

**ÉCOLE DOCTORALE SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES -  
PERSPECTIVES EUROPÉENNES**

**Équipe d'accueil Subjectivé, Lien social et Modernité**

**THÈSE** présentée par :

**Cécile Bréhat**

soutenue le : 14 décembre 2018

pour obtenir le grade de : **Docteur de l'université de Strasbourg**

Discipline/Spécialité : Psychopathologie clinique

**Construction du maternel dans les  
situations de grande prématurité**

**THÈSE dirigée par :**

**Anne Thevenot**

Professeure en psychologie clinique  
Université de Strasbourg

**RAPPORTEURS :**

**François Ansermet**

Professeur honoraire de pédopsychiatrie  
Université de Genève et Université de Lausanne

**Denis Mellier**

Professeur de psychologie clinique et psychopathologie  
Université de Franche-Comté

---

**EXAMINATRICE :**

**Liliane Goldsztaub**

Maître de conférences en psychologie et psychopathologie  
cliniques  
Université de Strasbourg



*A David,*

*Sans qui cela n'aurait pas été possible*

*A nos enfants Adam & Lucie*



*A tous ces bébés nés trop tôt qui s'accrochent à la  
Vie*

*Aux femmes devenues mères qui ont bien voulu  
me rencontrer et témoigner*



*« Avance sur ta Route car elle n'existe que par ta  
Marche »*

*—Saint-Augustin*



# Remerciements

Je tiens en premier lieu à remercier très chaleureusement Anne Thevenot, ma directrice de thèse, qui m'a accompagnée sur ces cinq années de doctorat avec une très grande disponibilité, une écoute bienveillante et qui, par son intérêt pour mon travail, m'a aidée à soutenir la force nécessaire pour mener cette recherche à son terme. Je lui adresse toute ma reconnaissance.

Je remercie Liliane Goldsztaub, ma co-directrice de thèse qui m'a permis de m'autoriser à penser que c'était possible, pour la richesse de nos échanges et sa contribution à l'élaboration de ma pensée.

Je remercie Monsieur le Professeur François Ansermet qui me fait l'honneur d'avoir accepté mon invitation à évaluer mon travail, pour ses réflexions éthiques et ses travaux dans le domaine de la périnatalité qui m'ont inspirée depuis le début de mon cheminement doctoral.

Je remercie Monsieur le Professeur Denis Mellier d'avoir accepté de s'intéresser à mon travail, d'avoir débusqué mon illusion sur l'existence d'un discours médical et pour l'apport de ses travaux théoriques dans le champ de la psychopathologie périnatale.

Je remercie chaleureusement Dominique Merg-Essadi, Nicole Andrieu, le Dr Israël Nisand et le Dr Sandrine Faivret de m'avoir ouvert avec une grande générosité les portes de leurs services hospitaliers et de leur cabinet de sages-femmes tout en m'accordant leur confiance afin de me permettre de rencontrer des femmes enceintes. Je remercie également les équipes soignantes et les secrétaires des différents services qui m'ont accueillie et aidée dans la logistique de ma recherche.

Je remercie Mesdames Marie-Paule Chevalérias, Martine Spiess, Aurélie Minoux, Camille Pascal, Florence Becker et Brigitte Hahusseau pour notre groupe de recherche « fertile » sur la périnatalité.

Je remercie Madame Marie-Frédérique Bacqué, la directrice du laboratoire de psychologie et de psychopathologie SULISOM EA 3071, ainsi que les doctorants pour la richesse de nos échanges dans les séminaires de recherche qui ont contribué à l'avancée de ce travail.

Je voudrais aussi remercier tous ceux qui m'ont apporté leur soutien, chacun et chacune à leur manière : Fanny Louis, Muriel Pinkstein, Eléonore Greif, Lucile Greif et Marie Greif et ma sœur Aude Schmitter pour leur aide précieuse dans ce dur labeur de transcription d'entretiens ; Marie-Virginie Léone, mon acolyte sur le chemin du doctorat, Valérie Bischoff, mon « agent », Catherine Leblois qui, à ses risques et périls, prenait des nouvelles de l'avancée de mon travail, à Julie Berne, Joanne Bergman-Billig, Nathalie Boncour, Christelle Sans, Nathalie Velten, Christine Clerc, Claire Malstaski, Mounya Hani, Sophie Adriansen, Manon Dargent, Monique Pfister et Sophie Barbier pour leur indéfectible soutien amical tout au long de ce parcours. Je remercie Gilles Bréhat, mon père et Isabelle Bréhat, ma belle-mère pour leur aide au quotidien, ma sœur Anaïs Bréhat et mes collègues de travail qui ont eu la générosité de pallier mes absences.

Toute ma gratitude à Christophe Marianne pour son inestimable aide pour mettre en forme ce travail et sa relecture attentive du manuscrit.

