant à vivre peut aussi être vu dans l'autre sens comme aider le soi infecté à vivre, le faire survivre.

6.1.6 Relation avec la mère

Les rapports ne semblent pas être au beau fixe entre Sylvie et sa mère. C'est comme si cette mère était soupçonnée de faire partir des personnes qui la persécutent. Elle parle des personnes de sa famille qu'elle ne nomme jamais. Sylvie qualifie ses rapports avec sa mère de **« comme-ci comme ça »**. Quand nous lui disons que nous ne savons pas ce que ça veut dire, elle ajoute, **« Ça veut dire que ce n'est pas très bon, ce n'est pas aussi très mauvais. On est comme ça ».** Jusque-là, rien vraiment qui puisse nous interroger ou nous alerter. Il y a cependant une ambivalence à noter et c'est celle-ci qui nous interpelle en premier. Elle qualifie sa mère comme une mère exemplaire qui éduque bien les enfants, mais en même temps, la présence de cette dernière n'est pas tellement importante pendant sa grossesse. Il y a non pas une haine au sens premier du terme, mais une sorte de rivalité à l'égard de cette mère qui devrait occuper sa place de grand-mère et la laisser être mère.

On peut voir la situation qui vient d'être décrite comme un retour au complexe œdipien. Sylvie redevenant au cours de cette période régressive, la petite fille qui souhaitait avoir un enfant de son père et qui jalousait sa mère de posséder ce père. Elle le décrit comme un bon père avec qui elle avait de très bons rapports : **« Il est mort dans mes bras. On était à deux dans la maison, il était malade [...] »**. Être à deux dans la maison peut être vu ici comme un moment d'intimité. Mourir dans ses bras n'est-ce pas exprimé cet amour pour son père, un amour qui se manifesta jusqu'à la mort de ce dernier. C'est elle qui aurait au cours des dernières heures de son père joué le rôle d'une épouse en s'occupant de lui, en se montrant disponible pour lui et en lui prodiguant des soins. Ce que sa mère aurait dû faire. Finalement, elle a occupé la place qu'elle réclame fantasmatiquement et ceci pourrait s'entendre comme une victoire sur sa mère-rivale. On pourrait même aussi le comprendre comme une accusation portée à la mère d'avoir tué cet objet d'amour et de l'avoir abandonner. L'enfant du père serait ainsi menacé par cette même mère jalouse et meurtrière, d'où l'évocation de la persécution.

6.1.7 Transfert/contre-transfert

Au niveau transférentiel, nous avons noté une grande facilité à dire, à se confier, à verbaliser. Les entretiens se sont très bien passés. Le fait que nous soyons de sexe masculin a plutôt facilité les choses au regard de la situation conflictuelle qui existe entre Sylvie et sa mère. Elle a transféré sur nous toute la tendresse éprouvée pour son père et son conjoint. Comme chez ces derniers, elle a cherché la même assurance en nous. D'ailleurs à la fin de notre entretien, elle

a souhaité rester en contact avec nous et nous rencontrer si jamais elle a d'autres questions à nous poser.

Nous ne sommes bien évidemment pas restés insensibles à cette ouverture et à cette sympathie. Nous avons ressenti beaucoup d'empathie, surtout lorsqu'elle évoquait avec abattement comment elle avait vécu l'annonce de sa séropositivité.

6.2 Annie

6.2.1 Présentation et histoire de la grossesse d'Annie

Annie est une femme âgée de 26 ans. Elle vit avec son conjoint. Lorsque nous la rencontrons, Annie est au sixième mois de grossesse. Convertie au catholicisme, elle est initiée à un rite traditionnel appelé Mbumba[10]. Annie se porte bien. Elle nous confie que ses derniers examens sont très bons, le médecin l'a félicité dernièrement parce qu'elle prend bien le traitement. Le VIH est indétectable, ceci est pour elle un motif de satisfaction. Très souriante, avenante et ouverte, elle est étudiante, mais exerce aussi comme technicienne de surface dans une structure hospitalière locale. Annie a accepté de nous rencontrer après avoir sollicité sa participation à l'issue d'un groupe de parole. Contrairement aux autres femmes que nous avons rencontrées à l'issue de plusieurs rendez-vous avortés, Annie s'est présentée au tout premier et a fait montre d'une bonne collaboration. Avant de nous donner son accord, elle nous a demandé de patienter. Il fallait qu'elle en parle avec son conjoint. Ce dernier est pour elle d'un grand soutien. Tout au long de l'entretien, nous l'avons remarqué.

Le projet d'enfant n'est pas commun au couple. Si Annie désirait depuis faire un enfant, ce n'est pas le cas de son conjoint. **« […] J'avais l'idée depuis, je voulais faire un enfant sauf que là ça m'a surpris. [...] Lui par contre voulait qu'on puisse attendre. […] Moi je lui ai dit que je voulais déjà faire un enfant. Et quand c'est arrivé, beh il a accepté. Au début il était un peu réticent, mais après il a accepté. […] Pour lui c'était après 5 ans. […] Pour être sûr de son boulot (le temps de trouver du travail ».** Annie semble avoir décidé toute seule de ce projet. Elle apprend qu'elle est en grossesse suite à une douleur dans le dos et une infection urinaire. **« [...] On m'avait envoyé faire une échographie c'est là-bas que j'ai découvert que j'étais enceinte».**

6.2.2 Réception de l'annonce

Annie a appris sa séropositivité au VIH en allant faire un bilan prénatal. Elle n'a pas d'abord cru. Nous notons aussi chez elle le choc de la réception de l'annonce du VIH bien qu'elle soit dans la dénégation. **« Sincèrement je ne sais pas, moi jusqu'aujourd'hui je n'arrive pas à croire que je suis malade. [...] En 2012 dans la même période, j'avais fait les**

[10]Mbumba : le Mbumba est une sculpture anthropomorphe associée au rite Bwiti. Elle est placée sur un reliquaire (contenant des ossements des défunts et d'autres objets magiques chez les Sangu ou Tsogo (chaque famille en possédait et s'en servait pour vouer un culte aux ancêtres). Pendant la cérémonie du Bwiti, le reliquaire est placé dans un coin du temple (Mattet, Alleva, Baeke et *al*, 2007).

examens on n'avait rien trouvé [...] ». Il y a la détresse de l'annonce du VIH. Le jour de la réception du test de dépistage dit Annie, **« J'ai beaucoup pleuré »**. Mis à part cet effondrement, elle dit avoir imaginé le pire, **« J'imaginais le pire. Le pire en tout cas pour moi et mon enfant c'est tout ce que je voyais. La mort directement. Je voyais déjà mes projets dans l'eau. Avenir foutu, c'est la mort que je voyais directement (rire) »**. L'annonce du VIH a ainsi créé chez Annie un important choc.

L'annonce de la séropositivité désorganise les sujets, et les idées de morts remplissent les discours. L'entretien nous a permis de savoir l'idée qu'ont les participantes du VIH. Les réponses nous montrent le lien de cette infection avec la mort. Annie dira : **« Moi quand j'entends VIH, je vois déjà la personne malade qui fait déjà la maladie du VIH/SIDA [...] Je voyais directement la personne malade, morte, tu ne peux plus te lever, tu ne peux plus rien faire, tout est perdu, il n'y a plus espoir de vie »**. Elle se montrait même fataliste : **« Il n'y a plus d'avenir, plus d'espoir. Celui qui a la maladie ne peut pas vivre longtemps ! ».**

6.2.3 Bébé imaginé



Dessin du bébé d'Annie

Annie dessine un petit garçon bien vêtu. Le dessin est fait avec beaucoup de soin comme le montrent ses coups de crayon et son souci pour le détail. L'enfant est debout, il ouvre les bras. Après avoir réalisé le dessin, Annie dit ce qui suit : **« Imaginer son enfant quand on ne l'a pas encore vu c'est compliqué. [...] Dans ma tête, il est mieux que là hein ! »**, s'exclame-t-elle. Annie commente son enfant jusqu'aux détails : **« Il porte un col V », le sexe, « là je l'imagine garçon ».** Le physique : **« les pieds arqués, son père a les pieds comme ça. Les cheveux un peu coupés, bien taillés à ras. Les yeux ronds, bouche un peu large, 1 mètre 65 »**. Annie termine en disant qu'elle imagine son bébé plus comme son père (le père de l'enfant).

Entretien semi-directif

Les meilleurs éléments du bébé imaginé par Annie se trouvent dans l'entretien semi-directif. Le constat que nous faisons est une nouvelle fois la présence des détails physiques. Alors qu'elle a dessiné un garçon, Annie dit imaginé son enfant comme une fille. **« Je l'imagine comme une fille, même si je parle souvent de lui entant que il, il, il »**. Elle revient ensuite sur le physique de l'enfant, **« Je l'imagine fille avec beaucoup de cheveux, des lèvres rouges (rire) avec une taille de 50 centimètres. Mais, pas grosse, même 2kg 200 ou 300 c'est bon. Je ne veux pas qu'il soit gros, il vient grossir dehors. Moi-même je suis né avec 2kg pile (net), donc s'il vient avec 2,200 kg c'est bon. Avec un teint malte comme moi-même ou noir comme son père ».** Le bébé d'Annie doit surtout être bien portant, sa santé la préoccupe beaucoup. **« Je veux surtout qu'il vienne bien portant »**. C'est ce qu'elle confirme quand on lui demande de donner deux qualificatifs à son bébé : **« gai et joyeux »**. Elle voit toujours son enfant en train de rire et jouer. Tantôt elle parle d'un bébé garçon, tantôt d'une fille.

Annie imagine son enfant et rentre en relation avec lui. **« […] On communique déjà avant même qu'il ne soit là »**. Elle anticipe même ces besoins : **« Quand je n'ai pas encore mangé il se fâche. Ou, Quand il veut déjà dormir, il cogne, il cogne, il cogne sur le nombril, c'est ce que j'ai remarqué »**. Pendant l'entretien, lui ayant demandé si justement elle parle avec son enfant et ce qu'elle lui dit, elle se met à toucher son ventre. Elle nous dit rentrer très souvent en contact avec lui. Elle décrit d'ailleurs un rituel qui semble lui permettre de se rassurer de la présence de l'enfant. **« Le matin quand je me lève, s'il ne m'a pas tapé, avant même de me laver, je touche d'abord mon ventre. Quand il tape à gauche, je mets la main à droite et il tape encore. A partir de là, je peux maintenant me laver »**. Elle imagine même ce que l'enfant lui dit, elle arrive à savoir quand il est d'accord ou non. **« De fois quand je fais (toucher le ventre), il insiste, ça veut dire qu'il n'est pas d'accord. Moi je prends ça comme**

ça. Ou de fois quand je fais (taper sur le ventre) il quitte, ça veut dire qu'il est pour. J'aime bien passer ma main sur le ventre, il aime bien ça ».

Une autre séquence montre cette imagination et anticipation particulièrement riche. Elle explique ce qu'elle dit souvent à l'enfant quand il est mal positionné ou quand il a faim. **« […] je lui dis s'il te plaît change de côté, va à gauche […] Je lui demande d'aller sur le côté. Quand je n'ai pas encore mangé, je lui dis attends, je ne suis pas encore à la maison. Ou, quand il a envie de dormir comme samedi en cours, j'étais fatiguée, je lui ai dit, supporte encore un peu, après on part ». Ma condisciple m'a dit : « Mais toi aussi ! On dirait que le bébé est déjà là ». Je lui ai dit, « oui je l'habitue, on parle. Je crois qu'il m'écoute […]. Il est déjà habitué à me voir toucher les côtés et le milieu. Voilà pourquoi il aime rester au milieu, il ne va pas trop sur les côtés ».**

Le bébé dont rêve Annie est tantôt grand tantôt bébé. Mais, ce qui ressort c'est la crainte que l'enfant soit malade. Dans l'un des deux rêves qu'elle nous rapporte, elle dit avoir rêvée en train d'allaiter l'enfant. **« […] L'enfant a éternué, c'était du rhume vert qui étouffait les narines. Et lorsque moi-même je buvais de l'eau glacée, j'ai éternué du rhume vert, j'ai arrêté de boire l'eau glacée ».** Il y a là, semble-t-il, la peur de transmettre ce qui est en soi (VIH) à l'enfant. Donc, la peur d'être tous deux séropositifs pointant ainsi un passage du VIH de son corps à celui de l'enfant via l'allaitement ou tout ce qui pourrait rendre cette contamination possible. Le bébé d'Annie doit pleurer (comme quand son père est décédé), beaucoup manger. Mais il ne doit pas pleurer parce qu'il est malade. Ce sont des signes qui pourraient la rassurer que le bébé est vivant et en bonne santé. Le bébé d'Annie doit surtout ressembler à son père et suivre son exemple (forme physique, intelligence, carrière…). **« Je me dis que c'est la première personne à qui il doit ressembler [...] Bon ses traits physiques non ! Le teint de son père, les yeux, la bouche, les orteils, les doigts, c'est tout ».**

Annie imagine un enfant qui va les « surpasser », qui réalisera ce qu'elle n'a pas accompli, un diplômé, une première dame si c'est une fille.

Cris et pleurs

Bande1 :

Annie répond en souriant qu'il s'agit des cris d'un enfant. **« Bon moi je peux dire que c'est un cri d'un enfant, « qui a, qui vient » (hésitation) à peine de manger et qui veut dormir et pour ça il embête un peu, il fait des caprices. Un enfant de 4 ans, non 4 mois ».**

Annie fait le lien entre le cri du bébé et la réalisation d'un besoin alimentaire, ce que Freud appelait un besoin d'autoconservation. Un lapsus est fait par Annie, **« Un enfant de 4 ans, non 4 mois »**. Elle dit d'ailleurs que l'enfant fait des caprices. Un nourrisson fait-il des caprices ? Nous pouvons établir un lien entre le garçon dessiné par Annie debout et habillé allant à l'Église avec son père (c'est son commentaire) et celui qui de 4 ans que son lapsus viens de mettre en évidence. Le lapsus révèle l'anticipation d'un enfant déjà grand et non un fœtus.

Bande 2

« Ça par contre on peut dire qu'il est en train de jouer, faire des gazouillements, il commence à parler. On pourrait dire 6 mois, 7 mois », répond Annie. Cette réponse montre une fois encore la bonne représentation qu'a Annie de son enfant à naître. En effet, imaginer à travers ce cri que l'enfant est en train de jouer et commence à parler montre une bonne capacité à fantasmer et à imaginer son enfant. On voit ici un affect qui traduit le plaisir d'un enfant qu'on imagine jouer et parler. On peut aussi voir en cette réponse la joie qu'a Annie d'attendre son enfant et de le voir jouer, dire les premiers mots. Le sourire qui accompagne cette réponse montre toute l'étendue de cette joie et de ce rêve.

Bande 3

La réponse que donne Annie sur le troisième cri porte sur les soins de l'enfant. **«Ça, je peux dire que c'est la faim. Il pleure la faim. Il pleure la faim où peut-être la couche est pleine, il veut qu'on le change pour le libérer ».**

Cette réponse d'Annie montre une mère qui se préoccupe de son enfant. Donc, qui se soucie de la satisfaction de ses besoins alimentaires et hygiéniques. Nous voyons une aptitude à être mère et une forme d'anticipation dans l'accomplissement de ce rôle. Dans l'une et l'autre réponse, il s'agit bien de l'attention portée à un être qui dépend de soi, un être sur lequel il faut veiller. Mais, au regard de la répétition : **« il pleure la faim »** (3 fois), il y a tout de même lieu de se demander si la faim ne dissimule pas autre chose. Annie insiste sur le besoin de nourrir cet

enfant comme si c'était pour elle un moyen de s'assurer de son bien-être, de sa bonne santé ; comme s'il faut le remplir pour qu'il ne présente aucun signe de faiblesse, d'amaigrissement. C'est d'ailleurs la deuxième fois que la thématique de la faim est évoquée. Il y a semble-t-il, un besoin de remplir l'enfant et veiller à sa satiété pour anticiper et répondre à une angoisse qui la tenaille. Mais cette nourriture serait aussi affective. Ne pas le laisser pleurer et lui donner ce qui lui manque. La préoccupation de la faim pour l'enfant peut montrer la peur qu'il soit malade.

Bande 4

Il y a dans la réponse d'Annie à la suite de l'écoute de ce cri, la confirmation d'un besoin de bien soigner l'enfant, de le laver, **« lui mettre le parfum ». « Là on aurait dit un enfant qui prend son bain, un bébé de 2 mois. [...]. C'est sûr qu'on est en train de le laver ».**

On est une fois encore dans l'anticipation des soins fait à l'enfant. Mais, nous notons aussi un aller et retour entre un bébé dont il faut s'occuper et un enfant qui devient autonome. Rappelons la première réponse où Annie a fait un lapsus sur l'âge de l'enfant. On note une nouvelle fois un lapsus, mais cette fois, moins manifeste. Pour Annie c'est d'abord « un **enfant de deux mois qui prend son bain »**, par la suite, elle dit que c'est sûr qu' **« on est en train de le laver »**. Il y a là ce qu'on a souligné au début de cet entretien. Elle imagine un enfant et non un bébé. Elle veut d'un enfant et non d'un bébé. C'est plus rassurant pour elle.

Bande 5

Annie hésite d'abord « Heu ». Elle semble avoir du mal à élaborer ses représentations fantasmatiques ou à les exprimer, « Là c'est un peu difficile ». Visiblement, ces cris déstabilisent Annie, **« Il peut peut-être pleurer comme ça, je ne sais pas »**. Pouvoir ici évoque la possibilité, ce qui signifie qu'une autre (possibilité) pourrait occuper sa pensée. On la voit rapidement partir vers ce qui semble être la solution à ses peurs et angoisses, **« Il veut manger »** avant d'ajouter **« la couche ! Peut-être pour se faire entendre parce que ça ne ressemble pas au cri inquiétant comme s'il avait mal quelque part »**. Si nous pouvons voir une fantasmatisation autour des soins du bébé, il y a aussi un conflit **« Il peut [...] pleurer comme ça, [...] quand l'enfant pleure c'est que forcement il a un désir »**. Il y a là, l'expression d'une culpabilité rapidement réprimée, banalisée pour parler de la faim. Ce qui vient montrer l'expression de la peur d'une maladie qu'elle ne nomme pas. Mais, il y a aussi l'expression fantasmatique d'un besoin d'attention et d'écoute auquel la mère doit répondre à l'adresse du bébé. **« Comme s'il voulait aussi se faire entendre qu'il est aussi là puisqu'il ne parle pas encore, le seul moyen c'est de**

faire des cris ». Il s'agirait pour Annie de soigner et nourrir pour maintenir "l'enfant" en bonne santé.

Bande 6

Annie après avoir écouté ce cri se met à rire. Toute la construction fantasmatique a une dimension ludique. **« Ça, c'est des cris de jeu. On peut dire huit mois, des cris de jeu. Soit il joue avec une balle, ou un nounours (peluche) en peluche. Il fait des cris de jeu d'enfant »**. Annie le répète à quatre reprises. Pour elles, ce sont des cris de jeu, donc les cris d'un enfant qui est bien, s'amuse et passe du bon temps. Mais, elle n'en dit pas plus. Ces cris semblent aussi venir apaiser les affects précédents qui ont semblé la déstabiliser. C'est un rire défensif qui réprime les affects désagréables qui ont failli la déborder.

Artefact

Annie tout en souriant nous demande de refaire passer ce dernier cri. **« C'est tout ? »,** nous demande-t-elle face à la brièveté de ce qu'elle vient d'entendre. Elle élabore bien, l'activité fantasmatique est portée sur la fusion, l'attention à l'égard de l'enfant**. « Il fait signe à la personne. Peut-être qu'il est occupé à faire quelque chose et ne la regarde pas. Comme pour dire regarde-moi ici »**. Ce qui s'exprime comme une projection sur l'enfant de ses propres désirs, mais aussi sa propre inquiétude.

Annie a réagi au cri de l'artefact en fantasmant sur le bébé qu'elle porte et sur l'attention qu'elle a pour lui.

L'entretien cris et pleurs s'inscrit dans la continuité de ce que l'entretien semi-directif et le dessin du bébé nous ont permis d'observer. Annie se représente bien son bébé, l'activité fantasmatique est féconde. À partir des cris que nous lui avons fait écouter, nous avons vu sa capacité à élaborer fantasmatiquement, à anticiper sur l'être mère à travers les soins à donner à l'enfant, mais, nous avons aussi observé de la peur, surtout pendant l'écoute de la cinquième bande sonore. Des affects douloureux se sont exprimés quelque rare fois.

Nous avons aussi vu l'image d'une mère attentionnée. Mais, nous notons qu'Annie n'a parlé du bébé que très rarement. A chaque fois, c'est l'enfant qu'elle évoquait. Ce qui montre encore une fois le grand saut qu'elle fait dans la représentation voyant surtout un enfant et non un bébé.

6.2.3 L'être mère

A la question de savoir quel genre de mère elle sera, Annie dit ce qui suit : **« (Rire) ça c'est une question que je me pose aussi moi-même, mais déjà avec ceux que j'ai pu garder, les enfants de mes sœurs, on peut dire que j'ai du mal à taper les enfants, je suis un peu laisser-aller (rire) [...] ».**

Si Annie a souvent gardé les enfants de ses grandes sœurs, elle n'est pas pour autant rassurée sur sa capacité à être mère bien qu'elle se décrit comme une mère affectueuse et ouverte. Quand nous lui demandons de citer deux exemples qui pourraient illustrer les adjectifs cités, elle dit : **« Par exemple, affectueuse, c'est difficile à dire. Offrant des petits cadeaux à tout moment, en le berçant, le cajolant. Ouverte, être à l'écoute. C'est ce qui m'a le plus manqué avec ma mère [...] S'il a par exemple une IST, je ne vais pas crier, je le mettrai en confiance en le conseillant »**. La problématique de la maladie refait surface. Nous pensons que c'est Annie qui veut être mise en confiance par rapport à son infection. Ceci pourrait lui être nécessaire pour son devenir mère. C'est elle qui cherche un contenant. Il semblerait au niveau transférentiel que ce message s'adresse à nous. Peut-être souhaite-elle que nous ne la jugions pas, mais que nous lui apportions le soutien recherché. Annie va l'exprimer et le formuler clairement sans détour en demandant notre avis par rapport au VIH/SIDA et la possibilité de concevoir sans transmettre le VIH à l'enfant.

Malgré tout ce qu'elle montre concernant sa relation avec l'enfant, Annie se pose des questions sur sa capacité à être mère. Nous notons son hésitation et la réponse qu'elle donne concernant le genre de mère qu'elle sera, **« (rire) C'est la question que je me pose moi-même »**. La peur de ne pas pouvoir allaiter son enfant semble aussi être un élément, comme nous venons de le dire, qui entretient cette crainte.

6.2.4 Devenir mère

Annie a certes été initiée au rite Mbumba, elle dit s'être coupée de celui-ci. Elle s'est convertie au catholicisme en 2008. Nous ne rencontrons effectivement pas beaucoup de thématiques mystiques dans son discours. Mais, il y a quelques-unes, elles sont surtout en rapport avec Dieu. C'est le cas quand son conjoint lui demande de prier. **« Pour lui je ne suis pas malade. [...] Il me demande de prier ».** L'incompréhension de son infection et celle de la non-contamination de son partenaire montrent que le couple a un doute sur l'origine virale et/ou médicale de l'infection d'Annie. En effet, le déni du conjoint, les multiples tests effectués dans

plus de trois centres de dépistage et le souhait de venir dans le CTA où sa conjointe se fait suivre pour un énième test est une manière de résister et de contester ou de remettre en cause, la séropositivité d'Annie. Il lui a dit : **« Tu n'es pas malade, retourne encore faire les examens [...] peut-être ils se sont trompés avec toi ».** Dans le même temps, il veut encore refaire son test. Il suggère d'ailleurs à Annie de ne pas prendre les médicaments, il ne veut pas en entendre parler, **« il faut prier »,** dit-il à Annie

Cette contestation venant d'un étudiant-ingénieur, futur cadre, est une remise en question de l'étiologie médicale de la contamination de sa conjointe. Demander à celle-ci de prier, est une manière de lui dire que la solution ne viendra pas de l'hôpital, mais certainement de Dieu. Rappelons que nous passions les entretiens à l'hôpital et que ce cadre peut empêcher aux patientes d'évoquer d'autres formes de traitements. Elles ont peur de la réaction du personnel qui souvent ne veut pas entendre parler de traitements ou consultations traditionnelles. Il y a des patients qui plongent dans l'inobservance et reviennent en phase presque terminale.

Le matériel clinique montre que, pour Annie, sa maladie n'est pas naturelle. Rappelons que pour Annie **« [...] c'est une erreur »**. Quand nous lui demandons par exemple si elle a des interdits, elle répond oui, **« Ne pas avoir les rapports la journée, être respectueuse etc. ».** Nous lui demandons si elle les respecte et si elle en a transgressé. Elle répond par l'affirmative, mais tout de suite après, elle dit en être coupée et ne plus y croire. La coupure dont parle Annie peut s'expliquer par quoi ? Nous comprendrons sans doute le mobile de cette dernière plus loin dans ce travail. Mais, d'ores et déjà, nous pouvons noter qu'elle s'est convertie, donc, elle a choisi Dieu et s'est détournée des pratiques traditionnelles usuelles.

6.2.5 Croyances

Comme nous l'avons déjà dit plus haut, Annie a du mal à croire qu'elle soit infectée. **« Sincèrement je ne sais pas, moi jusqu'aujourd'hui je n'arrive pas à croire que je suis malade [...]. En 2012 dans la même période, j'avais fait les examens, on n'avait rien trouvé, mon ami aussi avait fait. En janvier 2013 il avait refait on n'avait rien trouvé. Je ne sais pas si c'est dû au travail que je fais. Je me rappelle que j'avais eu un accident, je m'étais piquée avec une aiguille dans un tube non utilisée. Ça n'avait pas saigné, au laboratoire où je travaillais on m'avait rassuré que ce n'était rien. [...] Mon ami refuse, il me dit, « tu n'es pas malade, retourne encore faire les examens ». Il veut encore refaire son test. Je lui ai dit tu as fait où on donne du sang c'est négatif, à l'hôpital militaire c'est négatif. Il dit qu'il veut refaire ici, peut-être ils se sont trompés avec toi ».**

Annie ne croit pas qu'elle a le VIH. C'est une réalité qu'elle n'accepte pas. Cette négation (Cf. les expressions ci-dessus en gras) est soutenue et renforcée par son ami qui lui dit qu'elle n'a rien puisque lui-même n'est pas séropositif. Et on voit bien comment Annie s'appuie sur les diagnostics négatifs de son partenaire pour faire l'impasse sur sa contamination. Le couple malgré les conseils du corps médical ne comprend pas comment se fait-il que l'un des deux soit atteint et l'autre non comme l'attestent ces propos d'Annie :

« De tous les examens qu'on a fait c'est le test du VIH qui a été positif […]. Je n'ai jamais été hospitalisée, perfusée, depuis que je suis grande. [...] Si c'est pour la sécurité de l'enfant j'accepte de prendre le traitement et suivre ce qu'on me dit. Mais, lui (Son ami), il ne veut pas en entendre parler, il me dit : « il faut prier». Je lui réponds que je prie. Comme on dit, la meilleure manière de guérir c'est d'accepter d'abord sa maladie. [...] Je respecte le traitement à la lettre et toutes les consignes, ça pourra me sauver ? Je ne sais pas ! Mais, pour moi dans ma tête, je me dis toujours que c'est une erreur ».

En résumé, si Annie respecte le traitement c'est parce qu'elle attend un enfant. Son conjoint ne veut pas en entendre parler, elle-même aussi d'ailleurs. Elle l'exprime quand elle se demande si ça pourra la sauver et répond **« je ne sais pas ».**

6.2.6 Relation avec la mère : mis en lumière de la situation œdipienne

Il y a une forte expression de l'angoisse de castration chez les participantes. Annie par exemple à la question de savoir quelles sont ses attentes pour sa mère et son père, et quelle place accorde-t-elle à chacun d'eux concernant l'arrivée de l'enfant répond :

« [...] De lui (son père) j'attends qu'il puisse surtout me conseiller, me guider même si c'est un homme il doit connaître parce que toutes les fois où ma mère a eu des maternités il était toujours là pour elle. […] Malgré son âge et la maladie je sais qu'il peut m'aider, il va m'aider. […] Après le père (le père de l'enfant) c'est lui. Après le géniteur c'est mon papa. Il a une place importante aussi. J'aimerais qu'il soit là avec moi. Même s'il n'est pas dans la salle d'accouchement, je voudrais qu'il m'attende même dehors. [...] Je sais que si mes contractions m'attaquent le soir, je vais lui dire papa vient, on part, je sais qu'il ne va pas me dire je suis fatigué. […] Il va m'amener. Je ne veux pas que ça m'arrive la nuit, la journée je peux encore traverser où travaille ma belle-mère et elle pourra appeler mon père et lui dire de prendre le sac ».

Elle donne à son père la place du conjoint. Elle souhaite sa présence jusqu'à la salle d'accouchement. Elle veut aussi qu'il l'accompagne le jour de l'accouchement, toute chose qui semble être loin d'une simple relation père-fille.

Elle n'affiche pas la même sollicitude envers sa mère. D'ailleurs, elle ne s'identifie pas à elle. « **[...] Elle a su que j'étais enceinte parce que mon ventre se voyait (rire). Elle voudrait que j'aille chez elle après l'accouchement. Elle m'a demandé ma date d'accouchement, sans vous mentir, je ne lui ai pas dit la vérité. Quand elle m'appelle, elle me demande à quel moment j'irai à la maison pour l'accouchement. J'ai du mal à lui dire que je ne viendrai pas, elle va mal le prendre […]. Il faut quand même qu'elle soit là. Mais je ne vais pas vous dire que si je suis en salle de travail je vais d'abord l'appeler (rire). Sans vous mentir c'est d'abord mon ami et ma marraine, celle qui m'a tenu au baptême [...] ».** On note ici un profond conflit entre Annie et sa mère. La grossesse d'Annie montre tous les signes d'une régression au stade œdipien. La haine pour la mère, une forte attente de l'amour et de l'attention de son père. Le déni de grossesse lors du premier semestre peut être perçu comme une défense mise en place par Annie pour répondre à une menace de castration. Dissimuler la grossesse pour ne plus la perdre ; se protéger de cette mère castratrice qui pourrait arracher le bébé de son ventre.

Annie évoque une mère très dure qui lui disait « **[...] Pas de travail, pas d'enfant ».** Alors qu'elle en voulait déjà à l'adolescence, nous confie-t-elle.

Il faut rappeler qu'avant la présente grossesse, Annie a d'abord été en grossesse quelques semaines mais le processus s'est estompé sans raison apparente. Cette situation l'avait beaucoup attristé et c'est 5 mois après qu'elle est retombée enceinte. Il semble avoir un véritable conflit entre Annie et sa mère, lequel ne serait pas sans conséquence sur le parcours maternel de la jeune femme. Elle qualifie ses rapports avec sa mère de très difficiles. Voici ce qu'elle dit de sa mère quand nous lui demandons comment elle qualifierait ses rapports avec cette dernière **:** « **(Silence). Dur, trop trop dur. Je peux même dire méchante. Mais, je ne refuse pas l'éducation qu'elle m'a donnée. Si elle n'était pas aussi dure je me trouverais peut-être aujourd'hui avec trois, quatre gosses ».**

Nous pensons au clivage du bon et du mauvais objet (Klein, 1957), donc d'une bonne et une mauvaise mère. Bonne mère gratifiante par l'éducation et la protection ; mauvaise et méchante mère à cause des privations et la rigueur. La description que fait Annie de sa mère renvoie à une mère terrifiante et très autoritaire comme le montre ce passage **: « [...] Depuis tout petit c'était toujours « moi c'est maman. On ne joue pas avec moi, on ne s'amuse pas, ce que je dis on fait ».** Annie ne lui fait pas confiance, elle ne l'implique dans aucun de ses projets comme si elle pouvait lui nuire. Elle exprime clairement cette méfiance à l'endroit de sa mère : «

il y a le respect. Mais, dire que je vais me confier, lui parler d'un projet non. Je préfère tout faire en cachette si ça marche elle sera informée par les autres. Si c'est pour venir dire maman j'envisage faire ceci, maman voici ce qui s'est passé ça ce n'est pas moi […] ». Les propos tenus par Annie résonnent comme un souhait de se démarquer de la mère, de s'affirmer. Il y a aussi dans cette attitude une fuite, un éloignement, une honte à l'égard de cette mère-rivale du fait de la séropositivité d'Annie (Nous allons y revenir dans la discussion).

6.2.7 Transfert et contre transfert

Les entretiens se sont très bien passés. Annie s'est exprimée facilement, elle a sans cesse voulu nous en dire plus. Sa relation avec son ami et son père ont facilité notre rencontre. Annie a demandé à nous revoir (Elle a demandé notre numéro de France pour rester en contact avec nous).

À la fin de l'entretien, nous avons eu l'impression de nous connaître depuis. Elle nous parlait comme si nous étions un ami qu'elle venait de retrouver. Elle a montré beaucoup d'attente à notre endroit, elle voulait être rassurée. De notre côté, nous avons fait en sorte qu'elle se sente bien et qu'en partant elle ne reste pas fixer sur l'entretien que nous venions d'avoir (problématique du VIH).

6.3 Annick

6.3.1 Présentation et histoire de la grossesse

Annick est une jeune femme âgée de 23 ans. Elle vit avec un homme marié qui a promis faire d'elle sa seconde épouse. Secrétaire dans un établissement, nous la rencontrons la première fois après un entretien téléphonique à l'issue duquel nous avons convenu d'un rendez-vous. Au moment où nous la rencontrons, elle est à 7 mois de grossesse. Ce qui va nous frapper pendant l'entretien c'est la brièveté de ses réponses et, à certains moments, beaucoup de temps de silence.

Annick dit avoir toujours pensé faire un enfant. « **C'est le souhait de toute femme, tout être humain »,** déclare-t-elle. Cette grossesse est un projet décidé de commun accord comme elle nous le confie, **« Ce projet n'est pas un accident »**. Le couple a eu l'idée de faire un enfant depuis sa constitution, mais ce qui a précipité la réalisation de ce désir d'enfant est le décès de la nièce d'Annick (qu'elle gardait depuis deux ans et considérait comme sa propre fille). **« Elle était comme ma fille, parfois je pense qu'elle est dehors en train de jouer avec les autres et qu'elle finira par rentrer (Silence) »**.

Annick attendait cette grossesse, elle dit avoir délibérément violé le cycle. C'est au cours d'une crise paludique qu'elle va découvrir qu'elle est enceinte.

L'histoire de la grossesse d'Annick est particulière, l'enfant qu'elle attend semble être un enfant de remplacement. Il n'y a pas très longtemps, Annick s'occupait de la fille de sa grande sœur, cette dernière est malheureusement décédée. Elle n'a visiblement pas encore fini de faire ce deuil et l'enfant qu'elle attend semble venir remplacer celui parti précipitamment.

6.3.2 Réaction à l'annonce de la séropositivité

Nous remarquons d'entrée qu'Annick n'aime pas qu'on évoque la question de sa séropositivité. D'ailleurs, elle ne nomme à aucun moment le VIH. La plupart du temps, elle le désigne par **« ça », « maladie ».** Ce que dit Annick sur le vécu de l'annonce de sa séropositivité est de notre point de vue plus fort que ce que nous avons entendu jusque-là. **« Ce résultat est comme un coup de tonnerre quand vous le recevez. Moi je ne m'attendais pas à ça. J'ai vu ma vie finir, noir complet (fait un signe de la main et de la tête pour illustrer la fin). Je tremblais. C'est dur ».**

Qualifiant l'annonce du VIH de déstabilisante, elle a voulu mettre un terme à ses jours. **«Vous vous demandez même ce que vous faites encore là. Si je n'étais pas en grossesse, je crois que j'allais mourir ».** Doit-on comprendre que c'est à cause de l'enfant qu'elle n'est pas

passée à l'acte ? La suite du discours nous permettra de répondre à cette question.

C'est à la suite de son bilan prénatal qu'Annick a su qu'elle était séropositive. C'est une annonce qui a beaucoup fait souffrir cette dernière comme elle nous le confie : **« Au début c'était difficile, je ne voulais même pas croire que c'était vrai. Après, j'ai fait l'examen de conscience et j'ai accepté la maladie »**. Annick a rapidement accepté la maladie et s'est mise sous traitement. **« On m'a dit à l'hôpital qu'il ne fallait pas perdre du temps si je voulais donner des chances à l'enfant de ne pas avoir ça »**.

Mais si Annick a accepté son statut, elle se plaint du comportement du **personnel « [...] On ne vous dit vraiment rien, vous allez à l'hôpital, celui qui vous reçoit est pressé, il donne les médicaments et vous dit la même chose (« il faut bien suivre le traitement », moi j'ai des questions à poser [...] ».** Annick cherche un soutien, celui-là que son conjoint semble ne pas lui donner et garantir. Elle va d'ailleurs nous solliciter pour avoir des réponses à ses questions : **« [...] J'espère que je pourrai profiter avec vous, ça ne vous dérange pas ? ». Nous lui répondons « Non ! Mais nous terminons d'abord l'entretien [...] ».**

Annick, après avoir reçu le résultat, nous dit qu'elle était **« découragée et abattue ».** Elle ajoute que **: « Ce résultat est comme un coup de tonnerre quand vous le recevez [...] ».** Elle dit aussi qu'elle ne s'attendait pas à cela. L'annonce de ce résultat crée encore une vive souffrance chez elle. Nous pouvons le voir à travers son expression faciale. De plus, elle lie le récit à la gestuelle. Nous la voyons encore mettre ses mains de part et d'autre de la tête pour illustrer ce qu'elle avait ressenti lors de l'annonce, avant d'ajouter : **« J'ai vu ma vie finir. Noir complet » (fait un signe de la main et de la tête pour illustrer la fin). « Je tremblais. C'est dur »**. Elle se remémore ce résultat qui date de plusieurs mois et l'effet de ce souvenir qui vient de s'actualiser est perceptible. Les propos d'Annick montrent qu'elle a subi un véritable choc lors de cette annonce du VIH. Elle a encore du mal à mettre les mots sur cette souffrance comme l'attestent les brèves et courtes phrases précédemment citées.

Le vécu traumatisant de l'annonce et la continuité de son effet se ressentent aussi dans l'entretien cris et pleurs dont nous allons présenter les résultats un peu plus bas.

6.3.3 Matériel sur le bébé

Le constat qui se dégage au regard des éléments cliniques recueillis pourrait laisser penser que Annick a du mal à imaginer et à anticiper son bébé, pourtant il n'en est rien. Sa capacité à fantasmer et à rentrer en relation avec son fœtus paraît certes pauvre, mais, à bien y regarder, on perçoit la présence de ce petit être dans son imaginaire.

Les réponses de la partie de l'entretien qui concerne le bébé imaginé sont brèves, parfois c'est juste une ou deux phrases qui sont dites. À la question de savoir comment elle imagine son enfant, elle répond de la manière qui suit : **« C'est une question difficile. Comment peut-on imaginer quelqu'un qu'on n'a jamais vu ? Quoi ce n'est pas normal ? ».** Cette difficulté se confirme quand nous lui demandons si elle a fait les échographies. **« Je n'ai pas fait l'échographie. Un enfant reste un enfant, son père veut un garçon moi je veux une fille, alors, je préfère attendre le jour J. Je vais découvrir ce que Dieu lui-même a décidé, je vais accepter sa volonté »**. Doit-on se contenter du sommaire, c'est-à-dire la question liée au sexe comme le motif du refus de l'échographie ? Annick est dans un fonctionnement qui réprime tout moyen d'accès au fœtus qui se trouve en elle. C'est, nous semble-t-il, ce que Soulé a appelé l'IVF « l'interruption volontaire du fantasme » (Soulé, 1982). Le refus des échographies en réalité cacherait la peur de découvrir ce bébé qui est en elle, d'être confronté à ce bébé menacé d'être infecté. Il y a chez elle une peur de l'anticiper par l'imagerie, Annick préfère donc attendre « le jour J ».

Toutefois, malgré les éléments que nous venons de présenter, il est difficile de dire qu'Annick ne se représente pas son enfant. La preuve c'est qu'elle rêve de lui. **« Oui je rêve d'un garçon, mais je n'en sais pas plus. On me le montre »**. Elle met une distance entre elle et ce dernier. On lui présente l'enfant comme si ce n'était pas le sien. L'enfant est séparé de sa mère. Annick dit aussi rentrer en relation avec son enfant. **« Je ne parle pas avec lui », dit-elle, mais elle prie pour lui. « Pendant la prière, je prie pour lui aussi. Je prie [...] pour que tout se passe bien ».** Elle va même utiliser le mot imaginer, **« J'imagine qu'on soit bien ».** Elle compte appeler son bébé Christ. **« Christ [...] C'est comme le Christ. [...] Mais vous ne connaissez pas le Christ l'enfant de Marie ! C'est pareil. C'est un enfant qui n'est pas comme les autres »**.

Il apparaît clair ici que Annick assimile l'arrivée de son enfant à celle du Christ. Or, nous savons que l'enfant Jésus dans la doctrine chrétienne est considéré comme un sauveur. C'est un enfant qui vient de Dieu.

Quand nous lui demandons quel genre de bébé pourrait-il être dans son caractère, Annick répond : **« Un bébé fort, il faut qu'il soit fort. Vraiment il n'a pas de choix le pauvre, je regarde son père (silence). Il sera fort ! »**. Elle ajoute plus loin les qualificatifs **« beau et fort »** pour décrire son bébé. Donc, un bébé beau en opposition à la laideur et/ou au vilain. Si Annick émet des souhaits de beauté et de force pour son bébé, elle est incapable de décrire une seule scène avec son enfant. **« Je ne vois pas, désolé ! »,** répond-elle en lui demandant de décrire deux scènes avec son enfant pour illustrer les adjectifs qu'elle vient de donner. Annick veut que son enfant ressemble à la fille de sa grande sœur : **« C'est le même sang. Je n'ai jamais vu un enfant comme ça, elle a une santé de fer, jamais malade. Elle court partout et ne se fatigue presque jamais. La maison est un peu tranquille quand elle dort. À part ça, elle est partout »**. L'évocation du sang, de la santé et de la maladie ne sont pas anodins. Annick identifie son enfant à celui de sa grande sœur qui déborde d'énergie. Le message serait qu'elle naisse en bonne santé et ait la même forme que l'enfant de sa grande sœur. Le propos ci-dessus cité d'Annick semble se réifier à travers le dessin du bébé qu'elle réalise.

Plusieurs éléments montrent qu'en dépit des réponses données par Annick qui tendent à traduire une impossibilité de se représenter son enfant, il n'en est rien. Annick a déjà trouvé deux prénoms au bébé qu'elle attend. On peut logiquement se demander si on trouve des prénoms à celui qui est absent dans son imaginaire.

Dessin du bébé

Annick dessine une fille souriante et visiblement en bonne santé. Celle-ci lui ouvre les bras. Ce n'est pas un bébé qu'elle dessine, mais une fillette. Elle supprime et saute les étapes de la vie fœtale et celle de nourrisson pour se projeter directement sur celle où l'enfant est capable de tenir sur ses deux jambes pour marcher. Il y a dans ce procédé, la même volonté de ne pas se représenter le bébé pendant sa grossesse et, une préférence de l'imaginer déjà hors du milieu utérin. Voici les propos qui accompagnent le dessin d'Annick : **« C'est une fille, elle est en train de faire les premiers pas. Les bras c'est pour avoir l'équilibre. Elle est toute contente, un enfant qui se sent bien dans sa peau ».**



Dessin du bébé d'Annick

Entretien cris et pleurs Annick

Pendant cet entretien, Annick est restrictive dans ses réponses. Au cinquième cri, elle va même nous demander si nous terminons bientôt. Ses réponses restent tout de même intéressantes.

Bande 1

La première séquence que nous faisons écouter à Annick lui est difficile à aborder. « Une histoire par rapport à ces pleurs-là ? ». Dès l'entame, on observe une difficulté à mettre en route le travail de fantasmatisation comme si elle cherche quoi dire. L'hésitation, le manque de spontanéité et même d'assurance le confirment. Après lui avoir dit qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, que chacun répond par rapport à ce qu'il entend, elle reprend : **« Je vais dire que c'est un enfant qui pleure pendant l'accouchement ».** Après cette réponse, elle nous demande si c'est bon pour se rassurer.

Dans cette première bande, l'expression des affects par rapport au bébé est difficilement lisible. Annick évoque néanmoins l'accouchement. Donc, indirectement, la naissance d'un bébé et

probablement l'angoisse que celle-ci suscite (Rappelons qu'elle est à son septième mois d'aménorrhée).

Bande 2

Cette séquence sonore est encore plus difficile à aborder que la première. **« Ce sont les cris de quelqu'un qui se sent mal»,** dit Annick. Elle ne parle pas de l'enfant mais de quelqu'un. On peut bien comprendre que c'est de l'enfant dont elle veut parler, mais là aussi, elle évite d'associer ce cri qui renvoie à la souffrance à un enfant.

Poursuivant, elle marque un temps de latence non négligeable. Cette séquence vient de mobiliser chez elles des affects douloureux auxquels elle va tenter de se dérober d'abord par un silence. (Relance) Puis, elle tente de se reprendre, **« Heu (hésitation) c'est, c'est une maladie je ne sais pas trop».** Désorganisée, elle fait une fuite et réprime ses affects.

Annick a bien commencé à répondre, mais le fait d'amorcer un mouvement fantasmatique en lien avec ces pleurs de bébé a été mal vécu par elle. On ne dira pas qu'elle a du mal à élaborer, mais plutôt, qu'elle met en place des défenses pour s'abriter de ses affects et leur lot de souffrance. La fuite et la répression l'aident dans ce sens.

Bande 3

La troisième séquence est abordée facilement, mais avec la même brièveté. Nous voyons tout d'un coup Annick apaisée. Nous notons une dynamique fantasmatique. **« C'est toujours les pleurs d'un bébé ».** Il semble s'être passé quelque chose. Nous avons l'impression que les affects et les défenses sont mieux contrôlés. Il y a aussi pour la première fois, l'évocation des soins maternels, une certaine attention et réponse à la détresse de l'enfant **apparaissent. « Soit c'est la faim, soit il ressent la chaleur».** Elle ajoute plus loin : **« Il a besoin d'être laver ».** Annick anticipe les besoins du bébé même si elle ne fait que supposer : **« Je ne sais pas, selon mes suppositions [...] ».** Elle semble être à la quête d'une assurance.

Bande 4

Une nouvelle fois, Annick donne une réponse courte. Elle nomme très bien ce qu'elle vient d'entendre, **« Toujours les pleurs d'un enfant ».** Face à la récurrence de cette réponse, nous décidons de la relancer (Les pleurs de qui ?). Et tout de suite elle réagit : **« Il est peut-être en train de se faire vacciner ».** Cette bande sonore l'amène à parler du vaccin. Le contenu

manifeste montre une femme qui élabore sur une situation concrète par laquelle passent les enfants. Mais, le contenu latent (et le contexte) nous amène à l'observation de la préoccupation de la santé de l'enfant. Donc, un souhait de prévenir et de préserver la bonne santé de l'enfant. Elle exprime aussi là, sa peur que l'enfant soit infecté.

À ce moment précis de l'entretien, elle nous demande si ce n'est pas fini alors que jusque-là, elle n'a manifesté aucun signe de fatigue. D'ailleurs, au début de l'entretien, elle nous a rassuré qu'elle nous consacrait l'après-midi. Les pleurs en continu que nous lui faisons écouter, pensons-nous, la maintiennent dans une sorte de contrainte à se représenter l'enfant. Ce qu'elle réprime comme nous l'avons dit plus haut. L'impression que nous donne Annick c'est qu'elle fuit toute situation la confrontant à l'enfant en elle. Mais, il s'agit aussi des cris et pleurs d'un bébé qu'une mère, en l'occurrence Annick, ne supporte pas.

Bande 5

Annick amorce cette séquence sonore par une négation, **« je ne sais pas oh » !** Elle est restée sur la répression des affects suscités par la quatrième séquence. La lecture est difficile et l'élaboration fantasmatique aussi. **« Je vais dire quoi » !** Ce qui précède est l'expression de sa difficulté à se projeter à travers ces pleurs. Elle a certes reconnu les cris d'un enfant, mais son discours reste bref et le contenu très manifeste. Néanmoins, elle évoque la problématique des soins de l'enfant. « **La couche est peut-être mouillée [...]. Il y a des enfants qui pleurent lorsque les couches sont pleines** ». Ce qui montre ici que malgré le fait qu'elle supporte mal les cris et pleurs de l'enfant, elle peut anticiper les besoins de l'enfant.

Bande 6

La séquence six permet à Annick de faire une élaboration autour de la problématique du VIH. On y voit notamment sa peur de transmettre le VIH à son enfant. Après avoir sollicité notre aide, **« toi tu ne m'aides pas hein »,** ce qui résonne comme un transfert et une recherche de soutien et d'assurance. Elle répond : **« C'est une enfant qui fait un test de dépistage, on lui fait un test de dépistage** ». Annick y voit un test de dépistage. Mais, avant, elle a d'abord exprimé son état de fatigue. Nous avons l'impression qu'Annick a lutté longtemps pour réprimer ces affects et cette angoisse liée à la contamination de l'enfant. Elle a résisté longtemps, mais la répétition des pleurs ont fini par faire en sorte qu'elle dévoile sa peur en la nommant. **Le dépistage traduit ici la peur de contaminer l'enfant et la souffrance y relative**.

Artefact

L'artefact est en continuité de la réponse précédente. **« Il ressent un mal, où il s'est senti touché par quelque chose »**. Nous voyons une élaboration autour de cette idée de douleur, une souffrance qui vient mettre en évidence un conflit dans la grossesse. On pourrait penser à la résonance VIH et au dépistage, mais très vite, elle procède à l'annulation, **« Je ne sais pas »** et mime ensuite une chanson. Ce qui est caractéristique de quelqu'un qui veut passer à autre chose, qui fuit, et évite une situation. Il y a l'expression d'un conflit qui aurait pour source sa séropositivité.

En définitive, nous faisons d'abord observer qu'Annick a surtout parlé d'enfant. Il a employé une seule fois le terme bébé, c'était à la bande sonore cinq. Ceci nous amène à dire qu'Annick se représente un enfant et non un bébé. La brièveté des réponses montre aussi un besoin de discrétion, une peur du VIH. La fantasmatisation n'est pas riche, on pourrait même parler d'une inhibition. Au début de l'entretien, on a vu Annick hésitante avec une pauvreté fantasmatique. Mais, au fur et à mesure que nous avancions, nous sentions sa capacité à imaginer l'enfant s'exprimer.

6.3.4 Devenir mère

Quand nous demandons à Annick quel genre de mère elle sera, elle répond : **« Une mère exemplaire qui sait conseiller et ramener les enfants à la raison. Je ferai tout pour que mes enfants sentent qu'ils ont une mère qui les aime et qui est là pour eux. D'abord moi, les histoires de sortir la nuit aller faire la fête je ne connais pas ça. Je reste à la maison, c'est comme ça qu'on m'a éduqué ».**

Annick saurait ainsi être disponible pour ses enfants. Elle compte pour ce faire sur l'éducation qu'elle a reçue de ses parents, dont sa mère à laquelle elle s'identifie une fois encore de manière indirecte. La réponse à la question que nous lui posons au sujet de la personne à qui elle souhaite ressembler comme mère étaye nos propos. **« Oui ma mère. Bien qu'elle soit dure, elle sait bien conseiller les enfants et les aider quand ils ont besoin d'elle [...]. Quelle que soit la bêtise [...] »**. Le soutien qu'elle trouve chez sa mère alors qu'elle est infectée par le VIH vient renforcer et consolider cette image de bonne mère qu'elle a de sa mère. **« Je vous ai dit ou pas ? Elle sait ce que j'ai, mais elle n'a pas changé avec moi, c'est une femme bien ».** On peut dire que l'attitude de sa mère à son égard a aussi une influence sur la mère qu'elle souhaite

être.

Les qualificatifs qu'elle donne pour se décrire comme mère vont dans le sens de ce qu'elle vient de dire. Elle donne les adjectifs « simple » et « rigoureux parfois ». Plus loin, elle donne deux petites scènes qui illustrent les adjectifs donnés. Sa réponse est une sorte de prévention des dangers de la vie à son enfant. Voici ce qu'elle dit pour être plus précis, **« Je me vois en train de lui raconter ce qu'est la vie et lui montrer les dangers de la vie [...] Lui donner des conseils ».**

Annick semble à travers les scènes qu'elle vient de donner, vouloir mettre son enfant en alerte et le prévenir des dangers qui peuvent le guetter. Nous ne pouvons-nous empêcher de faire un lien avec sa contamination par le VIH. Nous lui posons une question sur la personne à qui elle souhaite ressembler comme mère, tout de suite, elle aborde sa séropositivité en mettant en exergue les qualités de **bonne mère de sa mère**. Lesquelles on retrouve quand elle évoque la mère qu'elle sera. C'est une nouvelle fois l'identification à cette mère compréhensive qui est illustrée.

Pour Annick une mère est une femme responsable. **« Une femme responsable c'est une femme qui se préoccupe de ses enfants, qui s'occupent bien de ses enfants ».** Elle semble prendre la mesure de la tâche qui l'attend. Elle fustige le comportement des mères qui laissent leur bébé seul. Pour elle : « **[...] La maman doit toujours être là pour son enfant ».** D'ailleurs pour elle, ce qui caractérise une mère c'est **« l'attention et la compréhension ».** Annick semble prête à être mère bien qu'infectée par le VIH. Elle sait que ce n'est pas une tâche facile, mais elle compte sur l'expérience qu'elle a eu avec Nina sa nièce en restant dans la réalité du premier enfant biologique. Quand nous lui demandons si elle se sent prête à être mère elle répond : **« Oui ! J'ai déjà été maman (rire), je sais un peu comment ça se passe. Je sais que c'est différent parce que celui qui arrive là c'est différent parce que c'est moi qui le porte ».**

6.3.4 Croyances

Annick est une croyante. Elle est protestante. Chez elle, tout le monde est chrétien protestant, même son ami. Quand nous lui demandons ce qu'elle pense que la croyance lui apporte, elle nous répond : **« La croyance m'apporte la bénédiction, ça m'aide et ça me donne des forces, Dieu pardonne à tout le monde. Vous savez, quand vous vivez comme moi, vous sentez l'importance de Dieu et vous le sentez agir [...]»**. Annick s'accroche à Dieu pour

supporter certaines épreuves de sa vie dont celle du VIH. L'évocation du pardon peut ici être vue comme un sentiment de culpabilité, l'aveu d'une faute.

Il y a un lien et une cohérence dans la logique d'Annick. Tout reposerait sur sa foi envers Dieu. C'est à lui qu'elle s'adresse pour faire face à sa séropositivité et pour, comme nous l'avons déjà dit, espérer faire un enfant séronégatif. Annick dit n'avoir aucun interdit à part ceux donnés par le corps médical. Elle n'est initiée à aucun rite traditionnel. Elle admet cependant fréquenter une dame pour des soins traditionnels devant l'aider à accoucher rapidement et sans difficulté. Sans remettre en question sa foi en Dieu, nous nous interrogeons tout de même sur ce traitement préventif parallèle. Au vu de ce qu'elle a dit jusque-là, on aurait pensé qu'elle confierait aussi son accouchement à Dieu.

6.3.5 Grossesse et VIH

Annick dit vivre sa grossesse comme toute femme enceinte. La seule différence, avance-t-elle, **« c'est que je suis sous traitement ».** Pourtant les questions qu'elle se pose (**« Qu'est ce qui va arriver ? Comment il sera ? Est-ce qu'il sera bien ou pas ? »),** montrent le contraire de ce qu'elle dit. En effet, ce questionnement révèle un état d'angoisse corrélée à sa grossesse et à l'attente de ce bébé menacé par le VIH. **« [...] Ce qui est difficile c'est vraiment d'attendre après la naissance pour être sûr que l'enfant n'a rien [...]».** Ce complément de réponse vient surtout renforcer ce que nous pensons depuis la présentation de son matériel clinique. C'est la peur de contaminer son bébé et celle d'avoir dans ses bras un bébé infecté qui rendent difficile le travail de fantasmatisation, de représentation et d'anticipation.

Après avoir qualifié le VIH comme une maladie « **déstabilisante »,** elle nous fait part des idées suicidaires qui se manifestaient en elle l'incarcérant dans la geôle ténébreuse de thanatos. **« [...] Si je n'étais pas en grossesse, je crois que j'allais mourir [...]. C'était mieux de partir une bonne fois** ». Ces propos d'Annick témoignent de toute sa détresse. Mais, l'attente de cet enfant semble constituer pour elle un motif d'espoir, quelque chose sur laquelle elle peut s'accrocher. C'est du moins ce qu'on constate après une relance au sujet de ses idées de mort. Elle ajoute : **« Oui mourir, ça ne sert plus à rien de vivre. C'est une maladie dont on ne guérit pas [...]. Mais, l'enfant, j'aurai un enfant, au moins ça. Je prie, je prie** ». On la voit ainsi partir d'une sorte d'état de paralysie libidinale vers une circulation de celle-ci en évoquant son enfant. Sur une autre question, elle confirme ce qui précède. Elle affirme que**, « La grossesse est une bonne chose par rapport à la maladie** ». La grossesse a pour finalité l'enfant, par conséquent, l'enfant est une bonne chose par rapport au VIH.

Annick a des projets pour son avenir. Elle y inclut son enfant, « **Je prie pour m'admettre au bac, trouver un bon travail pour garder mon enfant** ». Ceci montre qu'elle associe son enfant à son avenir.

6.3.6 Relation avec la mère : situation œdipienne

Annick a de très bonnes relations avec sa mère. Elle souhaite d'ailleurs qu'elle soit présente le jour de son accouchement. Quand nous lui demandons qui elle aimerait voir à ses côtés, contrairement à Sylvie et Annie qui ont souhaité la présence de leur conjoint et leur père, elle répond, « **Je ne sais pas (silence). S'il n'y avait que moi je préférerais être avec ma maman ».** Après une relance, elle renchérit : « **C'est ma mère, rien ne dépasse une mère. Et puis parce que c'est elle qui connaît mon état de santé ».** Mais, il y a à redire sur cette réponse d'Annick. D'abord elle dit qu'elle ne sait pas, ce qui laisse penser qu'elle est encore dans le doute et peut-être voudrait-elle aussi la présence de son conjoint, mais compte tenu de la situation qui prévaut entre elle et lui, elle n'ose le formuler ou l'exprimer. Elle décrit ses rapports avec son père de moyens, en précisant au passage qu'ils n'ont aucun problème. **«C'est juste qu'il ne vit plus avec nous depuis un moment. Il est au village. Même avant d'aller au village il venait juste à la maison pour faire un tour et regarder si tout se passe bien. Il restait avec sa nouvelle femme** ». Nous voyons dans les propos qui précèdent, la manifestation d'un mécontentement lié à l'absence du père et l'attachement de ce dernier à une « **nouvelle femme ».**

Quand Annie et Sylvie veulent que l'enfant porte le nom de son père (leur conjoint respectif), Annick formule le souhait que le sien porte le nom de son grand-père. Elle dit pour être plus précis ce qui suit : « **Que l'enfant soit à lui, en tout cas je ne suis pas encore mariée, je ne suis plus sûre de rien. Le père n'est plus le même et moi-même je ne sais pas ce qui m'attend (silence) »**[11]. Mais, est-ce un choix sincère ou un choix par défaut ? N'est-ce pas l'absence du conjoint et sa fuite qui l'amène à prendre cette décision ? Annick nous a confié qu'elle n'est pas mariée et rien n'est plus sûr entre elle et son conjoint. Ces mots sont à prendre en compte.

Nous notons qu'au fond, Annick ne déteste pas son père puisqu'il veut lui donner l'enfant

[11] Nous rappelons qu'Annick est fang. Chez les fang, bien qu'étant patrilinéaire, l'enfant appartient à la famille de la femme en cas de naissance ou maternité hors mariage (Akare Biyoghe, 2010). Mais, cela n'exclut pas la reconnaissance de l'enfant par le géniteur père. Le fait pour Annick de se résoudre à donner son enfant à son père alors qu'elle n'est pas mariée, montre son dépit face au comportement de son conjoint. Elle aurait pu faire entorse à la tradition au nom de l'amour, mais elle se sent condamner par son statut. Le don de l'enfant au père est aussi le signe d'un retour au premier amour œdipien, celui du père.

qu'elle attend. Cependant, elle est jalouse parce que ce dernier est avec une nouvelle femme et a quitté la maison. Une situation qui ressemble beaucoup à ce qu'elle vit actuellement avec son partenaire. Comme son père, ce dernier n'est plus présent (comme elle le souhaite). Le fait que la mère soit séparée du père a, nous semble-t-il, une influence sur l'attitude d'Annick. Elle ne peut plus manifester sa jalousie vis-à-vis de cette dernière car les deux (sa mère et elle-même) se trouvent dans la même situation.

6.3.7 Transfert/contre-transfert

Notre rencontre avec Annick s'est bien déroulée. Pendant l'entretien, nous l'avons senti petit à petit être en confiance et rassurée par le cadre. Pourtant nous nous rappelons qu'au début de l'entretien, elle nous a mis dans le lot des hommes qui font souffrir les femmes. **« Vous les hommes »,** généralise-t-elle pour exprimer sa déception vis-à-vis de la gent masculine**.** Mais, au fil de l'entretien, elle s'est ouverte à nous. Elle a d'ailleurs souhaité notre soutien voulant se rassurer à travers nous. Nous voyons cette attitude comme la recherche de la compensation, celle que son ami ne lui apporte pas. Avant l'entretien, elle nous avait demandé nos origines. Le fait d'être originaire de la même province, de la même localité et d'être de la même ethnie a certainement facilité le transfert.

Elle a transféré sur nous l'image de son grand frère qu'elle a décrit comme compréhensif. Un souhait peut-être de voir un jour son conjoint avoir la même écoute, attention et compréhension. « Toi tu ne m'aides pas hein », a-t-elle déclaré. On a senti chez Annick, le désir de trouver un appui, une aide. Après l'entretien, alors qu'elle nous avait dit qu'elle était fatiguée (Bande 4 et 6), elle va rester de longues minutes à discuter avec nous sur le VIH et les chances d'en guérir dans l'avenir.

Nous avons particulièrement été touchés par ce qu'elle vivait, son histoire et le comportement de fuite de son conjoint. Cette empathie, elle avait l'air de le lire sur notre visage quand elle nous sollicitait et demandait notre avis sur des questions que nous lui posions.

6.4 Nata troisième enfant, 28 ans

6.4.1 Présentation et histoire de la grossesse.

Nata est une jeune femme de 28 ans. À part l'enfant qu'elle attend, elle en a deux autres, ils vivent avec leur père. Ces derniers passent aussi beaucoup de temps chez sa petite sœur. Nous la rencontrons à 7 mois de grossesse ; son histoire est particulière.

Nata a rencontré Urbain pendant une période de sa vie où elle était gravement malade. Elle nous précise que ce n'était pas la maladie actuelle, mais la tuberculose. Elle n'a pas oublié cette expérience qui l'a beaucoup affectée. Ses proches et elle-même pensaient qu'elle allait y rester. En suivant son récit, sa vie, elle la doit à ce conjoint qui est venu s'occuper d'elle en prenant en charge ses soins jusqu'à son rétablissement.

Mais, Nata croyait que son conjoint s'amusait et qu'il allait finir par partir. C'est ainsi qu'alors qu'elle ne s'attendait pas à avoir un enfant, alors qu'elle ne voulait même pas faire un enfant avec cet homme avec qui elle ne se projetait pas, le petit être présent dans ses désirs inconscients fit son arrivée. L'enfant qu'attend Nata n'était pas désiré (consciemment). Mais, dira-t-elle **: « Dieu fait ses choses comme il veut ».**

Elle a voulu faire une IVG, mais on le lui a déconseillé. **« Je suis allé voir ma petite sœur, je lui ai dit. Je souffrais d'abord de la tuberculose, j'ai dit à ma sœur que je ne pouvais pas garder la grossesse, elle m'a dit que je ne pouvais pas faire ça. Est-ce que je savais si c'est le dernier enfant que Dieu m'envoyait. Et puis surtout, lui aussi n'avait pas encore d'enfant, il a 33 ans, fais lui part de ça. J'ai dit non, il faut que j'enlève ça. Et si j'enlève je le quitte, elle a refusé que je fasse ça. Comme c'est ma sœur, je suis allé dire ça à mon ami, il a dit qu'il me gardait avec l'enfant. J'ai gardé ».** Nata contrairement à ce qu'elle dit semble avoir désiré inconsciemment cet enfant. Le désir d'enfant est par définition inconscient. Tout enfant (même non désiré) est la conséquence d'un désir inavoué ou insoupçonné (Bydlowski, 1997, 2008). Nous voyons donc chez Nata un désir qui résonne comme une reconnaissance pour son bienfaiteur, une envie de lui faire un cadeau. Par contre, Urbain (c'est ainsi que nous appelons son conjoint) n'avait pas encore d'enfant, il en voulait. C'est donc avec plaisir et bonheur qu'il a reçu l'annonce de l'arrivée de cet enfant.

Une autre particularité de l'histoire de la grossesse de Nata est qu'elle a appris sa grossesse en même temps que sa séropositivité. Malgré cette annonce, elle est soutenue par Urbain et sa grossesse se passe bien. **« Il est bien avec moi, c'est aussi une chance, c'est Dieu lui-même qui fait ses choses. Au groupe de Parole, il y a les femmes qui se sont retrouvées seules comme ça du jour au lendemain, vous imaginez un peu ! Les hommes sont quand**

même méchants. C'est rare de voir une femme quitter un homme à cause de ça, mais beaucoup d'hommes le font sans pitié ».

6.4.2 Réaction à l'annonce du VIH

Nata a été très bouleversée par la réception de l'annonce de sa séropositivité. Elle dit avoir très mal vécu cette annonce. « Au début mal, j'étais vraiment mal (silence) difficile. Bon mais après on accepte ». Si la grossesse de Nata n'était pas désirée, qu'elle voulait même avorter, son discours nous fait noter un autre sentiment. Alors que les trois participantes que nous avons présentées plus haut dès l'annonce pensaient avorter et mettre un terme à leurs jours. Voici ce qu'elle s'est dit en recevant ce diagnostic : **« Je me disais oh mon Dieu tu me fais une grâce et juste après j'apprends que je suis malade ».** Elle exprime là une incompréhension. Elle s'adresse aussi déjà à Dieu.

Nata lors de l'annonce a été sous le choc, **« J'avais peur, je ne peux même pas dire ce que je ressentais au juste ».** Elle avait aussi très peur de la réaction d'Urbain, mais l'inquiétude était aussi pour cet enfant qu'elle venait d'avoir confirmation de sa présence en elle. **« Et surtout comment le dire à mon ami. Je me demandais comment il va agir. Pour l'enfant aussi, qu'est ce qui va se passer ».** C'est une expérience que Nata ne veut pas se remémorer comme l'illustrent ses silences. Il y a une montée d'affects négatifs qui sont repérables aux tortillements de ses mains. Elle n'arrête pas de s'appuyer les mains comme si elle avait besoin de sentir son corps pour se rassurer qu'elle existe. De toute évidence, la réception de la séropositivité a laissé des séquelles chez Nata.

Tout le monde dans la famille de Nata n'est pas content de sa grossesse en dehors de sa petite sœur et Urbain. Ils ne comprennent pas pourquoi elle est encore enceinte alors qu'elle a déjà des enfants dont elle peine à s'occuper correctement. Elle vient aussi de se remettre d'une maladie grave (la tuberculeuse).

6.4.3 L'enfant imaginé

Les participantes que nous avons rencontrées dans le cadre de ce travail, bien qu'ayant évoqué la souffrance et la détresse parfois paralysante qui était la leur au moment de la réception de l'annonce, désignent l'enfant qu'elles attendent comme celui qui leur permet de continuer de vivre. Les trois outils : entretien à partir de l'auto questionnaire, le dessin du bébé et les cris et pleurs nous donnent des éléments riches sur le bébé imaginé. Les données de Nata confirment ce que nous avons jusqu'ici entendu et observé.

Le matériel de Nata présente une femme qui, malgré sa séropositivité, se représente son enfant, le porte en elle, construit des histoires avec lui, rêve de lui et se projette avec lui. Elle a fait des échographies et est très contente d'avoir vu son bébé. **« Le blanc est fort, j'étais vraiment contente de le voir. Tu vois ton enfant alors qu'il est encore dans ton ventre (rire). Après ça je voulais le voir souvent, mais je ne peux pas (sourire), il faut aller prendre un rendez-vous et payer et puis ça coûte cher ».** Mais, cette envie de voir le fœtus à chaque fois semble aussi exprimer les craintes de Nata. La pulsion scopique révèle ici, la nécessité pour elle de voir pour se rassurer que l'objet interne est vivant et se porte bien. À la question de savoir comment elle imagine sa fille, elle répond : **« je l'imagine trop belle comme son père, une fille. Bon ce que Dieu lui-même décide fille ou garçon. Si c'est un garçon je l'imagine mignon, mais avec les mêmes comportements que son père quand il sera grand. C'est sûr, il va beaucoup ressembler à son père. Tous les frères de mon ami se ressemblent, ils sont pareils, même visage, même corps. Alors que nous, ce n'est pas la même chose. Si je ne vous dis pas que c'est ma petite sœur, vous n'allez pas me croire. Il sera comme son père, c'est sûr ».**

Nata comme Annie et d'autres veut que l'enfant ressemble au père. Elle prend exemple sur sa sœur avec qui, affirme-t-elle, n'a pas de trait. Il y a la crainte que l'enfant soit infecté qui transparaît à travers cette volonté manifeste que l'enfant ne la ressemble pas. Il y a effectivement la peur de l'infection, celle que l'enfant soit contaminée qui est massive dans les données de Nata relatives à son bébé. Quand nous demandons à Nata comment sera son enfant dans son caractère voici sa réponse : « **Les enfants qui ont la bougeotte là. Toujours en train de me sauter sur les jambes. Monter, descendre, vouloir jouer. Il sera vraiment actif, en train de courir par-ci par-là, mais je ne vais pas me fâcher pour ça ou me plaindre. Un enfant qui joue c'est une enfant qui va bien. Donc moi je serai le genre de parent qui n'empêche pas les enfants de jouer** ».

Nata veut d'un enfant dynamique, il faut qu'il bouge pour prouver sa bonne santé à sa mère. Le mouvement rassure Nata et l'inertie visiblement lui fait peur. Un autre passage vient montrer la cohabitation bébé et VIH dans la tête de Nata c'est lorsqu'elle nous partage un de ses rêves : **« Mais, j'avais aussi rêvé où on était à l'hôpital, mais il n'était pas malade, on partait juste pour vérifier s'il allait bien (silence) ».** Tout de suite après cette réponse marquée par le silence, Nata pour fuir et réprimer l'affect qui vient de l'envahir change de sujet et de registre. **« Vous avez une fille, j'ai vu la photo sur l'écran du téléphone, elle est jolie** », dit-elle s'adressant à nous. Elle fuit ce qui génère la douleur pour quelque chose de gai. Elle fuit le déplaisir et se projette dans l'image de notre fille souriante qu'elle avait vue au début de l'entretien sur notre téléphone. Avant, elle nous avait dit qu'elle rêvait de son bébé bien portant.

Ça, c'est ce qu'elle tente de construire comme réalité, mais il y a la menace du VIH qui reste en bonne place dans son appareil psychique et qui parasite sa rêverie maternelle. C'est constant chez Nata. Elle nous explique qu'elle a peur que quelque chose de mal arrive à son enfant, notamment : **« Qu'il soit mangé, ou gaspillé mystiquement par mes parents ou les parents de son père »**. Après une relance, **« Mangé Mystiquement »** ? Nata répond stupéfaite. Elle dissimule mal sa frustration, **« Oui mangé mystiquement. Quoi vous ne croyez pas ? On est en Afrique papa […]. Pardon même toi il faut faire attention avec les amis avec qui tu marches. Les gens sont trop jaloux ».** Nata est en train de nous dire qu'elle victime de jalousie.

Le matériel de l'entretien cris et pleur est aussi intéressant à examiner. Il nous permet d'aller au cœur même de la capacité de représentation et de fantasmatisation de Nata. Mais aussi, de relever l'omniprésence dans son discours de l'en soi non à soi désormais à soi et ses conséquences.

Bande 1

Nata interprète bien les premiers pleurs du bébé. Il y a une bonne identification des besoins de l'enfant. **« J'entends les pleurs d'un bébé ».** Elle précise que c'est un appel lancé aux parents par l'enfant. C'est une manière pour le bébé de dire **« venez me chercher ».** Plus loin, elle parle de la faim. Elle ajoute que l'enfant veut qu'on vienne s'occuper de lui.

Les besoins sont ici bien notifiés, elle semble même disposer à y répondre pour calmer le bébé ou l'apaiser. Nous voyons à travers cette première bande, une capacité à anticiper les besoins du bébé.

Bande 2

La deuxième bande est interprétée de la même manière, l'enfant a faim, il veut qu'on vienne s'occuper de lui. Tout de suite après, elle évoque la possibilité d'un abandon et l'absence de la mère avant de se raviser. **« La mère n'est pas là, il est triste, il se sent seul, il n'a personne pour lui donner à manger. Ils l'ont laissé seul, on ne laisse pas un bébé tout seul »**. Mais, tout de suite après elle positive, hors de question de rester sur un élément de tristesse. Un élément qui semble faire écho en elle, à sa situation. Mais, ne nous avançons pas loin pour le moment. Ce qui est à retenir c'est une fois encore l'identification des besoins et l'empathie pour celui qui dépend totalement de sa mère ou celui qui s'occupe de lui. Il y a outre ce que nous venons de signifier, l'expression de la peur d'abandonner, le sentiment d'une démission. Cette

situation semble mettre en lumière la peur de Nata de laisser un enfant dont on ne s'occuperait pas bien. Mais tout de suite après.

Bande 3

Les pleurs qui suivent commencent à mettre Nata mal. D'abord elle observe un silence. **« C'est un peu difficile, c'est comme s'il ne va pas bien, il doit être malade, les pleurs là sont bizarres. C'est comme les pleurs des bébés à l'hôpital ».** La récurrence des pleurs commence à créer chez elle la confusion. La peur et l'angoisse qui sont siennes devant le risque de contamination de son enfant s'expriment. **« Peut-être qu'on va le soigner […] c'est plus difficile s'il est né avec une maladie, le traitement ! Ah je n'imagine même pas faire supporter ça à un bébé, c'est difficile […] »**. Nata qui est elle-même sous traitement ARV ne souhaite pas visiblement qu'un enfant vive la même chose qu'elle. Surtout pas son enfant. Elle associe l'enfant au VIH et aux contraintes de cette infection.

Bande 4

La quatrième bande sonore vient en continuité de ce qui précède. Nous relevons ici, la peur que l'enfant soit abandonné. Donc, la nécessité de le porter et peut-être de se faire porter puisque porter ici peut aussi prendre le sens d'être avec, d'être présent, être dans l'autre. **« Là il pleure parce qu'il veut qu'on le prenne dans les bras […]. Il veut toujours être avec la mère, c'est sûr que c'est sa mère qui l'a habitué à cela ».** Mais, outre la lecture que nous venons de faire, nous voyons aussi l'expression d'une bonne anticipation des besoins de l'enfant et une capacité à y répondre.

Bande 5 et 6

La cinquième et la sixième bande amènent Nata à revenir sur les soins de l'enfant. Il y a donc ici l'inquiétude, l'angoisse par rapport à sa santé. **« C'est pareil, il pleure parce qu'on lui fait les soins (silence) […] à l'hôpital »** Tout de suite après, elle nous demande si elle doit encore souffrir d'entendre ces pleurs et cris : **« […] Y en a encore »** ? Visiblement la peur de l'hôpital et de la maladie hante Nata. Elle qui y va souvent pour ses soins ne veut pas comme elle l'a dit plus haut que son enfant subisse le même sort. Elle le dit clairement dans la sixième bande **« (Silence) là il pleure comme un enfant qui dit à sa mère maman je ne veux plus rester ici ? (Ici ?) Oui à l'hôpital, il veut qu'on l'amène à la maison c'est pourquoi il pleure comme**

ça ». Dans un des rêves de Nata, elle se voit à l'hôpital avec son enfant pour le contrôle. C'est dire combien la peur du VIH pèse sur sa maternité.

Artefact

L'artefact est l'apothéose de la peur de l'infection VIH exprimée depuis le début de l'entretien cris et pleurs par Nata. Après avoir demandé à réécouter le cri, elle affirme : **« Il a mal, il est malade ».** Nous voyons là se manifester ce que nous avons observé chez Annick. **La lecture des cris et pleurs est marquée par la présence du VIH et le risque qu'il représente.**
Ce n'est pas le premier enfant de Nata, elle dit qu'elle va être une bonne mère, attentionnée, à l'écoute et prête à prendre soin de son enfant. Elle ne fera pas comme ses jeunes femmes qui vont laisser les enfants chez les parents. **« Sa grand-mère n'est pas sa mère ».** Au sujet de ce bébé voilà ce que dit Nata **: « (silence) ce que je ressens c'est que j'attends l'enfant avec Dieu (silence), je voulais dire l'enfant que Dieu m'envoie** ». Elle fait un lapsus qui nous montre la place qu'elle accorde à Dieu. **Elle attend l'enfant avec Dieu**. C'est Dieu qui a voulu cela, semble-t-elle nous dire.

Le dessin du bébé

Nata n'a pas voulu faire de dessin. Elle nous a dit qu'elle ne souhaite pas dessiner, elle ne sait pas dessiner, elle ne pourrait pas dessiner son enfant comme elle le souhaite. Ce refus ne signifie pas une absence de capacité d'anticipation ou de représentation du bébé. Elle ne supporterait pas voir son enfant avec une forme dévalorisante. Elle veut un bébé qui ne présente aucune pathologie. **« Un enfant dynamique et non figé »,** pas un enfant malade. Elle refuse de prendre le risque de mettre sur papier un bébé malade. Elle a été catégorique, **« je ne peux pas le faire ».**
Nonobstant ce refus, Nata parle de son enfant, se voit en train d'échanger avec lui, prendre soin de lui. Là aussi comme les cas précédents, elle parle d'un enfant et non d'un bébé.

6.4.4 Croyances

Nata est bwitiste[12] et chrétienne. **« On pratique le Bwiti[13], mais on va aussi à l'Église. Ça ne gêne pas. Le Bwiti c'est la tradition** ». Si au début elle donne l'impression d'assumer

[12] Adepte ou pratiquant du Bwiti.

son appartenance à ces deux croyances, elle va très vite marquer sa préférence pour l'une (la religion chrétienne) au détriment de l'autre (le Bwiti). La preuve c'est qu'elle ne respecte plus vraiment les interdits du Bwiti. **« Les rapports sexuels, je ne fais pas les rapports sexuels la journée et puis il y a aussi la viande de brousse que je ne mange pas […]. Les rapports sexuels je ne respecte plus vraiment c'est un interdit du Bwiti, tellement je crois en Dieu je ne respecte plus. Mais, pour la viande de brousse je respecte, c'est pour le bébé, sa santé, pour qu'il naisse bien** ».

Pour Nata, c'est Dieu qui l'a guéri de la première maladie qui faillit la faire passer de vie à trépas. C'est depuis ce temps qu'elle croit en Dieu et met celui-ci au centre de sa vie. « **Dieu m'a guéri. Quand j'ai eu ma guérison j'ai tout de suite su que ça venait de Dieu. Parce que j'avais vraiment souffert et je priais tous les jours. C'est à partir de ce moment que j'ai su ce qu'il pouvait faire pour moi. A l'Église, il y avait comme moi des malades qui guérissaient et j'ai demandé à Dieu de m'aider. Je lui ai dit, mon Dieu, si tu me guéris je vais te servir. Le pasteur m'avait dit que j'allais guérir et c'est arrivé. Depuis là (depuis ce temps), c'est à Dieu que je donne tout ce qui m'arrive, bien ou mal ».** Les propos de Nata montrent aussi qu'elle croit que ce Dieu qui l'a sauvé une première fois peut lui accorder une nouvelle fois la grâce de la guérison. Comme elle le dit si bien, le pasteur lui a dit une première fois qu'elle allait guérir et c'est arrivé. Alors, elle continue de croire et de prier. L'Église est son lieu de prédilection. Quand elle y est, elle se sent bien. Quand nous lui demandons ce qu'elle pense que l'Église lui apporte voici sa réponse : **« La joie et la tranquillité. Je me sens bien surtout quand je suis à l'Église et quand je reviens de l'Église. Les prières les chansons, les louanges on sent vraiment la présence de l'Éternel, on oublie tout pour être avec son Dieu, il n'y a que lui qui connaît ce qu'on a dans son cœur, la souffrance, les épreuves ».**

Nous observons aussi que Nata croit beaucoup en la sorcellerie. C'est selon elle ce qui explique tout ce qui lui arrive. **« La sorcellerie, c'est tout ce que les gens savent faire, la sorcellerie. Vous allez à l'école on vous bloque, vous commencez le travail on vous bloque. Même le fait d'être en bonne santé dérange. La première maladie, c'était eux, là encore je sais que ce sont eux, le pasteur me l'a confirmé. C'était d'abord moi, maintenant ils veulent le bébé ».** Elle n'hésite pas à nous dire que ses parents (sa défunte mère et son père) sont impliqués dans ce qui lui arrive. Ce qu'elle dit sur ses parents et sur l'enfant qu'elle attend

[13] Le Bwiti est un rite initiatique gabonais (Mitsogo et Apindji). Il s'est répandu dans tout le Gabon et a traversé les frontières. Il se pratique désormais aussi au Sud Cameroun et en Guinée Equatoriale (Pour plus d'informations et de connaissances sur le Bwiti, lire : Atome Ribenga, 2004 ; Bonhomme, 2006 ; Gollnhofer et Sillans, 1997 ; Raponda-Walker & Roger Sillans, 1962).

résume sa situation et explique le pourquoi de sa croyance : **« Depuis toute petite je suis attaquée. Et la première, c'était ma mère. Trop méchante ! Vous savez, un sorcier ne rentre pas dans une famille sans l'autorisation. Il faut qu'un parent lui ouvre la porte, sans ça, il ne peut pas. Quand je ne suis pas ici, ou à la maison, je suis à l'Église, je me sens bien là-bas. Des prières, des louanges, c'est ce qui me permet de tenir, de résister. Dieu est plus fort que ce qu'ils essayent de faire là. Et vous savez, je remercie ma sœur parce que cet enfant est un signe, Dieu a dit, il y a ça, mais je te donne l'enfant. Et c'est pourquoi ils veulent maintenant l'enfant, mais ils seront vaincus ».**

Nous pouvons dire que pour elle, ce sont ses parents qui sont à l'origine de sa situation[14]. Mais, heureusement qu'il y a un Dieu, c'est sur ce dernier qu'elle s'appuie, c'est sur lui qu'elle compte pour échapper aux sorciers qui sont après elle et son bébé. Dieu est l'élément contra-VIH et/ou contra-sorcellerie et cet enfant qu'elle attend est le **« signe »** de sa bénédiction.

Les croyances de Nata que nous venons de présenter constituent une bonne transition. Celle-ci nous amène à aborder ses relations avec ses parents et principalement sa mère.

6.4.5 Relation avec la mère et le père

La relation de Nata avec sa mère est des plus catastrophiques (elle la qualifie de méchante et de distante). Elle ne veut pas s'étendre sur celle-ci. Pour elle, **« Elle (sa mère) ne représente rien ».** Nous venons de le voir ci-dessus, pour Nata, c'est une sorcière. C'est elle et son père qui sont à l'origine de ses problèmes de santé. Nous rappelons que sa mère est décédée, mais cela n'attendrit pas les relations qu'elle a avec elle. Nous retrouvons là la mère castratrice. La sorcellerie est l'instrument dont elle use pour détruire sa fille (selon Nata). Elle se distance donc de cette mère et s'identifie à sa tante. **« […] Malgré tous les problèmes que j'ai eus dans ma vie, c'est elle qui a toujours été là. Quand j'ai besoin d'elle, elle est là. Elle me connaît par cœur (connaître ''parfaitement''). Elle sait quand j'ai un problème. Quand je ne suis pas bien, elle-même elle sait. Parfois elle m'appelle juste au moment où j'ai besoin d'elle. Comment on appelle ça encore ? Voilà, l'instinct maternel !».** Nata considère donc cette tante comme sa mère et nie à sa mère ce statut qui lui revient pourtant de droit. **Elle reconnaît toutefois que les parents sont « les dieux des enfants sur terre ».** Elle ne se serait d'ailleurs pas comportée comme il le fallait vis-à-vis de son père à qui elle manquait de respect. Elle aborde des malédictions qui peuvent en découler. Doit-on comprendre que ce qu'elle a comme

[14] Nous rappelons que pour Nata, c'est probablement son ancien compagnon qui lui a transmis le VIH. Mais, elle s'acharne sur ses parents. Peut-être pense-t-elle comme cela est souvent le cas que ce dernier n'a été qu'un instrument pour l'atteindre.

problème peut aussi provenir de ses écarts de conduites à l'endroit de son père. Nous ne négligeons pas cette possibilité, si elle en parle ce n'est pas fortuit, mais, nous n'allons pas nous avancer plus que cela, le matériel n'est pas conséquent pour le faire.

Nous notons aussi une forte rivalité fraternelle chez Nata, puisqu'elle s'en prend aux enfants que son père a eus avec sa nouvelle épouse. Elle manifeste aussi une grande rivalité à l'encontre de sa belle-mère (la femme de son père). Si son père ne s'occupe pas d'elle et de sa petite sœur, c'est à cause de cette dernière. **« Il n'a jamais rien fait pour moi en tout cas. Il a sa vie avec sa femme et ses vrais enfants, il ne s'occupe pas de nous. Ma mère se battait seule pour s'occuper de nous pendant que monsieur vivait sa vie avec sa famille. Je n'ai pas envie de parler de lui. Tout c'est sa femme. Pour le voir c'est elle. Elle fait tout pour que monsieur ne s'occupe pas de nous et pour qu'il nous oublie. Elle fait le tour des nganga pour le rendre maboule. Il ne décide de rien, c'est elle qui commande. Je ne veux plus parler de lui ».** C'est ce qui semble attiser la haine qu'elle a pour son père. **« J'ai oublié que j'avais un père. Le père ce n'est pas seulement à la bouche, je n'ai plus de père depuis. Je n'ai même jamais eu de père. Je n'ai plus envie de parler de lui ».**

Nata voudrait avoir son père, le posséder, mais cela n'est pas possible à cause de sa belle-mère. Que reproche donc Nata à sa mère vu qu'elle affirme que cette dernière s'est toujours battue seule pour elle et sa sœur. Nous notons finalement de l'ambivalence dans son rapport à cette mère. D'ailleurs elle affirme qu'elle aurait quand même voulu que sa mère soit là pour voir son enfant.

6.4.7 Transfert et contre transfert

Notre rencontre avec Nata s'est très bien passée. Nous avons noté chez elle un besoin de protection. Sa croyance en la sorcellerie était si forte qu'il ne fallait pas prendre le risque de montrer quoi que ce soit qui aille à l'encontre de cette dernière. Elle nous l'a d'ailleurs fait savoir en nous demandant de faire attention à nous. Nous avons vu une femme qui avait besoin de croire en une force supérieure. Dieu est très investi. Elle n'a pas voulu nommer le VIH comme si le fait de prononcer ce sigle était source de malheur. **« Je ne pense pas à ça ».** Mais, elle n'est pas la seule dans ce cas, plusieurs femmes que nous avons rencontrées ont manifesté la même peur.

Pour Nata, la grossesse et partant l'enfant est une bonne chose surtout quand on est confronté au VIH. Nous avons cependant noté une vive souffrance chez elle. Pendant l'entretien,

elle est restée très active même si elle évitait certaines questions. Elle n'hésitait pas à nous intégrer dans ses associations.

De notre côté, nous avons eu l'impression de partager un moment de souffrance avec elle et de la soulager. Après notre rencontre, elle s'est exclamée « ça fait du bien de parler de ça ». Assurément, ça lui a plu d'être écouté.

6.5. Données importantes recueillies auprès des médiatrices

6.5.1 Médiatrice A

La médiatrice **A** est affectée dans l'une des SMI de la capitale. Comme nous l'avons dit, elle est médiatrice et PVVIH, ce qui en fait une informatrice très importante. La médiatrice **A** est infectée depuis plusieurs années déjà. Elle nous a même fait part de sa collaboration avec l'équipe de la défunte première dame gabonaise Edith Lucie BONGO, figure emblématique de la lutte contre le VIH/SIDA au Gabon de son vivant.

A est mère de deux enfants, elle a appris sa séropositivité pendant sa première grossesse. À l'entendre, ce sont ses enfants qui font toute sa fierté, ce sont eux qui donnent un sens à sa vie. L'entretien s'est déroulé dans une SMI de la capitale où elle exerce. Elle s'est montrée très impliquée et sincère, elle a collaboré du début jusqu'à la fin. Sans savoir que nous avions l'information qu'elle est séropositive, elle a tenu à nous le dire au cours de l'entretien estimant que nous avions de la chance de la rencontrer, car elle n'est pas qu'une simple médiatrice, elle est aussi directement touchée par le VIH/SIDA. Par conséquent, c'est un sujet qui la concerne au premier chef.

Annonce du VIH

Mme A a fortement insisté sur l'annonce et le chaos qu'elle provoque chez les personnes séropositives en général, et la femme enceinte en particulier. Elle évoque aussi la crainte de la réaction du partenaire : **« Le plus souvent, lorsque c'est la femme qui amène le résultat, il (le conjoint) se dit automatiquement que c'est elle qui l'a contaminé »**. On voit tout de suite comment la femme en état de choc redoute le rejet. Mme A parle aussi de la préoccupation pour le bébé qu'elle va mettre au monde. Il y a la peur que l'enfant soit infecté et le problème du choix de l'allaitement à cause de l'entourage. In fine, la femme s'inquiète pour son enfant dès l'annonce.

L'enfant

L'importance et l'attente de l'enfant, le désir de le sauver ou l'épargner du VIH et l'envie de se battre pour ce dernier afin de le voir grandir sont très prononcés dans ce que nous rapporte Mme A. Pour elle qui a vécu cette situation (être en grossesse et séropositive), apprendre sa séropositivité pendant la grossesse donne envie de se battre, de suivre le traitement. C'est ce que nous comprenons quand elle dit : **« Quand tu donnes un résultat positif à une femme qui**

n'est pas enceinte ce n'est pas la même chose que si tu remets un test positif à une femme enceinte. Tu lui présentes le bien-fondé de la PTME, elle adhère facilement au traitement parce qu'elles veulent avoir le bébé qui est dans leur ventre. Ça les motive vraiment à prendre le traitement ».

Pour elle, l'enfant est une occasion pour la femme de prendre ses médicaments. Si elle ne voulait pas le faire, pour sauver l'enfant, elle y sera contrainte. **« L'enfant est la bénédiction de Dieu, c'est un signe que malgré ce que vous avez, je ne vous abandonne pas, je suis là avec vous. Il y a les femmes qui n'ont pas le VIH mais elles ne peuvent pas faire un enfant alors, entre ne pas faire d'enfant et avoir l'infection et faire un enfant, je choisis l'enfant et c'est ce que je dis souvent aux femmes que j'accompagne ».** Mme A par ces propos montre l'importance de l'enfant pour la femme et ce qu'il peut venir apporter à cette dernière comme consolation. Elle souligne cependant que ce qui va compter c'est de **bien suivre le traitement et prier pour que l'enfant naisse sans le VIH. « C'est un enfant qui est sous la protection de l'Eternel », déclare-t-elle.** Dieu semble occuper une place importante pour ces femmes au cours de leurs maternités. Nous avons donc posé la question pour qu'elles nous en disent plus sur l'importance de Dieu pour la femme enceinte et séropositive.

L'importance de Dieu

Le rôle de Dieu est déterminant pour les femmes que Mme A reçoit et accompagne. Comme elle l'a fait plus haut, elle souligne la nécessité de la prière : **« Avec Dieu tout est possible. […] Dieu peut faire grâce…À la longue, Dieu pourra faire un miracle »,** dit-elle. Elle qui a vécu cette situation nous explique aussi que les femmes se réfugient en Dieu **« Elles s'appuient d'abord sur Dieu, le médicament vient après »**. L'importance de Dieu dans ce qui précède est clairement mise en lumière.

Mme A a précisé que la prière est importante, mais il ne faut pas oublier le traitement. **« Dieu fait les miracles de plusieurs manières, il peut directement agir ou agir d'une autre façon pour trouver le médicament, tout dépend de sa volonté, c'est lui-même qui décide, il est souverain ».** Suite à ces propos, nous avons voulu comprendre ce qu'elle entendait par agir directement ; voici sa réponse. **« Quand Dieu a transformé l'eau en vin, ressuscité Lazare mort et enterré depuis plusieurs jours c'était quoi d'après vous, c'est ça agir directement. Dieu n'agit pas comme vous et moi, rien ne le dépasse, il donne à ceux qui savent demander »**. L'agir directe dont elle parle, c'est le miracle.

Pour Mme A, il y a une possibilité que Dieu accomplisse un miracle directement, mais il agit aussi en aidant ceux qui travaillent **« à trouver les médicaments»**. Existe-t-il une meilleure

démonstration de la toute-puissance de Dieu ? Mme A séropositive nous a ouvert une porte et on s'y est engouffré. Nous lui avons demandé de nous parler de sa manière de vivre avec le VIH, elle n'a pas hésité à nous faire part de son expérience. D'abord elle n'accuse personne, elle n'a pas besoin de parler de quelqu'un, **« Les gens qui perdent leur temps à vouloir du mal des autres se font eux-mêmes du mal. Je sais pardonner ».** Donc même si c'est une personne qui est à l'origine de son infection, elle ne s'occupe plus de cela. **« Les circonstances de ma maladie sont longues, je vais vous perdre du temps, ce qu'il faut dire c'est qu'une fois c'est là il faut accepter, pardonner ceux qui vous en veulent si c'est ça le problème, continuer de vivre […]. J'ai mes enfants aujourd'hui, je suis heureuse et c'est ce qui compte ».** Nous la relançons habilement en répétant « vos enfants » et elle repart de plus bel, **« les voir grandir, c'est ce qu'il y a de plus beau »**. Elle ajoute plus loin **« Ma force est en Dieu qui me les a donnés »**. Mme A se sert de sa propre expérience pour accompagner les femmes en grossesse et séropositive.

6.4.6 Grossesse et VIH

Nata dit bien vivre le fait d'être enceinte et séropositive, **« Tranquille, j'ai le moral »** (Des propos dits avec une voix faible). Mais, est-ce vraiment le cas ? Le matériel montre le contraire. A titre d'exemple, les rêves qu'elle fait (où on lui arrache l'enfant et elle est menacée) ne sont rien d'autre que la manifestation de la culpabilité (nous y reviendrons) et de la détresse devant l'épreuve du VIH. Les thématiques mystiques montrent que Nata a du mal à s'accommoder avec le fait d'être en grossesse et séropositive. Elle le vit difficilement. A la question de savoir comment elle vit le fait d'être enceinte et séropositive, elle va se lancer dans l'historique de sa probable contamination par son ancien conjoint. **« […] Pour moi, c'est mon ex, c'est lui qui m'a donné ça ».** Une nouvelle fois, elle se considère comme une victime. Elle finit d'ailleurs ce réquisitoire en remerciant Dieu d'avoir mis sur sa route son conjoint actuel.

Nata opère beaucoup par projection. Elle parvient par ce mécanisme psychique à trouver à l'extérieur ce qui est à l'origine de son déplaisir et de sa souffrance. C'est pour elle une manière de lutter contre sa culpabilité. Elle n'est qu'une victime, le responsable c'est son ancien compagnon.

6.5.2 Médiatrice B SMI London

Présentation

B est une jeune dame très dévouée à son travail. Elle nous a été d'une grande aide pour la collecte des données. Elle est en poste à la SMI de London depuis près de trois ans. Elle est l'oreille des femmes séropositives et enceintes de ce Centre où elle les accompagne. C'est par elle que nous sommes passés pour rencontrer les autres médiatrices. Son discours au cours de l'entretien est resté très médical : **« Il faut faire des examens, bien prendre des antirétroviraux […]. Le traitement avant tout, c'est ça mon message ». « Les médicaments réduisent la charge virale** » etc.