Et enfin, je remercie Madame Catherine Vanier, « *la dame qui chuchote à l'oreille des bébés prématurés* », d'avoir eu la gentillesse de s'être intéressée à mon travail, de m'avoir accueillie pour y réfléchir ensemble et d'avoir suscité en moi, il y a douze ans déjà, sans le savoir, par sa manière d'en parler, le désir et la curiosité de m'intéresser à la clinique de la prématurité.

# Sommaire

<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE.....</b>	<b>1</b>
<b>PREMIÈRE PARTIE APPROCHE THÉORIQUE .....</b>	<b>7</b>
1. La grande prématurité.....	9
1.1. Approche juridique, anthropologique et historique des bébés nés avant terme.....	9
1.2. Approche scientifique et médicale de la grande prématurité .....	18
1.3. Etiologie de la prématurité.....	22
1.4. Facteurs de prématurité .....	23
1.5. Prématurité et développement neuro développemental .....	24
1.6. Prématurité et développement psychoaffectif.....	29
2. Construction du maternel.....	33
2.1. Définition du maternel .....	33
2.2. Caractéristiques du psychisme maternel pendant la grossesse et la période qui entoure la naissance.....	38
3. Construction du maternel dans les situations de grande prématurité .....	51
3.1. Théorie de l'attachement.....	52
3.2. Approche psychosomatique .....	54
3.3. Approche psychanalytique .....	55
<b>DEUXIEME PARTIE ETUDES CLINIQUES.....</b>	<b>65</b>
1. Méthodologie de la recherche.....	67
1.1. Problématique.....	67
1.2. Hypothèse principale.....	68

1.3. Hypothèse secondaire.....	68
1.4. Aspects méthodologiques.....	69
1.5. Dispositif de recherche.....	86
2. Analyse des données cliniques.....	111
2.1. Premier groupe.....	111
2.2. Deuxième groupe.....	178
2.3. Troisième groupe.....	276
<b>TROISIEME PARTIE ARTICULATION THEORICO-CLINIQUE.....</b>	<b>367</b>
1. Synthèse générale : Approche transversale et comparative.....	369
1.1. Contexte.....	370
1.2. Construction du maternel.....	372
1.3. Rencontre subjective avec la médecine et les professionnels de soin.....	384
2. Discussion.....	395
2.1. La spécificité des éprouvés corporels dans les situations de naissances très prématurées.....	396
2.2. La dimension pulsionnelle dans le nouage précoce : un éclairage sur le risque autistique dans les situations de naissances prématurées ?.....	404
2.3. La place des pères : rôles et fonctions dans les situations de naissances très prématurées.....	409
<b>CONCLUSION GENERALE.....</b>	<b>417</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>425</b>





# INTRODUCTION GÉNÉRALE

## *Contexte de la recherche*

Depuis le début du 20<sup>ème</sup> siècle, les progrès de la médecine, de la gynécologie et de l'obstétrique ont modifié le rapport des femmes à leur maternité en permettant un certain contrôle de leur fécondité avec l'avènement de la contraception et en diminuant considérablement les risques de mortalité et de comorbidité liés à la grossesse tant pour l'enfant que pour la mère.<sup>1</sup> Ces dernières décennies, la médecine est également venue « suppléer » aux défaillances de la nature avec l'apparition de nouvelles méthodes de procréation afin de répondre au désir d'enfant des couples qui n'arrivent pas à concevoir un enfant. Cette évolution sociétale a ouvert une place primordiale à la médecine dans la prise en charge de la procréation, de la grossesse et de la naissance, tout en opérant une disjonction entre l'acte sexuel et la procréation. Y. Knibiehler, historienne, nous rappelle : « *Naguère abritée dans l'intimité du foyer, sous l'égide de la puissance paternelle, la maternité est devenue, au cours du XX<sup>e</sup> siècle, objet de sciences et objet de lois : c'est de plus en plus une affaire publique* » (2001, p : 1). M.-M. Chatel, psychanalyste émet l'hypothèse que « *l'entrée en scène de la médecine scientifique dans le cercle intime du désir d'enfant* » (1998, p :1) génèrerait un malaise : plus on tenterait de contrôler scientifiquement la procréation, plus l'infertilité se ferait grandissante. La prise en charge de la procréation par la médecine aurait des effets subjectifs par l'impact fantasmatique du dévoilement de cette disjonction. En s'attachant aux coordonnées physiologiques et biologiques du processus gestationnel, la logique objectivante de la médecine évincerait la question du désir et de la subjectivité engagées dans la fertilité. Selon M. Spiess, psychanalyste, « *l'exclusion de la femme comme sujet de sa grossesse traduit un glissement de la compétence*

---

<sup>1</sup> En 2013, en France, 10/100 000 femmes meurent contre 600/100 000 au début 20<sup>ème</sup> s.

à l'emprise et à la toute-puissance du discours médical » (1999, p : 44). L'objectalisation du ventre de la femme enceinte à « traverser » pour saisir le développement de l'enfant renforcerait un sentiment d'étrangeté à l'égard de l'enfant porté. Entre la progression des nouvelles techniques qui prolongent la vie de l'embryon in vitro et, à l'autre extrémité de la grossesse, la limite de viabilité du fœtus qui ne cesse de diminuer par l'amélioration des techniques de réanimation et de prises en charge néonatales, le ventre maternel apparaîtrait de moins en moins nécessaire. Le fantasme de maîtrise de création de la vie et peut être également celui de vaincre la mort trouverait son paroxysme dans celui de l'ectogenèse que la mise au point d'un utérus artificiel incarnerait. Cette vision d'une procréation machinique, artificielle et a-corporelle objectiverait l'enfant comme objet de la science en faisant fi de la vie intra-utérine et en touchant au fondement de ce qu'est l'humain. D. Le Breton, anthropologue, dénomme le « paradoxe du corps présent-absent » pour décrire la représentation moderne du corps prise entre un corps surexposé et un fantasme d'effacement du corps, figure du fantasme du déni du réel et de la mort (2013). La représentation du corps machine qui sous-tend la pratique médicale moderne disjoint le sujet de lui-même. Ce rapport de la médecine au corps et à la mort entre peut être en résonance avec cette conception moderne du corps humain. Néanmoins, l'origine « toujours nous échappe » (Ansermet, 2015, p : 29). Elle nous confronte aux frontières des représentations et du langage comme la Mort. Pour autant irreprésentable, intervenir sur le réel de l'origine questionne la filiation et la transmission. Ces possibilités nouvelles de la clinique interrogent les médecins, les obstétriciens, les généticiens, les néonatalogues et les pédiatres qui les pratiquent : « Les avancées de la science amènent à de multiples inventions technologiques mais celles-ci vont plus vite que nos possibilités de les penser (...) Avec la technologie, on opère sur la réalité et on touche au réel » (ibid., p : 13-15). La psychanalyse par son accès aux interrogations et aux fantasmes que véhiculent ces pratiques pour le sujet peut aider à penser ces questions pour pouvoir prendre la mesure des effets de ces nouvelles techniques de procréation notamment sur la dimension désirante.

Le nouveau-né très prématuré nous confronte aussi à quelque chose d'irreprésentable. Touchant à l'origine, les naissances très prématurées dévoilent un réel. Au fond de leur couveuse, ces bébés nés trop tôt continuent à se développer hors du corps maternel

donnant à voir ce qui devrait rester enfoui au creux du ventre maternel. Cet être entre la vie et la mort qui n'aurait pas encore dû être vu, dont on ne sait pas encore s'il va vivre ou mourir, qui doit sa survie à la technique, est-il déjà un humain ? La clinique de l'extrême et de la grande prématurité pose des questions au niveau éthique, médical et psychologique. La technique créerait-elle de nouveaux contours à la procréation, à la maternité qui n'existeraient pas sans elle ? Depuis une vingtaine d'années, l'augmentation constante des naissances prématurées dans la France et dans le monde en fait aujourd'hui une question de santé publique. Les progrès de la médecine participent à l'augmentation de la prématurité<sup>2</sup> par le recours de plus en plus grand aux techniques de procréation médicalement assistées (PMA) qui induisent davantage de grossesses gémellaires, facteur de naissances prématurées. Le recul de l'âge de procréation de la femme, ainsi que l'augmentation de la pratique des césariennes concourent également à cette augmentation. Le paradoxe de ces avancées de la médicalisation et de la technicisation accrue de la naissance qui en quelque sorte créent elles-mêmes une « catégorie » de personnes dites « vulnérables » situe cette clinique au cœur d'enjeux éthiques face à la question de la limite de la viabilité que la logique de la médecine, irrésistiblement embarquée dans les progrès de la science, ne cesse de remettre en question. Différentes études<sup>3</sup> montrent les difficultés auxquelles peuvent être confrontés les enfants nés prématurément dans leur développement neurologique, cognitif, moteur et/ou psychologique. Dans la littérature scientifique, la grande prématurité est considérée comme un facteur de risque de la survenue de troubles du spectre autistique (TSA) et de maltraitance infantile. Ces travaux qui se focalisent sur l'effet traumatique de l'accouchement prématuré sur les interactions mère-enfants m'ont amenée à m'interroger sur le nouage des liens précoces dans ces situations : des particularités seraient-elles repérables ? Afin de pouvoir repérer une éventuelle spécificité de la construction du maternel dans les situations de naissances très prématurées, je suis allée à la rencontre de femmes enceintes primipares hospitalisées ou non en service de

---

<sup>2</sup> En France, environ 60 000 enfants naissent prématurément, ce qui représente 7% à 8% des naissances et plus de 10 000 enfants naissent « grands prématurés », soit 15 fois plus qu'il y a dix ans ; naissance avant 37 SA, en 1995 : 5,9 % contre 7,4 % en 2010 et 7,33 % en 2014 ; INSERM, mars 2014.