Annonce du VIH et inquiétudes

Les informations que nous donne Mme B rejoignent celle de Mme A. Les inquiétudes de la femme qui vient d'apprendre qu'elle est séropositive, après le choc, se concentrent tout d'abord sur son enfant. Elle nous dit à la virgule près, la même chose que Mme A. Après l'annonce**, « la première inquiétude est celle de savoir si leur bébé sera contaminé, si elles pourront allaiter ».** Elle mentionne aussi la peur d'annoncer son statut à son partenaire par peur de sa réaction. Le VIH constitue pour les femmes que rencontrent B, une importante source d'angoisse. Celle-ci naît de son caractère contagieux, mais aussi, de la peur de mourir. Mourir dans le sens de passer de vie à trépas et mourir socialement en faisant l'objet de rejet, d'abandon par le conjoint et la famille. Mme B note cependant un changement d'attitude et une manière de vivre la grossesse bien appréciable chez les femmes qui ont accepté le diagnostic et qui ont compris le bien-fondé du traitement antirétroviral. **« Dès que les femmes savent ce qu'est la PTME, dès qu'elles ont des exemples dans les groupes de parole par exemple, des femmes qui ont bien accouché et dont les enfants se portent bien, là, il n'y a pas vraiment de problèmes, elles suivent bien le traitement, se font soigner, viennent aux réunions. Elles font comme les autres femmes même si le VIH est quand même là ».**

Mais toutes ne sont pas aussi assidues. Plusieurs ont toutes ces informations mais refusent de suivre le traitement pour aller voir ailleurs. C'est ce qu'elle va nous dire dans la suite.

L'enfant

Sur cette question aussi, les réponses sont quasiment les mêmes, il y a chez ces femmes un souhait soutenu et affirmé de voir leurs enfants évoluer, l'entretien du rêve de les voir avoir un futur agréable qui se traduit par une envie de se battre. Ces enfants sont pour les femmes un motif d'espoir, la force d'aller de l'avant, de vivre. C'est pour cette raison **qu'« Elles se posent des questions sur la santé de l'enfant, elles sont très regardantes, protectrices vis-à-vis de leur grossesse une fois sous traitement. C'est la santé de l'enfant qui les préoccupe pour celles qui sont conscientes bien sûr ».** En gros, la femme se bat pour que l'enfant ne soit pas atteint, pour qu'il soit épargné. Et elle nous confie que **Dieu dans cette volonté de mettre l'enfant à l'abri du VIH va jouer un rôle important**. Elle s'indigne même du fait que plusieurs de ces femmes prennent des risques considérables et parfois y laissent leur vie parce qu'elles suivent d'autres chemins. Nous pouvons résumer la contribution de Mme B au sujet de l'enfant de la femme séropositive par cette phrase : **« […] Pour ces femmes, l'enfant devient le centre. Leur préoccupation porte sur lui, elles ne parlent presque plus d'elles que de l'enfant ».** Mais, il y a dans leur discours la peur et la crainte que l'enfant soit contaminé, et l'espoir que Dieu agisse et les aide. **« Elles prient pour que l'enfant naisse sans le VIH et quand on leur dit que c'est possible elles sont apaisées ».**

Croyance et place de Dieu

Elle insiste sur la place que va venir occuper Dieu chez les femmes séropositives. Elle évoque aussi la croyance en un SIDA mystique chez plusieurs. Ce qui est souvent à l'origine des multiples inobservances de traitement. Les femmes enceintes séropositives convaincues d'être victime de la sorcellerie iront se faire suivre chez un thérapeute traditionnel et fréquenteront une Église. Juste avant notre entretien, nous avons assisté à une rencontre entre Mme B et une patiente qui venaient chercher les ARV. Très fatiguée, cette dernière lui a confié que ses parents ont voulu aussi tenter **« chez les noirs »,** (c'est-à-dire recourir à la médecine traditionnelle pour dépister le réel mal et pour le soigner). Mais elle est sortie de là affaiblie. Elle a dit à B et à moi-même qu'on ne peut pas comprendre. Il y a beaucoup de problèmes de famille, la jalousie, des règlements de compte mystique et nous avons compris le message qu'elle nous adressait, elle parlait de sorcellerie.

6.5.3 Médiatrice C SMI d'Okala

Présentation

Psychologue de formation, C nous a fourni des informations intéressantes. Ayant d'abord exercé dans un CTA en province, elle a une expérience et une connaissance importantes sur la question. Elle travaille avec une équipe de sages-femmes et de médecins. L'expérience de la séropositivité, elle la vit au quotidien même si pour le moment, elle a moins de cas à suivre à cause des vacances.

De manière globale, les informations qu'elles nous apportent ne sont pas différentes de celles que nous avons recensées jusque-là. Mais, précisons que les données que C nous donne sont très pertinentes. Titulaire d'un master en psychologue clinique et psychopathologie, c'est sous le prisme de cette discipline qu'elle nous livre le contenu de ses observations.

Réaction à l'annonce

Pour Mme C, l'annonce de la maladie est décrite comme : **« difficile, c'est d'abord un choc ».** Le choc entraîne une quête de connaître l'origine de ce mal, et ce n'est qu'après ça, qu'elles manifestent leur inquiétude que l'enfant soit infecté **« Est-ce que l'enfant sera sain ?»,** se demandent-elles**.** C poursuit et qualifie plusieurs de ces patientes de réfractaires. **« Elles ont besoin de temps pour réfléchir avant de revenir** », fait-elle remarquer.

Mme C évoque aussi le lien avec l'allaitement et l'annonce au partenaire et à la famille. **« Par rapport au bébé c'est surtout que le VIH ne puisse pas atteindre le bébé, elles ont peur que le bébé naisse séropositif** ». Elle évoque le poids de la culpabilité liée au risque de transmettre le VIH à l'enfant. Elle observe aussi que l'attachement à l'enfant reste le même, les petits noms qu'elles (les femmes enceintes et séropositives) donnent au bébé faisant foi. La grande préoccupation concerne la santé des enfants. **« […] Il y a des femmes qui vous bombardent de questions pour savoir comment protéger l'enfant. Généralement ce sont celles qui connaissent déjà leur résultat et qui veulent être rassurées »,** a-t-elle confié.

Croyances

Mme C nous a expliqué que les femmes qu'elle suit remettent **« […] Leur accouchement, leur processus de gestation à Dieu ».** Ainsi, relate-t-elle, nombreuses pensent que leur VIH est mystique, il s'agit d'un sort, de la sorcellerie. **« Elles commencent avec vous**

(elles commencent à suivre le traitement) après, perdu de vue, elles reviennent à neuf mois pour vous dire, « j'étais chez un nganga ».

C nous fait ensuite savoir que parmi les femmes qui viennent la rencontrer, il y en a qui croient tellement en Dieu qu'elles n'ont foi qu'en lui. **« Beaucoup s'accrochent aussi à Dieu. Voilà ! Elles s'accrochent tellement à Dieu à un point où, elle est sûre que si elle devient supère-chrétienne la guérison sera totale […]. Elles arrivent à avoir une charge virale indétectable et elles disent que c'est Dieu »**.

Les données que nous obtenons auprès de C vont dans le sens de celles recueillies chez A, B et D. Elle nous explique que les croyances des femmes enceintes et séropositives sont fixées sur Dieu. Elles (les femmes) sont convaincues que Dieu agira en leur faveur et que c'est déjà le cas par le don du bébé qu'elles attendent. D nous parle aussi des naganga. Elle sait que plusieurs de ses patientes les consultent et se font traiter chez eux. Mais, elles n'avouent pas souvent qu'elles les fréquentent.

Le rôle du divin et son importance dans la maternité sont aussi évoqués. Mme C avance que **« tout est mis sur le dos de Dieu, l'enfant, la grossesse, tout »**. Les prénoms des enfants qu'elles nous donnent à notre demande sont chrétiens ou ont à voir avec la bénédiction, la chance, un héros de la *Bible*.

Grossesse et enfant

Pour Mme C, la grossesse de la femme séropositive se passe généralement comme celles des femmes non contaminées, **« […] À condition qu'elles suivent bien le traitement ».** Elles sont attentionnées et sont attachées à leurs enfants. L'enfant vient donner envie à la femme de se battre, de ne pas croiser les bras ou laisser tomber. L'enfant est celui qui motive. Elle nous explique aussi que pour les femmes qui n'ont pas un enfant, elles vont tout faire pour que l'enfant ne soit pas contaminé. Elles vont aussi remercier Dieu (malgré le VIH) pour la chance que ce dernier leur donne d'être mère. Même celles qui ont déjà des enfants sont contentes et expriment la même joie et la même gratitude à Dieu. Elles sont contentes que **« Dieu leur donne encore un enfant ». « Elles donnent toujours des petits noms à leurs enfants. Et comme on est sur *WhatsApp*[15] ensemble, tu vois des petites photos, des logos ».**

Le numérique est par conséquent pour ses femmes un bon outil pour le travail du devenir mère. Elles peuvent à travers les photos, les logos, les mots et belles phrases stimuler leur devenir mère imaginer leurs bébé et anticiper leurs bébés.

[15] Application internet de messagerie et d'appel audio et vidéo.

6.4.4 Médiatrice D.

La médiatrice D intervient dans un centre de dépistage très fréquenté. Elle est séropositive depuis plusieurs années. Nous avons travaillé avec elle pendant deux ans à Libreville. D ne travaille pas uniquement avec les femmes enceintes et séropositives, elle aide toute personne ayant fait son test de dépistage dans le centre où elle exerce. Mariée et mère, ses enfants sont déjà dans la vie active. D nous a aussi apporté des informations intéressantes en nous faisant bénéficier de son expérience personnelle. Elle a appris sa séropositivité étant déjà mère. Elle décrit cette expérience comme particulièrement douloureuse, mais non insurmontable lorsqu'on a la volonté et qu'on a Dieu avec soi.

L'Annonce

Concernant l'annonce, elle parle de chaos et évoque l'énormité du choc y relatif. **« C'est le chaos dans la tête. Je vous dis là ce que les gens me disent et ce que moi-même j'avais ressenti. La vie devient noire. Vous croyez que vous faites un mauvais rêve vous allez vous réveiller, mais non, c'est bien la réalité »**. Elle nous explique que l'annonce chez les femmes séropositives fait observer des réactions particulières à cause de la grossesse. **« Les femmes enceintes se soucient beaucoup de leur bébé, certaines évoquent la mort pour ne pas faire subir ça (pour que l'enfant ne naisse pas séropositif) à un innocent ».** Nous retrouvons-là, la culpabilité que nous avons déjà repéré et évoquer d'autres médiatrices. **« C'est très dur »**, a-t-elle ajouté. Dur de trouver les mots, dur de partager ces souffrances, la peur d'être chassée venant s'ajouter comme si le fait déjà d'être contaminé ne suffisait pas.

Vécu de la grossesse

Selon Mme D, après l'annonce, lorsque les conseils ont été bien donnés sur la PTME et quand elles savent que grâce au traitement elles peuvent accoucher un bébé séronégatif qui pourra vivre et grandir ; lorsqu'on rassure les femmes que grâce au traitement il n'y a quasiment plus de risques, elles comprennent et mènent bien leur grossesse. **« Mais il y a toujours des inquiétudes, elles veulent à chaque fois être rassurées »**. D nous explique que s'appuyer sur les femmes qui ont accouché dans les mêmes conditions est très rassurant. Surtout celles qui ont reçu le diagnostic définitif de l'enfant.

Ce que nous retenons de manière générale, c'est que la grossesse sera marquée par la présence du VIH. Les femmes doivent être sous traitement et elles savent que si elles ne l'observent pas comme prescrit par le médecin, elles mettent la vie du bébé en danger et la leur aussi. La peur de la transmission du VIH est vivace, la prise du traitement peut d'ailleurs

rappeler cette réalité. Ainsi, ne pas prendre de traitement c'est prendre le risque de contaminer l'enfant.

Mais, D nous dit aussi que les femmes dont nous parlons tendent à fuir l'entourage et veulent mener leur grossesse secrètement. Parfois, elles n'ont pas le courage d'annoncer qu'elles sont séropositives à leurs partenaires pour ne pas se retrouver seules, mais en même temps, ça les ronge car ne voulant pas les contaminer. **« Parfois les parents ne connaissent pas, quand elles ont été courageuses elles disent à leurs compagnons. Souvent ça peut être un proche ».** C pointe ici le problème de l'annonce de sa séropositivité au partenaire, et par ricochet, la crainte de la réaction de ce dernier.

Croyances

D (qui est chrétienne) nous a dit l'importance de Dieu dans tout ce que nous faisons. Elle s'est même adressée personnellement à nous nous demandant de ne pas mettre l'Éternel (Dieu) de côté dans tout ce que nous entreprenons**.** Dieu selon elle, **« est à mettre au centre de tout : il est victorieux sur la maladie, sur la mort, c'est lui qui sauve, c'est lui qui délivre ».** Pour D, **« Seul Dieu peut aider et accompagner une personne qui vit un drame »**. Pour revenir au cas précis de la femme en grossesse et séropositive, D explique qu'elle **« doit prendre les médicaments, mais ne doit pas mettre de côté la prière. Dieu permet de tout surmonter, il donne la force et le courage ».** Elle ajoute que si vous êtes attaqués, menacés par le diable, Dieu seul peut répondre et vous tirez d'affaire. Nous rappelons que D est séropositive, l'usage du terme diable ci-dessus n'est pas anodin. Nous retrouvons chez elle ce que nous avons noté chez Nata, Sylvie et d'autres participantes, la comparaison et/ou l'assimilation du VIH au démon, au diable.

D évoque l'importance l'enfant. **« Je dis souvent aux femmes qui sont dans cette situation (enceintes et séropositives) de regarder ce qui est positif. Bon, c'est vrai, il y a le VIH, mais il y a aussi l'enfant. Combien de femmes ne peuvent pas avoir d'enfants, elles sont nombreuses qui veulent avoir des enfants, mais qui malheureusement ne peuvent pas. Donc Dieu finit par bénir ». « Lui seul peut apporter des réponses et des solutions ».**

Enfin pour elle, les séropositifs vont chez les nganga pour détériorer leur santé, **« Certains vont se faire initier au bwiti et reviennent de là-bas malade ».**

6.4.5 Synthèse des entretiens avec les médiatrices

Les entretiens que nous avons eus avec les médiatrices nous permettent de dégager trois thèmes, à savoir :

L'annonce

Nous notons les mêmes éléments recueillis chez les participantes, le choc de l'annonce de la séropositivité, la peur de transmettre le VIH à l'enfant et celle de la fin de soi. Il y a une peur quasi permanente chez la femme séropositive enceinte. Les premières réactions sont soit l'isolement et le repli, soit l'envie de savoir et de commencer le traitement pour mettre l'enfant à l'abri de l'infection. Les femmes ont peur de se retrouver seules, elles craignent la réaction des conjoints. Comme le dit Mme C, c'est ce qui est **« beaucoup douloureux ».** L'annonce est un temps de vive souffrance.

Annonce : Choc ; désorganisation ; peur de contaminer l'enfant et de mourir ; peur d'être abandonné ; détresse et souffrance psychique.

La grossesse et l'enfant

Nous notons que quand les femmes sont bien informées, elles suivent bien leur traitement et montrent de bonnes capacités d'être mère, d'anticiper les enfants et de communiquer avec eux. Nous le voyons à travers les petits noms, les prénoms (que les femmes donnent à leurs enfants) comme nous l'a signifié Mme C. La femme enceinte et séropositive montre une bonne capacité à se lever contre l'infection et à se battre pour la santé de son enfant et la sienne. Elle peut donc vivre sa grossesse en apparence de la même manière que les femmes non contaminées par le VIH. En apparence parce que, les médiatrices ont insisté sur la peur de transmettre le VIH à l'enfant au cours de ces grossesses.

En définitive, la femme enceinte et séropositive a en même temps l'enfant à investir et le VIH à repousser, à éloigner pour qu'il ne vienne pas s'interposer ou s'intercaler entre elle et l'enfant faisant ainsi barrage à son accès, et empêchant les échanges entre la mère et l'enfant. Ce qui l'amène à se reposer sur Dieu pour pouvoir mener sa grossesse en s'appuyant sur cette entité toute-puissante en même temps qu'elle poursuit son traitement ou ses traitements (les femmes suivant parfois plusieurs thérapies).

La grossesse et l'enfant : Culpabilité (peur de contaminer l'enfant) ; bénédiction ; investissement du bébé ; possibilité de mener sa grossesse presque normalement ; volonté de se battre pour la santé de l'enfant et la sienne ; cohabitation du VIH et de l'enfant dans

Les croyances : Sorcellerie et Dieu

Les femmes enceintes et séropositives qui fréquentent les SMI ont un rapport particulier avec Dieu. Elles s'abandonnent quasiment à lui. Les médiatrices parlent des conversions, et de foi totale qui font croire aux femmes qu'elles peuvent ou vont guérir. C'est ce même attachement à Dieu que nous avons noté et présenté chez les participantes et particulièrement Annie, Annick, Nata et Sylvie. Les médiatrices précisent que pour les femmes qu'elles rencontrent, Dieu est la première alternative, c'est lui qui est quasiment la solution. Elles espèrent une aide, une intervention de Dieu. **« On remet son accouchement en Dieu, on remet son processus de gestation en Dieu »,** nous a dit C. Il y a aussi les prénoms religieux : **Noé, Bénédiction, etc.** Mme A qui est séropositive et mère déclare : **« On se dit avec Dieu tout est possible – La prière permet à la femme d'être posée dans sa tête – Si elle prie Dieu peut lui faire grâce ».** Elle ajoute plus loin **: « Dieu peut faire un miracle, peut-être dans le sens du remède, il faut rester dans la foi »**. Le peut-être dans le sens d'un miracle comprend un non-dit. Elle présente la possibilité du remède, mais tait celle du miracle dont-elle a pourtant parlé plus haut.

Pour D. **« Seul Dieu peut aider et accompagner une personne qui vit un drame ».** L'enfant arrive comme ce qui vient s'opposer au VIH, c'est ce que dit D aux patientes **« Dieu finit par bénir »**. Donc Dieu a donné l'enfant, c'est lui qui a fait le don comme on le note chez Annie, Annick, Sylvie et Nata.

La croyance en la sorcellerie n'est pas en reste : Attaques, maladie mystique etc.

Les entretiens avec les médiatrices nous permettent de voir chez la femme enceinte et séropositive, l'attachement au divin, la croyance en lui et l'espérance du miracle. L'enfant est ici un don de Dieu et un signe de son amour.

Les croyances :
Rapport particulier avec Dieu ; conversion ; attachement au divin ; espoir et attente d'un miracle ; fréquentation d'autres lieux de soins excepté l'hôpital ; VIH ou sorcellerie ; démon, diable.

CHAPITRE 7 : INTERPRETATION ET DISCUSSION

Introduction

Nous avons dans les deux premiers chapitres de ce travail défini un cadre. Nous avons posé une problématique, formulé une question de recherche, donné les objectifs et formulé des hypothèses. Ce travail fait, nous avons poursuivi en développant le cadre théorique de la recherche. La partie que nous abordons maintenant va nous permettre de revenir sur les fondements de notre recherche pour voir si les résultats auxquels nous sommes parvenus correspondent bien à ce qui a été défini au préalable. Nous pourrons aussi voir si les résultats vont dans le sens des connaissances théoriques et/ou dans le sens des travaux antérieurs. Ceci va nous permettre de mettre en évidence la pertinence, la quintessence et l'originalité de ce travail.

7.1 Choc et traumatisme à l'annonce du VIH/quête de refuge

Notre matériel (Entretiens avec les médiatrices et données des participantes) présente le moment de l'annonce du VIH de la femme enceinte comme un temps de chaos. Les femmes enceintes et séropositives décrivent unanimement cet instant comme un choc. Nous observons un trauma, une effraction psychique au sens freudien (1920) ou un corps étranger venant de l'extérieur agit sur l'appareil psychique et y entraîne des dommages sur son fonctionnement habituel. Annie, Annick, Nata et Sylvie parlent de déstabilisation, de vide, de choc, de noir. Elles nous ont dit la peur qu'elles ont eue de mourir, de contaminer l'enfant et les souhaits de mettre fin à leur jour et/ou de pratiquer une IVG. Le traumatisme est *« [...] une situation de détresse ou le moi impuissant est débordé par le surgissement d'excitations d'origine externe ou interne qui ne peuvent être maîtrisées »* (Freud, 1926, pp 61-95).

Le VIH/SIDA est une infection chronique avec laquelle le sujet doit vivre toute sa vie. S'il infecte le corps ou encore le soma, il ne se limite pas là, il affecte aussi la psyché. Il touche le « Je » (Pommier, 1996 ; Ruffiot, 1989). Il y a ainsi une double effraction : une somatique démontrée par l'approche biomédicale et une autre psychique comme nous allons le voir ci-dessous.

L'annonce de l'infection est un moment où un corps jusque-là considéré comme sain apprend qu'il est désormais porteur du VIH. Cette annonce est traumatisante pour le sujet qui la reçoit et surtout quand il n'y était pas préparé (Merckx, 1989; Thomé-Renault, 1995). Les conséquences psychiques de l'annonce d'un diagnostic positif sont réelles et sévères ; ce temps est marqué par la « détresse initiale », un « cataclysme-apocalyptique », une « effraction traumatique » (Thomet-Renault, 1995, 1996). L'annonce de la séropositivité est tellement violente qu'elle peut occasionner un syndrome de névrose post-traumatique (Merckx, 1989) donc, une désorganisation de l'appareil psychique, une difficulté à se représenter le VIH/SIDA et à lier ses représentations. Le VIH apparaît comme un élément qui vient perturber l'organisation psychique du sujet et son fonctionnement habituel. Il est clair que chez la femme enceinte et séropositive, la situation ne sera plus ce qu'elle était avant la réception de cette annonce. Les données recueillies chez les différentes participantes le montrent. Au milieu de la tempête, le sujet désormais va vivre la détresse sans savoir comment y répondre et parfois, donnant l'impression de ne pas savoir ce qui se passe autour de lui. Les entretiens montrent des allées et venues entre un état passager de sérénité et un autre de mal-être et de peur.

Dans un premier temps, un agent extérieur, un virus pénètre dans l'organisme humain sans que le sujet n'en soit averti, s'en aperçoive et sans qu'il en ait conscience. L'effraction physiologique de cet agent pathogène, dans un organisme jusque-là considéré comme sain, va entraîner une effraction cette fois psychique avec l'annonce de la séropositivité. Il s'agit ici alors clairement d'une effraction psychosomatique. Le sujet va apprendre que son corps est infecté par "le virus de la mort" comme il est appelé en Afrique. Une nouvelle qui va le désorganiser et le bouleverser. En effet, comme le dit Freud, c'est *« l'effet de surprise qui favorise l'effraction et ses conséquences désorganisantes »* (Freud, 1920, p. 74).

En Afrique noire, la mort n'est qu'un passage de cette vie à une autre. Or chez nos participantes, la mort n'est plus une simple pensée vague et passagère. Elle n'est plus un mot utilisé dans un discours qui passerait inaperçu. Désormais, elle prend son véritable sens. Elle n'a jamais été aussi proche et sa réalité n'a jamais eu pareil retentissement. C'est ce que nous observions lorsqu'après avoir remis un résultat positif, les candidats au test de dépistage s'effondraient et pleuraient à chaudes larmes comme si tout était fini avec l'annonce de cette

infection. ‘’J’ai directement vu la fin’’, ‘’c’était la mort’’ comme nous l'a confié Annick : **« Ça déstabilise, vous vous demandez même ce que vous faites encore là. Si je n'étais pas en grossesse je crois que j'allais mourir (soupir) »**. C’est aussi un moment qui fige et tétanise comme l’a signifié Nata.

En effet, l’annonce est un moment au cours duquel, la mort se saisit du sujet et s'empare de lui. C’est son illusion d’éternité et/ou d’immortalité qui se voit confronter à la possibilité ou l’imminence de sa propre fin. Or, la fin de soi, celle de l’illusion d’immortalité, désorganise l’appareil psychique (Freud, 1915a).

La description du ressenti de nos participantes corrobore ce qui précède. Elles apprennent leur séropositivité pendant la grossesse. Elles font face au VIH sans y être préparées, par conséquent, la rencontre avec ce dernier se fait de manière brutale. ‘’L’anticipation de l’évènement’’, ‘’les défenses permettant de repousser les excitations violentes occasionner par l’évènement’’, et ‘’les défenses permettant de rendre capable la compréhension de ce qui arrive et de lui donner du sens (évoquées par L. Crocq, 2012 chez le sujet exposé à un évènement traumatisant), sont défaillants chez les femmes qui apprennent leur séropositivité au cours de la grossesse. Les réactions qui ont consisté à penser à se donner la mort, ou à donner la mort au fœtus, n’ont alors constitué qu’un souhait d’anticiper leur imminente mort, et c’est ici où « le traumatisme de la mort annoncée » (Thomet-Renaud, 1995) trouve la plénitude de son sens. Les participantes ont réagi sous l’emprise de l’*angoisse automatique* définit par Laplanche et Pontalis (1967) comme :

> « Réaction du sujet chaque fois qu’il se trouve dans une situation traumatique, c’est-à-dire soumis à un afflux d’excitations, d’origine externe ou interne, qu’il est incapable de maîtriser. » (Laplanche et Pontalis, 1967).

A. Thomet-Renault dans le contexte de la réception d’un diagnostic positif au VIH (1995, 1996) évoque justement ce manque de préparation par l'angoisse des systèmes recevant l'excitation. Or l'attente du danger est protectrice et permet au sujet de s'auto-protéger. Le sujet qui attend une situation potentiellement traumatique la prévoit et s’y prépare au lieu de se laisser passivement surprendre. Suite à l'effraction du parexcitation, le moi est débordé et se trouve abandonné à lui-même. Une quantité excessive due à cet événement n’a pas pu être métabolisée pour prendre sens. Annie, Annick, Nata et Sylvie ont ainsi heurté le réel de plein fouet (la séropositivité). Les propos de Lacan sont plus explicites, nous les reprenons donc pour désigner cette annonce comme *« Une rencontre « non manquée » avec le réel sans que le système signifiant ait eu le temps de se mettre en place. »* (Lacan cité par Crocq, 1999, p.263.).

Le VIH vient certes de l'extérieur, mais il élit ensuite domicile dans l'organisme du sujet. La femme le sait, aucun remède pour guérir du VIH n'étant à ce jour disponible, ce mariage forcé et nocif ne connaîtra point de divorce, elle va devoir vivre avec jusqu'à la fin de ses jours.

Si l'annonce de la séropositivité met fin à l'« illusion d'immortalité », entraîne chez la femme séropositive un choc traumatique et génère une importante angoisse et détresse psychique comme nous le voyons chez Annie, Annick, Nata et Sylvie et le reste des participantes, nous devons préciser que c'est le moi qui est en détresse. C'est bien lui qui est au centre de cette souffrance et/ou cette crise. En effet, le virus menace sa stabilité et son équilibre provoquant une grande quantité d'excitations qui déchirent les enveloppes psychiques comme le souligne Thomet-Renaud (1995) précisant au passage que la conséquence de cette déchirure est la destruction du narcissisme primaire.

Annie, Annick, Nata et Sylvie présentent un sentiment intense d'avoir été souillées, parce que, infectées par le VIH/SIDA. Le matériel clinique indique qu'elles veulent que l'enfant ressemble à leurs partenaires et très peu, voire, pas du tout à elles sans doute pour préserver l'enfant de la contamination du VIH. Par cette réaction, elles expriment la volonté que l'enfant ne soit pas souillé lui aussi. Le narcissisme est ici entaché alors qu'il joue une part importante et déterminante dans le processus de maternité en particulier et l'évolution du sujet humain en général. Freud décrit deux phases du narcissisme : le narcissisme primaire au cours duquel le sujet investit l'entièreté de sa libido sur lui-même et se prend comme objet d'amour, et le narcissisme secondaire, qui consiste pour le sujet humain, d'opérer un retrait de la libido sur les objets extérieurs, pour le ramener sur son moi (Freud, 1911). Encore une fois, chez la femme en grossesse, le narcissisme est une donnée essentielle. A-t-on besoin de citer le repli sur soi, le détachement des intérêts extérieurs, le privilège des liens avec le fœtus, l'isolement, comme autant d'exemples qui le témoignent (Bydlowski, 1997, 1998, 2008). Comme le dit G. Bruwier,

> « Moment narcissique, la gestation focalise l'attention sur soi et fait de l'enfant à naître « un prolongement de soi ». Autant la grossesse est un moment privilégié de restauration narcissique, autant il peut susciter un repli narcissique. Une mère raconte : « On ne vit que par son ventre, c'est notre fierté. Mon ventre, plus on le voit, plus on se sent bien, je suis belle ». A contrario, toute rupture au niveau de ce sentiment de continuité fragilise, blesse le narcissisme. Dès lors, la grossesse au lieu d'être gratifiante risque de se vivre sur un mode pénible, voire menaçant où la future mère se sent dévalorisée, lourde, abîmée et parfois menacée dans son intégrité physique » (Bruwier, 2012, pp. 44-45).

Chez le sujet infecté par le VIH/SIDA, chez la femme en grossesse et séropositive en particulier, il y a une souffrance ou une atteinte sévère de son narcissisme. L'infection VIH/SIDA « chez la majorité des personnes envahi le Je » (Pommier, 1996, p. 22). C'est le corps

qui est touché, c'est l'estime de soi, l' « image du moi-corps » (Maïdi, 2012) qui va être affectée. L'idée de « blessure narcissique » est ici avérée et ce d'autant plus que, traumatisme et narcissisme sont liés comme le souligne justement Denis (2012).

Les participantes ont une infection qui se contamine par voie sexuelle, mais aussi de la mère à l'enfant. Nous n'omettons pas le risque de contamination du partenaire pour certaines. L'amour de soi est ici mis à rude épreuve, ce qui aura pour conséquence une hémorragie narcissique, d'où le souhait de mettre un terme à ses jours et à ceux du bébé. La mort comme refuge est une preuve chez les femmes que nous étudions, du retentissement et de la violence de ce diagnostic. Mais, en réalité, de notre point de vue, ce n'est ni elles-mêmes, ni leurs fœtus qu'elles souhaitent supprimer. Elles veulent avant tout fuir ce qu'elles vivent sur le moment. L'idée de la mort par suicide apparaît alors comme une tentative, une recherche de solution immédiate pour s'abriter de la souffrance. Exactement comme un homme après un échec fuit et part se cacher pour ne pas vivre l'humiliation. Le point de vue lacanien sur le passage à l'acte est très édifiant. Il apporte à l'analyse qui précède, plus de pertinence. Pour Lacan (1962-1963),

> « Le passage à l'acte est du côté du sujet en tant que celui-ci apparaît effacé au maximum par la barre $. Le moment du passage à l'acte est le moment du plus grand embarras du sujet […]. Il se précipite et bascule hors de la scène. Ceci est la structure même du passage à l'acte […] Le sujet va dans la direction de s'évader de la scène » (Lacan, 1962-1963, p. 135).

La mort évoquée par les participantes rencontrées n'est donc pas une volonté de se supprimer, mais plutôt, celle de « s'évader de la scène », cette scène qu'elles ne parviennent pas à se représenter et à donner du sens. Partir ici, c'est allé ailleurs. Nous allons voir comment la femme va construire un autre ailleurs qui n'a rien à voir avec la mort. C'est le choix que Nata, Annie, Annick et Sylvie ont fait.

Il y a chez les participantes, une désexualisation de leur corps et partant ce qui s'y trouve et s'y développe, le fœtus. Le VIH impacte sur la sexualité du sujet infecté de manière générale. Le rapport au corps de soi et au corps en soi peut à partir de ce moment connaître un profond désinvestissement. Dans le domaine sexuel au sens premier du terme, des études font allusion de troubles à caractère sexuel chez les PVVIH (Yeni, 2006). Ces troubles sont dus à une baisse de la libido (Fener, 2011) et comme le souligne Ronsenblum (2011), le sida est « l'union de la mort et de la sexualité ». Le corps de la personne séropositive est souvent considéré par cette dernière comme un corps qui n'a plus droit au plaisir. L'annonce de la séropositivité entraîne ainsi une baisse de l'activité libidinale chez les séropositifs de manière générale et c'est bien ce que nous notons chez nos participantes.

Tout ce que nous sommes en train d'énoncer n'est pas sans intérêt. Nous avons vu plus haut que, la femme en grossesse vit avec le fœtus de manière fusionnelle. Les travaux (Cf : Chapitre Dimension psychique de la parentalité) montrent que la femme pendant sa grossesse, particulièrement lors du premier et du second trimestre, ne se différencie pas de l'enfant qu'elle porte. C'est vers la fin de la grossesse que la séparation s'amorce pour être effective après l'accouchement. Les travaux, et précisément les concepts de *maternalité* (Racamier, 1961), *la préoccupation maternelle primaire* (Winnicott, 1956), et *transparence psychique* (Bydlowski, 1998) ont montré que la femme au cours de sa grossesse investit tellement son enfant que l'entourage ne compte quasiment plus. La grossesse est un moment de plénitude, d'unicité avec le corps en gestation, c'est une phase narcissique marquée par cette symbiose et l'investissement de l'enfant à naître. Dans le cas de nos participantes, nous voyons l'intervention de ce qui ressemble à la déliaison, rupture, désinvestissement de l'objet, conséquence de l'annonce du VIH.

Dans la première théorie Freudienne (1915b), la pulsion est au service du moi, sa conservation, celle de son narcissisme. Les pulsions sexuelles auxquelles il oppose les pulsions d'autoconservation permettent la relation, voire, l'attrait vers l'autre. Ce premier modèle qui sera complété quasiment dix ans plus tard montre déjà l'importance de la pulsion pour l'épanouissement du moi en tant que sujet destiné aux relations avec le monde qui l'entoure. La seconde théorie de la pulsion présente deux tendances pulsionnelles, à savoir, la pulsion de vie et la pulsion de mort (Freud, 1920). Il est question de deux données importantes régissant et rythmant la vie psychique. Qu'il nous soit permis de nous répéter une énième fois, l'annonce du VIH est traumatisante. Sylvie, Annick, Nata et Annie ont exprimé des idées de mort (suicide, avortement), il s'agit bien de l'expression d'une pulsion de mort, donc de déliaison ; la fin de l'illusion d'immortalité, la peur d'une mort imminente.

Il y a ici un basculement, les pulsions de vie censées nourrir ou confortées la mère narcissiquement cèdent leur place aux pulsions de mort. Le moi ne pouvant plus se conserver, la destruction devient l'alternative immédiate et probante (''évasion de la scène''). Les mots de F. Pommier sont intéressants et illustrent bien ce que nous sommes en train d'expliquer. Pour lui, la force de vivre tient à : « La capacité de lier la pulsion à une représentation […] Lorsqu'aucune image ne soutient l'énergie libidinale, on est dans le registre de la déliaison » (Pommier, 1996, p. 15).

L'annonce du VIH va entraîner une hémorragie narcissique qui va rendre l'érotisation de la grossesse difficile. Il devient alors, sur le coup, compliqué pour Annie, Sylvie, Nata et Annick, de poursuivre leur processus de parentalité. La libido, éros, cette « essence vitale […] qui nous

anime », (Harrus-Rividi préface *Pulsions et destins de pulsions*, 2012), cette « énergie active et à visée d'attraction » (Dolto1990, p. 14) vers l'objet semble se figer. Dans ce dessein, le plaisir laisse sa place au déplaisir.

Ce qui précède pourrait bien nous laisser dubitatif sur la capacité de la femme enceinte et séropositive à poursuivre sa grossesse en investissant son enfant, en le portant psychiquement et en voyageant avec lui dans cette aventure exceptionnelle qui est la maternité. On se pose et/ou se repose alors cette question : comment la femme enceinte et séropositive qui a découvert sa séropositivité au cours de la grossesse fait-elle pour poursuivre son processus de parentalité ?

Nous allons voir comment les participantes de manière générale et Annie, Sylvie, Nata et Annick en particulier vont s'organiser pour tenter d'apaiser l'angoisse et la détresse qu'elles vivent, ce qui nous montrera comment à travers des mécanismes particuliers, elles investissent leur fœtus et vivent la présence de cet en soi désormais à soi malgré soi et contre soi. Aulagnier (1975) souligne avec justesse que :

> « Tout acte de représentation est coextensif d'un acte d'investissement, et tout acte d'investissement est mû par la tendance propre à la psyché de préserver ou de retrouver un éprouvé de plaisir » (1975, p.31).

Le sujet humain placé sur le segment dont les extrémités peuvent être considérées comme le plaisir et le déplaisir est généralement porté vers le plaisir. Alors que l'annonce du VIH vient faire effraction dans l'appareil psychique mettant à mal ses défenses, **le moi va se mettre au travail pour faire face à l'indésirable VIH. Ainsi, il y aura ce que A. Freud appelle «la révolte du Moi contre des représentations et affects pénibles ou insupportables». Précisons que « […] Tout acte défensif a pour objet d'assurer la sécurité du moi et d'éviter le déplaisir » (A. Freud, 1946, p.41et 65).**

7.2 Anticipation et imagination du bébé

La littérature sur la parentalité montre que la femme au cours de sa grossesse s'imagine son enfant et l'anticipe. Chez la femme qui apprend sa séropositivité au cours de sa grossesse au CTA du CHUL, nous notons des éléments qui nous amènent à penser qu'elle anticipe son fœtus. Annie, Annick, Nata et Sylvie se représentent l'enfant qu'elles attendent, elles l'imaginent, rêvent de lui, communiquent avec lui comme nous l'avons montré dans la présentation des résultats de chacune de ces participantes. Le bébé imaginé est une réalité chez la femme en grossesse et séropositive et ce, même quand elle apprend sa séropositivité au début de sa

grossesse. Nous avons bien ici une « nidation psychique » comme décrit par Missonnier (2004). La femme enceinte et séropositive porte bien son enfant psychiquement et entreprend avec lui un voyage fantasmatique.

En effet, comme nous l'avons montré plus haut et ainsi que le rappelle Bayle (2005),

> « L'être humain conçu ne s'implante pas seulement, il se nidifie aussi dans le psychisme de la mère, provoquant les remaniements [...] qui témoignent de « la greffe psychique » de l'être humain conçu dans la psyché maternelle. Ainsi, parallèlement à la nidation biologique, l'être humain conçu effectue sa nidation psychique » (Bayle, 2005 p.332).

On voit ce port psychique à travers les rêves des participantes que nous avons rencontrées ; leurs fantasmes à l'égard de leurs enfants et le discours qui est construit autour de ces derniers.

Ici, nous rejoignons Cupa et *al* (1992) qui évoquent le bébé imaginé comme une construction : « bébé construit » (p. 49) ; avec cette possibilité de superposition et d'opposition du bébé réel et du bébé imaginaire. Cette idée de construction trouve toute sa pertinence et son importance dans notre travail au regard de l'activité fantasmatique dont font montre les participantes. En effet, les bébés des participantes sont bien le résultat d'une construction. La situation qui est la leur fait en sorte que cette dernière (construction) soit particulière[16]. Ce qu'il faut comprendre, c'est que ce travail de création est influencé ou déterminé par l'évènement VIH. Nous notons une opposition entre le bébé réelle (qui risque de naître avec le VIH) et le bébé imaginaire blanchi et lavé par le fantasme. L'idée d'une opposition et d'une superposition du bébé imaginaire et celui réel tel postulée par Cupa et *al* (1992) apparait chez Annie, Annie, Nata et Sylvie (Dessin du bébé et Cris et pleurs et Lester).

La femme en grossesse et séropositive, du fait du VIH qui menace son fœtus et elle-même, s'emploie à la création. Ainsi, si le VIH retentit en elle comme la mort en soi occasionnant la déliaison, nous trouvons que la pulsion de mort ou thanatos va aussi être un support important pour la reliaison à l'objet et pour le retour d'Eros. Comme l'écrivit un jour H. Heine :

> « C'est bien la maladie qui fut l'ultime fond
> de toute la poussée créatrice ;
> En créant je pouvais guérir,
> En créant je trouvai la santé » (Heine cité par Freud, 1914, p.91).

La femme enceinte après l'annonce du VIH et l'effet qu'elle suscite, réagit comme si elle voulait dompter la mort en soi et survivre à travers l'enfant qu'elle mettra au monde. Kaës (2000) citant les travaux de S. Freud sur la pulsion de mort avance que cette dernière vient lier ce

[16] L'idée de construction du bébé imaginaire rejoint la construction d'un ailleurs différent de la mort dont nous avons parlé plus haut.

qui a été délié par les processus de déliaison. Ainsi, parce que la mort menace le soi, ce dernier va lutter pour sa survie. C'est ce que nous avons dit plus haut en soulignant l'évocation de la mort, comme une solution de fuite et non un désir de cesser d'être.

L'image échographique est un bon moyen d'anticipation. C'est particulièrement le cas de Sylvie et Annie qui souhaitent faire des échographies assez régulièrement pour apaiser, semble-t-il, leurs angoisses. En effet, si à la base les échographies obstétricales ont pour but le dépistage des malformations, la surveillance de la croissance fœtale et la détection des anomalies, elles sont aussi des moyens concrets qui permettent aux parents d'anticiper (très souvent positivement) le bébé qui va naître pour s'assurer qu'il se porte bien (Gourand, 1998, 2014). Les femmes enceintes séropositives ont la même attente de l'échographie. C'est un moyen pour elle de se rassurer que l'enfant va bien. Mais toutes ne font pas cette appréciation. Chez Annick par exemple qui ne souhaite pas se soumettre à cet examen, l'échographie peut entraîner bien de problèmes sur l'anticipation de l'enfant. C'est bien le cas chez Annick qui, comme nous l'avons vu dans la présentation des résultats, a tendance à fuir tout ce qui peut l'amener à se représenter l'enfant.

S. Missonnier (1999, 2003, 2004) explique la double résonance de l'image échographique. Selon lui, elle peut être constructive ou organisatrice tout comme à l'inverse elle peut être délétère pour le processus de parentalité. L'échographie peut donc avoir des conséquences négatives chez le parent en devenir et ce, même quand on n'est pas séropositif. N'oublions pas aussi que nous sommes dans une société africaine ou le secret est d'importance. Or, l'échographie vient mettre à nu, ce qui est caché. On peut parler des fantasmes de profanation (Kohn-Feist, cité pat Missonnier, 2009) pour évoquer cette intrusion. Cela le serait davantage si l'enfant est fantasmé comme venant du divin. L'œil échographiste devenant un "mauvais œil" (Soulé et Soubieux, 2006) qui cherche à percer le mystère divin. « La peur du mauvais œil est une des superstitions les plus étrangement inquiétantes et la plus répandue » (Freud cité par Soulé et Soubieux, 2006, p. 114).

Le regard peut être dévoreur, envieux, méchant, doux, rassurant. Dans une situation de grossesse, la femme en cherchant à protéger son enfant peut voir le regard de l'échographiste comme un mauvais œil et le vivre très mal. Or, il peut bien se trouver comme ça semble être le cas chez Annick, qu'on veuille garder son enfant enveloppé dans une épaisse couche de mystère. Aller voir cet enfant peut susciter souffrance et surtout, annihiler ou accélérer le travail de fantasmatisation en cours. C'est ce qu'Annick chercherait à éviter. Elle dit attendre l'enfant que Dieu lui donnera, elle veut le voir après l'accouchement. L'enfant doit ainsi être préservé pour éviter que le travail du divin soit épié et perturbé.

Le dessin du bébé comme l' « entretien cri et pleur » montre de manière plus concrète, la capacité de ces femmes à anticiper leur bébé. On a par exemple vu comment Annie, Annick et Sylvie ont réagi aux cris et pleurs. Elles ont à chaque fois suggéré ce qui pouvait faire crier ou pleurer le bébé. Elles se montraient même promptes à prodiguer des soins au bébé. Tantôt c'est la couche qui était pleine, l'enfant avait faim, il était malade, il voulait dormir, il venait de se réveiller, il voulait être dans les bras etc. Nous avons noté une réelle capacité à identifier les besoins du bébé chez l'ensemble des participantes.

L'anticipation peut être élaboration, pensée, création pour pouvoir se représenter quelque chose qui à ce moment est dans le flou, ou difficile à percevoir. On parle ici de ce que Cupa appelle la*« représentation anticipatrice »* (Cupa, 2001, p.33). La femme enceinte se fait une représentation de son enfant et commence même à l'investir. La représentation anticipatrice montre cette capacité de la mère à porter son enfant psychiquement. Au cours de sa grossesse, « […]. La mère prend le risque de créer, de préinvestir le bébé imaginé » (Cupa et *al*, Ibid, p.49).

C'est ici une activité à laquelle la femme enceinte et séropositive que nous étudions ne déroge pas. Cette anticipation soulage et apaise. Annie et Sylvie nous ont dit la joie qu'elles ressentaient lorsque l'enfant bougeait dans leur ventre. Annie a même dit attendre ce moment avant de commencer ses activités journalières. Ainsi, le travail d'anticipation ou de création semble avoir une fonction de sécurité. Dans le cas d'Annick, ne pas trop s'y adonner est aussi une manière de rechercher cette sécurité. L'anticipation à partir de ce moment devient un mécanisme de défense « adaptatif » comme le décrit Vaillant (1992). Elle annule les affects désorganisant ou douloureux devant ce qui se présente comme dangers qu'ils soient réels ou imaginaires (Missonier, 2009). La femme séropositive en grossesse se trouve dans cette situation de danger du fait de la menace que constitue le VIH. L'anticipation permet de lutter contre l'angoisse, la peur de mourir et celle de contaminer l'enfant.

Les participantes se trouvent dans cette situation où il y a urgence de se conserver et préserver le fœtus. L'usage de ces deux verbes est particulièrement intéressant. Servons-nous d'un exemple pour bien présenter la situation. Mme Agathe met la viande dans le freezer pour conserver sa fraîcheur et préserver sa qualité. Dans cet exemple il y a un problème (le risque de putréfaction de la viande), une solution (la conservation au freezer) et la conséquence (la préservation), donc une consommation en toute sécurité au moment voulu. Le même principe se retrouve chez la femme enceinte et séropositive qui découvre sa sérologie au cours de la grossesse. Son moi fait face à une situation qui l'oblige à réagir. Annick fait exactement comme Mme Agathe, elle met au freezer son enfant pour le conserver en attendant qu'elle le rencontre le

jour de son accouchement. D'autres (Annie, Sophie, Nata) expriment le besoin de le voir et le sentir constamment pour le conserver et le penser en sécurité. L'abord de l'enfant imaginé par la femme enceinte et séropositive qui découvre sa séropositivité au cours de sa grossesse montre qu'il y a une autre manière de se conserver et de préserver l'enfant à naître. Exactement comme on peut mettre un conservateur dans une boîte de conserve. Mais il ne s'agit ici ni de produit, ni de matériel, mais de Dieu comme conservateur de la capacité à se représenter et à imaginer l'enfant. Il devient le préservateur de l'enfant à naître.

Avant d'aborder l'enfant imaginé par la femme enceinte et séropositive, car c'est ce dernier qui nous paraît être la clé de voûte de toute cette organisation fantasmatique, protectrice et défensive. Il est important de nous arrêter sur la manière dont le gabonais se représente le VIH/SIDA. La manière de se représenter la maladie en général et le VIH en particulier se révèle être un facteur important dans ce qui va être entrepris par la femme enceinte et séropositive comme travail de fantasmatisation. Qu'est-ce que le VIH pour elle ? Qu'est-ce qui est à l'origine de sa contamination ? Voici deux questions d'une grande importance. Nous allons voir dans ce qui va suivre, comment à partir de la manière dont la maladie est perçue et le sens qu'on lui donne, la femme va mettre en route un travail d'anticipation de l'objet interne.