<sup>3</sup> Résultats Epipage 1 & 2 (étude épidémiologique sur les petits âges gestationnels en France), EPICure (équivalent d'Epipage en Angleterre)

grossesses à risques pour menace d'accouchement prématuré (MAP) afin d'écouter et d'analyser comment s'est construit pour elles leur sentiment maternel au fil de leur grossesse et après la naissance de leur enfant.

#### *Délimitation du sujet de recherche et positionnement théorico-clinique*

Dans cette recherche clinique, en référence au classement de l'OMS, j'entends par grande prématurité les naissances survenant avant 33 semaines d'aménorrhées (SA). Le choix de limiter mon sujet à ce terme de grossesse est lié aux questions spécifiques que pose la clinique de l'extrême et de la grande prématurité qui met sur le devant de la scène la question de la survie pour les parents et l'équipe médicale et soignante associée à celle de la séparation inhérente aux semaines d'hospitalisation en service de néonatalogie. Dans ce travail de thèse, sous-tendu par un mouvement constant entre travail clinique et théorique, je me situe du côté de ce qui se passe subjectivement pour la femme en devenir mère en lien avec son enfant. Tout en étant centrée sur la subjectivation de l'expérience de la grossesse, de l'accouchement et des premiers temps avec l'enfant, je m'intéresse dans cette étude au nouage précoce avec l'enfant afin d'explorer si, au-delà de la singularité de chacune, se repèrent des particularités dans la construction du maternel dans ce contexte de naissance. Dans cette perspective, j'ai choisi de ne rencontrer que des femmes primipares en partant du postulat que l'impact psychique d'une naissance très prématurée sur la construction du maternel serait davantage perceptible lorsque la femme n'a pas d'expériences antérieures de maternité sur laquelle s'étayer psychiquement. Mon sujet ne se situe pas dans le champ de la psychopathologie périnatale. Il ne s'agit pas d'étudier une pathologie maternelle mais l'impact psychique d'un évènement de corps dans la vie d'une femme en devenir mère sur la construction du maternel. Néanmoins, la prise en compte de la façon dont la femme va psychiquement pouvoir le traverser est aussi fonction de sa structure psychique et des mécanismes de défenses qu'elle va pouvoir mobiliser pour pouvoir y faire face.

#### *Annonce du plan*

La première partie théorique s'attache à définir l'objet d'étude qu'est la construction du maternel dans les situations de naissances très prématurées. Une approche juridique,

anthropologique et historique des bébés « nés trop tôt » interroge le statut de l'être prénatal dans notre société occidentale contemporaine. Ces réflexions mettent en perspective la façon dont notre société prend en charge le nouveau-né prématuré et ses parents, notamment au niveau médical. Après avoir circonscrit ce que peut recouvrir le « maternel » qui n'est pas un concept psychanalytique, les caractéristiques du psychisme maternel du pré et du post partum sont avancées afin de pouvoir penser les bouleversements psychiques qu'occasionnent la grossesse et l'arrivée d'un premier enfant pour une femme en devenir mère. Une revue de littérature sur les enjeux psychiques que peuvent avoir une naissance très prématurée sur la construction de la parentalité et plus particulièrement sur la relation mère-enfant parcourt les apports des différentes orientations théoriques : théorie de l'attachement, approche psychosomatique et psychanalytique.

La deuxième partie clinique est construite en deux temps. Après avoir défini la problématique et les principales hypothèses de recherche, la méthodologie de la recherche délimite le cadre dans lequel le protocole de recherche est pensé et s'est construit. Les analyses des données cliniques sont présentées de façon singulière pour chaque situation, puis de façon synthétique selon la structure du protocole de recherche afin de repérer les éventuelles spécificités de la construction du maternel en fonction des conditions de naissances. Une approche transversale et comparative de l'ensemble de ces résultats permet d'avancer des organisateurs communs dans la construction du maternel et précise des particularités dans les situations de naissances prématurées.

La troisième partie théorico-clinique vise à discuter les résultats en les dialectisant avec différents apports théoriques afin d'approfondir trois thématiques : la spécificité des éprouvés corporels, la dimension pulsionnelle dans le nouage précoce en tant qu'un éclairage sur le risque autistique et enfin la place des pères dans les situations de naissances prématurées et d'ouvrir les questionnements. Cette recherche s'inscrit dans une perspective d'accompagnement aux soins psychiques du bébé et de sa mère afin, par une meilleure compréhension des enjeux psychiques sous-jacents au nouage précoce, de tenter d'intervenir le mieux possible pour prévenir d'éventuels troubles relationnels précoces.