7.3 La fonction alpha des Églises et de Dieu face au VIH : maladie sorcière

7.3.1 LE VIH au Gabon : maladie sorcière et punition divine

Les participantes à cette recherche nous donnent à voir la représentation de la maladie au Gabon. Celle-ci (la maladie) s'inscrit dans la conception africaine. Elle peut avoir une cause endogène (La maladie vient du corps) ou exogène (elle vient de l'extérieur) ; elle peut être naturelle ou surnaturelle (Mvone Ndong, 2008 ; Nkoghe, 2008). Si l'on peut penser qu'actuellement sous l'influence occidentale et surtout avec le contact et les prouesses reconnues de la médecine moderne, les croyances en la sorcellerie, en la magie et aux esprits ont diminué ; il y a lieu de rappeler chez l'africain sa propension à privilégier le côté surnaturel dans tout ce qui lui arrive[17]. En effet, comme le souligne Froelich (cité par Mulago, 1973), on peut parler chez l'africain d'un attachement, d'une « croyance inqualifiable à l'invisible ». Les femmes que nous avons rencontrées se disent victimes de sorcellerie, d'attaques sorcières et de persécution.

[17] L'exemple Evans-Pritchard (1937) est intéressant. Il y a une chute du grenier sur un homme qui se reposait sous ce dernier profitant de son ombre ; ce fait sous d'autres cieux est considéré comme un simple accident, mais chez les Azande, c'est la conséquence de la magie et de la sorcellerie. Cet exemple d'Evans -Pritchard montre qu'en Afrique, la sorcellerie et la magie sont les causes de tous les malheurs.

C'est surtout le cas de Sophie et de Nata qui, respectivement, appellent le VIH **« persécution »** et **« ça »,** une manière de bien l'assimiler à la sorcellerie. La sorcellerie fait très peur et effraie les africains en général et les gabonais en particulier. Qui appelle-t-on sorcier ?

> « [...] Le sorcier est habité ou possédé par une entité maléfique matérielle ou non, qui agit à distance, en dérobant l'énergie vitale, la force cosmique de ses victimes » (Alexandre (1968, p. 392).

C'est ce côté mystérieux et magique qui entretient et aggrave la peur des sorciers et de leurs pratiques. C'est cette force mystique (le vampire) dont il est doué qui fait du sorcier, un être qui fait peur et à qui on attribue systématiquement les malheurs d'un individu ou du groupe (Ngwa, 1995). On lui prête des pouvoirs qui lui permettraient de nuire, de détruire, d'agir sur le destin d'un individu (Metegue N'nah, 2006). La mort et la maladie sont difficilement acceptées par le sujet gabonais comme étant naturelle. Comme le dit Meteghe N'nah,

> « [...] C'est à cette croyance en un pouvoir mystérieux de certaines personnes vivantes qu'était et qu'est dû le fait que toute mort d'homme était et est toujours attribué à l'action du prochain » (Metegue Nn'ah, 2006, p. 45).

La maladie, la mort, l'échec sont donc causés par les sorciers. Le gabonais a donc une explication à ce qui lui est arrivé hier, ce qui lui arrive aujourd'hui et ce qui lui arrivera demain. Comme le dit Nkoghe (2008), « Du simple chant de hiboux au décès et crimes rituels, tout n'est que sorcellerie, et fait partie de la spéculation quotidienne de la vie » nous dit (Nkoghe, 2008, p.97).

Raponda Walker (1990) évoque le besoin des gabonais d'avoir les protections pour tout dans leur quotidien. Il rappelle qu'il y a des imonda (protections) pour se préserver des ''mauvais génies'' et autres maléfices, mais aussi, pour avoir la chance dans différentes entreprises. En Afrique, les amulettes sont des éléments protecteurs. La personne qui se sent en danger ou sous la menace d'esprit malveillant se protège. Ces dernières lui seront remises pour faire barrage à toute force invisible voulant le déstabiliser et il en aura pour chaque situation périlleuse ou menaçante (Raponda Walker, 1990). On n'est pas étonné de voir nos participantes attribuer leur infection à la sorcellerie. C'est ainsi pour les pathologies comme le VIH/SIDA qui n'a pas de remède en Afrique (Mvone Ndong, 2008). Le SIDA est considéré par les africains comme « une épidémie de sorcellerie » (Adam Ashforth, 2002, p.119). La sorcellerie est pour les participantes un moyen de se défaire de la culpabilité qui s'invite à leur maternité particulière. Nous sommes bel et bien là devant ce que M. Augé (1974) appelle le sorcier,

> « Bouc émissaire préposé à la libération des angoisses, à la canalisation des tensions, à la remise en ordre du consensus et du fonctionnement social. Il fait plus encore la bonne santé des sociétés […] » (Augé, 1974, p. 52).

La femme enceinte et séropositive s'en sert pour faire face à sa séropositivité et aux conséquences en lien avec celle-ci. Nata parle **« d'attaque sorcière »,** des personnes qui veulent **« manger son enfant mystiquement »** ; Sylvie évoque ces personnes qui **« pourraient ajouter »** le VIH **; « le démon »**. La sorcellerie est évoquée par plusieurs de nos participantes comme l'origine de leur problème de santé. La croyance en la sorcellerie est une terre très fertile pour la quête ou la sollicitation de l'intervention divine dont la conséquence directe sera la fréquentation des lieux de culte et de guérison traditionnelle. Les gabonais de toutes catégories socio-professionnelles (Cadres, intellectuels, pasteurs, prêtres et les religieux) croient en la sorcellerie et à la magie et consultent tradi-thérapeutes et Nganga pour se faire traiter, se protéger des forces maléfiques (Mvone, 2008).

Dans l'imaginaire gabonais, le SIDA n'est rien d'autre que du Mwiri, du Mbumba Iyanô, du Nzatsi ou fusil noctune et du Kôhng (Aleka Ilougou, 2012). Ces croyances se fondent spécialement sur la similarité symptomatique de ces maladies avec les signes cliniques du SIDA au stade final. Pour M. Etienne guérisseur Bwitiste :

> « […] Le Mwiri quand il attrape quelqu'un il a plusieurs manières. La manière que les gens connaissent beaucoup c'est lorsque le ventre se gonfle. Mais il y a aussi les diarrhées violentes qui commencent généralement au coucher du soleil. Il y a aussi les fièvres comme celle que l'on a souvent quand on a le palu. […] Il y a aussi le corps qui maigrit a un tel point que tu as la peau sur les os et tu n'arrives pas à marcher. Il y a aussi des personnes qui passent leur temps à tousser jusqu'à cracher du sang. C'est le mwiri qui met de l'eau dans les poumons ou qui déchire les poumons avec ses griffes. Tu vois que ce que je viens de te dire là ressemble beaucoup à la tuberculose. [...] Ce que les gens appellent le Sida c'est souvent le Mwiri […] » (Etienne cité par Aleka Ilougou, 2012, Internet).

Les participantes à cette recherche et en particulier Nata et Sylvie pensent comme plusieurs personnes au Gabon que leur maladie n'est pas naturelle. Les propos de Mme Janette technicienne de surface interviewée par Aleka Ilougou ne peuvent pas être plus clairs :

> « Les gens parlent que c'est Onyambé (fantômes) ou Onômé Yoguéra (homme de nuit). Non, c'est le Mbumba Iyanô mon fils ! dit-elle à l'enquêteur. Quand c'est comme ça il faut arranger le génie. Il arrive même que lorsque le génie est beaucoup fâché, il peut faire sortir les abcès, les gros boutons, ou les taches comme la dartre sur le corps. Il peut même te faire maigrir. Il ne faut pas que les gens te regardent. Personne ne doit te vouloir [personne ne doit te désirer]. [...] Ça ressemble au Sida, mais ce n'est pas le Sida. Parfois les gens pensent que c'est le Sida alors que c'est le Mbumba qui embête la personne. Il

> peut même faire en sorte que les machines du blanc montrent que tu as le Sida pour que les gens fuient à côté de toi. Parce qu'il veut rester seul. Comme ça là, il faut se faire initier au Mbumba pour que ton génie soit arrangé […] » (Citée par Aleka Ilogou, Op. cit).

Le VIH/SIDA est représenté comme une faute, une punition divine, « la sanction immédiate, mécanique d'une infraction » (Héritier-Augé, 1992, p. 150).

7.3.2 Les Églises et la « fonction alpha »

Si le désenvoûtement, la guérison des maladies surnaturelles et de la protection contre la sorcellerie étaient du ressort des thérapeutes traditionnels dans le temps, aujourd'hui avec la prolifération des Églises au Gabon, pasteurs et prêtres pratiquent une médecine dite religieuse et les Églises sont devenues des « cliniques spirituelles » (Mve, 2007). Il y a en effet une sorte de détachement des populations de leurs rites et croyances ancestrales pour un attachement aux Églises et à Jésus-Christ. Et certains pratiquants des religions traditionnelles se comportent comme s'ils avaient honte ou peur d'être jugé. C'est exactement l'impression qu'Annie et Nata initiées respectivement au Mbumba et au Bwiti nous ont donnée. Elles avaient de la peine à assumer leur appartenance à ses religions traditionnelles et montraient un attachement et une foi plus forte aux Églises.

Au Gabon, L'Église est à considérer comme rentrant dans le circuit thérapeutique. Les personnes souffrant de pathologies graves et mystiques y vont avec l'espoir d'un miracle. On peut dire que ces Églises dites pentecôtistes constituent aujourd'hui pour plusieurs personnes au Gabon, une sérieuse alternative de soin et ce, pour plusieurs pathologies : troubles mentaux, VIH, cancer, etc. (Bidaye, 2004 ; Mve, 2007 ; Ditengou, 2004 ; Dope Koumou, 2006 ; Mvone Ndong, 2008 ; Mboussou, 2009). Le jeûne, la prière, la délivrance, « la profession de foi anti-sorcière » comme l'appelle J. Tonda (2000, p. 50) sont autant de voies de guérison et généralement de miracle mis en exergue par les pasteurs et prophètes.

Le matériel des participantes à ce travail de recherche met en avant la foi en Dieu et partant la fréquentation des Églises. Annick par exemple nous a confié être croyante protestante comme le reste de la famille. **« La croyance m'apporte la bénédiction, ça m'aide et ça me donne des forces, Dieu pardonne à tout le monde. Vous savez, quand vous vivez comme moi, vous sentez l'importance de Dieu et vous le sentez agir [...] ».** Le Dieu évoqué par Annick ici est un Dieu aimant, un Dieu qui pardonne et, compte tenu de sa situation, on peut

même dire que ce Dieu tellement bon lui donne un enfant malgré sa séropositivité. Dans une même phrase, Annick parle de bénédiction et de l'action divine par rapport à sa situation.

Nous avons montré qu'au Gabon l'enfant est un don divin (Chapitre 3), une bénédiction en l'illustrant avec les mythes de la création et avec les contes, les chansons, les poèmes et les romans. Si Annick ne le dit pas de manière explicite, nous pensons que, ce qui est bénédiction ici est l'enfant (ça rejoint les prénoms de bénédiction, victoire et *Blessing* données par d'autres participantes). Il vient dans un contexte de séropositivité, donc de la maladie considérée comme l'œuvre de la malédiction, de la persécution comme elle l'affirme elle-même.

Prenons à présent le cas d'Annie. Elle comme son conjoint ingénieur en formation ne croit pas en son infection. Annie croit beaucoup plus à une erreur. **« C'est une erreur »,** dit-elle, encouragée par son conjoint qui lui demande à chaque fois de repartir faire le test de dépistage. **« Tu n'es pas malade, retourne encore faire les examens [...] peut-être ils se sont trompés avec toi ».** Ici nous voyons comment Annie, convertie au catholicisme depuis 5 ans et initiée au rite Mbumba, refuse ou peine à croire à une infection alors que par ailleurs, elle a été bénie, choisie pour porter un enfant : le don et/ou la bénédiction divine. Dans la pensée d'Annie, il y a une incompréhension qui s'affirme comme un paradoxe. Porter la vie qui vient de Dieu et avoir le VIH ! Comment est-ce possible ? Celui qui donne et fait porter la vie peut-il permettre que le VIH menace ce corps-don-de lui-même en gestation ?

Chez Sylvie, il est difficile de penser que les persécutions dont elle parle de manière frénétique ne concernent pas son infection au VIH. Elle le dit d'ailleurs de manière suffisamment claire quand nous lui demandons comment elle pense avoir été contaminée : **« Là je ne sais pas, je ne sais rien [...] ».** Après elle poursuit, **« J'ai écopé ça quelque part ou bien c'est aussi un mauvais sort parce que dans ma famille, on m'avait d'abord lancé un mauvais sort** ». Elle vient de situer l'origine de son infection, mais elle ne s'arrête pas là, elle prend exemple sur sa grande sœur décédée du SIDA il y a quelques années (son compagnon n'était pas infecté). **« Elle est partie avec tout son corps »,** dit-elle. C'est-à-dire que rien ne montrait qu'elle était infectée, car elle n'avait pas maigri et elle donnait l'impression d'être en bonne santé. Elle lâche enfin le mot : **« [...] C'était un SIDA jeté (mystique) [...]».**

Le décès de cette sœur aînée semble susciter chez elle une forte souffrance. Dans cette seule réponse, on observe trois silences. Un nous interpelle particulièrement, **« [...] Quand elle est morte, ce n'était pas (Silence) [...] »**. Elle ne terminera pas cette phrase. En suivant le fil de l'entretien et en nous appuyant sur ce qu'elle avait déjà dit jusque-là, on peut voir l'expression du doute que sa sœur soit morte d'une maladie naturelle. Sylvie considère le VIH comme **« un phénomène et un démon »**. Les propos qui vont suivre sont éloquents : **« [...] Tu as déjà vu un**

microbe petit comme ça résistant ? Quelle est cette maladie inguérissable, même le palu (paludisme) se soigne ». Elle ajoute par la suite, pour conforter la thèse d'une malédiction ou celle d'une attaque sorcière, qu' **« Il n'y a que Dieu qui connaît ce que c'est »**. Sylvie ne partage d'ailleurs le secret de sa grossesse qu'avec son conjoint, car elle craint que les personnes à l'origine de son mal ne reviennent à la charge. **« [...] Je ne veux pas. Parce qu'ils pourront ajouter d'une autre manière** ».

Nata comme Sylvie est catégorique, ce sont les gens qui sont après elle et son bébé. Elle est victime d'attaques sorcières. Elle précise qu'il n'y a qu'à l'Église où elle se sent bien. **« En fait notre famille a trop d'histoires - la sorcellerie - Même le fait d'être en bonne santé dérange. La première maladie, c'était eux, là encore je sais que ce sont eux, le pasteur me l'a confirmé. C'était d'abord moi, maintenant ils veulent le bébé. Et ça vient des deux côtés […] chez ma mère et mon père - un sorcier ne rentre pas dans une famille sans l'autorisation. Il faut qu'un parent lui ouvre la porte, sans ça, il ne peut pas ».**

Le VIH/SIDA est ici considéré comme une infection qui a à voir avec le démon, avec le diable, la sorcellerie. À partir du moment où on en est infecté, il faut s'adresser à Dieu, car si **« Le démon œuvre par les liens du sang ; Dieu les rompt »** (Meyer cité par Tonda, 2007, p. 165). La ruée des participantes à notre recherche vers les Églises trouve son mobile. Le SIDA étant présenté comme une punition de Dieu qui mérite repentance et pénitence ou une maladie sorcière, Dieu est la clé de la guérison. D'ailleurs en Afrique Pasteurs et prophètes affirment soigner le VIH/SIDA. Au Congo, rapporte Tonda (1998, Cité par Francello, 2007), les pasteurs disent guérir le VIH grâce aux plantes révélées par Dieu. Mais, le temps de l'usage des plantes semble révolu. Aujourd'hui, ils guérissent par la force de la délivrance et du miracle divin. Le VIH devient ainsi dans l'imaginaire chrétien et pentecôtiste, une maladie créée par Dieu et qui de ce fait pourrait être guérie par Dieu lui-même (Francello, Op. Cit).

L'Église et/ou Dieu occupe une place particulière chez la séropositive en grossesse. Ainsi dans la psyché maternelle de la femme enceinte et séropositive, nous notons une organisation, une réponse particulière face au VIH et la menace qu'il constitue. Chacune des participantes que nous présentons s'appuie sur le divin.

- Annie ne croit pas pouvoir être séropositive, car elle porte le don de Dieu ou l'enfant donné par Dieu.

- Annick insiste sur la bénédiction divine pour supporter ce qui l'affecte : cette bénédiction, c'est l'enfant.

- Sylvie qui parle d'attaque sorcière, de persécution, est dans ce cas aussi, c'est vers Dieu qu'il faudrait se tourner et d'ailleurs Dieu lui aurait déjà répondu en lui permettant d'être mère.

- Nata est persuadée que sa maladie est le fait de la sorcellerie, et elle n'a que Dieu pour protéger l'enfant et elle-même. C'est pour cette raison qu'elle aimerait élire domicile à l'Église.

Ces quatre participantes nous permettent de voir la place que prend la croyance et précisément Dieu chez la femme enceinte et séropositive. Dieu devient particulièrement investi. L'Église joue alors ici un rôle important et devient une source d'espoir, l'endroit qui peut apaiser l'angoisse : une sorte de forteresse. Les lieux de soins (médecine traditionnelle et religieuse) fréquentées par les PVVIH illustrent la place de la faute, celle de la transgression et de la recherche du pardon chez le sujet infecté par le VIH au Gabon. Mve (2007) explique que les lieux de culte soignent tous les maux dont le VIH/SIDA. C'est ce que soutient Tonda (2002) dans son ouvrage au titre très évocateur : *La guérison divine en Afrique Centrale, Congo, Gabon*. L'auteur énonce que dans l'imaginaire africain et précisément congolais et gabonais, Dieu (des Églises pentecôtistes) est la solution, c'est lui qui guérit, soigne et vient à bout de n'importe quelle souffrance. Ce point de vue de Tonda est très intéressant, il met en relation les représentations du VIH et la recherche de la guérison.

Face aux persécutions, aux attaques et face à l'angoisse liée à leur contamination au VIH/SIDA, les femmes enceintes et séropositives recherchent un appui, ou, ce qui peut les contenir, les apaiser, les aider à vivre la situation qui est la leur. La situation est comparable à celle d'un nouveau-né qui a besoin d'un appareil psychique pour se développer. La mère ou la personne qui s'occupe de lui est celle qui va permettre à l'enfant de se construire. C'est elle qui apaise, calme l'enfant, elle reçoit les angoisses (primitives) du bébé et les transforme. La mère assure la « fonction alpha »[18] (Bion, cité par Roussillon, 2009). La situation de la femme enceinte et séropositive, fait en sorte que cette dernière soit aux prises avec l'angoisse de la mort. Devant la violence des représentations de cette infection et la peur y relative, la femme enceinte et séropositive a besoin de transmettre ses éprouvées, ses souffrances à une entité qui pourrait jouer le rôle de la mère ci-dessus décrit, c'est-à-dire : l'aider, la contenir, l'apaiser. Prendre ce qui ne trouve d'explication pour le rendre compréhensible. L'Église va jouer ici, la fonction

[18] Roussillon (2009) s'appuyant sur les travaux de Bion (1962 a, b ; 1970) explique que la fonction alpha assure la transformation des éléments bêta ou non pensables par l'enfant en éléments alpha, donc pensables, recevable. Il parle de fonction de désintoxication des projections du bébé grâce à « la rêverie interprétatrice » de la mère. La fonction contenante est ainsi d'abord du ressort de la mère. Avec le temps, et de manière progressive, l'enfant l'intériorise.

La femme en grossesse et séropositive procède ainsi. Le lieu de culte et/ou le pasteur transforme (ent) sa peur et son désespoir. La venue de l'enfant dans un contexte de séropositivité devient dans son esprit, une bénédiction, une volonté de Dieu. Le prêtre et le pasteur assurent la fonction de « rêverie interprétatrice ».

d'une enveloppe pour assurer la contenance et la transformation des affects qui mettent le moi en situation de détresse et de souffrance. C'est ce qui fait que Sylvie et Nata se sentent bien dans les Églises. C'est ce qui fait aussi que les thématiques religieuses inondent les discours de toutes les participantes que nous avons rencontrées.

L'Église joue ici le rôle d' « enveloppe psychique » (Ciccone, 2001). Il ne s'agit pas d'« un objet psychique, mais une « fonction » comme le dit l'auteur.

> « La fonction-enveloppe est une fonction de contenance, qui consiste à contenir et à transformer. La contenance est déjà une transformation, ou a un effet de transformation ». (Ciccone, 2001, p. 82).

Dieu devient celui à qui la femme enceinte et séropositive confie sa souffrance, sa peine, ses affects, ses émotions, ses peurs, ses angoisses, sa douleur psychique. L'Église est le lieu où la femme séropositive va se ressourcer en espérance. C'est un lieu promis à la paix de l'esprit, à l'amour et au miracle. Il y a chez les participantes à cette recherche, la quête d'un objet rassurant, structurant et contenant du fait de l'infection et de la grossesse. L'Église devient la Mère Église (la maison de Dieu) et assure la fonction de la mère pour son enfant (maternité).

La foi et la croyance excessive en Dieu que nous observons et que les médiatrices confirment apparaissent dans ce travail comme des symptômes qui viennent traduire une souffrance intérieure.

7.4 Le « divin-enfant-grigri » comme bébé imaginé et attendu

L'enfant imaginé par la femme enceinte et séropositive n'est pas n'importe lequel. La littérature nous a présenté plusieurs types de bébés qu'une femme peut imaginer : l'enfant imaginaire, bébé fantastique, bébé mythique, bébé narcissique, bébé construit (Cupa, 1992 ; Lebovici, 1994). Le bébé imaginé par la femme enceinte et séropositive présente des particularités. Il est celui que nous décrivons dans notre hypothèse générale : le « divin-enfant-grigri ». Cet enfant construit à partir de l'enfant comme don de Dieu, comme richesse et comme grigri (sauveur, narcissique) est centrale pour le devenir mère de la femme qui a reçu sa séropositivité au cours de sa grossesse ou en même temps que celle-ci.

7.4.1 L'attente du divin enfant : dessins, rêves

Dans la partie théorique, nous avons insisté sur le fait qu'en Afrique, l'enfant est considéré comme un don divin. Les récits et mythes ont même attribué la primauté du statut de parent à Dieu, ce qui nous a amenés à voir le désir d'enfant comme un désir venant de Dieu, une envie de faire comme lui grâce à l'accomplissement du miracle de la procréation.

> « Dans la perspective spirituelle où se place l'Africain, l'enfant ne peut être réduit à un être simple, il ne peut être expliqué par des influences biologiques ou des rapports du milieu, car il les transcende toujours. L'enfant est à la fois reflet, révélation et envoyé de l'autre monde. Il possède une dimension supplémentaire qui en fait une manifestation du sacré ». (Akare Biyoghe, 2010. p, 133).

Si chez les femmes en Afrique l'enfant est considéré comme un don divin, chez les femmes rencontrées dans le cadre de cette étude, l'enfant, ce «divinement puissant» (Erny, 1990, p. 71) est définitivement associé à Dieu et est investi de pouvoirs. Les femmes que nous étudions malgré leur séropositivité portent leurs enfants dans leurs têtes respectives. Elles auraient été choisies par Dieu, le très haut qui donne les enfants considérés au Gabon comme une importante richesse et, ce qui permet de supporter les difficultés, d'espérer revenir à la vie, de vivre même quand on ne sera plus là (Chapitre 3).

La femme enceinte et séropositive va alors construire un fantasme autour de sa maternité portant sur l'enfant qu'elle attend : « le divin-enfant-grigri ». Comme le dit Ben Soussan,

> « Le bébé imaginaire est tout sauf un bébé ! Il n'est qu'un objet de notre imagination, de nos fantasmes, qui trône à jamais dans le petit musé de nos désirs infantiles et s'assure au tableau des merveilles de notre narcissisme, une des toutes premières places » (Ben Soussan, 1999, p.29).

Le matériel des participantes et les données issues des entretiens avec les médiatrices, montrent que, les femmes enceintes et séropositives portent chacune son enfant psychiquement. « Le désir inconscient maternel ne se satisfait complètement d'aucun enfant vivant. Tout enfant vivant connote un enfant mort au désir de sa mère » (Bydlowski, 1989, p.60). Même les femmes déjà mères désirent l'enfant qu'elles attendent.

L'enfant qu'elles dessinent n'est pas celui qu'elles portent ou attendent. Toutes nous disent qu'elles ne sont pas en mesure de dessiner l'enfant imaginé comme elles se le représentent. Elles tiennent à le faire savoir, car, il (enfant) ne peut être le résultat de quelques coups de crayons. Certaines ont catégoriquement refusé de s'adonner à cet exercice (à l'exemple de Nata). Annie qui s'est beaucoup appliquée et qui a réalisé l'un des plus beaux dessins a exprimé le

même sentiment en nous signifiant que le bébé qu'elle venait de dessiner n'était pas comme elle l'imagine. Pourtant, on l'a dit plus haut, et on revoit encore son expression faciale au moment de réaliser ledit dessin, elle n'a oublié aucun détail exprimant même le regret de ne pas avoir les crayons de couleur.

Sylvie a fait un dessin avec lequel elle a tout de suite pris ses distances. Annick qui nous a dit que c'est difficile de se représenter un enfant qu'on n'a pas encore vu, a tout de même dessiné une fillette d'apparence joviale. Les exemples que nous venons de citer montrent que la femme enceinte et séropositive ne veut pas prendre le risque de dessiner le bébé qu'elle attend. Elle ne peut pas dessiner ce bébé qu'elle idéalise et qu'elle veut sans anomalie et sans VIH (Elles sont d'ailleurs nombreuses à avoir dessiné le bébé). Le mieux est de laisser faire celui qui les façonne et attendre comme le fait Annick. Il y a aussi un décalage entre le bébé dessiné et l'interprétation qui en est faite. On a juste l'impression que les participantes n'interprètent pas le bébé dessiné, mais celui qui trône dans leur imaginaire ou celui qui viendra de Dieu.

Les rêves constituent d'autres éléments qui convergent vers la construction du « divin-enfant-grigri ».

Sylvie et Annick disent rêver de leurs enfants éloignés et séparés d'elles. Elles ne les portent quasiment jamais, on leur montre à distance que voici vos bébés. Tout se passe ici comme si l'enfant n'était pas dans le ventre de la mère, c'est comme si l'enfant était ailleurs, comme s'il venait d'autre part. L'impression qu'elles donnent est celle d'un refus de porter un bébé qui risque l'infection. En d'autres termes, le bébé qui est dans le ventre n'est pas celui attendu. Elles attendent un enfant qui viendrait de Dieu.

Par le rêve, dit Freud (1916a), le sujet humain cherche à accéder au désir. Certains désirs qui ne peuvent trouver satisfaction parce qu'interdits, donc censurés, vont tout mettre en œuvre pendant le sommeil pour échapper au surmoi. Ils espèrent ainsi déjouer l'activité de censure qui réprime et refuse leur expression et satisfaction. Ce qui va alors se passer, c'est la déformation des rêves pour parvenir à accéder au plaisir. Le désir par le phénomène de la déformation peut connaître la satisfaction en évitant ainsi la culpabilité. Nous voyons chez Annick et Sylvie, une déformation du désir pour oser voir ce bébé et le considérer comme le leur. Expliqué de cette façon, ça ne paraît pas très clair. Servons-nous d'un exemple concret. Sylvie est dans une attitude défensive particulière, elle ne veut ni faire d'échographie ni imaginer son bébé. Elle se repose sur Dieu et attend son miracle. Dans les rêves qu'elle nous rapporte, l'enfant est à distance, on le lui montre comme si ce n'était pas le sien. Il y a ici, une transformation du désir d'Annick de voir et imaginer son enfant qu'elle réprime quand elle est éveillée. Pour tolérer la vue et la représentation de son enfant à naître, le travail de transformation s'effectue pour échapper au censeur et éviter la culpabilité. Elle peut ainsi voir, regarder et approcher son enfant même si elle

ne le touche pas.

À l'inverse chez Nata qu'on montre avec son enfant, elle rêve qu'on veut le lui prendre, elle est même agressée et attaquée. **« Ils me disent, on veut seulement l'enfant, on ne discute pas avec toi»**. Les attaques que Nata décrit dans ses rêves ne sont-elles pas en réalité que l'expression de la culpabilité. Nata a peur de transmettre le VIH à l'enfant et nous voyons cet état de détresse dans ses rêves. Eveillée elle parvient à se défendre en s'appuyant sur Dieu et l'enfant qui vient de lui. En revanche dans le sommeil, la situation se complique. La culpabilité parvient à rentrer en scène. Elle crée des personnages qui viennent la persécuter reprenant sa préoccupation, à savoir, fait-elle bien « **de faire cet enfant »** nous ajoutons dans cet état ? Ne va-t-elle pas le contaminer ? Tout se passe en réalité dans sa psyché, les questions et préoccupations qui la hantent échappent à la censure une fois la nuit tombée et parviennent à s'exprimer.

Le rêve met en lumière les peurs des participantes comme cela est le cas chez Nata. Mais pas seulement, il leur vient aussi en aide pour assouvir certains de leurs désirs que leur surmoi ne tolère pas. Annie rêve en train d'allaiter son enfant, or sa préoccupation est justement de savoir si elle pourra le faire au regard du risque de contamination réel qu'une telle décision représente. Par ailleurs, nous voyons Annick, Annick, Nata et Sylvie formuler le souhait que les enfants ressemblent surtout à leur père. Annie dira même que l'enfant peut aussi venir sans nécessairement ressembler à quelqu'un. N'y a-t-il pas dans cette attitude un souhait que les enfants ne prennent pas de leur sang infecté ? Leur séropositivité les amène à préférer que l'enfant ressemble au père (biologique) ou qu'il ressemble à Dieu le Père, l'éternel, celui qui ne peut souffrir, ni tomber malade.

7.4.2 Les prénoms comme désignation du « divin-enfant-grigri »

Les prénoms et les surnoms sont encore plus intéressants à examiner. Les prénoms donnent à voir les fantasmes des parents de l'enfant. Bydlowski (2005) les considère comme l'expression des souvenirs des parents et d'associations d'idées, de mots, de noms. Le nom ou le prénom qu'on donne à un enfant n'est pas sans signification et sans volonté ou souhait sous-jacent. Il a un sens et est porteur d'un message. Freud en son temps avait souligné l'importance du nom. Pour lui, « Le nom constitue une partie essentielle de la personnalité […] et possède toute sa signification concrète » (Freud cité par Bydlowski, 2005, p. 71). Nom et prénom sont ainsi porteurs de sens. Il ne s'agit pas d'une fantaisie. Avec l'influence religieuse chrétienne et musulmane, le prénom tend à prendre plus d'importance que le nom. Le nom marque l'identité et le prénom apporte un message.

On peut s'appuyer sur Erny,

> « L'enfant vient au monde avec son nom. Il ne s'agit pas d'inventer une appellation ou d'opter en fonction de simples critères de convenance, mais de découvrir, de déceler, de détecter la seule dénomination juste capable de définir l'être même de l'enfant en fonctions des signes d'appartenance. Il ne s'agit pas tellement de conférer de manière active une identité à l'enfant, mais plutôt de procéder à une identification, à une interprétation des signes qui permettent à l'entourage, en lui donnant tel nom, de déclarer *qui il est,* donc de le reconnaître en le mettant en rapport avec une personnalité déjà connue, ou le laisser dévoiler sa propre identité » (Erny, 1988, p. 142).

C'est le cas pour les prénoms des participantes à ce travail de recherche. Le prénom est véritablement l'occasion d'une expression des désirs des parents ou leurs attentes pour celui qui arrive ou qui vient de naître. Mais c'est aussi un soubassement, la projection de l'identité, la personnalité souhaitée pour son enfant. Les propos de J-P. Bauer sont très édifiants sur ce point. Pour lui,

> « Le prénom est considéré comme un élément fondamental de l'identité, articulant l'histoire collective, familiale, individuelle à l'histoire singulière d'un sujet, voire à sa destinée » (Bauer, 1987, p.79).

Les prénoms portés par les bébés à naître des participantes de cette recherche sont chargés de sens et de symbole. La plupart du temps, ils ont un lien direct avec Dieu, ses anges ou tout ce qui est bénédiction. Annie, Annick, Sylvie et Nata s'inscrivent tout à fait dans ce que nous venons de décrire. Sylvie par exemple a décidé d'appeler son enfant Michel Ange l'Archange. Qui est ce Michel Ange l'Archange ? Nous allons vite comprendre que le choix de ce prénom n'est ni anodin, ni hasardeux.

Saint Michel est considéré dans la Bible comme le Prince des Archanges, c'est le prince de tous les bons anges, le chef des forces du ciel, des armées célestes, le champion du bien et de la justice, le missionnaire par excellence de son souverain Dieu. C'est lui que Dieu a envoyé pour retenir la main d'Abraham qui s'apprêtait à donner son fils en holocauste comme le lui avait demandé Dieu pour éprouver sa foi envers lui ; c'est lui aussi que Dieu envoie pendant la guerre des cent ans pour ordonner à Jeanne d'Arc de libérer la France de l'occupation anglaise. Il serait aussi intervenu lors d'une épidémie de peste à Rome pour protéger les malades. Guerrier au service de Dieu, il combat les démons et triomphe sur eux. D'ailleurs le nom Michel signifie qui est comme Dieu. (Llerwellyn et casterman, 2004).

Dans la tradition judéo-chrétienne, ST Michel Archange est l'ange qui combat et triomphe sur le mal et le diable. Il est considéré comme un sauveur. Donner à son enfant le prénom St Michel l'archange n'est-ce pas souhaité à ce dernier d'avoir sa force, son caractère, sa

combativité. On peut aller plus loin, ne serait-ce pas pour cette femme une manière de voir en cet enfant la présence de St Michel, la présence de Dieu ? C'est ce qu'on est en droit de conclure puisque tout se joue ici dans son imaginaire et l'annonce de l'infection n'est pas de notre point de vue étranger à ce fantasme. Sylvie dans sa construction fantasmatique porte un enfant qui viendrait la sauver, la défendre, mais qui serait aussi suffisamment fort pour se défendre, se protéger, résister. Mais de quoi au juste ? Si Sylvie ne le dit pas, nous pouvons nous permettre de le faire à sa place. Il s'agirait de sa persécution, « le démon »: le VIH.

Nous voulons pour renchérir notre argumentation, citer le cas d'Estelle[19]. Quand nous lui avons demandé quel prénom son enfant portera, elle a répondu en disant que le père de l'enfant amateur du football allait certainement l'appeler Messi. Si Messi dont elle parle ici est le footballeur qui évolue au FC Barcelone, nous trouvons bien des similarités avec le Messie Jésus-Christ fils de Dieu mort et ressuscité selon les écrits bibliques. Il semble qu'à travers ce prénom, elle attribue à cet enfant un rôle messianique. D'ailleurs, nous nous devons d'éclairer nos lecteurs en leur donnant quelques informations concernant le footballeur Lionel Messi.

Messi est considéré comme l'un des meilleurs joueurs de football au monde et c'est ainsi depuis près d'une bonne décennie. En 2015, il remportait son cinquième ballon d'or, soit la plus importante distinction et récompense individuelle du football européen et mondial. Estelle se représente son enfant comme Messi le ''Dieu du football''.

Un autre pan de l'histoire de Lionel Messi est particulièrement intéressant à mettre en lumière dans ce travail. Né à Rosario en Argentine en 1987, le célèbre footballeur dont le génie s'exprimait déjà pendant son enfance a bien failli ne pas connaître le succès actuel. Une anomalie hormonale (hormone de croissance) lui fut détectée dans sa jeunesse, ce qui risqua de le priver de vivre sa passion et de réaliser son rêve d'être un jour un footballeur professionnel. Son destin et son succès sont liés au FC Barcelonne. Club de football qui finança son traitement. Une comparaison entre L. Messi et l'enfant attendu par Estellle est envisageable au regard des éléments que nous venons d'avancer. Il est bien possible qu'elle souhaite la même force et le même rayonnement à son enfant. L'enfant Messie ne se dissimule-t-il pas derrière Messi le footballeur ? Rien ne nous permet de penser le contraire[20].

Si Estelle utilise un langage quelque peu imagé, ce n'est pas le cas d'annick. Elle a été claire et directe. Elle souhaite appeler son enfant Christ **(« comme le Christ-Jésus »,** a-t-elle précisé un peu exacerbée suite à notre relance par la répétition du prénom Christ). Annick affirme là l'attente de l'enfant Messie elle aussi. Un enfant sauveur. Elle a d'ailleurs ajouté l' **« enfant de Marie (la Vierge Marie) »**. Il s'agirait ici d'un enfant à qui on prête ou souhaite

[19] Une femme rencontrée au cours de la recherche. Nous n'avons pas voulu nous passer de son exemple.
[20] Nous voulons préciser que le conjoint d'Estelle est un fan de football. Il est très documenté sur cette discipline sportive. L'allusion d'Estelle est donc pertinente.

les pouvoirs de Jésus-Christ.

Dans le christianisme, Jésus-Christ est considéré comme le sauveur du monde, le Messie comme nous l'avons déjà dit plus haut en évoquant le bébé Messie d'Estelle.

Lors de l'annonciation (qui est le moment au cours duquel l'ange Gabriel vint informer à Marie, épouse de Joseph qu'elle va mettre au monde le fils de Dieu) l'ange Gabriel dit à Marie (Luc1, 26-38). :

> « Sois sans crainte, Marie, car tu as trouvé grâce auprès de Dieu. Voici que tu vas concevoir et enfanter un fils ; tu lui donneras le nom de Jésus. Il sera grand, il sera appelé Fils du Très Haut ; le Seigneur Dieu lui donnera le trône de David son père ; il régnera pour toujours sur la maison de Jacob, et son règne n'aura pas de fin »
> Marie dit à l'ange :
> « Comment cela va-t-il se faire, puisque je suis vierge ? » Suite à la réaction de Marie qui ne comprenait pas comment cela pouvait être possible vu qu'elle était encore vierge l'ange poursuivit : « L'Esprit Saint viendra sur toi, et la puissance du Très Haut te prendra sous son ombre ; C'est pourquoi celui qui va naître sera appelé Fils de Dieu »

Le fils porté par Marie est le fils de Dieu, il est Dieu, car il est dit dans la *Bible* que Dieu s'est fait homme, il a pris la condition humaine en venant sur terre pour sauver les hommes. Exactement comme les esprits des disparus reviennent à la vie grâce à la réincarnation. L'Église Catholique Apostolique et Romaine utilise le même terme (réincarnation) pour désigner ce mystère du ''Verbe qui se fait chair'' (Jean 1,14) pour le salut des hommes, pour les délivrer et les sauver.

Annick veut donner le prénom Christ à son enfant. En cela et eu égard au contexte dans lequel cet enfant arrive, elle s'identifie à Marie. En effet, comme la mère de Jésus, elle aussi attendrait un enfant de Dieu. Ainsi, malgré le statut de séropositive, celui à qui rien n'est impossible et qui donne la bénédiction pourra opérer le miracle. La maternité d'Annick est ainsi considérée comme miraculeuse de son point de vue. Ne perdons pas de vue que c'est la bonté et la pureté de Marie qui ont amené Dieu à la choisir pour être la mère de son fils Jésus. Marie montera d'ailleurs aux cieux le jour de l'Assomption pour avoir donné naissance au fils de Dieu[21]. La maternité devient ici ce qui élève et donne à la femme une dimension divine et Annick comme Sylvie, Nata et Annie conçoivent leur maternité comme telle. Nous nous devons de souligner un rapprochement entre la maternité de Marie et celle de nos participantes. En effet, **la maternité de Marie** ne s'est pas passée sans heurt. Hérode ayant appris qu'un roi allait naître, en colère après les mages qui ne revinrent lui dire où se trouvait le bébé Jésus comme convenu lors de leur passage pour qu'il aille lui aussi l' ''honorer'' (en réalité le périr), il envoya son

[21] Selon la Bible, bien entendu.

armée tuer chaque nouveau-né pour sauvegarder et préserver son trône. L'enfant Jésus n'échappa à cet important massacre des innocents que parce qu'il était l'enfant de Dieu. Un ange révéla aux mages les véritables intentions d'Hérode et leur demanda de changer de chemin à leur retour. L'ange demanda aussitôt à Joseph de quitter Bethleem, de fuir avec Marie et Jésus en Égypte et d'y rester jusqu'à la mort d'Hérode (Matt : 2, 1-13). Joseph obtempéra ; Jésus le Fils de Dieu fut sauvé.

Comme l'enfant Jésus, les enfants des participantes ne pourront survivre (éviter la contamination, la maladie et la mort) que parce qu'ils viennent de Dieu. Aussi, accoucher d'un enfant sain alors qu'on est infecté relève (dans l'imaginaire des concernées) d'un miracle. Au-delà de ce que nous venons d'évoquer, il y a un autre parallèle entre les femmes enceintes séropositives et Marie. Les premières malgré leurs corps infectés attendent un enfant ; la dernière citée a été choisie par Dieu pour mettre au monde le divin-enfant étant vierge.

> « Le choix du prénom peut indiquer la loyauté à la famille ou à son milieu, où au contraire le désir de s'en éloigner. Il indique aussi le genre de personne que vous admirez et votre secret espoir que votre bébé leur ressemble. », disent Stern et Bruschweiler-Stern (1998, p. 42).

Les prénoms ci-dessus sont religieux, héroïques, voire mythiques (comme nous l'avons vu plus haut). Ils révèlent les peurs, les espoirs et les souhaits des femmes en grossesse et séropositives face au VIH qui menace leurs bébés et elles-mêmes. Lier l'enfant au destin brillant ou héroïque d'un Saint, un ange ou un sportif de très haut niveau, c'est dire à haute voix, ce que à voix basse, le moi maternel et représentant du bébé désire et appelle de toutes ses forces.

7.4.3 Maternité divine

Marie est le symbole de la maternité divine. La prière qui lui est dédiée est profonde. Les fidèles s'agenouillent à ses pieds pour la supplier.

« Je vous salue, Marie pleine de grâce ;
le Seigneur est avec vous.
Vous **êtes bénie entre toutes les femmes** et Jésus,
le fruit de vos entrailles, est béni.
Sainte Marie, Mère de Dieu,
priez pour nous pauvres pécheurs,
maintenant et à l'heure de notre mort ».

Loin d'être un simple personnage biblique, Marie est célébrée par certaines croyances et pratiques traditionnelles gabonaises. Elles lui vouent un véritable culte syncrétique.[22] C'est le cas du Bwiti Fang (Swiderski, 1970). Les images, les statuettes, les crucifix, les chapelets dans les temples de Bwiti ou autour des cous des adeptes en sont la meilleure illustration comme on peut le voir ci-dessous.



Photo 1 : Cérémonie Bwiti 1

Source : Les Capucins au Gabon http://gabon-ofmcap.com/wydarzenie_1/?lang=fr



Photo 2 : Cérémonie Bwiti 2

Source : Les Capucins au Gabon http://gabon-ofmcap.com/wydarzenie_1/?lang=fr

[22] NB : Le bwiti syncrétique est pratiquée par les fang. Le bwiti originel Mitsogo ne mélange pas christianisme et bwiti.

Sur les deux photos ci-dessus, on peut voir les chapelets autour des cous des femmes après/ou avant la cérémonie et pendant la cérémonie. Le monsieur sur la photo 2 porte aussi autour de son cou, un crucifix. Nous rappelons que dans la Religion Catholique, le chapelet comme le crucifix sont des objets de dévotion.

La prière ci-dessus adressée à Marie comme le chapelet dont se servent les catholiques pour prier Dieu en passant par elle (Marie) montrent la dimension divine de la femme mère. Cette prière récitée par plusieurs générations de chrétiens catholiques depuis des siècles donne à la femme mère, une dimension divine. La femme ou Marie est ainsi élevée, célébrée et priée pour avoir fait un enfant. En effet, si on parle de Jésus-Dieu, nous ne devons pas perdre de vue qu'il est un enfant (né d'une mère), et que, malgré ses attributs divins, il a grandi comme un homme ordinaire[23]. La femme-Marie est saluée, elle est considérée comme habitée par Dieu. Marie « mère de Dieu » est capable de prier et d'intercéder pour les hommes. Si elle est mère de Dieu, c'est qu'elle est elle-même une divinité. Marie est « bénie entre toutes les femmes [...] », c'est elle la choisie, l'élue au milieu de plusieurs autres pour porter l'enfant don-Dieu.

En effet, si Marie, l'Immaculée Conception, c'est-à-dire celle qui a conçu étant vierge et par la force du Saint-Esprit est considérée comme une Sainte, nous trouvons la même dimension de piété, de divination et sa sacralisation de la femme au Gabon lorsqu'elle a fait des enfants. Le lien avec les divinités et les ancêtres est maintenu et entretenu par des cérémonies rituelles et très souvent, la femme est celle qui rend cette relation possible à partir d'objets servant d'intermédiaires privilégiés. Statuettes, masques, reliquaires, constituent ainsi les interfaces entre le monde des vivants et celui des morts ; le monde invisible et celui visible. Le culte adressé aux ancêtres à partir de ces objets, assure bien être, protection et bienfaits aux populations (Documentaire YouTube : le musée virtuel du Gabon).

La psychologue (Mme C) rencontrée nous a présenté une liste de prénoms choisis par les femmes enceintes et séropositives. Tous ont un lien avec le divin et une signification qui mérite l'attention de tous. Nous avons recensé quelques prénoms à l'instar de celui de Noé[24].

- Noé : selon la *Bible* et précisément le livre de la *Genèse*, seuls Noé et sa famille réussirent à survivre à la colère et à la malédiction de Yahvé (Dieu) manifestée par un déluge universel dont le but était d'engloutir le monde qui s'était éloigné de ses voies. Dieu demanda à Noé de sauver chaque espèce végétale et chaque couple animal. Il s'agissait là d'une bénédiction, mais aussi d'une rupture, une renaissance, une nouvelle alliance. Toujours selon le même livre de la *Genèse*

[23] Marie appelait Jésus **Fils** bien qu'elle savait que c'était Emmanuel (Dieu avec nous).
[24] Nous ne donnons pas la liste des prénoms et le nom de la psychologue pour préserver l'anonymat des enfants et éviter tout rapprochement.

(9, 28), Noé vécu 350 ans. On peut comprendre et imaginer l'attente ou l'espoir d'une femme qui donne à son enfant ce prénom. Il s'agit ici d'être sauvé, de survivre, de ne pas périr et avant tout, d'être l'élu de Dieu et d'avoir une longue vie. Il y a d'autres prénoms qui sont tout aussi significatifs (à l'instar de **Bénédiction),** mais arrêtons-nous là.

Chez les fang par exemple, le Byeri (reliquaire) est constitué des reliques des ancêtres importants, dont celles des femmes qui ont beaucoup apporté à leur communauté en termes de progéniture (Bouttiaux, 2008). Le but est de rester en contact avec les ancêtres, leur faire part de ses inquiétudes, problèmes et leur demander l'aide nécessaire pour sortir des crises et difficultés que la famille peut rencontrer. La femme occupe ici une place privilégiée à condition bien sûr qu'elle ait fait des enfants. Elle devient celle par qui passent les doléances de la communauté, celle qui intercède au même titre que Marie chez les catholiques.

Les rites accordent à la femme une place particulière et ceci certainement parce qu'elle est celle qui porte la vie et la donne. Dans le Rite Bwiti, l'instrument qui accompagne les adeptes et les initiés, la (Ngombi ou Ngoma) harpe à huit cordes est considérée comme la mère de toutes choses et celle qui sert de liaison entre le monde des vivants et celui des esprits. C'est une représentation féminine comme on peut le voir sur la photo ci-dessous, mais elle peut aussi être androgyne dans certains cas et avoir un pénis (Vidéo YouTube : musée virtuel gabonais).



Photo 3 : Harpe Ngombi/Ngoma

Source : Institut Davina http://institut-davina.com/soins-energetiques/soin-pygmee-au-moabi/

Le choix du féminin comme sexe et âme de cet instrument montre une fois encore, le rôle divin de la femme. Ici, c'est elle qui produit la musique, chante les berceuses, amène les initiés dans l'autre monde et les ramènent dans celui des vivants comme une mère qui chante pour que son enfant s'en dorme et pour qu'il se réveille. Il y a des cantiques qui sont chantés en son honneur, elle qui est assimilée par les adeptes du Bwiti (Bwiti fang) à la Vierge Marie. Le célèbre groupe de rap gabonais Mauvaizhaleine dans son album *On détient la Harpe sacrée Tom I* en donne un bel exemple en invitant « Nane Ngoma Ening » (Ngoma/Ngombi, Mère Harpe) à jouer une mélodie, une note pour le salut des âmes.

Nous l'avons vu (Chapitre 3), la maternité renferme un trésor qui va au-delà du représentable, du naturel, du perceptible, puisqu'à travers elle, la femme mère peut être considérée comme étant proche des divinités. La maternité a par conséquent une dimension métaphysique. Le phénomène du vol d'organe[25] montre de manière claire l'importance de l'appareil sexuel chez la femme comme chez l'homme. Les organes génitaux incarnent puissance et vitalité (Bonhomme, 2009).

Si Annie, Annick, Nata et Sylvie ne disent pas clairement être proches des divinités, le matériel qu'elles présentent nous montre la place importante qu'elles accordent au divin et au divin enfant. On peut s'appuyer sur le syllogisme pour le reformuler : **C'est Dieu qui donne des enfants, or bien que je sois infectée j'attends un enfant, donc je suis choisie par Dieu, je porte l'enfant de Dieu''.** Les propos de Sylvie retraçant la survenue de sa grossesse sont très éloquents. **« J'étais sous traitement, je faisais les délivrances à l'Église. Dieu lui-même sait comment il m'a lancé le bébé là […] L'autre semaine, on faisait encore la délivrance, le pasteur a dit que le Saint-Esprit est venu lui parlé, une prophétie, il a seulement dit : « voici le bébé, je te donne un bébé, c'est un ange que tu vas porter ».** Complétons ces propos de Sylvie par ceux de Nata. Elle fait un lapsus qui révèle l'origine et la réelle paternité imaginaire de l'enfant qu'elle attend. Lui ayant demandé comme elle vit le fait d'être séropositive et en grossesse, elle répond : **« Tranquille (silence), ce que je ressens c'est que j'attends l'enfant avec Dieu (silence), je voulais dire l'enfant que Dieu m'envoie ».**

Ce qui précède, nous l'avons entendu au cours de notre période de terrain et les médiatrices nous l'ont confirmé. **« C'est l'enfant de Dieu »,** cet **« enfant n'est pas pareil »** est pour la femme séropositive une manière de renvoyer la responsabilité à Dieu. ''Dois-je m'en

[25] Il s'agit d'un phénomène décrit par J. Bonhomme en Afrique (Gabon, Cameroun, Nigéria etc.). Une pratique considérée comme sorcière et à des fins fétichistes.

vouloir de menacer mon enfant d'une contamination quand Dieu qui choisit les mères m'a choisi'', peut-on comprendre.

On voit par exemple Annie réclamer la présence des anges le jour de son accouchement. Elle dit vouloir **« des anges à la place des humains »**. Les anges pour accueillir l'enfant de Dieu, mais aussi, pour la rassurer elle-même. Mieux, les anges en signe de réception du « divin-enfant grigri ». Ce fantasme d'Annie d'être entouré d'anges le jour de son accouchement n'est pas sans nous rappeler l'arrivée du Messie Jésus-Christ. Mathieu raconte comment l'ange était apparu aux rois mages leur demandant d'aller honorer le Messie. Érode qui cherche à mettre la main sur cet enfant n'y parviendra pas (Matt 2 : SG21).

La persécution dont fait allusion Sylvie ressemble à celle que voulut infliger Érode au bébé Jésus. Le méchant est clairement désigné, il s'agit d'Érode chez Marie, quand chez Sylvie et Nata, il est question des sorciers qui sont après elles. Que veulent accomplir Érode et les sorciers comme acte ? La mort, la désolation. Le fils de Dieu réussit à échapper à cette fin tragique grâce à la volonté divine. Il triomphe même sur la mort en ressuscitant et en montant aux cieux (Luc 24 :1-12). Les enfants de Sylvie, Annie, Nata et Annick pourraient bien eux aussi connaître le même triomphe puisqu'ils viennent de Dieu. C'est du moins ce que nous lisons à travers la construction imaginaire de ces participantes.

Sous un angle différent, mais complémentaire, on peut se rappeler que Dieu met ses enfants devant les épreuves. Ce fut le cas d'Abraham (Gen 22,1-23,20) à qui Dieu demanda de sacrifier son fils pour l'éprouver. Lorsque les participantes parlent de la maladie en faisant référence à Dieu : **« Dieu sait comment il fait ses choses » (exemple de Nata)**. N'existe-t-il pas là un souhait de s'abandonner en lui. Le VIH est considéré comme une épreuve de Dieu et l'enfant une bénédiction de ce même Dieu qui peut donner et reprendre, et qui sait jauger la foi de ses enfants envers lui le **Père**.

Annick semble souhaiter la venue du Saint Esprit, d'ailleurs elle prie beaucoup comme les autres participantes que nous avons rencontrées, à l'instar d'Annie, qui nous dira que sa croyance en Dieu lui donne la force de survivre avec le fléau VIH. Plus loin, c'est Annick qui nous exprime sa colère vis-à-vis des femmes qui, parce que séropositive, se suicident :
« J'en veux à celles qui se suicident enceintes et séropositives, Dieu peut donner la guérison ». À travers ces propos, Annick est très précise. Elle ne condamne pas toutes les personnes ou les femmes qui se suicident parce qu'elles sont séropositives. Du moins, elle ne le dit pas. En revanche, elle en veut aux femmes qui, « enceintes et séropositives », se suicident.

Nous avons vu que l'enfant « don divin » est le prétexte du refus de la contraception et de l'avortement en Afrique (Boni, 2011). Dans la logique africaine, il parait en effet

inimaginable et inconcevable de refuser ce qui vient de Dieu, d'en abréger les jours et de se donner la mort. L'enfant apparaît comme le « don de Dieu » à travers lequel ces femmes pourraient guérir ou mourir avec honneur et dignité. L'enfant ici, encore une fois, est une bénédiction. Les séances de groupes de parole au CTA du CHUL ont conforté la thèse que nous soutenons dans ce travail.

Les séances commencent par une prière. Au cours de cette dernière, la personne qui la préside invoque Dieu et demande son intervention, son aide. À titre d'illustration, lors d'un de ces groupes de parole, voici ce que demanda le président de séance :

« Seigneur, tu ne peux pas créer un enfant et le rendre malade. Ajoute les CD4, combats le virus, tu es Dieu de miracle » (Responsable Association PVVIH Gabon). Cette injonction faite à Dieu par le président de l'Association des PVVIH du Gabon, correspond à « **Dieu-le-Père »** évoqué par Delaisi de Perseval (1981)**.** Doté du pouvoir de féconder comme il le fit avec Marie, les parents biologiques ne seraient là que pour s'occuper de sa progéniture. Dieu-le-père apparaît ici, comme le supra-parent, le seul et vrai père[26], le seul père qui est et qui doit être reconnu comme tel. Les mots de Flandrin sont éloquents,

> « N'appelez aucun père sur la terre, car un seul est votre père, c'est celui qui est aux cieux [...] Pères chrétiens, si Dieu est le premier père de vos enfants, vous n'en êtes à proprement parler que les nourriciers et les gouverneurs […] » (Flandrin, cité par Delasi de Parseval, 1981, p.54).

Le responsable de l'Association des PVVIH au Gabon demande à Dieu de prendre ses responsabilités, car c'est lui le Père. En effet, selon lui, Dieu étant celui qui donne les enfants et choisit les parents, il lui appartient de veiller sur eux. Le message qui précède est aussi celui des participantes qui, les yeux fermés, les bras vers les cieux, répondent amen en cœur. Les participantes à ce travail de recherche considèrent donc ce Dieu-le-père, comme celui qui a donné l'enfant et qui se doit de le protéger. Autrement, il n'aurait pas permis sa venue.

Les groupes de parole se tiennent en milieu hospitalier, à côté du CTA. La prière témoigne de l'attente de l'assistance du divin, son intervention et sa bénédiction. Nous avons d'ailleurs observé que plusieurs patientes portaient des signes de dévotion, à l'instar des chapelets. La place de Dieu est ici centrale, et le fait de reposer sa maternité sur lui, semble apaisant. L'enfant est le secours de la femme que nous étudions. On peut aller loin et parler

[26] Flandrin explique cette croyance en la fécondité divine : « Parce que l'on constatait que les relations sexuelles ne sont pas toujours fécondes, on pouvait croire que la fécondation dépendait immédiatement de Dieu […] qui, de toutes les façons, infusait l'âme à un certain moment de la gestation » (Fladrin, cité par Delaisi de Perseval, 1981, p. 54).

d'enfant guérisseur, un enfant médicament pour la mère.[27]L'enfant de Dieu nous rappelle l'enfant d'Abraham et Sarah dans la *Bible*. Seul Dieu est capable de miracle et nos cas semblent considérer l'arrivée de leurs enfants comme une volonté divine, car, « Rien ne lui est impossible », comme l'ont dit Mme A et D, les deux, médiatrices et séropositives.

Nous précisons que toute la construction du divin enfant que nous évoquons depuis un moment est fantasmatique. On voit ici la fonction de remplacement de ce que Lacan (1977) appelle le « Réelle », lorsqu'il parle justement du fantasme. Le sujet humain n'est-il finalement qu'un scénariste ? On serait bien tenté de dire oui. Dans les situations de manque, d'absence, de souffrance, de difficulté, il n'hésite pas à mettre à contribution son imagination pour s'inventer un faux réel pour tenir, vivre et survivre. Il y a là, le recours à la créativité pour se convaincre que « la vie vaut la peine d'être vécue » (Winnicott, 1975)[28]. Ce n'est pas par hasard qu'on retrouve dans la définition du fantasme de Laplanche et Pontalis (1967) les expressions « scénario imaginaire » et « accomplissement d'un désir » conscient ou inconscient. Il faut bien préciser que le fantasme fait référence à la création. Ceci n'est d'ailleurs pas sans nous rappeler l'orientation que donne Freud aux fantasmes en les considérants comme des formations de compromis à l'instar du rêve. Le fantasme et le rêve diurne tels exposés par Freud (1916), sont le produit d'un travail psychique pour répondre à un désir. Dans le cas espèce (celui des participantes rencontrées), il s'agit de l'apaisement, la satisfaction illusoire, l'évitement du déplaisir, la fuite de la culpabilité et de l'angoisse.

En effet, si Annick, Sylvie, Nata et Annie se trouvent « dans l'obligation de fantasmer » comme toutes femmes enceintes, ainsi que l'affirme H. Saigre (1992). Nous voyons chez ces dernières une expression et une construction fantasmatique qui a à voir avec leur séropositivité et la peur y relative. Le fantasme est ici, comme l'avance Lacan (1968), un moteur important pour la continuité de la vie psychique, mais pas seulement, il y a aussi la vie de l'âme, son immortalité et son possible retour à la vie grâce à la descendance comme nous l'avons vu plus haut qui risque la condamnation (précisément chez Annie et Annick qui sont toutes deux primipares).

Chez Annie, Annick, Nata et Sylvie, les fantasmes accomplissent bien un désir, jouent un rôle de protection et de défense. Ça corrobore les propos de Nasio (1992-1993) lorsqu'il souligne que le fantasme est sous-tendu par le désir. Le moi par le fantasme crée pour être soulagé d'un déplaisir où atteindre un désir inaccessible. C'est là une « solution intrapsychique » comme celles utilisées par l'enfant qui devant un manque, une insatisfaction, « va chercher à être ou obtenir « symboliquement » ce qu'il ne peut être ou obtenir effectivement » (Roussillon, 2009, p.165).

[27] Appelé aussi « bébé double espoir », ce bébé est conçu pour guérir son aîné d'une pathologie génétique.

[28] La créativité ici a pour but de donner de l'espoir à la femme donc, de maintenir la pulsion de vie. Ça va dans le sens de ce que postule J. Abram lorsqu'il assimile la créativité chez Winnicott à la pulsion de vie développée par (Aubourg, 2003).

Ainsi, le divin enfant n'est pas une création stérile, muette, sans bénéfice. Sa création aide la femme à fuir la détresse du VIH. Le VIH comme épreuve de Dieu et/ou comme une attaque sorcière sont des constructions qui montrent que la femme enceinte est bien sous le poids de la culpabilité. Le mécanisme de défense propice ici est la projection. Ce n'est pas moi, c'est l'autre (Dieu ou le sorcier) qui est responsable de ce qui m'arrive. Dans cette démarche, Dieu devient celui qui expie, qui sauve et rachète. Il devient aussi celui qui protège. Et on voit le travail de fantasmatisation s'opérer sous l'égide de l'enfant de Dieu, ou l'enfant don de Dieu.

7.5 Le « divin-enfant-grigri » capital narcissique

Dans ce qui va suivre, nous allons montrer le rôle et le bénéfice de l'enfant chez la femme séropositive enceinte. Mais, avant, schématisons ce qui nous semble à l'œuvre jusqu'ici chez les participantes :

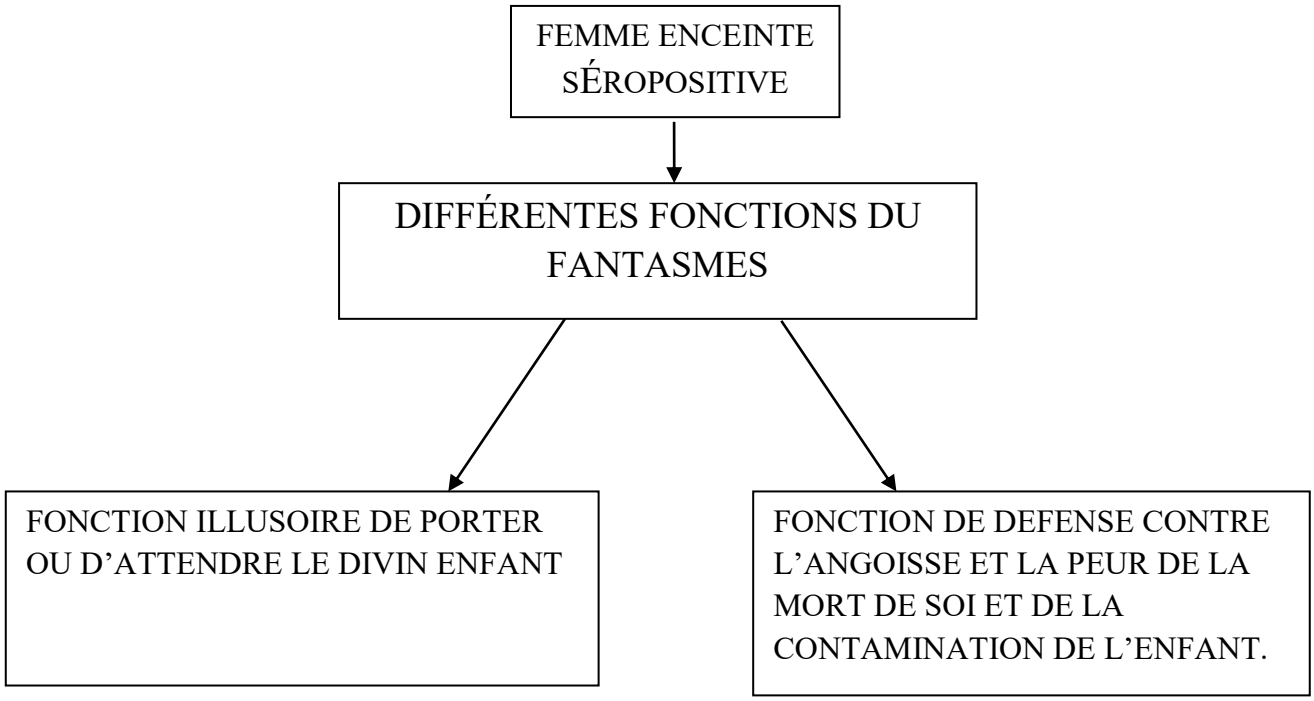


Figure 3 : Explications des fonctions du divin enfant

Le « divin-enfant-grigri » vient réparer le narcissisme de la femme séropositive. L'enfant sert en quelque sorte d'épargne et de générateur narcissique. À chaque fois qu'elle est traversée par des idées sombres, ou à chaque fois que la réalité de l'infection fait irruption dans sa psyché, elle se repose sur cet enfant.

Si nous restons sur l'idée de l'épargne et de la restauration narcissique, ce serait ici pour

la femme en question la seule façon de disposer des capitaux (narcissiques) conséquents pour retrouver ou éprouver son estime de soi et continuer de vivre. Là où Freud parle de « Sa Majesté le bébé », nous parlons de « sa divinité le bébé ».

Le fonctionnement de nos participantes est assimilable et ou comparable à celui d'une banque. Chaque enfant représente un capital narcissique qui produit des intérêts à un soi qui visiblement manifeste le besoin d'être irrigué avec une certaine régularité ou constance. Les propos de P. Erny cadrent tout à fait avec ce que nous décrivons lorsqu'il dit que :

> « L'enfant ___ est le seul remède contre la mort, lui seul permet d'échapper au néant existentiel. Plus il (l'homme) aura d'enfants, mieux cela vaudra ; c'est le moyen le plus sûr pour devenir « quelqu'un » en ce monde et pour rester « quelqu'un » en l'autre ; c'est l'unique moyen d'apaiser en soi l'angoisse métaphysique et de surmonter la peur de la mort » (Erny, 1988, pp.21-22).

Faire un enfant pour le sujet humain n'est-ce pas une manière de vaincre la mort ? On peut répondre par l'affirmative, et nous l'avons dit de long et en large en abordant l'enfant et la maternité au Gabon. La progéniture, ''le sang de soi'' continuent même quand on n'est plus là, c'est l'enfant qui rend le parent immortel. La femme pourra ainsi se sentir vivre malgré le VIH et avoir l'espoir, voire, la certitude d'une continuité d'être, après sa mort. Ainsi, elle est sûre d'avoir sa place auprès de ces ancêtres et de pouvoir un jour se réincarner, revenir. Nous corroborons ces propos de Desgrees du Lou :

> « Face à la menace de la séropositivité, un projet d'enfant est promesse de vie, promesse d'avenir, c'est aussi une façon de prouver aux autres et à elle-même qu'elle est en bonne santé [...] » (Desgrees, 2005, p. 233).

En effet, le VIH suscite des affects de honte. Les personnes séropositives vivent cette infection dans le secret. Il se pose ainsi le problème du désir, de l'estime des autres et de soi-même, pour ce corps infecté par l'indicible VIH, ou maladie de la honte. On peut dire que le VIH perturbe le déploiement, la circulation de l'énergie sexuelle « [...]. Le substrat de la pulsion sexuelle » à qui la psychanalyse donne le nom de libido (Laplanche et Pontalis, 1967). La libido est à associer au fonctionnement pulsionnel dans une tendance de plaisir, de jouissance. Le VIH en gelant la libido empêche sa fluidité, sa circulation, son destin s'en trouve ainsi perturber comme nous l'avons évoqué au début de cette partie. Chose que le divin enfant semble venir rétablir. Tout se passe comme si le moi en perte de sa capacité à disposer de sa libido, projetait cette énergie sur l'enfant. Celle-ci, loin de se perdre ou de mourir, revient au moi maternel pour son plus grand bien, mais aussi pour le bien de l'enfant qui grâce à ce mécanisme d'aller et retour continue à être investi et porté par la mère psychiquement.

Grunberger (1971) contredisant la théorie amoureuse freudienne avance ce qui suit :

> « Si l'amoureux survalorise l'objet de sa flamme, il est loin de se sentir lui-même dévalorisé d'autant, l'amour est un sentiment élationnel qui élève au lieu de rabaisser. Même le ver de terre amoureux d'une étoile reçoit les reflets de l'éclat stellaire (Grunberger, 1971, p. 19-20).

La femme séropositive qui attend un enfant reçoit les bénéfices, ou, pour rester dans l'esprit de Grunberger, le reflet de l'amour de l'objet. Par cet amour de l'enfant de Dieu, elle peut se permettre de s'aimer comme la mère de l'enfant de Dieu. Le divin enfant devient « son double narcissique » (Grunberger,Op. cit). Il est dans son imaginaire, c'est son prolongement.

La femme enceinte et séropositive montre un besoin d'être perfusée libidinalement, le « divin-enfant-grigri » répond à ce besoin. Il est le miroir par lequel la mère a la possibilité de ne plus se voir seulement comme infectée, mais de se voir comme une femme qui peut donner naissance à un enfant sain. La naissance de l'enfant sain sera une preuve de la bonne santé de sa mère. La situation que nous sommes en train de décrire peut être soutenue par une image, celle des flocons de neige et l'essuie-glace. Les flocons de neige représentent la culpabilité qui peut conduire à la dépression, avortement, suicide. L'essuie-glace, elle, joue le rôle de la libido. Les essuie-glaces auront besoin d'être en mouvement. Ceci ne sera possible que grâce à un moteur. Pas de moteur, pas d'essuie-glaces ; et pas d'essuie-glaces, aucune dynamique et visibilité. Pour revenir à notre sujet, le moteur ici c'est l'enfant. Il redonne la visibilité, l'envie, la vie. Freud (1916b) nous fait la démonstration de la capacité de la libido à investir les objets et à revenir sur le moi. Il prend l'exemple dans la zoologie :

> « En résumé, nous nous sommes fait des rapports entre la libido du moi et la libido objective une représentation que je puis vous rendre concrète à l'aide d'une comparaison empruntée à la zoologie. Vous connaissez ces êtres vivants élémentaires composés d'une boule de substance protoplasmique à peine différenciée. Ces êtres émettent des prolongements, appelés pseudopodes, dans lesquels ils font écouler leur substance vitale. Mais ils peuvent également retirer ces prolongements et se rouler de nouveau en boule. Or, nous assimilons l'émission des prolongements à l'émanation de la libido vers les objets, sa principale masse pouvant rester dans le moi, et nous admettons que dans des circonstances normales la libido du moi se transforme facilement en libido objective, celle-ci pouvant d'ailleurs retourner au moi. » (Freud, 1916b, p. 123).

Le fonctionnement ci-dessus de la libido est observé chez les participantes. La libido projetée sur l'objet revient sur le moi et l'alimente. Ce qui précède nous contraint à revenir sur l'anticipation en nous appuyant sur la contribution originale de Sutter. En effet, l'idée d'anticipation telle abordée par Sutter (1983) est pertinente. Pour lui, le sujet humain anticipe

aussi bien dans une situation normale que pathologique. « L'anticipation c'est la vie », dit-il. La femme enceinte et séropositive pour vivre va anticiper. Selon Sutter,

> « L'un des caractères essentiels de l'anticipation, c'est qu'elle ne saurait exister sans une force, une énergie interne qui mobilise l'homme et le lance vers son avenir […] L'anticipation est universelle, elle est présente dans toutes les manifestations de la vie. Je puis la connaître ou l'ignorer, la renforcer ou la brider, changer son contenu, son niveau ou sa direction, mais je ne puis en aucun cas la supprimer. Mon anticipation me pousse vers mon avenir, il faut donc qu'elle soit animée, soutenue par une force : ou sans doute est-elle en elle-même une force participant à ce que Bergson appelle « l'élan vital » ou Jean Château […] « l'élan humain » » (Sutter, 1983, pp.80-82).

Nous comprenons mieux la dynamique mise en place par la femme en grossesse et séropositive. Elle n'a pas de choix, elle doit anticiper pour vivre et faire vivre le fœtus qu'elle porte. Nous avons dit plus haut que la femme ne voulait pas se suicider, mais cherchait à lier les représentations afin de faire un saut vers l'avenir en sortant du milieu hostile dans lequel elle se trouvait. L'anticipation de l'enfant devient ici, en quelque sorte, l'anticipation de soi. Nous avons constaté à quel point Sylvie, Annie, Annick et Nata se reposaient sur l'enfant pour fuir la détresse consécutive au VIH. Nous avons d'ailleurs vu que les participantes n'ont pas dessiné des bébés mais des enfants. On pourrait ici comprendre pourquoi le désir d'enfant est si élevé chez la femme enceinte et séropositive.

En effet, si le désir d'enfant est un désir d'enfance, un désir féminin, la situation de la femme enceinte qui fait face au VIH révèle des attentes et des espoirs qui vont au-delà du simple désir d'avoir un enfant. Avoir beaucoup d'enfants c'est disposer de plusieurs comptes bancaires et en conséquence, de plusieurs cartes de crédits. Un compte pose problème, on s'approvisionne sur un autre et ainsi de suite. C'est aussi la certitude de laisser une descendance et se donner le plus de chance possible de continuité. Ainsi que le constate Desgrées du Loû et Ferry (2005), l'annonce de l'infection par le VIH relance le désir d'enfant chez la femme africaine et ne le remet pas en cause.

Toutefois, il faut souligner que la femme malgré ce désir d'enfant avec le bénéfice y relatif, passe par des moments de culpabilité, de peur et de détresse et nous sommes entièrement d'accord avec les auteurs précédemment cités quand elles disent que :

> « Par le désir d'enfant, ce que la femme séropositive recherche c'est sa place et la réparation à travers l'enfant sain à venir. Avec le virus du SIDA, elle se demande si elle compte désormais dans le désir de l'autre et si elle peut avoir un enfant sain. Dans ce contexte se pose également la problématique du devenir de cet enfant entre imaginaire (idéal) et réalité. Ainsi, autant l'enfant à venir répare, autant il détruit et culpabilise ». (Desgrées du Loû et Ferry, 2005, p. 105).

L'enfant sain, prolongement de la mère vient ici remettre sur les rails filiaux, une descendance saine. L'infection de la mère est corrigée par la non-infection de sa progéniture. La naissance d'un corps non infecté d'un corps infecté peut donc amener la femme séropositive à nourrir le fantasme de retrouver un corps sain ou de l'avoir malgré la présence du VIH.

Tout ce que nous venons de dire montre que la femme soumise à notre travail investit un enfant narcissique, un enfant qui visiblement vient de Dieu. Nous savons que l'enfant narcissique est considéré comme l'enfant qui doit tout faire et tout réparer. C'est un enfant dont on attend quelque chose ; un enfant en qui on place un espoir. Freud fait une bonne description de l'enfant narcissique, pour lui : l'enfant narcissique est l'enfant dont les parents,

> « Imaginent pour lui les plus belles carrières, les plus beaux exploits. Il accomplira tous les rêves, tous les désirs de ces parents, tout ce qu'ils n'ont pu réaliser sera fait. Rien ne lui résistera. Toutes les difficultés, tous les renoncements, tous les deuils rencontrés par ses parents, l'enfant ne les connaîtra pas : sa vie sera meilleure. Il sera réellement le centre et le cœur de la création, *his majesty the baby*, comme on s'imaginait être jadis. Il accomplira les rêves de désir que les parents n'ont pas mis en exécution, il sera un grand homme, un héros » (Freud, 1914, p. 96).

C'est bien tout ce qui précède qu'on note chez l'ensemble des participantes représentées ici par Sylvie, Annick, Nata et Annie. Elles parlent de leurs enfants comme celui ou celle qui viendra tout accomplir. C'est un enfant qui sera président de la République, ingénieur, première dame. C'est aussi un enfant qui ne va pas faire les mêmes erreurs que ses parents. On a presque l'impression que leur avenir est lié à celui de leurs enfants respectifs, c'est comme-ci le devenir de ces enfants était aussi le leur. Ce qui est normal au Gabon où l'on parle généralement de l'enfant en associant ses parents : Jean de maman pauline (comme pour dire Jean le fils de maman Pauline). On dira par exemple que c'est le fils d'ONDO qui a eu le BAC. Ces modes de désignation donnent du mérite, du respect et de l'admiration ou à l'inverse, opprobre, honte, déshonneur à son parent. L'enfant est ainsi celui qui valorise et soigne l'image de ses parents. Par sa grandeur et sa richesse c'est la mère, le père, la famille qui devienne riche. Comme le dit Akare Biyoghe,

> « Les représentations qui entourent la venue au monde et la vie du nourrisson sont débordantes de richesse. L'enfant que l'on attend et qui vient parmi les siens sert toujours de moyen de projection aux désirs et aux visées de son entourage. C'est comme un capital que les parents placent et qui, plus tard, devra faire des bénéfices, c'est l'espoir, l'avenir. La manière dont un groupe humain réagit sur le plan de la pensée, de l'affectivité et des manifestations sociales à l'arrivée d'un nouveau membre témoigne de son importance dans ce milieu » (Akare Biyoghe, 2010, p. 153

Le conte « Les trois fils » (Trilles, 2002, pp. 95-107) montre la richesse que les enfants représentent au Gabon. La mère des trois fils va cacher et sécuriser ses enfants comme un homme d'affaires place son argent, son capital en lieu sûr pour être certains des retombés et/ou intérêts. Le conte met en exergue, la fierté, celle d'Ada qui voit son fils devenir chef et elle, avoir le statut de la mère du chef. Les enfants font d'elle une femme riche connue et élevée.

Chez les participantes, il y a l'existence d'une idée que nous pouvons résumer de la manière qui suit :'je te crée pour que tu me recrées''. L'enfant narcissique peut ainsi être perçu comme un phallus qui vient s'exprimer et valoriser les parents. Mais, l'enfant n'est narcissique dans le cas d'Annick, Annie, Sylvie et Nata, trouvons-nous, que parce qu'il est d'abord divin, parce qu'il vient de Dieu. C'est une donnée importante qui permet à la femme de se projeter avec son enfant et de le voir un homme, une femme comblée demain.

Les participantes insistent sur la santé de l'enfant. C'est normal, il faut qu'il naisse sain pour pouvoir accomplir la mission qui est la sienne. Un diagnostic positif ne ferait qu'enfoncer la femme dans la culpabilité avec laquelle elle se débat déjà. L'enfant est attendu comme une richesse narcissique et matérielle. Dans ce dessein, la santé de l'enfant, sa sérologie avenir, joue un rôle déterminant. C'est pour cette raison qu'il faut que l'enfant vienne de Dieu et/ou soit sous sa tutelle. Le « divin-enfant-grigri » est tout-puissant parce que venant de Dieu ; il incarne la richesse comme c'est le cas en Afrique ; il est investi comme un gri-gri, un sauveur et est considéré comme une réponse à la maladie *« de Dieu, du diable, de la sorcellerie »* (Tonda, 2007).

Pour rendre facilement lisible tout ce qui précède nous proposons la figure ci-dessous.

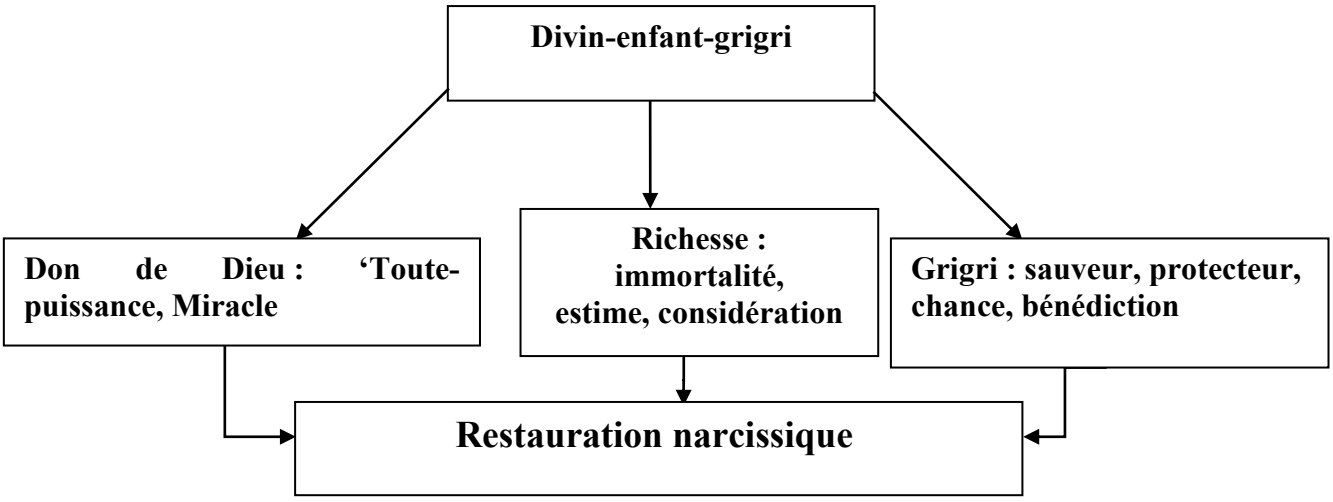


Figure 4 : Divin enfant et restauration narcissique

Le « divin-enfant-grigri » est l'enfant de Dieu qui fait espérer à sa mère le miracle. C'est un sauveur et protecteur, il vient incarner la richesse, l'immortalité et donne estime et considération.

Tout ce procédé est à visée restauratrice. Au centre, la richesse qu'incarne l'enfant au Gabon, et en dernier, en dessous, la restauration ou le bénéfice narcissique. La femme malgré le VIH voit sa grossesse, sa maternité à venir comme une grâce divine, la volonté de Dieu, une perche à saisir, la manifestation de Dieu vis-à-vis de sa personne.

7.6 VIH et résurgence des conflits œdipiens chez la femme séropositive ?

7.6.1 L'incidence du VIH et conflits infantiles

Les femmes en grossesse effectuent un important travail de remaniements psychiques. Elles repartent souvent à leur enfance pour liquider un certain nombre de conflits et pour quitter le statut d'enfant pour celui de mère qu'elles sont en train de devenir. C'est bien ce que soutiennent Dana et Marion (1975) lorsqu'elles disent que la grossesse est une situation de régression des femmes enceintes à leur histoire infantile.

> « Peu de femmes le savent : elles revivent, tout le long de leur grossesse, l'histoire de leur petite enfance [...] Elles sont en « état de régression ». Devant l'évènement extraordinaire qui bouleverse leur organisme et leur train-train quotidien, elles recherchent la sécurité en redevenant de toutes petites filles [...] Le futur père ne doit pas être agacé par l'attitude infantile de sa jeune femme, pas plus qu'il ne doit être jaloux, si elles se rapprochent de ses parents, particulièrement de sa mère ». (Dana et Marion, 1975, p.30).

Même la femme en grossesse et séropositive opère cette régression vers son passé infantile, pour chercher la sécurité et se préparer à la maternité. Seulement chez elles, nous constatons que ce « retour à la source » (Romito, 1990) est émaillé de conflits portant l'empreinte du VIH.

Ainsi, alors que la femme a besoin de référents, qu'elle redevient une petite enfant pour revenir chercher les bases de la maternité dans ces premiers instants avec sa mère, il semble se poser un problème d'identification et/ou une fuite maquillée par des alibis. Nous observons chez Annie, Annick, Sylvie et Nata des éléments cliniques qui nous amènent à voir l'impact que peut avoir le VIH dans le retour à l'enfance. Nos quatre participantes montrent beaucoup de conflits à l'endroit des parents. Nous percevons ce qui ressemble fortement à un retour du conflit œdipien, respectivement, chez Annie, Sylvie et Nata qui affichent une grande hostilité à l'endroit de leur mère. Mais aussi, chez Annick qui à défaut de jalouser sa mère qui désormais n'est plus avec son père, s'en prend directement et ouvertement à sa belle-mère.

Plusieurs participantes voient leurs mères comme une rivale. C'est une femme qu'elles n'associent que très rarement voire pas du tout à leur projet de maternité. Elle a l'image d'une castratrice qui pourrait mettre un terme à ce qu'elles entreprennent. Nata, Annie et Sylvie ne la

tarissent pas d'éloges. Le champ lexical est celui de la méchanceté ou de la sorcellerie. Il y a comme une crainte que cette mère tue l'enfant à naître.

Pour Annie, ce premier enfant qu'elle donnera à son père, l'enfant des désirs œdipiens et/ou incestueux, sa mère s'y opposerait depuis l'adolescence. C'est comme si, comme le soulignait M. Klein (1932), il y avait une crainte que la mère attaque l'intérieur de son ventre et retire l'enfant ou le phallus.

Annie ne s'identifie pas à sa mère mais à sa tante **« [...] Ma tante. Parce que j'estime que c'est la mère que j'ai voulu avoir. Quand je la vois avec mes sœurs, cousines, elle est ouverte, elle parle bien quels que soient les problèmes. Ça discute avec leur petit ami, ça ne crie pas, ça ne gueule pas, au contraire ça fait asseoir, ça conseille bien. Et elle m'a souvent bien conseillé. Et je me suis déjà confié à elle »**. Annie est plus proche de sa tante que de sa mère.

Mais, une autre lecture de la situation n'est-elle pas possible ? Et si on envisageait la chose différemment ! Et si au fond, le comportement d'Annie était un appel à l'aide inversé ! Et si en réalité la haine à l'endroit de la mère était une manière de réclamer cet être cher, de demander sa tolérance et sa compréhension ! Ne passons-nous pas à côté de quelque chose en n'envisageant ce rejet de sa mère à partir de la seule approche œdipienne ? Nous savons que la mère d'Annie a souvent cherché à protéger sa fille, contrairement à ce père qui, comme le dit Annie, « les laissait aller toucher le feu et revenir ».

Nous notons chez Annie de la culpabilité. Cette culpabilité mêlée à la honte serait le fait de l'intrus et indésirable VIH. Sa présence vient mettre le doute sur la capacité de rembourser la « dette de vie » qui correspond à celle qu'elle a reçue de sa mère. En effet, la peur de donner naissance à un enfant séropositif vient rappeler les précautions que sa mère a prises pour la mettre au monde en bonne santé. Or, elle par contre risque de faire un enfant séropositif. Ce qui chez Annie apparaît comme une défaillance de la maternité à l'exemple du problème de l'allaitement qu'elle évoque. Au moment où elle doit s'acquitter de la dette reçue de ses parents avec ce premier enfant, elle se trouve dans l'incertitude de faire aussi bien que sa mère. À partir du moment où ce n'est pas ce qu'elle a reçu qu'elle pourrait donner à la mère, elle se tourne vers son père décrit comme aimé et permissif. Rappelons-nous de cette phrase : **« La différence entre mon père et ma mère, c'est que notre père nous a laissé la liberté de s'exprimer, d'aller même jouer avec le feu et de se brûler pour comprendre que le feu n'est pas bon. Mais notre mère par contre nous comprimait [...] »**. Le VIH pouvant être considéré comme une brûlure, une infection d'imprudence, d'inattention ; une infection qui engage la responsabilité de soi à quelque niveau que ce soit, le père peut bien tolérer comme il l'a souvent fait et comprendre sa fille.

Sylvie nous donne les mêmes éléments. Sa mère est soupçonnée de faire partir des personnes qui la persécutent.

« [...] Pour le rôle c'est dur hein ! » Concernant le rôle de sa mère elle dit **: « Le rôle d'une mère, entant que mère, ma maman ».** Mais, elle tient à sa place de mère qu'elle semble refuser de céder à sa mère **: « [...] Ce sera mon bébé, dormir avec lui, le laver, l'habiller, lui donner le biberon ».**

On peut voir la situation qui vient d'être décrite comme un retour au complexe œdipien. Sylvie redevient au cours de cette période régressive, la petite fille qui souhaitait avoir un enfant de son père, et qui jalousait sa mère d'appartenir à ce dernier. Elle le décrit comme un bon père avec qui elle avait de très bons rapports : **« Il est mort dans mes bras. On était à deux dans la maison, il était malade [...] »**. Être à deux dans la maison ici c'est être en intimité elle et l'objet de son amour. Mourir dans ses bras exprime et traduit cet amour pour son père, un amour partagé. C'est elle qui aurait au cours des dernières heures de son père joué le rôle d'une épouse. La place qu'elle réclame fantasmatiquement. Tout ceci pourrait s'entendre comme une victoire sur sa mère (rivale). On pourrait même aussi le comprendre comme une accusation portée à la mère d'avoir tué cet objet d'amour disputé. L'enfant du père serait ainsi menacé par cette même mère jalouse. On le voit clairement lorsque Sylvie parle des attaques sorcières. Elle n'épargne pas sa mère. Cette dernière est présentée comme celle-là qui lui en veut.

Le cas de Nata aussi montre une hostilité envers sa mère, et ce, malgré le fait qu'elle soit décédée. Elle l'accuse de sorcellerie. C'est elle qui aurait permis que les sorciers s'en prennent à elle. **« Depuis toute petite, je suis attaquée. Et la première, c'était ma mère, trop méchante. Vous savez, un sorcier ne rentre pas dans une famille sans l'autorisation. Il faut qu'un parent lui ouvre la porte, sans ça, il ne peut pas »**. Nata considère sa mère comme la lame de ses blessures et cicatrices. Elle éprouve une grande haine à son endroit. Son père et sa nouvelle épouse ne sont pas exclus.

Les milieux religieux évoqués un peu plus haut jouent les fonctions de maternage. Ils évitent la désorganisation et diminuent la détresse consécutive au VIH. Nous observons aussi le travail d'évitement de l'angoisse de castration relative à la perte du pénis représentée ici par l'enfant. Mais, également, une angoisse de perte de l'objet en soi (fœtus) et l'objet maternel (l'amour de la mère). Ceci a un retentissement sur la relation à la mère qui est considérée comme un mauvais objet, celui qui attaque ; pour cette raison il faut le haïr, le fuir.

7.6.2 Complexe autour du contre don

« À l'enfant :
Je ne suis pas celui qui t'engendre. Ce sont les morts.
Ce sont mon père et ses aïeux
Ceux qui tracèrent un long dédale d'amour,
Depuis Adam et les déserts
D'Abel et Caïn dans une aurore
Si ancienne qu'elle est déjà mythologique,
Et ils arrivent, sang et moelle, à ce jour
De l'avenir, où je t'engendre à l'instant »

(Borges cité par Bydlowski, 2008, p. 7)

Nous avons montré combien il est important pour une femme en Afrique et au Gabon, pour être plus précis, de faire un enfant. Nous avons expliqué que l'enfant est la continuité de soi, c'est une assurance pour une probable réincarnation, c'est une richesse et c'est lui qui valorise la femme. Le VIH n'est pas sans conséquence chez la femme enceinte. La filiation en cours (ici sanguine) souffre d'un risque de contamination. Ce qui signifie que l'enfant va hériter des caractères biologiques de ses parents, donc qu'il peut hériter de ce qui désormais fait partir du patrimoine biologique de sa mère, le VIH. Or, l'enfant qui naît et intègre un lignage filial vient à la suite de ses parents. Alors, pour la femme qui donne la vie, il est question de positionner l'enfant sur sa généalogie. Le positionnement sur l'arbre généalogique ou « l'arbre de vie » (Lebovici, 2009) montre la concrétude du lien de parenté, et signe la reconnaissance de son enfant. Il s'agit d'une inscription inconsciente et familiale de l'enfant (Slama, 2006). On peut se poser les questions suivantes chez la femme séropositive en grossesse : quel enfant positionne-t-elle sur la lignée ? Est-il conforme à la chaîne ? Peut-il donner une bonne suite à la généalogie ? Garantit-il le retour des ancêtres ?

Mauss (1923-1924) développe qu'un don appelle un contre don et ce dernier doit être supérieur à ce qui a été reçu. Il existe ainsi chez les peuples qu'ils étudient, une obligation de donner et une obligation de recevoir. Le don par conséquent, force ou oblige la personne qui l'a reçu, à le rendre. Godbout et Caillé (1992) rappellent que si « Le don est partout », il ne doit pas être confondu et/ou assimilé à la gratuité. Car, derrière, il y a bien une attente, une obligation de rendre ce qui a été reçu. La notion de ''don'' dissimulent alors deux autres : le recevoir et le rendre. Ainsi, prendre une dette, c'est faire un emprunt, c'est prendre un crédit qu'il va falloir rendre à un moment où un autre. Et généralement quand on entend crédit, on voit les intérêts y relatifs. Être mère ou père, c'est ici rembourser une dette, ce que Bydlowski (1997) appelle « la

dette de vie », une dette d'existence qui concerne chaque sujet et l'amène à la parentalité pour s'acquitter du don de vie,

> « La dette maternelle prend corps dans le corps de l'enfant à naître » Il s'agit donc, poursuit-elle « d'une dette d'existence, une dette symbolique [...] que l'enfant vient incarner. Par le premier enfant une femme règle sa dette auprès de sa mère » (Bydlowski, 1997, p. 79).

La vie reçue doit donc être rendue. Le fait de recevoir invite à donner. Le « don fait à l'enfant le fait redevable » (Flavigny, 2011). Il est donc condamné d'une certaine manière, à rendre ce qu'il a reçu. C'est ainsi.

> « La vie n'est pas un cadeau gratuit, mais porte en soi l'exigence de rendre, de rembourser ce qui a été transmis et de reconnaitre que le don de la vie est aussi promesse de mortalité ». (Bydlowski, 1997, p. 79).

Tout le problème d'Annie, Sylvie et Nata se situerait là. Peuvent-elles faire un contre don à leur mère respective qui soit à la hauteur, à défaut d'être supérieur, à ce qu'elles ont reçu de ces dernières ? Nous voulons, avant de poursuivre, rappeler à toutes fins utiles que, le désir d'enfant chez la femme comme nous l'avons présenté plus haut (chapitre 2) est une expression du féminin et un héritage maternel, donc la conséquence d'une identification à la mère. Ce qui amène M. Bydlowski à dire que,

> « L'impulsion œdipienne n'est qu'un versant du désir d'enfant. Ce désir s'inscrit aussi sur le versant du même sexe » et elle continue en citant Grodeck. « En enfantant une femme devient sa propre mère, elle la prolonge tout en se différenciant d'elle – La seule femme à laquelle la jeune accouchée peut imaginer l'enfant si elle venait à défaillir est sa propre mère idéalisée – Le processus d'idéalisation se met en place au cours de toutes grossesses même si d'intenses conflits ont antérieurement marqué la relation entre la mère et la fille » (Bydlowski 2008, p. 21).

La femme en principe doit s'identifier à sa mère au cours de sa grossesse. Lorsqu'elle ne peut pour une raison ou une autre le faire, elle s'appuie sur une bonne image maternelle dans l'entourage. La situation chez la femme qui fait l'objet de cette recherche est particulière, l'image de soi qu'elle doit rapprocher de celle de l'objet idéalisé porte le VIH. Cette infection menace l'enfant de contamination. La crainte de ne pas faire aussi bien que sa mère, pire, la peur d'être une mère qui menace la vie de son enfant rentre en contradiction avec l'image bienveillante de celle qui porte la vie, la donne, la soigne et la protège. Il est possible, chez Annie par exemple, que la honte et la peur de la réaction de sa mère soient à l'origine de cette dernière. Elle n'est cependant pas la seule à tourner le dos à sa mère.

Ce que souhaiterait par exemple Annie, c'est que sa mère soit comme elle sera avec son fils. **« [...] S'il a par exemple une IST, je ne vais pas crier, je le mettrai en confiance en le conseillant. ».** Ce qu'elle n'a jamais trouvé chez celle-ci : « [...]. Être à l'écoute. C'est ce qui m'a le plus manqué avec ma mère », déclare-t-elle. Elle se confie à son père et n'ose pas avec sa mère : **« [...] Elle a su que j'étais enceinte c'est parce que mon ventre se voyait (rire) je n'ai pas eu le courage de lui dire [...] »** Souvent les femmes s'empressent d'annoncer à leur mère qu'elles sont enceintes. Les propos qui vont suivre sont très intéressants : **« Elle voudrait que j'aille chez elle après l'accouchement, elle m'a demandé ma date d'accouchement sans vous mentir je ne lui ai pas dit la vérité. Quand elle m'appelle, elle me demande à quel moment j'irai à la maison pour l'accouchement. J'ai du mal à lui dire que je ne viendrai pas ».** Annie ne dit rien à sa mère, et elle ne procède que par la fuite et l'évitement pour ne pas devoir lui dire la vérité ou pour éviter qu'elle ne découvre son statut sérologique.

Pourtant, il semble bien qu'elle a besoin de sa mère, qu'elle souhaite sa présence et son soutien. **« Si elle vient, elle serait les bienvenues** ». Plus bas elle dit : **« Ah ! Enfin, on ne refuse pas, c'est la première grossesse, il faut quand même qu'elle soit là [...]. Mais c'est aussi important qu'une mère soit là quand sa fille accouche [...] »**. Une façon de dire qu'elle ne la chassera pas si elle vient. Annie rejetterait sa mère par peur de sa réaction, les réprimandes et les insultes, ce qui pourrait aggraver cette culpabilité. **« Je me suis sentie comme martyriser, j'ai toujours cette frayeur-là de venir parler à ma mère. Je ne peux pas lui dire ce que je pense parce que je me dis qu'elle va crier, gueuler, tapé »,** dit-elle. Le matériel d'Annie montre plutôt une femme qui se questionne sur la qualité du contre don offert à la mère, un remboursement bien inférieur, ou risquant une mort prématurée. Les choses se passent ici comme si chez Annie et les autres, il y avait un ressenti d'échec.