PREMIÈRE PARTIE  
APPROCHE THÉORIQUE



*« Rien de plus banal pourtant à l'échelle de l'espèce qu'un coït qu'une fécondation qu'une grossesse. Rien de plus exceptionnel, rien de plus improbable, rien de plus irréductiblement singulier que leur résultat ».*

A. Comte-Sponville, La vie humaine (2005).

# 1. La grande prématurité

## 1.1. APPROCHE JURIDIQUE, ANTHROPOLOGIQUE ET HISTORIQUE DES BEBES NÉS AVANT TERME

Dans notre société occidentale, les nouveaux-nés prématurés sont pris en charge par le monde médical. L'extrême et la grande prématurité, soit les naissances avant 33 SA en référence aux normes médicales, nous plongent au cœur de questions éthiques en interrogeant la limite de la viabilité qui ne cesse, par les progrès de la science, d'être repoussée. Comment est considéré socialement cet être alors entre la vie et la mort ? Sur quoi repose ce désir de l'arracher coûte que coûte de la mort au risque de séquelles parfois très importantes ?

Dans les sciences sociales, ces considérations interrogent le statut de l'être prénatal qui fait débat et ne peut être tranché dans le domaine éthique, philosophique ou juridique. La difficulté de penser et d'attribuer un statut au fœtus dans nos sociétés modernes serait en lien avec les rapports entre la procréation, l'engendrement et la parenté ainsi que celui entre l'entrée des êtres dans la parenté et plus généralement leur inscription dans l'humanité. Les débats publics sur l'avortement au gré des enjeux sociétaux en sont un exemple emblématique. Libérée au niveau juridique de son statut de hors-la-loi, cette

expérience pour les femmes reste néanmoins un événement à vivre dans la solitude et le secret, empreint de sentiments contrastés faits de nécessité et de culpabilité (Boltanski, 2004). Selon M. Yi, psychanalyste et professeure de psychopathologie, « *la majorité des femmes interrogées sur leur expérience de l'avortement est loin de présenter son vécu comme la jouissance d'un droit plein et entier... Les femmes paraissent évoquer leur décision, quand elles en parlent, comme une solution moralement problématique, voire critiquable, ou comme un mal nécessaire* » (2014, p : 3). Ce que nous pouvons considérer comme un effet de l'intériorisation des normes morales serait en lien avec ce qui reste un principe de « *respect de tout être humain dès le commencement de la vie* » (*ibid.*, p : 4). Ce principe a affaire avec le statut juridique du corps humain dont la protection est assurée notamment par les lois de bioéthique de 1994 qui disposent que « *la loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie* ». Ces questions illustrent le cœur de la question sous-jacente au statut de l'être prénatal : où commence la vie ? Un être qui ne vit que par la technique est-il sujet humain ou objet de la médecine ?

### 1.1.1. APPROCHE JURIDIQUE

Se référer au statut du fœtus mort in utero au niveau juridique permet d'apporter des éléments de réflexion pour penser la considération de l'être prénatal. Avant la loi du 08 janvier 1993, le fœtus mort in utero avant 28 SA était considéré comme un déchet hospitalier qui n'appartenait à personne et ne pouvait faire l'objet d'un rituel funéraire. Il s'agissait seulement de prendre acte que l'enfant était sans vie au moment de la déclaration, qu'il soit mort-né ou qu'il ait peu vécu. Ce déni de l'existence pour les parents pouvait être à l'origine de deuils pathologiques. L'apport des sciences humaines a permis de mettre en lumière les effets néfastes de ces formes légales de déni en soutenant l'importance du besoin psychique de trace dans la réalité pour élaborer le deuil. Psychiquement, cette reconnaissance sociale apparaît importante pour pouvoir historiciser cet événement afin qu'il ne devienne pas un non événement, à l'origine d'un enkystement traumatique. Ce mouvement de reconnaissance a participé à l'évolution juridique d'une loi qui datait de 04 juillet 1806. Depuis la loi de 1993, le fœtus mort-né avant 28 SA fait l'objet d'une crémation avec une procédure codifiée et peut être