La menace du « contre don », la peur de rendre à la mère un « contre don » frappé du sceau du VIH (cette infection de la honte qui véhicule des idées de mort) va entraîner chez certaines femmes (Annie, Sylvie, Nata) une attitude de fuite ou de haine à l'endroit de la mère. Nous venons de le dire, la relation à la mère est importante pour la femme au cours de sa grossesse. La femme en grossesse a besoin de s'identifier à sa mère et de garder une bonne image de celle-ci pour sa propre maternité. Mais, les cas que nous évoquons et principalement ceux d'Annie, de Nata et de Sylvie montrent une attitude contraire. Il y a un retour à l'œdipe. Le père redevient l'objet de prédilection, celui qu'il faut posséder, celui qu'il faut arracher, celui qu'il faut avoir avec et/ou près de soi. La mère, elle, est désignée comme la méchante. C'est la castratrice, elle est celle qui au lieu d'attendre le contre don l'obstrue, l'empêche et le détruit.

La situation œdipienne est ici reproduite. Jalousie envers la personne qui détient l'amour du père et amour à l'endroit du père. Mais, ce qui est particulièrement intéressant, c'est de voir comment la peur, le risque de ne pas rendre une dette de vie conforme à celle reçue de la mère peut nourrir cette haine défensive obligeant Annie par exemple à solliciter un autre référent en la personne de sa marraine. De cette façon, elle réussit à s'identifier à une figure maternelle autre. L'image est particulièrement importante si l'on la regarde d'un angle différent. Dans la foi chrétienne, la marraine est la mère spirituelle de l'enfant. C'est elle qui accompagne, guide le baptisé devant l'éternel et l'aide à entretenir sa foi et à cheminer selon la volonté de Dieu.

> « Le baptême signifie une participation à la vie, à la mort et à la résurrection de Jésus Christ […] Les baptisés sont pardonnés purifiés et sanctifiés par le Christ […] Dieu répand sur chaque baptisé l'onction du Saint-Esprit » (Thurian, 1982, p. 14-15).

Le choix de la marraine peut être interprété comme une volonté de se référer ou s'en remettre à Dieu, d'être du côté de la miséricorde et la puissance divine supposée plus élevée et plus importante que celle humaine. Si la mère biologique nourrit l'enfant par l'affection et par les aliments, la mère spirituelle le fait spirituellement.

La peur de ne pas pouvoir rendre une dette non infectée pousse, il nous semble, certaines des participantes à adopter une attitude qui vise à mettre la distance entre elles et leurs mères. Cette attitude peut aussi être sous-tendue par l'histoire de la femme, ses relations avec sa mère et c'est surtout le cas chez celles qui sont en grossesse pour la première fois (du fait des influences de l'histoire infantile, adolescente et adulte de la future mère). Le risque d'infecter l'enfant peut être perçu comme le générateur de la crise et l'éloignement de la mère.

Nous savons grâce à M. Mauss que le contre don doit être supérieur au don. « Tout doit être rendu augmenté d'un intérêt […] » (Godbout et Caillé 1992, p.109). La femme enceinte et séropositive est dans le doute et l'incertitude de faire aussi bien que sa mère, objet passé de jalousie et de haine. Le recours au père peut ici retentir comme la recherche du pénis riche et possédant dans l'imaginaire de la jeune fille des « vertus magiques » (Klein, 1959). La blessure narcissique causée par l'annonce du VIH va donc amener certaines femmes à se détourner de leur mère comme lors de l'œdipe. Ici c'est bien la rivalité qui refait surface. La mère semble toujours avoir de l'avance sur la fille, elle est en bonne santé, tandis que la santé de la fille est sujette à problème. Dans le temps, c'est elle qui était la préférée du père et la fille n'y pouvait rien, elle ne pouvait pas posséder pleinement ce père et lui faire un enfant. Maintenant que la fille devenue adulte peut enfin donner naissance, le VIH s'invite comme par enchantement. Le VIH peut très vite être associé à cette mère castratrice et c'est ce que nous montre le cas d'Annie,

celui de Sylvie et de Nata ou la haine à l'endroit de la mère est si forte que ces dernières la mettent sur le banc des accusés.

Freud résume sa pensée sur la situation œdipienne en ces termes :

> « La libido glisse maintenant le long de ce que l'on ne peut appeler que l'équation symbolique : pénis=enfant jusque dans une nouvelle position. Elle renonce au désir du pénis pour le remplacer par le désir d'un enfant, et dans ce dessein, elle prend le père pour objet d'amour. La mère devient objet de sa jalousie » (Freud, 1925, p.130).

Il y a ici un rattachement du désir d'enfant à l'œdipe, c'est-à-dire aux fantasmes pour la petite fille de faire un enfant à son père mais avec la peur de la castration. L'enfant guérit la blessure narcissique consécutive à la castration (André, 2009). L'enfant est chez la femme le substitut du pénis manquant (Freud, 1931, 1932). Alors, la menace par le VIH de l'enfant qui vient réparer la blessure narcissique de la femme consécutive à la découverte de sa séropositivité peut réveiller des conflits anciens chez la femme enceinte et séropositive.

Il y a cette dimension de la peur de la castration chez certaines de nos participantes (principalement Annie et Sylvie). L'enfant devient la compensation du VIH qui menace sa vie, ce qui nous amène à parler de l'enfant phallus. On est là dans une logique substitutive où suite à un sentiment de perte, de castration induite par le VIH, la femme cherche à compenser ce manque par l'enfant. Or, c'est le père qui donne les enfants et c'est ce père-là que la petite fille veut arracher à sa mère pour le posséder et lui faire un enfant. L'accrochage au père vise l'obtention du pénis. L'approche de Faure-Pragier n'est pas moins intéressante. Cet intérêt pour le père va donner naissance au conflit avec la mère et faire naître des sentiments de rivalité et de jalousie comme nous l'avons relevé plus haut. L'accomplissement d'un désir incestueux œdipien (faire un enfant à son père ou à sa mère) fait visiblement sa réapparition.

Dans la perspective kleinienne (1928, 1959), la fille pense que c'est la mère qui détient le phallus du père. La fille craint aussi que la mère ne ravisse et ne détruise l'intérieur de son ventre. Ce fantasme n'est en fait qu'une peur, une angoisse de représailles venant de son désir de démolir le ventre de sa mère supposée détenir le pénis du père (convoité et/ou désiré). Cette situation dégrade matinalement les relations mère-fille. Il est tout à fait possible que la femme séropositive réactualise ces fantasmes et se détourne ou s'éloigne de sa mère considérée comme une menace, celle qui en veut à l'enfant ou au phallus. Comme l'écrit M. Klein (1959), la fillette se détourne de la mère du fait de la haine et de la déception. C'est le cas d'Annie et Sylvie. Devant le risque de ne pas faire un « contre don » valorisant et pouvant (ou devant) servir de réponse à la mère ; face à tant de frustrations, la haine semble devenir la seule alternative. C'est

surtout le cas chez Annie qui, rappelons-le au passage, est primipare, donc attend son premier enfant. Chez Nata, nous faisons la même observation. Elle accuse sa mère d'être à l'origine de ses problèmes de santé. Elle ne lui donne aucune place et exprime avec virulence sa haine à son endroit bien qu'elle soit décédée.

Gardons à l'esprit ce que dit Freud sur la castration. Pour lui,
« Le complexe de castration provoque l'envie du pénis, ou une envie d'enfant, ou une envie de l'homme […] » (Freud, 1917, p.108).

Plus haut nous avons abordé le « divin-enfant-grigri » comme construction fantasmatique et, moyen de réinvestissement du bébé. La peur de la castration (peur de mourir, de disparaître, d'être privé d'enfant) n'est-il pas un élément favorisant le désir d'enfant chez la femme enceinte et séropositive ? Nous le pensons. La femme s'intéresse au pénis, à l'enfant du père ou de Dieu le Père, celui que Dieu lui donne. C'est aussi pour elle une manière d'exercer sa rivalité contre la mère à travers l'expression d'une illusion de toute puissante. Oui, malgré son infection, elle a un enfant qui vient de Dieu. Sa maternité n'est pas ordinaire, elle est spéciale. Les participantes qui ont déjà des enfants disent que l'enfant qu'elles attendent est spécial, il n'est pas comme les autres (Sylvie, Nata).

La femme se sentant en danger car pouvant faire un enfant qui ne correspond pas à la vie qu'elle a reçu ; devant la peur de mettre au monde un enfant qui prenne place sur la lignée généalogique comme les autres du fait de sa séropositivité.[29] Nous observons un mécanisme qui va consister à prendre la distance avec les ancêtres qui pourraient refuser de venir dans ce corps infecté et qui menace leur retour ou réincarnation d'une contamination. Elles s'adressent à Dieu et préfèrent attendre l'enfant qu'il envoie. Elles peuvent ainsi se mettre à l'abri des assauts des ancêtres et leur mécontentement. L'enfant de Dieu est divin, il n'a ainsi rien à voir avec un prétendu ancêtre. De toutes les façons, C'est Dieu comme nous l'avons montré dans les arbres généalogiques et dans le livre de la *Genèse* qui est en amont de la vie.
Nous sommes tout à fait d'accord avec Zongo quand elle dit :

> « L'analyse des conceptions de « l'enfant de la séropositivité » par le biais de la nomination, offre une rupture dans les conceptions de la personne. La nomination dans ce contexte semble trancher avec la nomination « classique » qui procède de la réincarnation d'un ancêtre ou d'un génie mise en exergue par bien de travaux anthropologiques déjà cités. Elle n'est pas une façon de faire revivre un ancêtre mais, le reflet d'une histoire de vie, d'un parcours génésique singularisé par la

[29] Le VIH a un rapport avec la faute, la violation d'un interdit, donc, le poids de l' « angoisse culpabilisante sur la conscience individuelle par l'intermédiaire du surmoi » (Virel, 1977) dans ce contexte particulier où l'enfant (du groupe, de la famille) risque la contamination. Nous rappelons qu'en Afrique il faut faire de beaux enfants. Ewombé Moudo (1991) parle de « callipédie ou l'art de faire de beaux enfants ». Le Garant de la callipédie en question, dans l'imaginaire de ces femmes, est Dieu. Où les interdits ne peuvent plus rien à part nourrir le sentiment de culpabilité, Dieu reste pour elles, le vrai espoir.

> présence d'une maladie transmissible tout le long du processus reproductif. Elle renseigne certes sur l'identité de l'enfant, les circonstances de sa venue au monde comme dans les conceptions traditionnelles mais, cela se situe ici en dehors des ancêtres et des génies. « Dieu » (au sens des religions chrétienne et musulmane) est considéré comme celui qui a permis de surpasser l'interdit, la maladie pour accéder à la maternité ». (Zongo, 2012b, p. 12).

Mais Zongo ne va pas plus loin pour dire ce qui peut expliquer cette observation. Le matériel clinique indique qu'il s'agit de ce que nous venons d'évoquer. Le contexte (VIH/séropositivité) n'est pas propice pour qu'un ancêtre passe par soi pour se réincarner. La femme ne veut pas prendre un tel risque, elle n'est pas certaine de faire un enfant séronégatif. C'est une responsabilité qu'elle refuse. Dieu devient alors celui qui peut la soulager. De toute façon, c'est nettement mieux de donner naissance à un enfant qui vient de lui directement, que de s'attirer la colère d'un ancêtre qui pourrait être mécontent d'arriver et de se réincarner dans un contexte aussi risqué et/ou périlleux. Le ''Dieu de Miracle'' étant celui qui peut tout faire et tout accomplir, autant se focaliser sur lui et rester sous sa protection. Les réactions des participantes ne peuvent pas être plus éloquentes. Nous avons en effet vu Nata, Sylvie et Annick prendre les distances avec leurs pratiques et croyances traditionnelles ; convaincues que c'est Dieu qui va leur permettre de faire de beaux enfants, et précisément un enfant séronégatif. Les interdits et prescriptions semblent ainsi tomber dans la caducité et la désuétude. Face à Dieu et sa toute-puissance, ils perdent leur importance.

7.6.3 L'enfant attendu : enfant richesse narcissique

Nous avons abordé l'importance de l'enfant, celle de la maternité et les conséquences de la stérilité dans le Chapitre 3. Nous allons nous appuyer sur les références du chapitre ci-dessus mais, nous en (références) évoquerons aussi d'autres pour plus de pertinente. Ce qui peut ressembler à la redondance n'en est donc pas une, il s'agit de redire et de renchérir pour mieux expliciter et éclairer.

> « Les représentations qui entourent la venue au monde et la vie du nourrisson sont débordantes de richesse. L'enfant que l'on attend et qui vient parmi les siens sert toujours de moyen de projection aux désirs et aux visées de son entourage. C'est comme un capital que les parents placent et qui, plus tard, devra faire des bénéfices, c'est l'espoir, l'avenir. La manière dont un groupe humain réagit sur le plan de la pensée, de l'affectivité et des manifestations sociales à l'arrivée d'un nouveau membre témoigne de son importance dans ce milieu » (Akare Biyoghe, 2010. p. 153).

Dans l'imaginaire africain en général et gabonais en particulier, l'enfant est considéré comme une richesse. L'enfant en Afrique est attendu par les parents et la communauté. Il est un

trait d'union ou l'intermédiaire entre les deux mondes, celui des vivants et des morts et la préoccupation première de l'africain comme le montrent l'attente et la quête qu'il suscite (Erny, 1990 ; Bertoli, 2007).

La fertilité et la progéniture ont une place centrale chez le Gabonais. Les équations fertilité = bénédiction et infertilité = malédiction peuvent être formulées, l'enfant venant des divinités comme nous venons de le voir. La femme par la maternité permet d'assurer la reproduction et partant, la continuité familiale et groupale. L'enfant peut être considéré comme la garantie de la survie du groupe (Barbier, 1985, Stork, 1999). Il s'agit d'une âme de plus qui vient agrandir la famille, accroitre l'espoir et faire espérer les lendemains meilleurs. Simplement un enfant à l'image de soi et la suite de soi.

« Le bébé richesse » peut être considéré comme l'enfant sur lequel va reposer les espoirs du père et de la mère et ceux de la famille et du clan comme nous l'avons vu. Le conte « Les trois fils » (Trilles, 2002, pp. 95-107) ou une femme au nom d'Ada et ces trois fils va tout abandonner et quitter le village pour sauver ses triplés qui devaient être exécutés comme le commandait la tradition à peine étaient-ils nés montre la richesse que constituent les enfants. Ada fuit avec ses nouveaux nés dans la forêt pour leur sécurité, pour que la vie donnée ne soit pas ôtée, et pour que la richesse en puissance le devienne en acte. Les enfants devenus grands, chacun d'eux va exceller dans un domaine, ils deviendront respectivement grands chasseur, pêcheur et piégeur nourrissant ainsi leur mère de poisson, d'oiseux et de viandes. Un des quatre fils, Bisonge, après avoir vengé ses frères tués par les ogres et délivrés les prisonniers de ces derniers, deviendra un grand chef.

Il y a dans ce conte, outre l'amour maternel qui fait prendre tous les risques à cette mère pour garder ses enfants en vie, la richesse que les enfants incarnent et représentent en Afrique. Ada va cacher et sécuriser ses enfants comme un homme d'affaires place son en lieu sûr pour être certains des retombés et/ou intérêts futurs. En dernier, il y a la fierté et l'honneur d'Ada d'être la mère du Chef. Les enfants font d'elle une femme riche, connue et élevée.

La femme en Afrique en général et au Gabon en particulier, est obsédée par l'idée de faire les enfants. G. Kuitche Fonkou (2010) parle de l'attente d'un bébé, peu importe le bébé, « un gros [...] un maigrichon » pourvu qu'il soit là et qu'il fasse de la femme une mère. C'est bien le cas chez la femme enceinte et séropositive qui attend son bébé. L'« à tout prix mère » lisible dans le poème titré : « Que Dieu donne le bébé » (p.12) de l'auteur précédemment cité est encore plus intéressant. Ce texte montre combien le bébé honore sa mère « Ye ye petit être qui honore », dira la dame. C'est un appel adressé à Dieu pour qu'il lui donne un bébé pour ne point connaître le déshonneur de celles qui n'ont pas d'enfants. Dans une société où la femme est obligée de

faire un enfant pour prouver sa fécondité et être honorée et respectée comme le Gabon, l'enfant est ce qu'il faut absolument avoir. Elle a une obligation de résultat. Manquer d'enfant peut pousser la femme à s'en créer fantasmatiquement pour supporter la solitude, les moqueries et les railleries de la communauté. Elle est prête à tout faire pour qu'elle soit mère.

Le conte « La poupée d'argile » de M. Koutekissa (2007) en est un parfait exemple. Dans ce dernier, une vieille femme stérile et moquée par le village entier pour son infertilité va procéder à un véritable travail de création et de fantasmatisation d'un enfant imaginaire. Elle investit une poupée confectionnée par elle-même avec de l'argile et finit par vivre avec cette dernière une relation mère-fille. C'est ainsi qu'alors qu'elle la traite comme un enfant, lui parle et lui donne toute son attention, réalise avec elle ce que les mamans font avec leurs bébés. Un jour, celle-ci va se transformer en petite fille à son réveil. Une petite fille qu'elle va chérir et qui va lui donner la joie de la maternité et lui faire oublier qu'elle est stérile. Elle donne à cette poupée le nom de Zenga. Consciente de la matière avec laquelle Zenga était faite, sa mère la protégera lui empêchant de sortir et l'enfermant à la maison comme un trésor qui ne doit être découvert pour ne point être dérobé. Mais un jour, Zenga comme tous les enfants de son âge sera attirée par les jeux. Partie à la rivière avec ses amies pendant que sa mère était absente, elle se fera surprendre par la pluie et se désintégrera en chemin plongeant la vieille dame dans une grande tristesse. L'enfant est ici présenté comme un trésor. Il donne la joie, la vie, de l'estime de soi, des autres et de toute la communauté.

Dès qu'on dispose des éléments qui précèdent (sans omettre tout ce qui a été dit sur la maternité et le bébé au Gabon et en Afrique), on comprend tout de suite et aisément que la femme enceinte et séropositive même quand elle reçoit son test au cours de sa grossesse trouvera en l'enfant une chance à saisir pour s'affirmer comme une femme et recevoir les bénéfices y associés. Ceci n'est pas seulement valable pour les primipares. Un seul enfant ne suffit pas pour avoir tout l'estime du groupe. Une femme qui n'a qu'un seul enfant doit encore faire ses preuves. Un seul enfant fait passer la femme pour « une terre mauvaise qui ne sait donner qu'une seule récolte » et c'est le cas de Nindia dans le roman d'Owondo qui pense que « Toute femme qui n'a qu'un enfant n'a rien » (Owondo, 1985). Le respect et la considération d'une femme dépendent souvent du nombre d'enfants qu'elle a. « Mère d'un unique enfant, ne te moque pas de la femme stérile - Quand Ndakukoh se moque de Pah - C'est comme un aveugle se moquerait d'un sourd (Texte poétique 1 ci-dessous, Kuitche Fonkou, 2010 : L 14, 15, 16). Il est connu (nous l'avons mentionné : maternité en Afrique, Chapitre, 3) qu'en Afrique, plus une femme a d'enfants, plus elle est estimée et considérée (Héritier, 1983, 1996 ; Journet, 1981 ; Lallemand et *al* 1991).

Pour le gabonais, avoir un enfant comble tous les désirs et manques. Ce qui nous permet de réaliser et donc d'affirmer que, au Gabon, la richesse matérielle n'est rien à côté de la richesse que représente l'enfant. Par conséquent, même le VIH/SIDA ne peut être un frein pour le précieux sésame. On peut d'ailleurs constater que les africains font beaucoup d'enfants même quand ils sont limités par les moyens. Nguéma Obame (2005) arrive à la conclusion que le gabonais peut manquer de tout sauf d'un enfant. En effet, sans enfant, le chagrin et le désespoir s'installent en lieu et place de l'espoir et l'allégresse et ce, même quand on est fortuné. C'est ce que disent les paroles (d'une particulière éloquence) du chant cité par Nguéma Aubame : « La pluie tombe dans mon cœur », qui, précise l'auteur, signifie qu'il y a de la douleur dans mon cœur » (Nguéma Obame, 2005, p. 140). L'enfant peut ici être assimilé au chauffage en période hivernale. C'est l'être qui vient apporter les couleurs printanières à la vie des parents. Rien n'est ici plus important que l'enfant. Quelles que soient les difficultés et les épreuves, l'enfant vient combler une vie reléguant le reste à l'arrière-plan. Par contre, vous pouvez tout posséder, si vous n'avez pas d'enfants, vous êtes malheureux. On peut voir en chaque enfant reçu, une richesse. S. Swiderski (1970) ne se trompe pas en comparant la naissance ou l'arrivée d'un enfant à un signe d'une nouvelle vie. C'est ce que nous observons chez les participantes à cette recherche. Elles caressent l'espoir d'une renaissance.

Kuitche Fonkou (2010) dans un poème titré « La femme sans enfant, p.9 » montre la souffrance d'une femme de ne pas avoir d'enfant.

Si j'avais su !

1. « Si j'avais su, je serais morte aussitôt née !
2. Qui le dira à tout venant ?
3. Qui le dira aux jeunes filles de mon âge ?
4. Le diras-tu à Sozâdi fils de Sabù ?
5. Le diras-tu à Nangomase fils de Ka'mo ?
6. Si j'avais su, moi, je serais morte aussitôt née !
7. Si j'avais su !
8. Qu'on le dise à mon frère (soeur) Nga' fils (fille) de Yut
9. Que recouvrer le capital c'est avoir failli le perdre,
10. Qu'on le dise à ma mère la reine Mbula',
11. Que bonne pour être maman j'ai manqué de collier,
12. Que bonne pour être maman, je suis un morceau de bois sec,
13. Si j'avais su !
14. Mère d'un unique enfant, ne te moque pas de la femme stérile
15. Quand Ndakukoh se moque de Pah
16. C'est comme un aveugle se moquerait d'un sourd
17. Que peut-on posséder qui mette à l'abri du souci ?
18. Sais-tu qu'ayant pour but Megop je ne suis parvenu qu'à Ho ?
19. Que ma destination était Ndakukoh mais (que) je suis rentrée au pied du mont ?
20. Qu'on le dise à Mbu'ndase établi au pied du mont Que je suis la fille de Nkaknko' et du Cuco » (Kuitche Fonkou, 2010, p. 9)

Le message est le même que celui véhiculé par le chanteur Pierre-Claver Zeng Ebome dans son titre « Moane (enfant) » (cité ci-dessous par Ovono Mendame, 2015). Dans cette chanson, la femme stérile à qui le chanteur se substitue dit préférer mourir que de vivre sans enfant. Elle supplie Dieu de lui en donner. « Dieu tu m'entends pleurer [...] Dieu me refuse un enfant » (vers 1, 2 et 6).

Moane (enfant)

1. « Dieu tu m'entends pleurer…
2. Pourquoi refuses-tu de me donner un enfant
3. Je préfère mourir [...]
4. Tare m'a laissé à la mort
5. Tare m'a laissé malade
6. Dieu me refuse l'enfant
7. Une mort d'indigence
8. Je meurs de solitude dans le lit
9. Je gémis qui va m'épouser
10. Je suis condamné à la stérilité
11. Oh, hommes, le malheur me tient
12. Qui va m'épouser ?
13. Tout amour donne droit à un enfant
14. Pauvre créature, qui portera mon nom ?
15. Toutes les autres se font des homonymes
16. J'envie, j'envie…Qui me donnera un enfant ?
17. Je ne peux demeurer sans penser au bébé
18. On peut avoir toutes les richesses du monde
19. Mais le bonheur entre dans la vie
20. Le jour où Dieu te donne un enfant [...] »

P-C Zeng Ebome, traduit et cité par J-R Ovono Mendame, 2015, pp.82-83

On voit ici l'expression du regret de la femme : naître, vivre alors qu'elle ne peut faire un enfant. Le ''Si'' du vers **« si j'avais su… »** Employé plus haut par G. Kuitche Fonkou, subordonne la naissance de la femme à sa capacité à mettre au monde un enfant. Il y a une préférence de la mort à la vie lorsqu'on n'a pas d'enfant**. « Si j'avais su, moi, je serais morte aussitôt née [...] Morte aussitôt née, j'aurais mis fin à tout malheur ».** (Kuitche Fonkou, Op. Cit, L 1). La femme éprouve le remords d'être né alors qu'elle ne peut faire d'enfants, c'est une façon de dire qu'avant de naître, si on lui aurait dit qu'elle ne ferait pas d'enfant, elle aurait refusé de contracter cette « dette de vie » (pour utiliser l'expression de Bydlowski, 1997), alors qu'elle ne peut la rendre. Ces deux textes poétiques montrent la nullité de la vie, sa vacuité, le vécu malheureux d'une femme sans enfant. P.C Zeng (Moane) le dit, la femme préfère mourir que de vivre sans enfant « Je préfère mourir » (L3), « Je ne peux demeurer sans penser au bébé »

(L17). Tout laisse penser que l'enfant est la vie qui en arrivant vient conforter la vie de la femme et lui donner un sens. Autrement, la femme se considère comme « […] un morceau de bois sec » (L12). Cette métaphore utilisée par la femme montre que l'infécondité déshumanise. Elle se chosifie et se considère comme un être inerte. Annie, Annick, Nata et Sylvie montrent leur préférence pour la vie en soi. Elles veulent naître de nouveau avec le « divin-enfant-grigri ». Le VIH ne les fait pas reculer, elles vont jusqu'au bout poussées et portées par cet espoir d'une maternité qui allie bénédiction et richesse et qui maintient dans l'être, l'espoir d'une continuité d'être et par là même, la promesse d'un futur radieux.

> « L'enfant est l'abandonné, le délaissé, et en même temps le divinement puissant. Il est le début insignifiant et douteux et la fin triomphante. Il est l'être des commencements et celui de l'achèvement, l'être initial avant l'homme et l'être final après l'homme, il est tout entier tourné vers le futur, il est l'avenir en puissance (Erny, 1990, p. 71).

Le bébé richesse est une source de narcissisme pour la femme enceinte et séropositive. Annie, Annick, Sylvie et Nata nous ont dit qu'elles voulaient que leurs enfants deviennent ce qu'elles n'ont pas pu devenir. Elles voient pour leurs enfants les rêves les plus grands. J. Alliais a raison de dire que : « L'enfant peut être l'objet des attentes et des projections de ses parents » (Allais, 2007, p.57).

Nous relevons que la femme malgré son statut de séropositive se représente son enfant comme une richesse. L'enfant est attendu pour venir faire ce que la femme n'a pas accompli. Elles font de l'enfant celui qui va permettre leur continuité et qui fera leur fierté. C'est pour cette raison qu'elles mettent tout en œuvre pour qu'il naisse séronégatif. Le bébé attendu par la femme enceinte et séropositive, le « divin-enfant-grigri », ressemble à l'« enfant phallus » évoqué par J. Bergeret (1990) dans sa théorie des fantasmes de la femme pendant la maternité. Cet enfant, explique Bergeret, permet la compensation de compenser la perte d'objet phallique et de restaurer le narcissisme. Ce que nous avons décrit jusque-là (La situation de la femme enceinte, la mise, la création du « divin-enfant-grigri », les espoirs et les attentes de ce dernier) va dans le sens du « **divin-enfant-grigri » enfant phallus**.

Le bébé de la séropositive n'est pas une simple fantasmatisation ou construction passagère et éphémère. Il est projection, avenir, devenir. C'est la pièce motrice de la survie du soi, c'est l'absolue richesse. Il répare la blessure narcissique liée à la castration du VIH et donne un électrochoc à la libido pour qu'elle se remette en mouvement. Il soude aussi les trous par lesquelles s'échappe la libido de la mère lui permettant de continuer d'être.

> Allais (2007) voit juste quand il affirme que : « Quel que soit le contexte dans lequel l'enfant arrive, désiré ou non, fruit d'un choix librement assumé ou hasard de l'existence, les parents se font une représentation de celui qui va naître de leur union » (Allais, 2007, p. 56).

Nous voyons bien cette capacité d'imagination et d'anticipation du bébé comme nous l'avons déjà dit plus haut. Avant d'effectuer le retour aux hypothèses pour voir si ces dernières se vérifient, rappelons notre question de recherche, nos hypothèses et nos objectifs.

7.7 Rappel de la question de recherche et retour aux hypothèses

7.7.1 Rappel de la question de recherche

Nous avons posé la question de recherche suivante : comment procède la femme en grossesse qui apprend sa séropositivité au cours de sa grossesse pour faire face à cette situation. En d'autres termes, qu'est-ce qui se joue psychiquement chez la femme en grossesse et séropositive ?

7.7.2 Hypothèse générale

> Au cours de sa grossesse, **la femme gabonaise séropositive construit et imagine un enfant que nous appelons le divin-enfant-grigri**. En d'autres termes, Le divin-enfant-grigri est une construction psychique de la femme enceinte et séropositive pour poursuivre l'investissement de l'enfant et se préparer à l'accueillir malgré le VIH. La femme séropositive par l'idée d'attendre un bébé divin peut se permettre de continuer de le porter dans son ventre et psychiquement, car c'est la volonté de Dieu.

Au regard du matériel clinique recueilli, après interprétation et analyse des données des différentes participantes et particulièrement Annie, Annick, Nata et Sophie. Tenant compte des données recueillies auprès des médiatrices, l'hypothèse générale de notre recherche se vérifie. Chacune des femmes ci-après accorde une place centrale à Dieu et investit l'enfant comme un don divin et une richesse. Mme C Psychologue à la SMI Okala nous partage une conversation qu'elle avait eue avec une femme séropositive dans son service. Alors que leur échange portait sur l'enfant, Mme C demande à sa patiente le prénom qu'elle a donné au bébé qui arrive. La dame esquisse un sourire et dit à la psychologue **: « Mon bébé n'a pas de nom, c'est un bébé divin ».** Cette dame au moment de cet échange attendait son premier enfant. Cette femme a dit sans ambages ce que nous avons entendu pendant nos entretiens.

Nous corroborons et partageons l'idée que l'annonce de la séropositivité ébranle la femme enceinte et affecte le fantasme qu'elle a de l'enfant à naître (Makaya & *al*, 2010). En revanche, nous ne pouvons pas affirmer que sa capacité de rêverie perd « […] tout objet ambitieux, toute faculté d'anticipation fantasmatique harmonieuse et créatrice ». (Mansour, cité par Dekens, 2000, p.24). Si l'état de chaos peut être observé chez la concernée lors de l'annonce, elle parvient à trouver ou plutôt à inventer les ressorts pour poursuivre son devenir mère.

Nous voyons dans notre étude que les femmes enceintes et séropositives poursuivent leur grossesse et montrent une bonne capacité d'être mère et d'anticiper les besoins de leurs enfants à naître. Le divin-enfant-grigri est ici une construction fantasmatique qui aide les femmes à faire face à leur situation de séropositive et à investir l'enfant. Il peut être considéré comme une bouée de sauvetage grâce à laquelle le processus de parentalité va atteindre la berge.

La femme séropositive se représente l'enfant, elle l'imagine et l'anticipe. Mais tout ne se passe pas sans tumulte, il y a bien le VIH qui continue de peser dans la psyché féminine comme l'attestent ces propos de Sylvie. **« […] Comment je vais accoucher avec les persécutions là (Le VIH et la peur qu'elle suscite). Je ne sais pas […] La peur là vient toujours. Heureusement que je prie, la peur là vient, ça part ; ça vient, ça part ».**

Nous nous représentons la situation comme un conflit qui oppose le VIH au moi. Le moi se doit de rester mobiliser pour ne pas se laisser envahir. Il doit continuer à rêver et à créer pour que l'enfant trône sans cesse dans sa tête. C'est tout le rôle du divin-enfant-grigri.

H1

- Au niveau psychique, Le « divin-enfant-grigri » nourrit et/ou perfuse la mère narcissiquement agissant comme un générateur libidinal. **Ainsi, face au VIH, la femme montrerait le besoin de s'accrocher à l'enfant qui vient de Dieu et grâce à ce processus, elle parviendrait à se renarcissiser et/ou à retrouver un peu de son estime de soi.**

Cette première hypothèse spécifique se vérifie. Le divin-enfant-grigri agit véritablement comme un générateur, une perfusion narcissique. Il maintient le rêve dans la psyché dévastée par l'annonce du VIH et constitue un motif d'espoir pour la mère. La femme montre son envie de se battre pour cet enfant qui pour elle constitue son avenir et sa fierté. Le fait qu'un corps qui porte le VIH puisse faire un enfant séronégatif restaure narcissiquement. L'enfant est la continuité de sa mère. Sa pureté ou sa bonne santé aura un impact positif sur cette dernière. Au cours de cette fusion mère et fœtus, le dernier cité (le fœtus) est la partie du moi de la femme qui soigne celle infectée. Nous avons pris l'exemple des naissances multiples des femmes enceintes et

séropositives. Il s'agit des épargnes narcissiques qui drainent et irriguent le moi maternel narcissiquement.

H2

Malgré la réception de l'annonce de sa séropositivité la femme enceinte gabonaise continue d'imaginer et d'anticiper son enfant comme un enfant richesse.

L'enfant en Afrique en général et au Gabon en particulier est une richesse. Nous venons de voir que même le VIH n'entame pas cette représentation. Au contraire, nous voyons qu'il y a une grande préoccupation pour cet enfant menacé par le VIH. Il est la promesse de l'estime de soi, de la considération et du respect de la femme. L'enfant est la principale fortune chez l'africain. C'est la méta-richesse. Même les femmes qui en ont en veulent d'autres. Celles qui n'en ont pas encore veulent à tout prix en avoir.

S. Missonnier dans ses travaux (2004, 2009) parle d'une relation de la mère au fœtus qu'il appelle la Relation à l'Objet Virtuel (ROV).

> « La ROV est utérine et, plus globalement, inscrite fantasmatiquement dans le processus de parentalité chez la femme mais aussi chez l'homme. Elle représente à mon sens la matrice virtuelle de toute la filière des cristallisations futures de la relation d'objet […] La ROV se réfère à un processus qui va schématiquement de l'investissement narcissique extrême à l'investissement progressif d'un investissement (pré)objectal de l'autre potentiellement en soi […] La ROV c'est , c'est le contenu (proto)intersubjectif de l'espace-temps de la rencontre de la nidation embryo-fœtal et de la nidification parentale qui précède et rend possible la relation parent/nouveau-né » (Missonnier, 2009, pp. 5-6).

La ROV est ainsi un procédé, voire, un processus d'anticipation de l'enfant attendu qu'il soit dans le milieu utérin ou simplement dans la psyché du parent en devenir. Chez la femme en grossesse et séropositive, il y a bien cette relation pré-objectale qui prépare la rencontre avec le bébé réel ; mais, La **ROV** chez la femme en grossesse et séropositive est doublée de la **ROD**, la **Relation à l'Objet Divin**, le bébé divin étant le moteur de l'activité créatrice et/ou fantasmatique.

H3

Le VIH/SIDA menaçant la transmission de la vie, une vie saine, un bébé bien portant et beau comme celui que la petite fille pendant l'œdipe souhaite donner à son père. La mère au cours de cette période étant considérée comme celle qui empêche à la fille de réaliser ces vœux œdipiens lui obligeant de renoncer à son désir de faire un enfant à son père pour attendre un futur partenaire à l'âge adulte (Freud, 1925), nous formulons comme dernière hypothèse que : **Le VIH**

réactive le conflit œdipien et la peur de la castration y consécutive chez la femme enceinte et séropositive.

Au cours de la grossesse la femme régresse à son histoire infantile, se rapproche de ses parents et particulièrement sa mère (Dana et Marion, 1975). Le VIH serait à l'origine de ces mécanismes et réveillerait la jalousie et la haine à l'égard de la mère comme lors de la découverte de la différence de sexe et inversement, le père détenteur du pénis manquant serait l'objet d'amour de la femme séropositive. Nous émettons des réserves sur la validation de cette hypothèse. La grossesse étant un moment propice pour la réactivation des conflits psychiques, il nous est difficile de confirmer que les conflits que nous observons chez les participantes à cette étude sont bien la conséquence de la seule infection du VIH. Quand bien même, ce dernier pèse conséquemment sur les femmes que nous venons de présenter.

Aussi avons-nous montré comment cette infection vient poser le problème de la dette reçue et la dette à rendre. La femme enceinte et séropositive est gênée par le VIH dans son voyage maternel. Qui peut être fier de rendre dans un piteux état un objet qui lui a été passé en parfaite qualité ? Dans ces cas-là, le bon sens commande d'en racheter un neuf ou de le restaurer pour lui donner une forme appréciable. L'exemple au regard de l'ampleur de la situation sied peu, voire très peu, mais c'est du moins dans l'esprit, ce qui semble se passer. **Ainsi, au lieu donc de dire que le VIH réactive les conflits infantiles, il est plus prudent et judicieux de dire que dans certains cas, il réactive et accentue les conflits infantiles et précisément celui œdipien et sa substantifique moelle : l'angoisse de castration.**

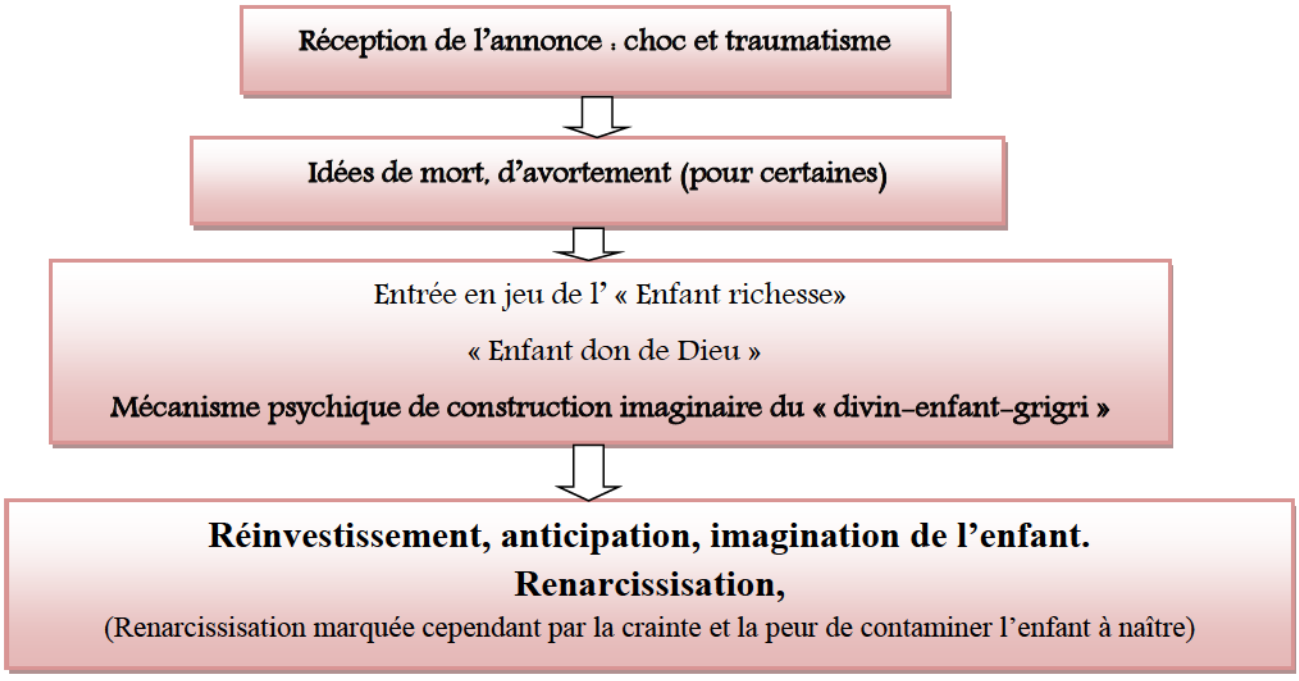


Figure 5 : Un itinéraire emprunté par la femme qui apprend sa séropositivité au cours de la grossesse.

Le schéma ci-dessus retrace l'itinéraire des femmes qui apprennent leur séropositivité au cours de la grossesse. Le matériel clinique nous permet de le réaliser. C'est en effet ainsi qu'ont procédé plusieurs participantes. Il y a :

- Le temps de l'annonce où la femme fait face au VIH et pense à la mort. Il est décrit comme un moment de souffrance et de détresse. La femme est complètement perdue, elle cherche les réponses, elle veut comprendre ce qui lui arrive, elle a peur de mourir et de contaminer le bébé.

- Le deuxième temps est celui où elle envisage de mettre un terme à sa grossesse et/ou de mettre fin à ses jours. Ce temps peut aussi se manifester au moment de l'annonce. Après cette étape, elle entame un travail d'élaboration/création.

- En troisième lieu, la femme cherche à faire face au VIH. Elle comprend que l'enfant qu'elle attend est une chance pour elle, une bénédiction. Elle se met donc à procéder à un travail de création du « divin-enfant-grigri ». Par ce moyen, la femme poursuit son processus de parentalité et se prépare à attendre son bébé. L'enfant de Dieu permet à la femme de mettre sa séropositivité entre parenthèses. L'imagination et la construction fantasmatique abondent.

- On constate en dernier lieu qu'il y a un lien entre la mère et l'enfant. Elle l'investit, anticipe sa venue et se montre apte à s'occuper de lui, le soigner et le protéger en lui offrant un cadre propice pour son émergence. Elle tire aussi des bénéfices narcissiques considérables de ce bébé qu'elle attend.

CONCLUSION GÉ NÉ RALE

Le présent travail nous permet d'apporter une contribution sur la problématique de la parentalité chez la femme qui apprend sa séropositivité au cours de la grossesse. Nous avons organisé le travail en trois parties. Chacune d'elle a en son sein, des chapitres et sous chapitres. Nous espérons que cette architecture vous a permis de nous suivre pas à pas, de la partie introductive, à celle conclusive.

La première partie concentre les aspects théoriques : épidémiologie du VIH/SIDA ; la parentalité du point de vue psychodynamique, et en dernier, la maternité et l'enfant au Gabon. La deuxième partie nous a permis de définir et présenter la méthodologie de l'étude. Les outils présentés dans la méthodologie (entretiens, dessin du bébé) nous ont aidé à recueillir les données cliniques à partir desquelles, l'interprétation, l'analyse et la discussion ont été faites.

Au terme de ce travail, nous observons chez Sylvie, Annick, Annie, Nata et l'ensemble des participantes rencontrées, des réactions similaires après la réception de l'annonce du VIH. Nous notons aussi l'usage d'un mécanisme ou procédé qui leur permet de poursuivre leur processus de parentalité, nous l'appelons, la création du **« divin-enfant- grigri »**.

Les résultats montrent que la réception de la séropositivité est choquante. Cette annonce amène Annie, Annick, Nata et Sylvie (pour ne citer que les cas étudiés) à envisager le pire : se donner la mort ou donner la mort à l'être qui grandit en elles. Cette conduite de fuite devant le danger n'est toutefois pas concrétisée par un passage à l'acte. En effet, très vite, le désir d'enfant prend le dessus et un travail est amorcé pour la poursuite du processus de parentalité. Les données recensées par nos soins confirment ce que d'autres travaux ont montré au sujet de la réaction à l'annonce du VIH. Nous parlons ici, du « traumatisme de la mort annoncée » (Thomet-Renault, 1995, 1996) chez les personnes qui apprennent qu'elles sont infectées par le VIH. Il y a aussi chez les participantes, l'expression de la peur d'être abandonné ou rejeté par les conjoints. Ceci n'est pas contraire aux résultats d'autres travaux qui donnent comme lot de conséquences de l'annonce de la séropositivité : les réactions négatives et violentes des conjoints comme la colère, le rejet, le divorce et les tensions au sein du couple (Antelman et *al,* 2001 ; Desclaux, 2002 ; Desgrées du Loû, 2005 ; Kilewo et *al*, 2001 ; Nebié et *al*, 2001). Or, le soutien des conjoints est important pour ces femmes qui ont besoin de protection, d'attention et de tolérance. Les abandons et les rejets ne font que les enfoncer dans la culpabilité, aggravant ainsi conséquemment, leur souffrance.

Si les femmes qui ont participé à cette étude sont blessées narcissiquement du fait de la réception d'un diagnostic positif au VIH, les données sur le bébé imaginé et le devenir mère ne

montrent pas qu'elles cessent d'investir le bébé à naître. Annie, Annick Sylvie et Nata ont montré que l'annonce de la séropositivité pendant un temps, certes, les déstabilise et les désorganise. Mais très rapidement, elles rétablissent le lien avec l'enfant. Le VIH précipite même l'anticipation du bébé. Les propos de Ben Soussan ci-après sont aussi valables pour la femme séropositive en grossesse. « Avant que de naître, tout enfant est déjà pensé, parlé, rêvé. Il est destiné à jouer le grand rôle d'un scénario […]» (Ben Soussan, 1999, p. 37).

Les données de ce travail montrent aussi que le soutien du partenaire, celui de la personne qui est dans le secret et celui de l'équipe soignante sont très importants. Chez Annie par exemple, son conjoint est tellement présent, la soutient et vit l'infection et la grossesse avec elle qu'elle se projette facilement, se sent en sécurité et protéger. Le rêve et la fantasmatisation sont par conséquent chez elle plus faciles, expressifs et riches. Au contraire, Annick qui n'est pas soutenue par son conjoint s'exprime moins et son activité fantasmatique, bien qu'existante, n'est pas aussi prolifique que celle d'Annie. Nous devons rappeler qu'elle a perdu une nièce qui était quasiment considérée comme sa fille. Ce décès peut aussi être à l'origine d'une mise en place des mécanismes défensifs dont la fonction serait de la protéger d'une éventuelle désillusion. Mais, il y a plus à dire. En effet, Annick qui est dans la fuite et la répression de ce qui peut la mettre face à l'enfant à naître (nous rappelons qu'elle ne veut pas faire d'échographie et qu'elle a vécu difficilement l'entretien cris et pleurs) fonctionne ainsi pour s'abriter de l'angoisse qu'elle doit gérer sans le soutien du père de l'enfant. Comme elle le dit, elle laisse Dieu dans sa toute-puissance s'occuper de cet enfant, le protéger, lui, et elle-même.

Comme nous l'avons déjà dit, la PTME joue un rôle déterminant. Mme C, psychologue à la SMI d'Okala et les médiatrices rencontrées nous ont dit qu'à partir du moment où les femmes séropositives enceintes ont la bonne information et savent qu'elles peuvent donner naissance à un enfant non contaminé, il n'y a quasiment pas de différence entre une femme séropositive et une femme séronégative. Les femmes enceintes et séropositives restent des femmes qui attendent des enfants et qui se préparent à assumer pleinement leur maternité. Comme nous l'ont signifié les médiatrices, la grossesse est un excellent moyen pour la femme séropositive de se prendre en charge correctement. Le désir d'enfant la pousse à tout mettre en œuvre pour protéger le bébé qu'elle porte du VIH et pour survivre aussi elle-même. **« Quand tu donnes un résultat positif à une femme qui n'est pas enceinte, ce n'est pas la même chose que si tu donnes le même résultat à une femme qui attend un enfant […] Tu leur présentes le bien-fondé de la PTME, elles adhèrent facilement au traitement parce qu'elles veulent avoir le bébé qui est dans leurs ventres. Ça les motive vraiment à prendre le traitement »,** a déclaré la médiatrice A. Ceci rejoint ce qu'avance et soutient Martin-Chabot,

> « La grossesse est un moment important d'ouverture et de remaniement qu'il est utile de saisir pour maintenir la dynamique de la vie psychique porteuse de vie et dans son lien aux autres, afin de prévenir les relations de couple et parents/enfants » (Martin-Chabot, 2008, p. 117).

On a presque envie de dire que l'annonce de la séropositivité pendant la grossesse peut permettre à la femme de vivre moins difficilement cette infection. On voit l'importance de l'enfant dans l'après coup de l'annonce de la séropositivité. Comme le dit Stern, « Pendant la grossesse, l'esprit ressemble à un laboratoire où l'avenir est assemblé et retravaillé comme une création en gestation » (Stern, 1998, p. 40).

Il y a chez les femmes que nous avons rencontrées, la détermination de poursuivre leur grossesse même quand celle-ci est considérée comme un accident. L'annonce ou la découverte de la séropositivité au cours de la grossesse n'entraine pas l'arrêt de la grossesse ou le renoncement à la maternité. Le VIH n'empêche pas la femme en grossesse de se mettre au travail pour l'attente de l'enfant et l'exercice de la parentalité. Les femmes séropositives se réorganisent pendant la grossesse. Ce qu'il faut souligner avec acuité, c'est leur capacité à mettre sur pied un travail de création-anticipation pour continuer de porter psychiquement et somatiquement le bébé à naître. C'est précisément ce que nous avons montré dans la discussion. En fonction de ce qu'elles vivent et de leur histoire, chacune d'elles met en place des mécanismes qui sont à la fois protecteurs et constructifs pour sa parentalité. C'est dans ce contexte particulier que le **« divin-enfant-grigri »** émerge. Le « **divin-enfant-gri-gri »** prend ses racines et trouve son sens dans l'idée motrice que c'est Eyô, Nzembi-a-Pungu, Dieu ou Allah qui donne les enfants et décide de faire d'un homme et d'une femme des parents[30]. Comme le dit Barbier (1985) paraphrasant Guilmain-Gauthier, la « Femme n'est jamais seule. Elle porte les germes d'une descendance, déposés en elle par un dieu créateur » (Barbier, 1985, p. 13). Pour Annick, Annie, Nata et Sylvie, l'enfant vient de Dieu, c'est une bénédiction, une preuve du regard compatissant et/ou aimant du Tout-puissant. Elles souscrivent ainsi, d'une certaine manière, aux propos de Godelier ci-dessous :

> « […] Pour faire de la parenté, il faut plus que deux organismes qui se reproduisent : il y a toujours un intervenant extérieur, un ancêtre, **un Dieu** qui fait véritablement le lien entre l'enfant, ses parents et la société qui le reconnait comme tel » (Godelier cité par Dayan, 2016, p. 16).

[30] Les noms par lesquelles les africains désignent Dieu n'ont pas été inventés ou créés par les missionnaires occidentaux. Ils servent à désigner le même Dieu chrétien ou musulman. Tonda l'explique bien, « […] Pour les indigènes comme pour les missionnaires qui ont voulu traduire le concept du Dieu chrétien et/ou de religion dans les langues autochtones congolaises et gabonaises, les mots Zambe, Nzambi, Gniambiè, Ndjiami, Nzam, formulations bantoues de l'être suprême, ont servi à l'appropriation africaine du christianisme » (Tonda, 2000, pp. 59-60). Il s'agit par conséquent du même Dieu suprême.

L'introduction du terme grigri pour parler de l'enfant de la femme séropositive n'est absolument pas fantaisiste. Le grigri est porté par les individus qui veulent se protéger d'un sort ou le conjurer. C'est ce rôle de sauveur que l'enfant vient jouer chez la femme séropositive. Il est à noter que dans cette construction fantasmatique qui donne à la sorcellerie une place importante, Dieu apparaît comme un nganga, et pas n'importe lequel : le plus grand et le plus puissant. En effet, les femmes dont il s'agit ici ne vont pas à l'Église par hasard, elles y vont exactement comme elles iraient voir ou consulter un guérisseur traditionnel. Elles attendent et espèrent donc que Dieu puisse agir. C'est la puissance et le pouvoir surnaturel de guérison somatique qui sont sollicités, et c'est en ce sens que, l'idée de la construction du « divin-enfant-grigri » est pertinente. Le Dieu recherché est le Dieu-nganga qui doit trouver des solutions aux problèmes de la femme en grossesse et séropositive, et l'une d'entre elles, sinon la principale, devons-nous avancer, est l'attente d'un enfant sain.

L'appel au secours du divin est la reconnaissance de sa toute-puissance, celle de sa supra-parentalité. Zongo (2012b) dans son travail portant sur la maternité chez les femmes séropositives parle de l'attente de « l'enfant de la grâce de Dieu ». C'est clairement cela, c'est l'enfant de la volonté de Dieu qui est construit. Cet enfant est un mécanisme de défense pour la femme séropositive qui doit faire face à son sentiment de culpabilité. La grâce de Dieu suppose que celui qui donne les enfants a estimé que la femme pouvait être mère. La responsabilité ici de la parentalité est attribuée à Dieu. De cette façon, la femme vit moins la culpabilité en lien avec le risque de transmettre le VIH à son enfant. ''C'est la décision de Dieu de faire de moi une mère dans cette condition, il sait pourquoi, il ne restera pas sans rien faire''. C'est en substance ce que disent les femmes séropositives en grossesse.

Grâce à l'action divine, l'enfant richesse survit. La mère se projette avec lui et le considère comme celui qui viendra tout accomplir.

> « Le nouveau-né reste proche de Dieu et des personnages non humains tels que les décrivent les mythes. Jouissant d'une plénitude qui en fait une manifestation et un véhicule du monde céleste, chargé des influences vitales qu'exercent divinités et ancêtres, l'enfant est encore tout imprégné de l'autre monde, de ce monde invisible. La venue de l'enfant assure, comme la mort, la communication des deux mondes. Il s'opère ainsi un échange dans lequel l'enfant est un messager ». (Akare Biyoghe, 2010, p. 127).

L'enfant de la femme séropositive est perçu tel. C'est un messager, l'envoyer de Dieu. Il n'a rien à voir avec le retour d'un ancêtre, c'est l'enfant de Dieu, celui de la grâce ou de la bénédiction. Il vient déculpabiliser et projeter la mère vers l'avenir.

Précisons à toutes fins utiles que les femmes que nous venons d'étudier ne sont pas conscientes de leurs productions fantasmatiques. Le fantasme étant un mécanisme inconscient :

> Tout se passe « […] Comme si le sujet était « aveugle » à son fantasme. Le fantasme est là, il influe sur son comportement, mais le sujet ne le voit pas. […] Le sujet est gouverné par son fantasme. […] Il en ressent les tensions en jeu, les intensités ou plutôt l'équilibre des forces dominatrices et hostiles, protectrices et tendres » (De Nasio, 1992-1993, p. 17).

Avant de clore définitivement ce travail, nous tenons à faire mention de ses limites et ses perspectives de recherches. En ce qui concerne les limites, il y a tout d'abord le nombre de participantes. Il est insuffisant pour envisager la généralisation. Nous l'avons dit plus haut, nous ne pouvions faire participer à ce protocole, des séropositives en grossesse malade. Nous avions besoin de nous assurer que ces femmes observaient leur traitement, qu'elles rencontraient les psychologues, et qu'elles se portaient bien. De plus, la participation à la recherche était libre et volontaire.

Les cas étudiés nous permettent certes de vérifier nos hypothèses, mais le souhait aurait été de faire une étude longitudinale débutant au début de la grossesse et se terminant après l'accouchement. Ceci nous aurait permis d'avoir une meilleure appréciation de l'évolution du processus de la maternité de la femme en grossesse et séropositive. En inscrivant la recherche dans le temps avec plusieurs entretiens, nous aurions eu accès à plus d'informations et surtout, nous aurions de bout en bout observé le cheminement de la femme séropositive au cours de sa grossesse, de l'annonce à l'accouchement.

Il serait donc intéressant à l'avenir, de mener des recherches sur les femmes en grossesses et séropositives dans le sens ci-dessus décrit. L'étude de la parentalité de la femme séropositive a encore beaucoup de choses à nous apprendre. On pourrait même élargir la population et inclure les hommes. Une étude comparative portant sur les représentations maternelles entre les femmes primipares et multipares qui découvrent leur séropositivité au cours de la grossesse, et celles qui amorcent la maternité en se sachant séropositives, serait intéressante. Ceci pourrait permettre de savoir laquelle des deux est plus favorable à la construction du « divin-enfant-grigri ».

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

Abraham, K. (1920). *Manifestation du complexe de castration chez la femme (Œuvres complètes T. II).* Paris : Payot, 1966.

Albarello, L. (2011). *Méthodes en sciences humaines, choisir l'étude de cas comme méthode de recherche*. Bruxelles : De Boeck

Alvarez, L. et Golse, B. (2008). *La psychiatrie du bébé* (Coll. Que sais-je?). Paris : PUF.

Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M. et Rambelli, R. (1999). *Maternité et grossesse* (Monographie de la Psychanalyse de l'enfant). Paris : PUF.

André, J. (1994). *La sexualité féminine*. Paris : PUF.

André, J. (2009). Introduction désirs d'enfant. In J. André et C. Chabert (Dir.), *Désirs d'enfant*. (Coll. Petite Bibliothèque de Psychanalyse). Paris : PUF.

Antoine, C. (2007). *La révolution intérieure. Psychologie de la grossesse et de la maternité*. Paris : Larousse.

Anzieu, A. (1989). *La femme sans qualité. Esquisse psychanalytique de la féminité*. Paris : Dunod.

Assoun, P-L. (2005). *Leçons psychanalytiques sur Masculin et féminin*. Paris : Economica.

Atome Ribenga. (2004). *La Tradition Bwitiste*. Paris : L'Harmattan.

Aubame, J-M. (2001). *Les Beti du Gabon et d'ailleurs, tome 2 (Croyances, us et coutumes).* Paris : l'Harmattan.

Augé, M. (1974). Les croyances à la sorcellerie. In M. Augé (Dir.), *La construction du monde*: *religion, représentations, idéologie* (pp. 52-74). Paris: Maspero.

Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation*. Paris: PUF.

Barbier, J-C. (1985). Mères pacifiques, mère rebelles. In J.C. Barbier (Dir,). *Femmes du Cameroun : mères pacifiques, mères rebelles* (pp. 11-21). Paris-Bondy : Kartharla-Orstom.http://horizon.documentation.ird.fr/exldoc/pleins_textes/pleins_textes_7/b_fdi_03_05/23843.pd

Bardin, L. (1997). *L'analyse de contenu*. Paris : P.U.F.

Bartoli, L. (1998). *Venir au monde*. Paris : Plon.

Bartoli, L. (2007). *Venir au monde : les rites de l'enfantement sur les cinq continents*. Paris : Payot et Rivages.

Bayle, B. (2005). *L'enfant à naître : Identification conceptuelle et gestation psychique* (Coll. La vie de l'enfant). Ramonville: Erès.

Benedek, T. (1970). *The psychobiology of pregnancy: Parenthood its psychology and psychopathology*. Boston : Little, Brown and Company.

Ben Soussan, P. (1999). *Le bébé imaginaire*. Ramonville Saint-Ange : Erès.

Berche, P. (2007). *Une histoire des microbes*. (Coll. Médecine sciences). Montrouge : John Libbey.

Blanche, S. (1998). *L'infection à VIH de la mère à l'enfant*. Paris : Flammarion.

Bonhomme, J. (2006). *Le Miroir et le Crâne. Parcours initiatique du Bwete Misoko (Gabon).* Paris : Editions du CNRS.

Bonhomme, J. (2009). *Les voleurs de sexe : anthropologie d'une rumeur africaine*. Paris : seuil.

Bruwier, G. (2012). *La grossesse psychique : l'aube des liens*. Bruxelles : Faubert.

Bydlowski, M. (1989). Désir d'enfant, désir de grossesse. In S. Lebovici et F. Weil-Halpern (Dir.), *Psychopathologie du bébé* (pp.57-65). Paris, PUF,

Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris : PUF, 2008.

Bydlowski, M. (1998). La transparence psychique de la femme enceinte. In P. Mazet. et S. Lebovici (Dir.), *Psychiatrie périnatale. Parents et bébés : du projet d'enfant aux premiers mois de vie* (pp. 101-109). Paris : PUF.

Bydlowski, M. (2000). *Je rêve d'un enfant, l'expérience intérieure de la maternité*. Paris : Odile Jacob.

Bydlowski, M. (2008). *Les enfants du désir.* Paris : Odile Jacob.

Castrarède, M-F. (1983). L'entretien clinique à visée de recherche. In C. Chiland (Dir.), *L'entretien clinique.* Paris : PUF, 2010.

Chasseguet-Smirgel, J. (1984). *Éthique et esthétique de la perversion*. Paris : Champ Vallon, 2006.

Chasseguet-Smirgel, J. (1986). *Les deux arbres du jardin*. Paris : Payot, 1988.

Chiland, C. (1983). Qu'est-ce qu'un entretien clinique. In C. Chiland (Dir.), *L'entretien clinique* (pp. 11-27). Paris: PUF, 2010.

Cournut-Janin, M. (1998). *Féminin et féminité*. Paris : PUF.

Cournut, J et Cournut-Janin, M. (1993). *La castration et le féminin dans les deux sexes* (Revue Française Psychanalyse). Paris : PUF, 1997.

Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Odile Jacob.

Crocq, L. (2012). *16 leçons sur le trauma.* Paris : Odile Jacob.

Dana, J et Marion, S. (1975). *Donner la vie, neuf mois de la vie du couple.* Paris : Points.

Dayan, J. (2016). *Les baby Blues* (Coll. Que sais-je?). Paris : PUF

Deans, A. (2004). *Votre grossesse* (Trad D. Françoise, M. Guenette et C. Sobecki). Paris : Marabout.

Delfraissy, J.F. (1999). *Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH*. Paris : Matillon et Durieux.

Delion, P. (2011). *La fonction parentale* (Coll. Temps d'arrêt). Paris : Fabert.

Denis, P. (2012). *Le narcissisme* (Coll. Que sais-je?). Paris : PUF.

Dépelteau, F. (2000). *La démarche d'une recherche en sciences sociales*. (Coll. De Boeck). Quebec : Presse de l'Université du Canada

Desgrées du Loû A. (2000). Procréation et allaitement : quels choix pour une femme séropositive à Abidjan ? In A. Desclaux et B. Taverne, *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique* (pp.385-407). Paris : Karthala.

Deuscth, H. (1945). *La psychologie des femmes Tome II*. Paris : PUF, 1973.

Deutsch, H. (1967). *La psychologie des femmes : étude psychanalytique*. Paris : PUF.

Deutsch, H. (1925). *Psychanalyse des fonctions sexuelles de la femme*. Paris : PUF, 1994.

Dieterleng, G. (1973). L'image du corps et les composantes de la personne. In *Colloques Internationaux du CNRS : La notion de personne en Afrique Noire* (pp.205-229).Paris : Centre National de la recherche Scientifique.

Dolto, F. (1982). *Sexualité féminine.* Paris : Scarabée et Cie.

Dolto, F. (1983). *Sexualité féminine : libido, érotisme, frigidité.* Paris : Metaillé.

Dolto, F. (1990). *Conversation sur la libido féminine : Entretien avec Eugène Simon*. San Paolo : Ergo Press.

Dolto, F. (1996). *Les étapes majeures de l'enfance*. Paris : Gallimard.

Eliade, M. (1963). *Aspects du mythe*. Paris : Gallimard.

Erny, P. (1988). *Les premiers pas dans la vie de l'enfant d'Afrique noire*. Paris : l'Harmattan.

Erny, P. (1990). *L'enfant dans la pensée traditionnelle de l'Afrique noire*. Paris : l'Harmattan.

Evans-Pritchard, E.E. (1972). *Sorcellerie, oracles et magie chez les Azande*. Paris : Gallimard.

Ewombé-Moundo, E. (1991). La callipédie ou l'art de faire de beaux enfants en Afrique. In S. Lallemand, O. Jourdet, E. Ewombe-Moundo, B. Ravolomanga, A. Dupuis, M. Cros, et D. Jonckers (Dir.), *Grossesse et petite enfance en Afrique noire et à Madagascar* (pp. 41-69). Paris : l'Harmattan.

Faizang, S. et Journet, O. (1988). *La femme de mon mari: Anthropologie du mariage polygamique en Afrique et en France*. Paris: L'Harmattan.

Faure-Pragier, S. (1999). Le désir d'enfant comme substitut du pénis manquant : une théorie stérile de la féminité. In M. Cournut-Janin, S. Faure-Pragier, F. Guignard et J. Schaeffer (Dir.), *Clés pour le féminin* (pp.41-55). (Coll. Débats de Psychanalyse de la *Revue Française de Psychanalyse*). Paris : PUF.

Ferraro, F. et Nunziante-Cesaro, A. (1985). *L'espace creux et le corps saturé. La grossesse comme agir entre fusion et séparation.* (Trad S. Matarasso-Gervais). Paris : Des Femmes, 1990.

Fignon, A. et Hamamah, S. (2000). *La grossesse et le SIDA.* (Coll. Que Sais-je?). Paris : PUF.

Fonquernie, L., Costagliola, D. et Girard, P-M. (2011). Classification, définition et facteurs prévisionnels de l'infection VIH 1 chez l'adulte. In *VIH Edition 2011*(pp. 61-76). Rueil Malmaison : Doin.

Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle.* Paris : Gallimard, 1987.

Freud, S. (1907). Les explications sexuelles données aux enfants. In *La vie Sexuelle* (Trad, Berger et Laplanche). Paris : PUF, 1999.

Freud, S. (1908). Les théories sexuelles infantiles. In *La vie Sexuelle* (pp. 14-27). Paris : PUF, 1999.

Freud, S. (1911). Le président Schreber. In *Cinq Psychanalyse* (pp.263-324). Paris : PUF.

Freud, S. (1914). Pour introduire le narcissisme. In *La vie Sexuelle* (pp. 81-112). Paris : Puf, 1999,

Freud, S. (1915a). Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort. In *Essais de psychanalyse*. Paris: Payot.

Freud, S. (1915b). *Pulsions et destins de pulsions*. Paris : Payot, 2012

Freud, S. (1916a). Le rêve. In *Introduction à la psychanalyse.* Paris: Payot. http://classiques.uqac.ca/classiques/freud_sigmund/intro_a_la_psychanalyse/intro_psychanalyse_1.pdf

Freud, S. (1916b). La théorie de la libido et le « narcissisme ». In *Introduction à la psychanalyse*. Paris : Payot.http://classiques.uqac.ca/classiques/freud_sigmund/intro_a_la_psychanalyse/intro_psychanalyse_1.pdf

Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. In *Essaie de Psychanalyse*. Paris : Payot, 1981.

Freud, S. (1923). L'organisation génitale infantile. In *La vie Sexuelle*. (Trad, D. Berger et J. Laplanche, pp. 112-116). Paris : PUF, 1999.

Freud, S. (1924). *Cinq leçons sur la Psychanalyse.* Paris : Payot, 2001.

Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. In *essais de psychanalyse* (pp. 5-75). Paris : Payot, 1951.

Freud, S. (1956). *Etudes sur l'hystérie*, Paris, PUF, 2002

Frydman, R. (2008). *Attendre bébé*. Paris : Hachette.

Frydman R. et Szejer M. (2010). *La naissance, Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*. Paris : Albin Michel.

Frydman, R. (2013). La fin de la grossesse. In H. Atlan., J. Gelis et K.L Matignon, R. Frydman (Dir.), *La plus belle histoire de la naissance*. Paris : Robert Laffont.

Gagnon, Y. (2012). *L'étude de cas comme méthode de recherche*. (Coll. Méthodologie de la recherche Presse). Québec : Presse Universitaire du Québec.

Gauthier, Y. (1996). *Du projet d'enfant aux premières semaines de la vie : Perspectives psychanalytiques Hôpital Ste-Annie* (Communication personnelle) Montréal : Canada.

Gehler, M. (2000). *Un continent se meurt*. Paris : Stock.

Genest, S. (1979). Recherche anthropologique: techniques et méthodes (Coll. Les classiques des Sciences Sociales). *Perspectives anthropologiques* (pp. 333 à 344). Montréal Chicoutimi: Les Éditions du Renouveau pédagogique.
http://classiques.uqac.ca/contemporains/genest_serge/recherche_anthropologique/recherche_anthropo_methode.pdf

Gourand, L. (2014). Les aspects psychologiques des échographies de la grossesse vus par un obstétricien qui pratique l'échographie en maternité. In M. Soulé (Dir.), *L'échographie de la grossesse, promesses et vertiges.* (Coll. À l'aube de la vie). Toulouse : Erès.

Godfind, J. (2001). *Comment la féminité vient aux femmes.* (Coll. Épître). Paris : PUF.

Grenier-Torres, C. (2009). *Expériences de femmes africaines au cœur de l'épidémie de sida*. Paris: L'Harmattan.

Godbout J.T. et Caillé, A. (1992). *L'esprit du don.* (Coll. Les classiques des sciences sociales. Par M. Bergeronde, dirigée par J.M Tremblay). Chicoutimi : Québec, 2007. https://creationetfinancement.files.wordpress.com/2012/12/lesprit-du-don.pdf

Groddeck, G. (1923). *Le livre du ça*. Paris : Gallimard, 1973.

Hassoun, J. (1997). *Femmes d'Abidjan face au sida*. Paris: Karthala.

Héritier-Augé, F. (1992). Ce mal invisible et sournois. In *L'homme contaminé, la tourmente du sida.* Paris : Éditions Autrement, 1992.

Héritier, F. (1996). *Masculin/féminin : la pensée de la différence*. Paris : Odile Jacob.

Héritier, F. (1978). Fécondité et stérilité : la traduction de ces notions dans le champ idéologique au stade préscientifique. In *Le Fait féminin*. Paris : Fayard.

Houzel, D. (1999). *Les enjeux de la parentalité.* Paris : Erès.

Houzel, D. (2002). Les enjeux de la parentalité. In L. Solis-Ponton (Dir.), *La parentalité, défi pour le troisième millénaire.* (Coll: Le fil rouge). Paris: PUF.

Jacobson, E. (1964). *The Self and the Object World*. New York: International Universities Press.

Jones, E. (1927). *Le développement précoce de la sexualité féminine, théorie et pratique de la Psychanalyse*. Paris: Payot, 1969.

Journet, O. (1990). La condition des femmes. Les obligations de la procréation dans les sociétés diola du Sénégal et de Guinée-Bissau. In D. Fassin et Y. Jaffré (Dir.), *Sociétés, Développement et Santé* (pp. 179-190). Paris: ELLIPSES/AUPELF.

Journet, O. (1991). Un rituel de préservation de la dépendance : le Kanyaalen Joola. In S. Lallemand, O. Journet, E. Ewonbé-Moundo, B. Ravololomanga, A. Dupuis, M. Cros, D. Jonckers (Dir.), *Grossesse et petite enfance en Afrique noire et* Madascar (pp. 19-40). Paris : l'Harmattant.

Héritier, F. (1978). Fécondité et stérilité : la traduction de ces notions dans le champ idéologique au stade préscientifique. In, *Le fait féminin* (pp.387- 404). Paris : Club France loisirs.

Héritier, F. (1996). *Masculin/Féminin, la pensée de la différence*. Paris : Odile Jacob.

Horney, K. (1969). *La psychologie de la femme*. Paris : Payot et Rivages, 2002

Kaës, R. (2000). Travail de la mort et théorisation In R. Kaës (Dir.), *L'invention de la pulsion de mort* (pp. 89-108). Paris : Dunod.

Kestemberg, J. (2008) *Les trois visages de la féminité. Etude sur le désir de maternité et la sexualité féminine*. (Coll. La psychanalyste). Paris: Les Éditions des Femmes.

Klein, M. (1957). *Envie et gratitude*. Paris : Gallimard, 1968.

Klein, M. (1959). *La Psychanalyse des enfants*. Paris : PUF, 1990.

Kristeva, J. (1996). *Sens et non sens de la révolte tome 1 : Pouvoirs et limites de la psychanalyse*. Paris: Fayard.

Kwenzi-Mikala, J.T. (2008). *Les noms des personnes chez les Bantu du Gabon*. Paris : L'Harmattan.

Lacan, J. (1962-1963). *Le séminaire X, l'angoisse*. Paris : Seuil, 2004

Kuho Moukoury. T. (1969). *Rencontres essentielles*. Adamawa : Librairie Irmgard.

Lalleland, S. (1991). Engendrement-enfantement, petite enfance et rituel. In S. Lallemand, O. Journet, E. Ewonbé-Moundo, B. Ravololomanga, A. Dupuis, M. Cros, D. Jonckers (Dir.),*Grossesse et petite enfance en Afrique noire et à Madagascar* (pp. 7-17). Paris: L'Harmattan.

Le Cœur, S. (2004). Prévention de la transmission mère-enfant du VIH. In A. Guillaume et M. Khlat (Dir.), *Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique* (pp.109-117). Paris: CEPED.

Le Cœur, S. (2006). La prévention de la transmission mère-enfant du VIH en 2005: des aspects médicaux aux aspects socio-comportementaux. In A. Desgrées du Loû et B. Ferry (Dir.), *Sexualité et procréation confrontées au Sida dans les pays du Sud* (pp.173-187). Paris: CEPED.

Ledoux, A. (1983). Communication non verbale dans l'entretien clinique. In C. Chiland (Dir), *L'entretien clinique* (pp. 74-85). Paris : PUF, 2010,

Ledoux, M. (1983). Les modèles théoriques de l'entretien clinique. In C. Chiland (Dir.), *L'entretien clinique* (pp. 28-39). Paris : PUF. 2010.

Nkoghe, S. (2008). *Éléments anthropologiques gabonaises : Méthode, collecte, oralité, cuisine, portage, interdits, Bwiti, exclavage, sorcellerie, parenté.* Paris : l'Harmattan.

Lebovici, S. et Stoleru, S. (1994). *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces*, Paris, Bayard, 1983.

Lebovici, S. (2009). *L'arbre de la vie, « Éléments de la psychopathologie du bébé* », (Coll. À l'Aube de la vie). Paris: Erès.

Le Gall, D. et Bettahar, Y. (2001). *La pluriparentalité*. Paris : PUF.

Le Guen, A. (1999). Le legs des mères. In *Clés pour le féminin*. (pp. 125-134). (Revue Française de Psychanalyse). Paris : PUF.

Le Guen, A. (2001). *De mère en fille, imagos de la féminité* (Coll. Épîtres). Paris : PUF

Leroy, V. (2006). La contraception face au VIH dans les pays du Sud : enjeux médicaux, sociaux et comportementaux. In A. Desgrées du Loû et B. Ferry (Dir.), *Sexualité et procréation confrontées au Sida dans les pays du Sud* (pp.93-107). Paris: CEPED.

Mahend Betind, P-L. (1966). *Rites et croyances relatifs à l'enfance chez les Banen du Cameroun, (Banema bi Banem ba Kamerun na mobu ma behonol eloa ye mon)*. Paris : Présence Africaine.

Maïdi, H. (2012). *Clinique du narcissisme*. Paris : Armand Colin.

Maïdi, H. (2015). *Le féminin et ses images, approche clinique et psychopathologique*. Paris : Armand Colin.

Mandelbro, L., Tubiana, R. et Materon, S. (2011). Grossesse et infection VIH. In P-M. Gorard, C. Katlama ; G. Pialoux. *VIH*. Rueil Malmaison : Doin

Mansour, S. (1993). *Les retentissements psychologiques de l'infection VIH sur l'enfant et la famille, Sida, enfant, famille*. Paris: CIE.

Marinopoulos, S. (2009). De l'impensée à l'impensable en maternité : grossesse psychique et ses troubles de la représentation. In J. Besson et M. Galtier (Dir.), *Parentalité, vous avez dit "fragile"*. Toulouse: Erès.

Mauss, M. (1923-1924). *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. (Coll. Les classiques des sciences sociales. Par J-M Tremblay avec la collaboration de la Bibliothèque Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi. http://anthropomada.com/bibliotheque/Marcel-MAUSS-Essai-sur-le-don.pdf

Merckx, M. (1989). Retentissement psychologique de l'infection par le VIH. In L. Montagnier, W. Rozenbaum et J-C. Gluckman (Dir.), *Sida et infection par le VIH* (pp. 477-481). Paris : Flammarion.

Metegue N'nah, N. (2006). *Histoire du Gabon des origines à l'aube du XXIe siècle.* Paris : l'Harmattan.

Missonnier, S. (2004). L'enfant du dedans et la relation d'objet virtuel. In S. Missonnier, B. Golse et M. Soulé (Dir.), *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité* (pp, 119-144). Paris : PUF.

Missonnier, S. (2006). Nidification fœtale, nidification parentale : une relation d'objet virtuelle?. In J. Bergeret, M. Soulé, B. Golse (Dir.), *Anthropologie du fœtus* (pp. 83-97). Paris : Dunod.

Missonnier, S. (2009). *Devenir parent, naître humain*. (Coll. Fil rouge). Paris : PUF.

Mulago, V. (1965). *Visage africain du christianisme*. Paris : Présence Africaine.

Mulago, G.C.M. (1973). *La religion traditionnelle des Bantu et leur vision du Monde*. Kinshasa : Presse Universitaire du Zaïre.

Muchielli, R. (1979). *L'analyse de contenu et de documents de communication d'entreprise*, Paris : E.S.P.

Muller J. (1925). Contribution à la question du développement libidinal de la fille à la phase génitale. In M-C. Hamon (Dir.), *féminité mascarade* (pp 97-106). Paris : Seuil, 1994.

Mvé, S. (2007). *Guide secret du parfait marchand de Dieu.* Libreville : Éditions les 4 vérités.

Mvono-Ndong, S-P. (2008). *La médecine traditionnelle, approche éthique et épistémologie de la médecine au Gabon*. Paris : l'Harmattan.

Mytnik, B. (2007). *IVG, Fécondité et inconscient : l'absence de chair.* (Coll. Vie de l'enfant). Toulouse : Erès.

Nasio, J-D. (1992-1993). *Le fantasme : Le plaisir de Lire Lacan*. Paris : Payot et Rivages, 2005

Nathan, T. (2001). *L'influence qui guérit*. Paris : Odile Jacob.

Neyrand, G. (2013). *Soutien à la parentalité et contrôl social*. Bruxelles : Frédéric Delcor.

Ngwa Nguéma, N. (1995). *Église du Gabon, lève-toi et marche*. (Coll. Nouvelle Evangélisation). Kinshasa : Editions Saint Paul.

Nguéma-Obame, P. (1983). *Aspects de la religion fang.* Paris : Karthala.

Nkoghe, S. (2008). *Eléments d'anthropologie gabonaise.* Paris : l'Harmattan.

Okoumba Nkoghe. (2001). *Nzébi, une épopée d'Afrique Centrale*. Libreville : Raponda -Walker.

Paquis C. (2010). *La vie, le fantasme en rose* (Coll. Les mots de la psychanalyse). Paris : Eyrolles.

Pleskoff, O. (2011). *Les avancées de la Recherche sur le SIDA*. Paris : l'Harmattan.

Pommier, F. (1996). *La Psychanalyse à l'épreuve du SIDA*. Mayenne : Aubier.

Racamier P-C. (1979). La maternité psychotique. In *De Psychanalyse en psychiatrie*, *Etudes psychopathologiques* (pp. 193-242). Paris : Payot et Rivages, 1998.

Raphael-Leff, J. (1980). Psychotherapy with pregnant women. In Blum (Dir.), *Psychological Aspects of Pregnancy, Birthing and Bonding* (pp.174-205). New-York : Human Science Press.

Raphael-Leff, J. (1993). *Pregnancy, the inside story*. Londres et New York : Karnak Books.

Raponda Walker, A. (1990). Rites et initiations gabonais, Libreville : Raponda Walker.

Raponda-Walker, A. et Sillans, R. (1962). *Rites et croyances des peuples du Gabon*. Paris : Présence Africaine.

Ravolomanga, B. (1991). Pour la santé et la beauté de l'enfant à naître. In S. Lallemand, O. Jourdet, E. Ewombe-Moundo, B. Ravolomanga, A. Dupuis, M. Cros et D. Jonckers (Dir.), *Grossesse et petite enfance en Afrique noire et à Madascar* (pp. 61-75). Paris: l'Harmattan, .

Rollet, C. et Morel, M-F. (2000). *Des bébés et des hommes, traditions et modernités de soins aux touts petits.* Paris : Albin Michel.

Roussillon, R. (2007). La réalité psychique de la subjectivité et son histoire. In R. Roussillon (Dir.), *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* (pp. 3-193) Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2009

Rozenbaum, W. (2001). *Guide infection à VIH.* Baumes-les-Dames : Impact Médecin.

Saigre, H. (1992). Fantasmes. In E. Dietrich (Dir.), *Les fantasmes* Paris: éditions de la Louvière.

Schneider, M. (2004). *Le paradigme féminin*. Paris : Aubier.

Seytre, B. (1995). *Histoire de la recherche sur le sida*. (Coll. Que sais-je?). Paris : PUF.

Slama, W. (2006). Enjeux et perspectives. In J. Bergeret, M.Soulé et B. Golse (Dir.), *Anthropologie du fœtus* (pp. 189-206). Paris : Dunod.

Soulé, M. (1983). L'enfant dans sa tête, l'enfant imaginaire. In TB. Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. SChäppi, M. Soulé (Dir.), *La dynamique du nourrisson* (Coll. La vie de l'enfant. pp. 137-175). Paris : ESF.

Soulé, M. (1985). *L'enfant imaginaire, l'enfant dans la tête. Objectif bébé - Une nouvelle science, la bébologie*. Paris : Autrement.

Soule, M. et Soubieux, M.-J. (2006). « Regards du pédopsychiatre sur le foetus », In J. Bergeret, M. Soulé, B. Golse (Dir.), *Anthropologie du fœtus* : Paris : Dunod.

Sow, K. et Desclaux, A. (2011). Stratégies féminines face au risque de transmission sexuelle du VIH au temps des antirétroviraux. K. Sow, A. Desclaux et P. Msellati (Dir.), *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud. Genre et accès universel à la prise en charge* (pp.165-177).Paris : ANRS.

Spire, B. et Cattaneo, G. (2014). *Sida : 30 ans d'idées reçues*. Paris : Le Cavalier Bleu

Stern, D.N. (1977). *Mère enfant, les premières relations*. Belgique : Mardaga

Stern, D. N. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. (Coll. Le Fil Rouge). Paris : PUF

Stern, D. N. (1995). *La constellation maternelle.* Paris : Calman-Lévy, 1997.

Stern, D.N. et Bruschweiler- Stern, N. (1998). La naissance d'une mère. Paris: Odile Jacob

Stork, E-E. (1999). *Introduction à la psychologie anthropologique*. Paris : Armand Collins.

Sutter, J. (1983). *L'anticipation*. Paris : PUF, 1990

Squirès, C. (2009). Retour aux sources : identité sexuée et oralité dans les désirs d'enfants. In J. André et C. Chabert (Dir.), *Désir d'enfant.* (pp. 45-64). (Coll. Petite bibliothèque de Psychanalyse). Paris : PUF,

Thomas, L-V., Luneau, B. et Doneux, J. (1969). *Les religions d'Afrique Noire*, (Coll. Le trésor spirituel de l'humanité). Paris : Fayard-Denoël.

Thomas, L-V. (1973). Le pluralisme de la notion de personne en Afrique Noire traditionnelle. In *La notion de personne en Afrique Noire.* Paris : L'Harmattan.

Thomas, L.V. (1982). *La mort africaine, idéologie funéraire en Afrique noire*. Paris : Payot

Thomas, L.V. et Luneau, R. (1975). *La terre africaine et ses religions*. Evreux : Larousse

Thomé-Renault, A. (1995) L*e traumatisme de la mort annoncée.* (Coll. Psychismes). Paris : Dunod

Tonda, J. (2002). *La guérison divine en Afrique* Centrale (Congo, Gabon). Paris : Karthala.

Tsala Tsala, J-P. (2006). *La psychologie telle quelle : perspective africaine* (Coll. Appendre). Presse de l'UCAC.

Tsira Ndong Ndoutoume. (1993). *Le Mvett, l'homme, la mort et l'immortalité.* Paris : l'Harmattan.

Vaillant, G.E. (1992). *Ego méchanisms of defenses. A guide for clinicians and researchers.* Washington: American Psychiatric Press.

Vidal, L. (2000). *Femmes en temps de sida. Expériences d'Afrique*. Paris: PUF.

Winnicott, D. W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. Dans *De la pédiatrie à la Psychanalyse*. Paris : Payot, 1992.

D.W, Winnicott. (1975). La créativité et ses origines. In *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard.

ARTICLES DE REVUES

Allen, S., Meinzen-Derr, J., Kautzman, M., Zulu, I., Trask, S., Fideli, U., ... (2003). Sexual behavior of HIV discordant couples after HIV counseling and testing. *AIDS*, 17, 733-740.

Allen S., Serufilira A., Gruber V., Kegeles, S., Van de Perre, P., Carael, M., …(1993). Pregnancy and contraception use among urban Rwandan women after HIV testing and counseling. *American Journal of Public Health*, 83 (5), 705-710.

Ammaniti, M. (1991). Représentations maternelles pendant la grossesse et interactions précoces mère-enfant. *Psychiatrie de l'enfant*, 34 (2), 341-358.

Ammaniti, M., Tambelli, R., et Perucchini, P. (2000). De la grossesse à la période post-accouchement : instabilité et évolution des représentations maternelles. *Devenir*, 12 (2), 57-74.

Aka Dago-Akribi, H., Msellati, P., Yapi, D., Welffens-Ekra, C. et Dabis, F. (2001). Procreation and Child Desire of Women living with HIV in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Psychological, Health & Medicine*, 6(3), 283- 291.
Aka Dago-Akribi H. (2001). Prise en charge psychologique du jeune enfant infecté par le VIH et né de mère séropositive, Abidjan. *XIIè CISMA Ouagadougou.*9-13, Poster, 11 PT2- 114-162.

Ammaniti, M. (1991). Représentations maternelles pendant la grossesse et interactions précoces mère-enfant. *Psychiatrie de l'enfant*, 2 (34), 341-358.

Ammaniti, M., Tambelli, R. et Perrucchini, P. (2000). De la grossesse à la période post accouchement: stabilité et évolution des représentations maternelles. *Devenir*, 12 (2), 57-74.

Antelman, G., Smith Fawzi, M.C., Kaaya, S., Mbwambo, J., Msamanga, G., et *al*. (2001). Predictors of HIV-1 serostatus disclosure: A prospective study among HIV-infected pregnant women in Dar es-Salaam, Tanzania. *AIDS*, 15.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3668140/

Assoun, P.-L. (1992). Le désir machinal d'enfant. *Les cahiers de l'IPPC. Le petit de l'homme, L'enfant de la machine*, 13, 55-101.

Assoun P-L. (2009). L'anthropologie à l'épreuve de la psychanalyse. L'envers inconscient du lien social. *Figures de la psychanalyse,* 1 (17), 43-5.

Assoun, P-L. (2014). La transmission traumatique. Du « pourquoi ? » préhistorique à la vérité historique. *Revue française de psychanalyse,* 78(2.), 347-362.

Aubourg, F. (2003). Winnicott et la créativité. Le Coq-héron, 2 (173), 21-30. DOI : 10.3917/cohe.173.0021

Bauer, J-P. (1987). « Identités, Processus d'identification. Nominations », *Enfance*, (Tome 40) 1 (2), 79-88.

Bécache, S. (1987). Féminité et maternité. La légende d'Ariane. *Revue française de Psychanalyse*, 6, 1569-1578.

Benedek, T. (1959). Parethood as a developmental phase. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 389-417.

Bibring, G. L. (1959). Some considerations on the psychological processes in pregnancy. *The PsychoaNatatic Study of Child*, 14,113-121.

Bibring, G. L., Dwyer, T. F., Huntington, D. S. et Valenstein, A. F. (1961). « A study of the psychological processes in pregnancy and the earliest mother-child relationship », *The Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 9-72.

Blanc, B., Boubli, L., Cohen, M. (1990). Conduite à tenir chez une femme enceinte séropositive au VIH et chez une femme séronégative dont le partenaire est séropositif. *La Revue du Praticien*, 40, (2), 127-130.

Bydlowski, M. (1991). La transparence psychique de la grossesse. *Etudes Freudiennes*, 32, 135-142.

Bydlowski M. (2001). Le « mandat transgénérationnel » selon Lebovici. *Spiral*, 1 (17), 23-25. DOI : 10.3917/spi.017.0023

Candelori, C., Iannotta, L. et Mastropietro, R. (1999). Représentations mentales et langage maternel durant les premiers quatre mois de l'enfant. *Devenir*, 11 (2), 65-83.

Chen, J., Phillips, K., Kanousse, D., Collins, R. et Miu, A. (2001). Fertility desires and intentions of HIV- positive men and women. *Fam Plann Perspect*, 33, 144-152.

Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie*, 2 (17), 81-101. DOI : 10.3917/cpc.017.0081

Collomb, G. (1979). Les sept fils de Nzèbi. Un mythe cosmogonique des Banzèbi du Gabon. *Journal des africanistes*, 49, (2), 89-134. http://www.persee.fr/doc/jafr_0399-0346_1979_num_49_2_1985

Collomb, G. (1983). Fragments d'une cosmologie Banzèbi. *Journal des africanistes*, 1-2(53),107-118. http://www.persee.fr/doc/jafr_0399-0346_1979_num_49_2_1985

Connor, S.E., Sperling, R.S., Gelber, R., Kiselev, P., Scott, G., O'Sullivan, M.J., ... (1994). Réduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *New Englang Journal of Medicine*, 331, (1), 173-180.

Coulon, M. et Feroni, S. (2004). Devenir mère dans le contexte des multithérapies antirétrovirales. *Sciences sociales et santé*, *22* (3), 13-40

Cournut-Janin, M. et Cournut, J. (1993). La castration et le féminin dans les deux sexes. *Revue Française de Psychanalyse,* Numéro spécial Congrès. Paris : PUF.

Cox, J.L., Connor, V. et Kendell, R.E. (1982). Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *Brit. J. Psychiatry*, 140,111-117.

Cupa, D., Valdes, L., Abadie, I., Pineiro, M. et Lazartigues, A. (1992). Bébé imaginé et interactions précoces. *Devenir*, 4 (2), 47-60.

Cupa, D., Deschamps-Riazuelo, H. et Michel, F. (2001). Anticipation et création : l'anticipation parentale prénatale comme œuvre. *Pratiques psychologiques*, 1, 31-42.

Desclaux, A. et Cadart, M.-L. (2008). Avoir un enfant dans le contexte de l'infection par le VIH/Sida. Discours médicaux et liens sociaux. *Médecine/Sciences*. Numéro spécial : Les femmes et le sida en France. Enjeux sociaux et de santé publique, mars, 24 (2), 53-61.

De Bruyn, M. (1992). Women and Aids in Developing Countries. *Social Science and Medicine*, 34 (3), 249-262.

Desgrees du Loû, A., Msellati, P.,Viho I., et Welfens- Ekra, C. (1999). Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan. Une cause de la baisse de la fécondité? *Population*, 54, 427- 446.

Desgrées du Loû, A., Msellati, P., Yao, A., Noba, V., Viho I., Ramon, R., … (1999). Impaired fertility in HIV-1 infected pregnant women: A clinic based survey in Abidjan, Côte d'Ivoire, 1997. *AIDS*, 13(4), 517-521.

Desgrées du Loû, A. (2005). Le couple face au VIH/sida en Afrique sub-saharienne. Information du partenaire, sexualité et procréation. *Population*, 60 (3), 221-242.

Diagne Gueye. N-R., Dollfus. C., Tabone, M-D., Hervé, F., Courcoux, MF., Vaudre, G., … (2007). Vécu des mères séropositives pour le VIH dans la période périnatale. *Archives de pédiatrie,* 14 (5), 461-466.

Dupire, M. (1982). Nomination, réincarnation et/ou ancêtre tutélaire ? Un mode de survie. L'exemple des Sérer Ndout (Sénégal). *L'Homme* 22(1): 5-31.

Dupuis, A. (1981). Quelques représentations relatives à l'enfant de la conception au sevrage chez les Nzébi du Gabon. *Journal des africains*, 51(5) ,117-132.
http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/jafr_0399-0346_1981_num_51_1_2021#

Fancello, S. (2007). Guérison, délivrance et sida : les femmes et la 'maladie de Dieu dans les *É*glises pentecôtistes africaines. *Sciences Sociales et Sante, John Libbey*, 4(25), 5-34.
https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00183343/document

Florence, E., Schrooten, W., Dreezen, C., Gordillo, V., Nilsson Schönnesson, L., …(2004). *Prevalence and factors associated with sexual dysfunction among HIV-positive women in Europe. AIDS Care*, 16(5), 550-557.

Fonagy P., Steel, M., Steel, H., Moran G S, Higgitt, A-C. (1991). The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and ints signifcance for security of attachement. *Infant mental health journal*, 12 (3), 201-218.

Gollnhofer, O. et Sillans, R. (1973). Aspects du phénomène de concensus dans la psychothérapie ghetsogo : Colloques Internationaux du CNRS La notion de personne en Afrique Noire, Paris, *Centre National de la recherche Scientifique*, 544, 546-564

Gonzalez, A., Zvolensky, MJ., Parent, J.,Grover, KW. et Hickey, M. (2012). HIV symptom distress and anxiety sensitivity in relation to panic, social anxiety, and depression symptoms among HIV-positive adults. *AIDS Patient Care STDS*, 26 (3),156-64.

Heard I., Sitta R., Lert F. et le groupe d'étude Anrs-Vespa. (2008). Projets parentaux des femmes vivant avec le VIH/Sida à l'ère des thérapies antirétrovirales. *Médecine sciences*, 24, 48-52.

Houzel, D. (1997). Les dimensions de la parentalité. *Journal de la Psychanalyse de l'enfant*, 21,164-190.

Jones, E. (1964). La phase précoce du développement de la sexualité féminine. *La Psychanalyse*, 7, 239-255.

Kamara, P., Melendez-Guerrero, L., Arroyo, M., Weiss, H. et Jolly, P. (2005). Maternal plasma viral load and neutralizing/enhancing antibodies in vertical transmission of HIV: A non-randomized prospective. *Virol journal,* 2 (15), 1-10. DOI:10.1186/1743-422X-2-15.

Keiser, O., Spoerri, A., Brinkhof, MWG., Hasse, B., Gayet-Ageron, A., Tissot, F., ... (2010). Suicide in HIV-infected individuals and the general population in Switzerland, 1988-2008. *Am J Psychiatry*, 167,143-50.

Kestenberg, J. (1976). Regression and reintegration in pregnancy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24, 213-250.

Keogh, P., Allen S., Almedal, C. et Temahagili, B. (1994). The social impact of HIV infection on women in Kigali, Rwanda: a prospective study. *Social Science and Medicine*, 38(8),1047-1053.

Kouanda, S., Yaméogo, WME., Berthé, A., Bila, B., Bocoum Yaya, F.K., Somda, A., … (2012). Partage de l'information sur le statut sérologique VIH positif : facteurs associés et conséquences pour les personnes vivant avec le VIH/sida au Burkina Faso. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 60, pp. 221-8.

Kreisler, L. et Cramer, B. (1981). Sur les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson. *La Psychiatrie de l'enfant*, 24 (1), 223-263.

Kumar, R. et Robson, K.M. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Brit. J. Psychiat*, 144, pp. 35-47.

Lacan, J. (1968). De la psychanalyse dans ses rapports avec la réalité. *Scilicet*, 1, 51-60.

Lacan, J. (1977). L'inconscient, c'est le réel en tant qu'impossible à dire : C'est à la lecture de Freud. *Cahiers Cistre*, 3, 9-17.

Lebovici, S. (1994). Les interactions fantasmatiques. *Revue de Médecine Psychosomatique*, 37-38, 39-50.

Le Guen, A. (1984). L'envie de bébé et la connaissance du vagin. *Adolescence*, 2, 253-260.

Leroy, V. (2004). L'inégalité des sexes face à l'infection par le VIH-sida en Afrique : un cercle vicieux anthropologique, sociologique, épidémiologique et clinique, facteur d'entretien de l'épidémie (Commentaire). *Sciences sociales et santé*, 22 (3), (« Genre et Santé »), 71-85.

Mandelbrot, L., Yaro, S., Sombie, I., et Dabis, F. (2001). Sexual and reproductive life of women informed of their HIV seropositivity: a prospective cohort study in Burkina Faso. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes,* 28 (4), 367-372.

Martin-Chabot, B. (2008). Des femmes enceintes séropositives au virus du sida, entre secret et parole au sein du couple, *Dialogue*, 179 (1), 111-118.

Missonnier, S. (2001). Anticipation et périnatalité : prolégomènes théoriques, *Pratiques Psychologiques*, 1,17-30.