enregistré dans la partie « décès » du registre de l'état civil (mais non comme une personne décédée faute de naissance). La circulaire n° 2001/576 du 30 novembre 2001 et l'arrêté du 19 juillet 2002 ont par la suite abaissé ce seuil à 22 SA. Juridiquement, en dessous de ces seuils, le fœtus mort in utero n'avait aucune réelle existence juridique. Le décret du 20 août 2008 et la circulaire du 19 juin 2009 ouvrent l'état civil et le livret de famille à tous les fœtus. Un acte d'« enfant sans vie » peut être délivré sans qu'il puisse ouvrir au droit à la filiation et, par conséquent, au nom de famille. Actuellement, seule la naissance vivante et viable permet d'acquérir la qualité de personne. Le droit actuel continue de parler de fœtus ou d'enfant à naître. Cette approche juridique donne à penser sur la façon dont le social tente de symboliser ce réel qui fait vaciller les limites entre l'humain et la chose : « Depuis le début des années 1990, le statut du fœtus mort in utero n'a cessé de se métamorphoser. Son changement de statut a bien sûr été opéré sur le plan juridique, mais il apparaît avant tout au niveau "corporel", par le soin apporté au cadavre du mort-né. Ces transformations ont affecté en particulier le fœtus des états "intermédiaires", à savoir celui situé entre la limite légale de l'avortement, soit 14 SA et 22 SA, appelé "enfant sans vie" né vivant ou mort mais non viable, ainsi que le fœtus mort-né mais qui aurait été viable. » (Giraud, 2014, p :15.) L'emploi des termes "états intermédiaires" rend compte de la tentative d'objectivation de l'irreprésentable, de l'innommable, de l'impensable. Ces quarante dernières années, selon P. Murat, juriste, nous assistons à un double mouvement par rapport au statut du fœtus. Il parle de tensions entre deux pôles opposés : la « personnalisation » et la « réification » de l'embryon et du fœtus (2003, p : 33). D'un côté, les recherches en psychologie du développement et en psychanalyse visent à la reconnaissance de la dimension humaine du fœtus au cours de la vie intra-utérine en mettant en lumière les compétences du fœtus, l'importance du partage des expériences dont l'haptonomie serait une illustration. De l'autre, la loi sur l'avortement en 1974 et l'assouplissement progressif des lois bioéthiques de 1994 (PMA, diagnostic prénatal, recherche, destruction et congélation des embryons ...)<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Loi du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps, à l'assistance médicale, à la procréation et au diagnostic prénatal (consentement préalable ou présumé et révocable à tous moments, gratuité, anonymat, respect des règles de sécurité sanitaire)

participeraient d'un mouvement d'instrumentalisation de l'embryon et du fœtus. De nouvelles demandes sociales ont émergé récemment : autoconservation ovocytaire chez les femmes jeunes, PMA chez les femmes seules ou en couples homosexuels, levée de l'anonymat des donneurs, insémination et transfert post-mortem d'embryons ainsi que gestation pour autrui<sup>5</sup>. Dans la perspective de la révision en 2018 de la loi du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique, le Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé a rendu un rapport<sup>6</sup> récemment en septembre 2018 dont la proposition d'élargissement de la PMA au couple de femmes homosexuelles fait débat socialement, notamment autour de la question de la figure paternelle.

Avec le recul de la limite de la réanimation néonatale, c'est comme si les représentations s'entrechoquaient. Comment penser l'humanité d'un corps qui avant la loi de 1993 était considéré comme un déchet et qui aujourd'hui par les progrès de la science est réanimé à partir de 23 SA ? Cette approche juridique nous permet de mesurer que le statut de l'être prénatal s'articule à celui du corps et le traitement du corps est pensé en fonction du sens qu'on lui attribue. La société pense l'accompagnement de la mort du fœtus in utero notamment dans les institutions hospitalières (rituels funéraires, habillement, photo, mèche de cheveux...). Les protocoles et les dispositifs légaux ont pour fonction de soutenir les élaborations mais ils peuvent aussi entraîner une confusion et venir court-circuiter une élaboration psychique, car, selon l'histoire du couple mais aussi l'histoire individuelle, le fœtus n'a pas forcément valeur ou figure d'enfant. Seule la trame fantasmatique dans laquelle s'inscrit la mort in utero du fœtus indiquerait ce que cet évènement représente pour le sujet.

---

*Loi du 06 août 2004* relative à la recherche sur l'embryon et les cellules embryonnaires : elle est en principe interdite mais, par dérogation, les recherches peuvent être autorisées sur l'embryon et les cellules embryonnaires, pour une période limitée à cinq ans si "elles sont susceptibles de permettre des progrès thérapeutiques majeurs".

*La loi du 7 juillet 2011* : une nouvelle définition des modalités et des critères permettant d'autoriser les techniques d'assistance médicale à la procréation et d'encadrer leur amélioration. Ainsi la congélation ovocytaire ultra rapide (ou vitrification) est autorisée. Le régime des recherches sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires en les soumettant à un régime d'autorisation réglementée est modifié.

<sup>5</sup> Avis n° 126 (15 juin 2017) du CCNE sur les demandes sociétales de recours à l'assistance médicale à la procréation (AMP).

<sup>6</sup> Avis n° 129 (18 septembre 2018) du CCNE : « Contribution du Comité consultatif national d'éthique à la révision de la loi de bioéthique 2018-2019 ».