Mboussou, M., Mbadinga, S. et Dope Koumou, R. (2009). Religion et psychopathologie africaine. *L'information psychiatrique,* 85 (8), 769-774. DOI : 10.3917/inpsy.8508.0769

Missonnier, S. (2008). Métamorphoses corporelles et virtualisations échographiques, *Champ psy*, 52 (4), 31-46.

Nebié,Y., Meda, N., Leroy, V., Mandelbrot, L., Yaro, S., Sombié, I., … (2001). Sexual and reproductive life of women informed of their seropositivity: A prospective cohort study in Burkina Faso. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 28(4), 367-372.

Nguyen, A., Taieb, O., et Moro, M-R. (2010). Les traumatismes psychiques chez les enfants infectés ou affectés par le VIH/SIDA au Cambodge : de l'histoire singulière à la dimension collective, *La psychiatrie de l'enfant*, 2 (53), 385-429.

O'Connor Th.G. (2002). Annotation : The effects of parenting reconsidered : findings, challenges, and applications. *Journal of Child psychology and psychiatry*, 43, 5, 555-572.

Obatto, I. et Lafaye, F. (2005). Petits arrangements avec la contrainte. Les professionnels de santé face à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Sciences sociales et santé*, 23 (1), 79-108.

O'hara M. (1986). Social support, life events and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch. Gen. Psychiat*, 43, 569-573.

Pines, D. (1972). Pregnancy and Motherhood: Interaction between Fantasy and Reality. *British Journal of Medical Psychology*, 45, 333-343.

Pines, D. (1982).The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion. *J. Psycho-Anal*, 63, 311-319.

Prat, R. (2007). L'épaisseur du langage : comment vient-elle au bébé ? *Enfances & Psy* 3(36), 10-19. DOI:10.3917/ep.036.0010

Racamier, P.C., Sens, C. et Carrelier, L. (1961). La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. L'évolution psychiatrique, 4 (26), 525-570.

Raphael-Leff, J. (1983). Facilitators and regulators: two approaches to mothering. British journal of medical psychology, 56, 379-390.

Raynes-Greenow, C.H., Gordon, A., Li, Q. et Hyett, A. (2013). A cross-sectional study of maternal perception of fetal movements and antenatal advice in a general pregnant population, using a qualitative framework. *BMC Pregnancy Childbirth*, 13 (32). DOI:10.1186/1471-2393-13-32 .

Rosenblum, O. (2011). La sexualité, entre parole et parcours, des sujets infectés par le VIH. *Dialogue*, 193 (3), 115-124.

Rosenblum, O. (2006). La parentalité à l'épreuve de l'infini tem ps du traitement. L'aide médicale à la procréation offerte aux couples séropositifs. *Dialogue*, 171(1), 73-82.

Schuster, MA., Beckett, MK., Corona, R. et Zhou, AJ. (2005). Hugs and Kisses: HIV infected parents fears about contagion and the effects on parent-child interaction in a nationally representative sample. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 159, 173-9.

Ashforth, A. (2002). Quand le sida est sorcellerie. Un défi pour la démocratie sudafricaine. *Critique internationale,* 1 (14), 119-141. DOI : 10.3917/crii.014.0119

Solis-Ponton, L. (2001). Sur la notion de parentalité développée par Serge Lebovici. *Spirale*, 17 (1), 135-141.

Stoleru S., Motales, M. et Grinschpoun, M-F. (1985). De l'enfant fantasmatique de la grossesse à l'interaction mère-nourisson. *La psychiatrie de l'enfant*, 2 (28), 441-484

Swiderski, S. (1970). La harpe sacrée dans les cultes syncrétiques au Gabon. *Anthropo*s, (75), 833-857.

This, B. (1989). De la liberté aquatique à l'enracinement végétal : premières ébauches du placenta : délivrances ou le placenta dévoilé. *Les cahiers du nouveau-né,* 8, 19-36.

Tonda, J. (2000). Capital sorcier et travail de Dieu. *Politique africaine,* 3 (79), 48-65. DOI : 10.3917/polaf.079.0048

Tonda, J. (2007). Le sida, maladie de Dieu, du diable et de la sorcellerie (Commentaire). *Sciences sociales et santé,* 25 (4), 35-48. DOI : 10.3917/sss.254.0035

Trocmé, N., Courcoux., M-F., Tabone, M-D., Leverger, G. et Dollfus, C. (2013). Impact de la séropositivité maternelle au VIH sur les constructions familiales et sur l'environnement relationnel de l'enfant en période périnatale. *Archives de Pédiatrie*, 20 (1), 1-8.

Viaux-Savelon, S., Rosenblum, O., Mazet, P., Dommergues, M. et Cohen, D. (2007). La surveillance échographique prénatale des grossesses à suspicion de malformation : étude du retentissement sur les représentations maternelles. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55 (7), 413-423.

Zongo, S. (2012). « L'Enfant de la seropositive ou l'enfant de la "grâce de Dieu »: Conceptions de l'enfant chez les femmes confrontées à l'infection à VIH au Burkina Faso. *AnthropoChildren*, 2. http://popups.ulg.ac.be/AnthropoChildren/document.php?id=1165

MÉMOIRE ET THÈSES

Akare Biyoghe, B. (2010). *Conceptions et Comportements des fang face aux questions de fécondité et de stérilité, Regard anthropologique sur une société patrilinéaire du Gabon* (Thèse de doctorat). Université Paul Verlaine, Metz. http://docnum.univ-lorraine.fr/public/UPVM/Theses/2010/Akare.Biyoghe.Beatrice.LMZ1002.pdf

Aleka Ilougou, Y. (2012). *Les mots du sida à Libreville: métaphores postcoloniales et hétérotopies* (Mémoire de Master Sociologie).Université Omar Bongo, Libreville. http://www.memoireonline.com/01/13/6721/m_Les-mots-du-sida--Libreville-metaphores-postcoloniales-et-heterotopies22.html

Bidaye, S. (2004). *Itinéraire thérapeutique des malades mentaux*. (Thèse de Doctorat en médecine). Université des Sciences de la Santé du Gabon, Owendo.

Dekens, S. (2000). *Pour une prise en charge ethno psychiatrique des migrants touchés par le VIH*. (Mémoire DESU).Université Paris 8, Paris. http://osibouake.org/IMG/pdf/Ethnopsy_VIH_et_Migrants_2011-09-14_ARIAL_COMPLET.pdf

Ditengou, M.M. (2005). *Annonce de la séropositivité VIH au Gabon*. (Thèse de Doctorat en médecine). Université des sciences de la santé du Gabon, Owendo.

Dope Koumou, R. (2007). *Prise en charge des malades mentaux à Libreville : les différents circuits thérapeutiques*. (Thèse de médecine), Université des sciences de la santé, Owendo.

Leleu, C. (2010). *Evaluation du programme de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant expérience de l'hôpital Scheitzer au Gabon*. (Thèse de doctorat),: Université de Lille 2, Lille.

Marchandot, A-L. (2011). *Le virus de l'immunodéficience humaine et ses traitements : Evaluation des connaissances des pharmacies d'office de Lorraine*. (Thèse de doctorat). Université Henripoincaré Nancy 1, Nancy.

Moulanga, F.A. (2007). *Prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH. Expérience du Centre Hospitalier de Libreville (Gabon)*. (Thèse de Doctorat d'état en Médecine). Universiré de Santé, Libreville. http://www.afrikibouge.com/publications/these_FINALE.pdf

Zongo, S. (2012a). *Procréer en temps d'infection à VIH : offre de soins et expériences de femmes en milieu urbain (Burkina Faso*). (Thèse de doctorat anthropologie). Université Aix Marseille, Aix Marseille en Provence. file:///C:/Users/charlenebkb/Downloads/121122_Zongo_02TQAF017W2_TH.pdf 17/08/2018

DICTIONNAIRES

Bonté P et Izard M. (1991). *Dictionnaire de l'Ethnologie et de l'anthropologie*, Paris : PUF.

Doron R. et Parot F. (1991) *Dictionnaire de psychologie*, Paris : PUF.

Le nouveau petit Robert de la langue française, 2009

Laplanche, J. et Pontalis, J.B. (1967).*Vocabulaire de Psychanalyse*, Paris : PUF, 2009

Sillamy, N. (1989). *Dictionnaire de la Psychologie*, Librairie Larousse.

Panoff, M. et Perrin, M. (1973). *Dictionnaire de l'Ethnologie*, Paris, Payot.

Virel, A. (1977). *Vocabulaire des psychothérapies.* Paris : Fayard

BIBLE ET CORAN

Le Coran. (2005). (trad R. Blachère). Les éditions Maisonneuve et Larose.

La Bible de Jérusalem. (1998), éditions du Cerf : traduction en français sous la direction de l'école biblique de Jérusalem.

TEXTES LITTÉRAIRES: Roman, Contes, Chansons, Poésies

Boukandou, A-P. (2009). Personnage et discours féminins dans le roman gabonais. In P, Ndemby Mamfoumbi (Dir), *Les écritures gabonaises : Histoire, thèmes et langue Tome 1*(pp. 101-124).Yaoundé : Clé.

Kuitche Fonkou, G. (2010).*Voix de femmes*. Paris: l'Harmattan.

Mbazoo Kassa, C-M. (2009). *La femme et ses images dans le roman gabonais*. Paris : l'Harmattan.

Mintsa, J. (2000). *Histoire d'Awu.* Paris : l'Harmattan.

Koutekissa, C M. (2007). *Contes et légendes du Gabon*. Paris: Cyr Editions.

Ovono Mendame, J-R. (2015). *Le disque dur de Pierre Claver Nzeng: Paroles, rythmes et symboles.* Dole: Gunten.

Owondo, L. (1985). *Au bout du silence*. Paris : Hatier.

Raponda-Walker A. (1967). *Contes Gabonais.* Paris: Présence Africaine.

Rawiri., A. (1989). *Fureurs et cris de femmes,* l'Harmattan, Paris.

Trilles, H. (1905). *Contes et légendes fang du Gabon*. Katharla : Paris, 2002.

RAPPORTS ET SOURCES WEB

Berteau, F., Mention, JE., Narraido, B., Graal, C., Ossari, S. et Bedjagabaga, T. (1990). Estimation of the HIV and HTLV seroprevalence in the control groupof the pregnat women in The Haut-Ogooué Province Gabon. First International symposium on AIDS and reproduction, Genova : Italy, December, 12-15.

Berthemet. (2013). http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2013/03/07/01016-20130307ARTFIG00623-l-afrique-terre-de-mission-devenue-vivier-du-catholicisme.php consulté le 08/04/2015

Code de déontologie des psychologues année 2012 http://www.codededeontologiedespsychologues.fr/LE-CODE.html Consulté le 26/04/201

Consensus d'experts : charge virale et risque de transmission du VIH, INSPQ, Québec, mai 2014 : http://pvsq.org/2012/07/indetectable-quest-ce-que-ca-signifie/#sthash.UgkePlVv.dpuf

Desclaux, A. (2002). VIH/Sida, Stigmatisation et discrimination : une approche anthropologique. Actes de la table ronde organisée le 29 novembre 2002 à l'UNESCO – Paris. *Etudes et rapports, série spéciale,* n°20 : Division des politiques culturelles et Du dialogue interculturel UNESCO, 2003 http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001307/130756f.pdf , le 22/01/2015.

Desclaux, A. (2001).Interprétations maternelles et médicales du risque de transmission mère-enfant du VIH et processus de décision en matière de procréation. *Rapport final*. Aix-en-Provence : Laboratoire d'Ecologie Humaine et d'Anthropologie, Université d'Aix-Marseille III.

Doumont, D. et Renard, F. (2004). http://otds.sipr.ucl.ac.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dos31.pdf Consulté le 11/02/2014.

Enquête Démographique et de Santé EDSG 2012 : http://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR198/SR198.pdf Consulté, le 14/02/2015

Faizang, S. (2000). *La maladie un objet pour l'anthropologie sociale*. http://classiques.uqac.ca/contemporains/Fainzang_sylvie/maladie_objet_anthrop_sociale/maladie_objet_anthropo_sociale.pdf Consulté le 13/01/2013

Gabon Art Musée Virtuel http://www.gabonart.com Consulté le 23/12/2014

Godbout, J.T et Caillé, A. (1992). *L'esprit du don, La découverte* http://classiques.uqac.ca/contemporains/godbout_jacques_t/esprit_du_don/esprit_du_don.pdf Consulté le 17/08/2015.

Info.Catho http://infocatho.cef.fr/fichiers_html/pays/aanneatlasmonde/paysaatlasafrique/maquetteafrdef/atlasafrgabon.html Consulté le12/01/2015

Kristeva, J. *La passion maternelle*. http://www.kristeva.fr/passion_maternelle.html Consulté le 14/02/2015

Le principe de l'échographie
http://www.alyabbara.com/livre_gyn_obs/termes/echographie_obstetricale.html Consulté le 12/05/2015

Ntozi, J. P.M. (2001). Incidence du VIH/sida sur la fécondité en Afrique subsaharienne. Communication présentée à la 4e réunion du Comité de suivi de la mise en œuvre de la Déclaration de Dakar/Ngor et du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, 28-31 janvier 2001, Secrétariat mixte Commission Économique pour l'Afrique (CEA) du Conseil Économique et Social (CES) des Nations Unies/OUA/BAD en collaboration av ec le FNUAP, Yaoundé, Cameroun.

OMS Aide-mémoire N°360, Juillet 2015: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/fr/ Consulté 27/06/2016

ONUSIDA Rapport d'activité 2015 sur la riposte au SIDA dans le monde
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2702_GARPR2015guidelines_fr.pdf Consulté le 02/02/2016

ONUSIDA Fiche d'information 2014
http://www.unaids.org/fr/resources/campaigns/2014/2014gapreport/factsheet Consulté 14/05/2015

ONUSIDA 2014 : http://www.unaids.org/fr/resources/campaigns/2014/2014gapreport/factsheet Consulté le 14/05/2015

ONUSIDA Fiche d'information 2016 http://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet Consulté le 28/04/2016

OPALS 2014/2015 : http://www.opals.asso.fr/ Consulté le 17/06/2016

Plaza, M. (1992). Gynécologues, femmes et sida. Du discours médical sur les femmes aux pratiques préventives avec les femmes. *Rapport de Recherche ANRS*, Laboratoire de Psychologie Clinique.

Présentation de la situation du VIH au Gabon 2012 Amissa Bongo
http://apf.francophonie.org/IMG/pdf/2012_10_reunionvih_mme_amissa_bongo.pdf Consulté le 14/05/2014.

Rapport National sur la réponse au VIH ISDA 2013 (Gabon) :
http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents//GAB_narrative_report_2014.pdf Consulté le 17/11/2015.

Rapport National sur la réponse du VIH SIDA 2012 (Gabon)
http://www.unaids.org/sites/default/files/en/dataaNatasis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/Rapport%20GARP%20Gabon%202012%20version%20finale%2019%20juin%202012.pdf Consulté le 17/02/2014

Rapport Mondial ONISIDA2010:
http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_Full_Fr.pdf
http://www.iumsp.ch/Unites/uepp/files/RdS17_fr.pdf Consulté le 11/12/2012

Rapport National des OMD Gabon 2013 :
http://www.undp.org/content/dam/gabon/docs/MDG/UNDP-GARAPPORT%20OMD%202013.pdf Consulté le 19/02/2015.

Rapport Pays VIH/SIDA Gabon 2014 :
http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/gabon Consulté le 21/04/2016

Rapport Yeni 2006 : prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH
http://www.actupparis.org/IMG/pdf/rapport-yeni-2006.pdf Consulté le 27/03/2011.

Rapport Yéni 2010 : Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2010_sur_la_prise_en_charge_medicale_des_personnes_infectees_par_le_VIH_sous_la_direction_du_Pr-_Patrick_Yeni.pdf Consulté le 04/04/2012.

Vidéo au commencement était le Mvet https://www.youtube.com/watch?v=xRCGGC6R0IE Consulté le 22/06/2013.

Vidéo You Tube Mayi mône Marie Rose Eto
https://www.youtube.com/watch?v=DvVONyuTVj8 Consulté le 15/03/2015

VIH/SIDA Institut Pasteur 2012 : http://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/presse/fiches-info/vih-sida Consulté le 11/06/2015.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Lettre d'invitation à la participation de la recherche

MEGNE ME NDONG Annicet
73 rue Gutenberg, appart 032
91120 Palaiseau
Tél : 0033 06 24 55 87 30 E
mail : anicetmegnemendong@yahoo.fr
Doctorant en psychologie clinique Université de Franche-Comté

Madame,

Nous vous sollicitons par la présente, pour participer à une recherche que nous menons en collaboration avec la maternité où vous vous faites suivre sur le vécu de la grossesse chez la femme séropositive.

Vous trouverez ci-joint un formulaire de consentement décrivant l'ensemble des informations de notre recherche. Il vise à bien vous éclairer sur le travail que nous envisageons d'effectuer avec vous. Il vous donne des précisions sur le cadre de cette recherche, vous informe sur les éventuelles contraintes y relatives et sur les objectifs poursuivis.

Tenus au secret professionnel, au respect de la vie privée et aux principes d'éthique et de bienveillance, tous les renseignements que vous nous donnerez resteront anonymes. Si vous le souhaitez, les résultats et conclusions vous seront communiqués.

Si vous êtes intéressée, veuillez remplir le formulaire de consentement joint à cette lettre. Nous vous rappellerons ensuite afin de fixer ensemble un rendez-vous. Si vous acceptez de collaborer avec nous, nous proposons de vous rencontrer pour un entretien à la maternité. Pour avoir vos disponibilités et convenir d'un rendez-vous, nous vous prions de bien vouloir nous communiquer votre numéro de téléphone.

Nous vous remercions de l'attention que vous avez bien voulu nous porter et espérons bientôt vous rencontrer.

Restant à votre disposition pour toutes informations complémentaires, croyez, Madame, à nos sincères remerciements.

Annicet MEGNE MEGNE

ANNEXE 2 :

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Vous venez de prendre connaissance des différentes informations qui régissent cette recherche. Si vous acceptez d'y participer, nous vous invitons à apposer votre signature et à dater le présent document.

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation à la recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer le chercheur de ses responsabilités juridiques et professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer à tout moment de l'étude sans compromettre la prestation des soins nécessaires à votre état de santé. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement de la recherche. En conséquence, vous ne devez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet. Pour tout renseignement sur la recherche, veuillez me contacter au:

Tel : …….
Annicet Emmanuel MEGNE ME NDONG

Nom de la participante : Date : Signature :

Nom du chercheur : Date : Signature :

Annicet E. MEGNE ME NDONG

ANNEXE 3 : **Guide d'entretien conçu à partir de l'auto-questionnaire CREA**

Université de Franche-Comté

ED LETS 038
EA3188

- *Vos Prénom(s)*

- *Votre Age :*

- *Votre province :*

- *Votre ethnie :*

- *vos croyances :*

- *Vos étude(s) :*

- *Votre profession(s) :*

- Projet d'enfant

1) Depuis combien de mois êtes-vous en grossesse ?

2) Comment vous-est venu l'idée d'avoir un enfant ?

3) Comment votre conjoint a eu l'idée d'avoir un enfant ?

3) A partir de quand avez-vous eu l'idée d'avoir un enfant ?

4) Pour vous, à partir de quand votre conjoint a eu l'idée d'avoir un enfant

- Votre grossesse

5) Comment avez-vous appris votre grossesse ? Comment avez-vous réagi ?

6) Comment vous représentiez-vous la grossesse avant votre propre expérience ? Quelque chose a-t-il changé ? Si oui, laquelle ?

7) Comment votre entourage a-t-il réagi à votre grossesse ? Et votre conjoint ?

8) Comment vivez-vous votre grossesse ?

9) Faites-vous des rêves sur votre grossesse ?

1……
……..

2……

……..

10) Quelle est pour vous l'importance de cette grossesse ?

11) Comment votre grossesse se déroule-t-elle à votre avis ?

12) Comment votre conjoint est-il avec vous pendant votre grossesse ?

13) Comment votre famille a-t-elle réagit à l'annonce de votre grossesse ? Comment est-elle avec vous ?

- Concernant l'accouchement

14) vous arrive-t-il de penser à votre accouchement ? Comment l'imaginez-vous ?

15) Qui aimerez-vous voir à vos côté pendant votre accouchement ? Pourquoi cette personne ?

16) Comment imaginez-vous cette personne au cours de l'accouchement ?

17) Autres éléments que vous souhaitez ajouter au sujet de votre l'accouchement :

18) Qui est le père de votre enfant ?

19) Comment le décririez-vous ? Choisissez deux adjectifs qui le décriraient.
1-…….
2-……

20) Que vous-inspire-t-il ?

21) Que pensez-vous que l'enfant représente pour lui ?

22) Vivez-vous en couple ? Si oui, Comment se passe votre vie de couple ?

23) Qu'avez-vous en partage (langue, profession, loisir, croyance, ethnies) ?

24) Qu'est-ce qui vous oppose ou pourrait vous opposer ?

25) Au sujet du sexe de l'enfant, quel est le souhait de votre conjoint ?

26) Qu'est-ce qu'un père pour vous ?

27) Quel genre de père imaginez-vous que votre conjoint sera ?

27a) Choisissez deux adjectifs qui décriraient votre conjoint comme père :

- ..... …… 2- .....

27b) Décrivez deux petites scènes avec votre enfant qui illustreraient ces adjectifs :

-1-

-2-

28) Y-a-t-il une personne à laquelle vous souhaiteriez que votre conjoint ressemble en tant que père ? Pourquoi ces personnes ?

- Le sexe du bébé

29) Avez-vous fait une échographie ? Oui non

Si vous avez-vu le bébé ? Quelle a été votre réaction ?

30) Connaissez-vous le sexe de votre bébé ? Oui Non

31) Si oui, quel est son sexe ? Féminin Masculin

32) Si vous ne connaissez pas le sexe de l'enfant, pourquoi n'avez-vous pas souhaité le connaître ?

33) Si vous connaissez le sexe de l'enfant, comment avez-vous réagi à cette annonce (sexe) ?

34) Si vous connaissez le sexe de l'enfant, comment votre conjoint a-t-il réagi à cette annonce ?

35) Comment votre entourage a-t-il réagi à l'annonce du sexe de l'enfant ?

- Au sujet de votre bébé

36) Comment imaginez-vous votre bébé ? (Faites un dessin de votre bébé et commentez-le)

37) Rêvez-vous de votre bébé ? Si oui, comment le voyez-vous dans vos rêves ?

38) Quel genre de bébé pourrait-il être dans son caractère (son comportement) ?

38a) Choisissez deux adjectifs qui décriraient votre bébé tel que vous l'imaginez :

-1- ..... -2- .....

38b) Décrivez deux petites scènes avec votre enfant qui illustreraient ces adjectifs :

-1- ……. -2- ……..

38c) A qui votre enfant pourrait-il ressembler ? (A votre conjoint, à un de vos parents, à un frère ou à une sœur, à un ami ...) Pourquoi cette personne ?

38d) En quoi ressemblerait-il à cette (ces) personne(s) ?

39) Comment voyez-vous votre enfant quand il sera grand ?

40) Quelles sont les émotions les plus fortes que vous pensez avoir pour votre bébé ?

- ..... - ..... - .....

40a) Quels sont pour votre enfant vos désirs les plus forts en pensant au futur ?

-……
……..

-……
……

40b) Quelles sont vos plus grandes peurs pour votre enfant en pensant au futur ?

41) Avez-vous choisi un nom et un ou des prénoms à votre enfant ?

42a) Si oui, pouvez-vous préciser le(s)que(s) ?

43b) Comment s'est fait ces choix ?

44) Est-ce que vous donnez un ou des surnom(s) à votre bébé ?

45a) Si oui, pouvez-vous préciser lequel ou lesquels ?

45b) Comment s'est fait ces choix ? Et qu'est ce qui les justifie ?

45c) Avez-vous fait les écographies ? Comment avez-vous réagi ? Et votre conjoint ?

46) Votre conjoint rentre-t-il en contact avec votre bébé ? Si oui, comment ?
47) Autres éléments que vous souhaitez ajouter au sujet de votre bébé :

Grossesse

48) Est-ce bien votre premier enfant ?

49 Avez-vous eu un retard dans le passé ou une grossesse qui n'est pas allée à son terme ? Si oui comment l'avez-vous vécu ?

50) Avez-vous rencontré ou rencontrez-vous des difficultés lors de votre (ou d'une autre) grossesse ?

50a) Avez-vous eu des difficultés pour être en enceinte?

50b) avez-vous utilisé une technique d'assistance médicale à la procréation ?

50c) Au cours de ces derniers mois comment vous êtes-vous sentie en tant que personne ?

- Devenir mère

51) Quel genre de mère imaginez-vous que vous serez ?

52) Choisissez deux adjectifs qui vous décriraient comme mère :

1- .....

2- .....

53) Décrivez deux petites scènes qui illustreraient ces adjectifs :

54) Y-a-t-il une personne à qui vous souhaiteriez ressembler en tant que mère ? Pourquoi cette personne ?

55) Pour vous qu'est-ce qu'une mère ? Donnez deux adjectifs qui, pour vous, caractérisent une mère :

1-……..

2-……..

56) Vous sentez-vous prête à devenir mère ? Si non, pourquoi ?

- Représentations et Investissement du bébé

56a) Rentrez-vous en relation avec votre bébé ? Comment ?

56b) Que lui dites-vous ? Que pensez-vous qu'il vous réponde ?

57) Comment vous imaginez-vous avec lui ?

58a) Qu'est ce qui pourrait vous lier ?

58b) Comment vous l'imaginez-vous avec son père et vous ?

49) Pensez-vous que certains événements de votre vie peuvent influencer votre relation actuelle et future avec votre bébé ?

60) Si oui, lesquels et pourquoi ?

- Accueil et projet pour l'enfant

61) Comment pensez-vous qu'il sera accueilli par votre famille ?

62) Pour vous, quelles sont les personnes qui joueront un rôle important auprès de votre enfant ?

62a) Pouvez-vous expliquer la place de ces personnes auprès de votre enfant ?

62b) Quelle place lui voyez-vous dans la société ?

- Votre mère

63) Qui est votre mère ? (Âge, profession, Ethnie, croyance)

63a) Comment qualifieriez-vous vos rapports avec votre mère ?

63b) Comment la décrieriez-vous comme mère ?
1…… 2……..
63c) Avez-vous des attentes particulières vis-à-vis d'elle pendant cette grossesse et après l'accouchement
?
63d) Quel place lui donnez-vous ? Et quel rôle selon vous pourrait-elle jouer ?

63e) Sa présence est-elle importante ? En quoi celle-ci vous aiderait-elle ?

- Votre père :

64) Qui est votre père ? (âge, profession, ethnie, croyance)

64a) Comment qualifiez-vous vos rapports ?

64b) Comment le décrieriez-vous comme père ?
1…… 2……..

64c) Avez-vous des attentes particulières vis-à-vis de lui pendant cette grossesse et après l'accouchement ?
64d) Quel place lui donnez-vous ? Et quel rôle selon vous pourrait-il jouer ?

64e) Sa présence vous aiderait-elle ?

• Croyances

65) Etes-vous croyante ? Si oui, en quoi croyez-vous ? Et êtes-vous pratiquante ?

66) Votre conjoint partage-t-il votre ou vos croyances ? Et votre famille ?

67) Depuis combien de temps êtes-vous croyante ?

68) Si c'est récent qu'est-ce qui vous y a motivé ? Et que vous apporte (ent) votre (vos) croyance(s) ?

69) Etes-vous initié à un rite traditionnel ? Lequel et depuis combien de temps ?

• Interdits

69a) Avez-vous des interdits ? Si oui Lesquels ?

69b) Avez-vous des interdits propre à la grossesse ? Lesquelles ?

69c) Respecter-vous vos interdits ?

- Si oui, quelles en sont les bénéfices ?.....

……
……

69d) En avez-vous transgressé ?

- Si oui quelles en a (ont) été la (les) conséquence(s) ?

70) Votre conjoint est-il initié ? Pratique-t-il un rite initiatique ? Est-ce le même que le vôtre ?

71) Votre famille pratique-t-elle les mêmes rites et croyances ? Si non qu'en pense-t-elle ?

72) Qu'est-ce qu'une grossesse pour vous ? Voyez-vous un thérapeute traditionnel pour votre grossesse et votre bébé ? Que pensez-vous que ça vous apporte ?

Annonce

73) Depuis combien de temps savez-vous que vous êtes séropositive ?

74) Comment avez-vous appris votre séropositivité ?

74a) Comment l'avez-vous vécu ? Donnez deux qualificatifs de ce que vous avez ressenti.

1-…….
2……

•Contamination et vécu de l'infection

75) Comment pensez-vous avoir contracté le VIH ?

76) Comment vivez-vous le fait d'être séropositive au quotidien ? Donnez deux qualificatifs pour le décrire :

1…….
2…….

77) Le fait d'attendre ce bébé a-t-il changé quelque chose à votre manière de vivre avec le VIH ? Si oui donnez deux Qualificatifs pour l'illustrer :

1……
2……

78) Comment vivez-vous le fait d'être en grossesse et séropositive ?

79) Que pensez-vous du VIH/SIDA ?

80) Donner deux qualificatifs pour le décrire.

1-…….
2……

- Grossesse et séropositivité

81) Que pensiez-vous de la grossesse avant d'apprendre que vous êtes séropositive ?

82) Qu'en pensez-vous depuis que vous savez que vous-êtes séropositive ?

83) Votre conjoint est-il informé ? Comment réagit-il ? Si non, pourquoi ne l'informez-vous pas ?

84) Connaissez-vous son statut sérologique ? Si non pourquoi ?

85) Avez-vous informé un (des) membre (s) de votre famille ? Lequel ?
Pourquoi lui et qu'en pense-t-il ?

86) Avez-vous quelque choses d'autre à dire par rapport au fait d'être en grossesse et séropositive ?

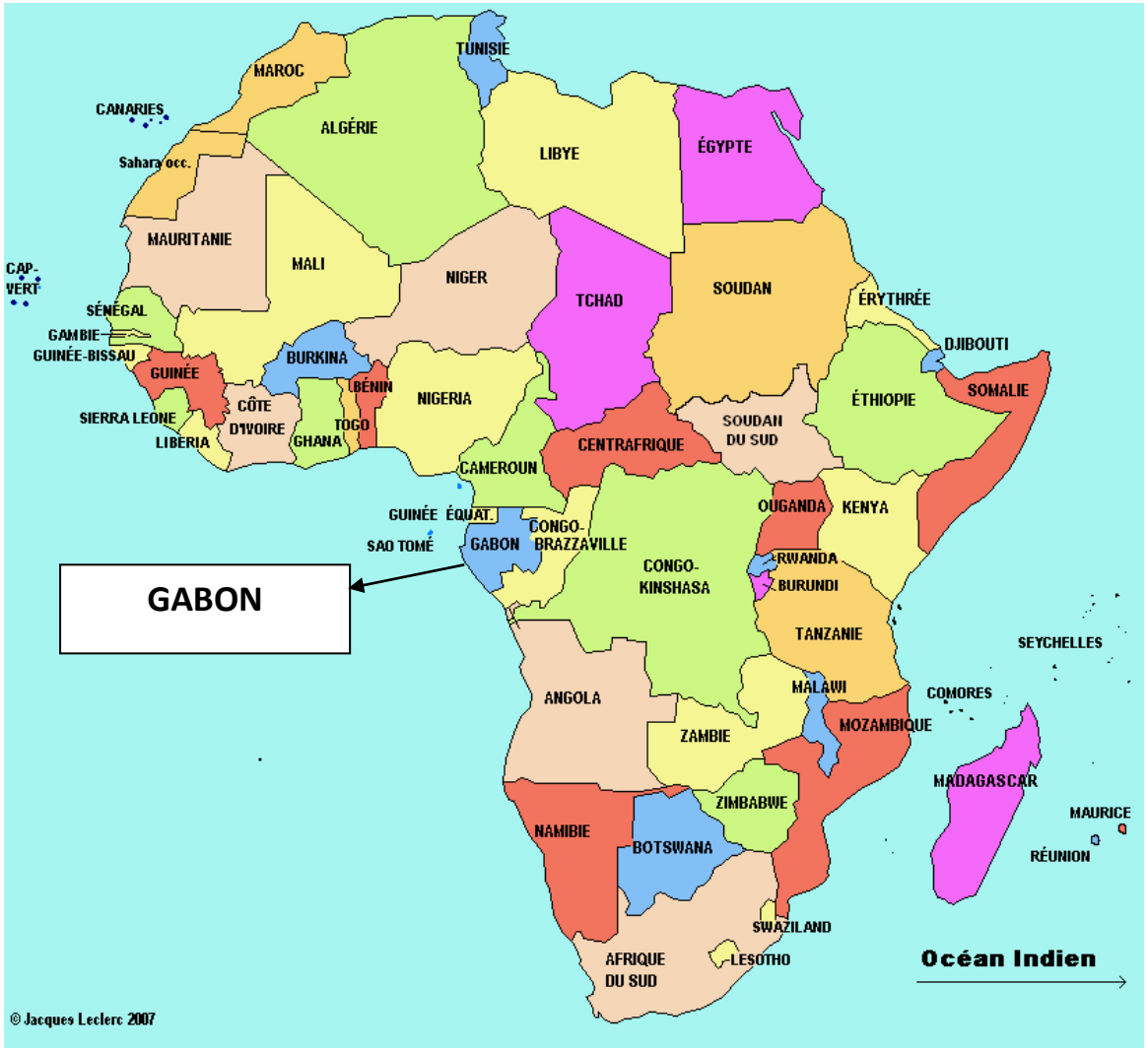
87) Maintenant que nous avons abordé l'ensemble des points, pouvez-vous nous dire vos projets pour l'avenir ?

88) Nous sommes arrivés au terme de notre entretien y-a-il un point qu'on n'a pas (ou suffisamment pas) abordé sur lequel vous souhaitez vous exprimer (qu'on revienne).

ANNEXE 4 : Carte du Gabon et carte d'Afrique



Carte du Gabon : Médiathèque d'Oyem



Carte d'Afrique

ANNEXE 5 : Bref aperçu du matériel des participantes non étudiées

Nom et âge	SA	enfant	Imagination anticipation enfant / Vécu de la grossesse	Croyances et Cause de l'infection VIH	Secret VIH/Relations avec l'entourage	Nom ou surnom donné au bébé
Tena 27 ans	30 SA	1	Bonne anticipation et imagination de l'enfant : rêves, fantasmes. Peur de la contamination de l'enfant. La grossesse se passe bien. L'enfant l'aide à surmonter ''cette situation''.	Cause Mystique pour atteindre l'enfant et elle-même. Elle met tout entre les mains de Dieu	Se retrouve seule après l'annonce de son infection à son partenaire. Relation conflictuelle avec la mère. Son père est décédé, elle pleure toujours sa disparition.	Victoire : Malgré la maladie elle est mère. C'est « la volonté de Dieu ».
Lina 22 ans	24 SA	1	Grossesse difficile à cause de l'annonce du VIH. Mais elle est obligée de garder parce que c'est Dieu qui a donné. Pour elle, c'est un message.	Ne comprend pas pourquoi elle est infectée. Le conjoint est séronégatif. Pour elle, « ça doit venir de quelque part ». Elle est Chrétienne à l'Assemblée de Dieu de la Capitale (elle est placée sous la protection divine) Elle pense que son infection est d'un mauvais sort.	En couple avec son conjoint. Très bonne relation avec la mère, juste quelques incompréhension mais elle (sa mère) ne connaît pas sa sérologie.	Bénédiction
Edwige 34 ans	22 SA	3	C'est peut être le dernier. C'est le cadeau que Dieu a voulu donner en dernier. Beaucoup de peur de contaminer l'enfant.	Ne veut pas en parler, ses ennemis l'ont eu. Mais l'Eternel va agir. Pratiques bwiti aussi.	Le couple est séroconcordant. Pour autant, son conjoint ne l'a pas quitté.	Préfère attendre, ça va se trouver seul

Pétronille 31 ans	28 SA	2	L'enfant est un accident. Si elle savait elle n'allait pas garder. Mais c'est là, il ne reste qu'à demander à Dieu de le protéger. La grossesse se passe bien. Elle évite de trop penser à l'enfant, elle fait confiance à Dieu.	Croit avoir reçu le VIH suite à un accident. Mais selon elle, c'était organisé et planifié. Très croyante, Église pentecôtiste. Elle croît en la résurrection et au miracle. Connait un pasteur qui soigne le VIH.	Elle vit en couple, mais n'a plus les nouvelles de son conjoint depuis plusieurs mois. Sa mère est décédée, c'est sa tante s'occupe d'elle.	Garçon ou fille Ange- Mari (e)
Témi	24 SA	0	L'enfant est un accident mais le papa le désir et l'attend. Elle-même aussi, surtout maintenant qu'elle connait son statut. Imagine bien son bébé et parle avec lui. Remercie Dieu malgré tout. Les nausées et les vertiges au début de la grossesse, maintenant ça va.	Dans sa famille beaucoup décèdent de maladies mystérieuses. Elle pense que la famille paie une dette, une punition. Elle est allée se faire initier, mais ça n'a rien changé. Elle ne croît plus qu'en Dieu et en lui seul.	Conjoint âgée (la cinquantaine). Il est aussi séropositif. Elle a découvert sa séropositivité, suite au test positif de son conjoint.	Ne sait pas encore
Loana 36 ans	29 SA	4	Cette grossesse est une surprise. Elle est aussi surprise d'être séropositive. Sa vie a changé. Elle vit à cause des enfants et l' « innocent de Dieu » (le bébé qu'elle attend. « On ne sait pas l'enfant qui sera ministre ». C'est sans doute son dernier enfant. Celui que « Dieu lui-même a envoyé en dernier ».	Elle ne comprend rien. Pourquoi ça lui arrive maintenant qu'elle est posée. Elle parle choses difficiles à expliquer. Mais Dieu n'abandonne personne.	Sa mère vit au village, elle ne la fréquente pas vraiment. Elle la soupçonne d'être à l'origine de ses malheurs (Sa mère de l'aime pas autant que les autres de la fratrie). Le conjoint ne sait pas pour son statut. Personne ne sait à part elle-même et l'équipe médicale.	Ce n'est pas ce qui la préoccupe pour le moment. Mais ce ne sera pas n'importe quel prénom.

Eliane 26 ans	25 SA	0	« Très dure l'annonce », maintenant elle a accepté. L'enfant peut naître sans le VIH (la prière, le traitement). Grossesse découvert à 2 mois (C'est Dieu qui a qui l'a voulu ainsi pour qu'elle ne pense pas à faire une IVG. Elle pense à son enfant jour et nuit. Elle prie pour qu'il ne soit pas infecté, elle est contente de l'attendre ''s'il part, (conjoint et père de l'enfant) je serai avec mon enfant, lui, il ne me quittera pas''.	Considère ça comme une épreuve de Dieu, peut-être une faute du passé (avortement). Mais le fait d'attendre un enfant rend heureuse. Elle croyait ne plus pouvoir en faire.	Fiancée à un expatrié. Elle n'arrive pas à lui dire à cause de la distance et la peur de se retrouver seule. Elle a une bonne relation avec sa mère, mais elle ne peut pas lui dire, elle ne va pas comprendre. Elle ne comprend pas qu'elle soit âgée pour faire un enfant.	Emmanuel/ ou Emmanuelle : Dieu avec nous
Dilane 35 ans	28 SA	1	Se croyait atteinte de stérilité secondaire. Difficile cette séropositivité, mais l'enfant change tout. N'imagine pas comment ça pouvait se passer sans enfant. Grossesse sans problème.	« C'est Dieu qui soigne. À lui rien n'est impossible, la preuve, l'enfant ». Elle a beaucoup prié pour l'avoir. Elle considère que le VIH peut être une épreuve pour voir son amour pour Dieu.	Son mari est séronégatif. Elle attend pour lui dire. Sa petite sœur est informée, sa mère est décédée.	Elle réfléchit. Elle ne peut pas donner n'importe quel nom/prénom.
Joséphine 34 ans	26 SA	4	Grossesse se déroule bien malgré le VIH. Le problème ce n'est pas l'enfant, mais cette maladie qu'on n'arrive pas à guérir. « Je n'imaginais pas que j'allais vivre ça, mais bon… ».	Le VIH existe, on ne va pas nier ça. Les exemples sont là. Il faut juste prier pour que le médicament soit trouvé. Pour le	Son conjoint est séropositif comme elle. Elle est très soutenue par ce dernier bien qu'il ait plusieurs femmes. Sa mère connaît	Amour : Malgré le VIH, il y a ce cadeau ; un autre enfant qu'elle va

			Parle à son enfant et rentre en contact avec lui.	moment on se remet à Dieu. Et aux médicaments qui sont là	son statut et l'incite à faire les prières chez un pasteur. Elle regrette de lui avoir dit, elle est plus triste qu'elle-même (la concernée)…	mettre au monde. « C'est Un signe de l'amour de Dieu
Dima 26 ans	30 SA	0	Elle est toujours marquée par l'annonce. Elle est pour la première fois en grossesse. C'est une mauvaise expérience. Elle voulait avorter, mais elle s'est dit que « c'est peut-être le seul que Dieu donne ». Parle de son enfant, l'anticipe bien, rêve de lui, se dit prête à prendre soin de lui.	Elle parle de la sorcellerie et la jalousie de ses sœurs même père, parce qu'ils (les enfants de sa mère) apprennent bien. C'est d'abord son grand frère qui a fait un grave accident, maintenant, c'est elle qui est séropositive. Elle fait les prières et prend les médicaments. « Dieu va protéger et avoir pitié ».	Conjoint : comme s'il est, comme s'il n'est pas. Elle ne se sent pas soutenue, il fuit (le conjoint). Elle ne regrette pas l'arrivée du bébé. Le père : « irresponsable », il va regretter quand « l'enfant deviendra un grand du pays ».	Ne sait pas encore, peut-être Gabriel/ Gabrielle petit nom, Gabi
Estelle 32 ans	27 SA	0	C'est sa première grossesse. Elle attendait de terminer ses études. La grossesse se déroule bien. L'annonce du VIH l'a beaucoup bousculé. Son enfant c'est « Messi », le footballeur argentin. Elle fait allusion à l'enfant Messi-Jésus. C'est l'enfant qui lui donne la force. Parfois elle a envie de disparaître, elle se demande si elle a droit au bonheur, heureusement, elle attend l'enfant, c'est Dieu lui-même qui a donné.	Elle est toujours restée sage pendant sa jeunesse et sa scolarité. Le VIH peut être une infection, mais dans son cas, il y a un problème. Ce n'est pas normal. Elle a perdu son ex-compagnon. Ce dernier serait mort sans que personne ne sache de quoi. Une maladie mystérieuse.	Son partenaire actuel, le père du bébé, est présent, mais il ne sait pas encore. Elle a peur de lui dire redoutant sa réaction. Elle préfère attendre (tout en faisant attention à son homme, à l'enfant et à elle-même) l'enfant. Seule sa mère est informée de son statut sérologique.	Pour elle, le père de l'enfant, fan de foot lui donnera sans doute le nom de Messie (le footballeur).

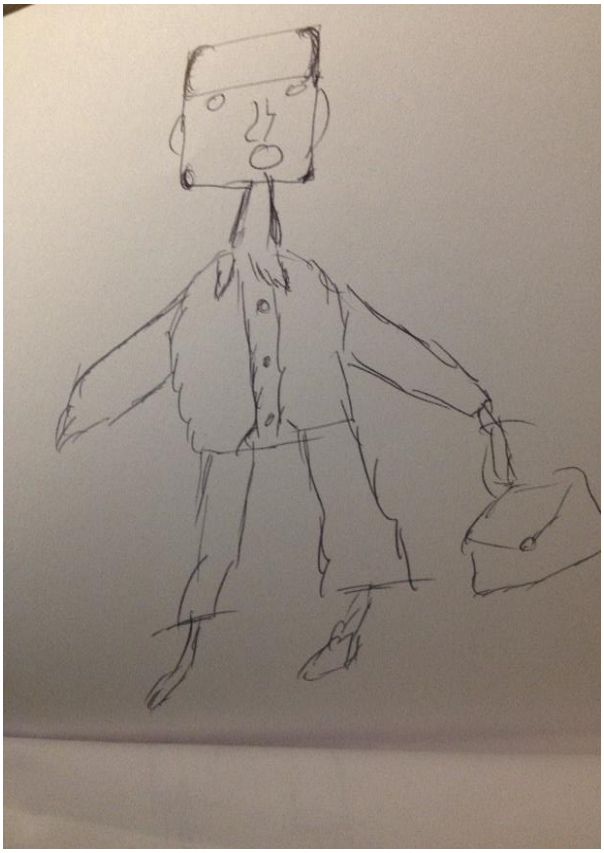
Gertrude 28 ans	26 SA	0	Elle est très contente d'attendre cet enfant malgré le VIH. C'est son premier bébé, elle l'attend depuis longtemps. « C'est comme le bébé de Sarah ». Elle ajoute que c'est la volonté de Dieu. « C'est un miracle ». Elle demande à Dieu de veiller sur "sa bénédiction".	Elle ne fait pas allusion à la sorcellerie. Elle affirme que c'est son conjoint qui lui a transmis le VIH. Les deux sont infectés. Elle a décidé de garder sa grossesse et de la mener à terme, car ça peut être « une épreuve de Dieu ». Elle a foi en Dieu. Chrétienne catholique, elle n'a jamais suivi une autre voie (religieuse, guérison). Tout chez elle est contrôlé par Dieu.	Sa mère et son conjoint sont informés de sa contamination. Ce dernier (le conjoint) est très présent et la soutient beaucoup. Elle entretient de très bons rapports avec sa mère et son père. L'entourage l'aide beaucoup à vivre sa séropositivité. Elle dit d'ailleurs que toute femme séropositive rêverait d'avoir une mère comme la sienne.	Nour : C'est la "lumière". Pour elle son enfant est une bénédiction.

Tableau 4 : Brève présentations des participantes non étudiées

Prénoms/surnoms des enfants des femmes suivies par C les six dernier moi :

- Marra
- Noe
- Salomon
- Prince
- Blessing
- Christ
- Bébé, pas de prénom, c'est le bébé de Dieu

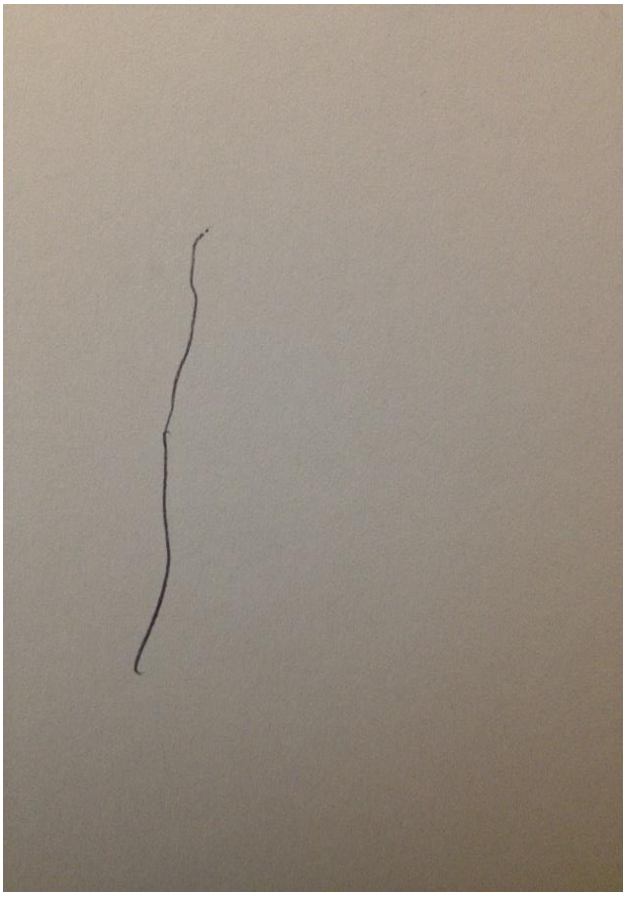
ANNEXE 6 : Dessin du bébé de trois participantes



Dessin du bébé Témi



Dessin bébé Dilane



Dessin bébé Dima :

Elle a commencé à dessiner, après elle s’est arrêtée, se plaignant de ne pas pouvoir dessiner le bébé comme elle l’imagine dans sa tête.