### 1.1.2. APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE

Ce statut de l'être prénatal repose sur une conception occidentale de la personne et du corps. Dans notre société, le Moi est considéré comme possesseur d'un corps (à la fois récepteur et substance), croyance héritée du Christianisme (Le Breton, 2008). Ce dualisme corps/âme ou psyché provient du siècle des Lumières et correspond à l'essor de l'individualisme. Dans le Bouddhisme, par exemple, la dualité entre le corps et l'esprit n'existe pas. L'esprit ou la conscience préexiste à la conception : il n'y a pas de commencement ni de fin. Le corps n'étant considéré que comme une enveloppe qui transporte l'esprit d'une vie à l'autre. Dans les sociétés mélanésiennes, la personne est dite relationnelle. *« Elle est intégralement sociale car définie par des relations internes avec d'autres personnes. (...) Le corps biologique n'a aucun sens car ne peut être séparé du tout cosmique dont il participe à sa place à travers les relations »* (Giraud, p : 12). Ces différentes conceptions de ce qui définit l'humain relativisent la façon dont est pensé le corps en fonction de la culture.

En l'absence de prise en charge médicale, les bébés nés trop tôt avant terme mouraient. Quel statut avaient-ils alors ? Comment ces bébés morts étaient-ils considérés, traités par la société ? *« Ces morts répétées de nourrissons et d'enfants ne sont toutefois pas vécues de la même manière autrefois qu'aujourd'hui. En effet, dans les sociétés anciennes, l'individu est moins valorisé que de nos jours : sa survie personnelle compte moins que celle de la lignée »* (Morel, 2016, p : 1998). Dans l'Occident chrétien d'autrefois, les nouveaux nés n'avaient pas de statut humain *« tant qu'ils n'étaient pas baptisés ou intégrés par un ensemble d'actes rituels à un cosmos, un territoire, une lignée »* (Le Grand Sebille, 2001, p : 41). Si l'enfant n'était pas baptisé avant de mourir, il ne pouvait recevoir de nom et être intégré à la communauté des morts ou des vivants. Il restait une âme errante qui venait tourmenter les vivants par manque de sépulture pour son corps. Au Haut Moyen âge, une pratique archaïque consistait à emmener le corps dans un lieu secret et le transpercer d'un pal pour l'empêcher de nuire. Au 12<sup>ème</sup> et 13<sup>ème</sup> siècle, l'Eglise invente le « Limbe des Enfants » pour les âmes des nourrissons non baptisés. Considéré comme un lieu intermédiaire où les enfants ne souffrent pas sans pour autant avoir la félicité du paradis. Du 14<sup>ème</sup> au 19<sup>ème</sup> siècle existaient des « sanctuaires à répit » pour demander la grâce que l'enfant revive un bref instant (tressaillement, larme, sang sur le visage) afin d'être baptisé.

Des fouilles archéologiques dans ces anciens sanctuaires ont permis de retrouver des ossements dans des positions ritualisées, correspondant pour un tiers à des prématurés (moins de 45 cm), ce qui témoigne d'une vision large de l'humanité (Morel, 2001, p : 21). A cette période, le critère de ce qui correspondait à l'humain était le mouvement. Si le fœtus bougeait, c'est qu'il avait reçu « l'animation », le souffle de vie. Il est intéressant de repérer qu'actuellement, le seuil de viabilité défini par l'OMS en 1977 est de 22 SA, ce qui équivaut au même stade de développement. Avant cela, l'arrêt de la grossesse était considéré comme un retard de règles, qui ne donnait pas lieu à un rituel funéraire. Si la grossesse avait été identifiée, on disait que la femme s'était « *fait mal, foulée, blessée ou avait cassée son œuf* ». Au 19<sup>ème</sup> et 20<sup>ème</sup> siècle, malgré l'embryologie qui nous apprend que l'embryon est vivant dès sa conception, la tradition du secret ou du refus du deuil est de mise. Par exemple, il était de coutume de ne pas pleurer pour ne pas mouiller les ailes qui empêcheraient ces « anges » de voler vers le paradis. Ces croyances illustrent le fait que les connaissances scientifiques n'étaient pas créditées de la même valeur ou importance que dans la société contemporaine.

Ces variations se retrouvent bien entendu également dans les sociétés traditionnelles. En Afrique de l'Ouest, « *la logique sociale des coutumes d'élimination des enfants considérés comme mal-nés, dans des groupes sociaux pour lesquels naître à l'humanité requiert toute une série d'épreuves, ce qui implique que le fœtus n'est pas encore humain* » (Le Grand Sebille, *ibid.*, p : 41). Chez les Bariba, Dogon, Sérère la naissance constitue « un maillon d'un cycle qui se continue par le séjour dans le monde des ancêtres » (*ibid.*, p : 41). Chaque nouveau-né est l'incarnation d'un être de l'au-delà, ce qui nécessite de l'appivoiser par des rites pour ne pas venir déséquilibrer le monde des vivants. Un enfant mal né : trisomie, déformation, malformation, mais aussi né prématurément, par le siège, avec des dents ou en occipito sacré représente un danger pour toute la communauté car il s'agit d'un esprit maléfique qui a emprunté le corps d'un nouveau-né. Ces enfants sont alors noyés, étouffés ou abandonnés sans témoin. Là, comme en Occident, ces pratiques seraient en train de changer. « *L'infanticide entre (...) dans un système d'obligations imposées par la contrainte sociale, où les convenances personnelles n'interfèrent pas* » (*ibid.*, p : 42). Dans les sociétés Berbères du Maroc ou d'Algérie, au contraire, la croyance de l'âme qui précède la naissance et survit à la mort selon l'enseignement de l'Islam, crée une reconnaissance du

foetus comme une personne à part entière, y compris dans son identité sexuelle. Dans les années 60, à Marrakech et dans le Grand Sud, un foetus avorté avant 5 mois de grossesse est enterré sous le seuil de la maison pour protéger des esprits maléfiques. Après 5 mois de grossesse, il est enterré au cimetière. Ces différents exemples illustrent que la naissance sociale modifie le sens du décès. Les rituels pour accompagner et penser la mort du foetus sont portés par le tissu social et opèrent un travail d'humanisation. Selon C. Levi Strauss, « le rite est un processus qui rétablit le continu à partir du discontinu. (...) Le manque de gratifications sociales qui accompagnent habituellement la naissance, le report de l'entrée de l'enfant dans le cercle de la famille, l'incertitude sur sa survie, sont autant de ratés des rites qui se faisant questionnent l'humanité des bébés prématurés souvent nommés dans le lexique animal (puces, crevettes, grenouilles) » (Mellier et Sorin, 2013, p : 10). Les représentations et les valeurs attachées à la prématurité : évolution des techniques de réanimation et de soin pour sauver le plus grand nombre de bébés, sont éminemment culturelles et permettent de mettre en lumière la place de la médecine dans la société actuelle.

### 1.1.3. APPROCHE HISTORIQUE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES BEBES PREMATURES

Comme énoncé en introduction, depuis le début du 20<sup>ème</sup> siècle, les progrès de la médecine, de l'obstétrique et de la gynécologie ont ouvert une place primordiale dans la prise en charge de la procréation, de la grossesse et de la naissance : « *La médicalisation de la naissance, qui a rendu l'expérience de l'enfantement moins risquée et moins douloureuse, a aussi contribué à forger l'idée, répandue aujourd'hui mais parfois réductrice, que la grossesse est une expérience privilégiée et à faire de la femme enceinte une icône du bonheur et de la plénitude* » (Berthiaud, p : 49). Cette idéalisation de la grossesse renforcerait le fantasme de toute puissance attribué à la médecine en ce qui concerne les techniques de procréation, mais également en termes de prise en charge médicalisée du bébé prématuré. Même si l'humanité a toujours tenté de réanimer les bébés à la naissance si l'on en croit la lecture de l'Ancien Testament (Livre II des Rois, chapitre IV, versets 32 à 35) ou le récit de l'accouchement de Marie de Médicis (Vanier, 2013, p : 14), jusqu'au milieu du 19<sup>ème</sup> siècle, les enfants prématurés étaient laissés pour compte par les médecins. Bon

nombre d'entre eux mouraient, et les rares survivants étaient très souvent atteints de séquelles neurologiques. Les soins aux nouveaux-nés, du début du 21<sup>ème</sup> siècle et jusqu'aux années 1950, concernaient les obstétriciens. La néonatalogie, créé par Shaffer en 1963 en tant que spécialité médicale, n'existe que depuis peu et a d'abord concerné les affections néonatales et leur traitement. Les recherches scientifiques portent alors sur les adaptations physiologiques du bébé à la vie extra-utérine. L'application de la technique de l'intubation et de la ventilation à la néonatalogie date de 1965. Le premier grand centre français pour les bébés prématurés a ouvert en 1967 à Port Royal. Dès la fin du 19<sup>ème</sup> siècle jusqu'à la fin des années 60, les parents ne sont pas autorisés à entrer dans les services de néonatalogie en raison de l'importante mortalité et des risques d'infection. La séparation du bébé prématuré d'avec sa mère apparaît comme faisant partie de l'ensemble des soins indispensables pour le prématuré. Il a fallu attendre la fin des années 70 avec l'amélioration de la maîtrise des risques d'infection et les progrès technologique pour que les parents puissent entrer dans les services et toucher leurs enfants dans la couveuse. Entre 1980 et 2000, les avancées de la médicalisation et de la technicisation accrue de la naissance ont permis de diminuer considérablement le taux de mortalité<sup>7</sup> et de morbidité chez les grands prématurés par l'amélioration des prises en charges médicales : corticothérapie anténatale, surfactant, technique de ventilation sophistiquée. Mais, dans le même temps, ils participent à l'augmentation de la prématurité par deux aspects. D'une part, l'amélioration des prises en charges néonatales permet de recourir plus précocement à la décision médicale d'un accouchement provoqué. D'autre part, l'augmentation du recours à la procréation médicalement assistée augmente le nombre de naissances gémellaires, facteur de prématurité. Actuellement, le parcours de soin du nouveau-né prématuré dépend de l'âge gestationnel auquel il est né. Globalement, les prématurés extrêmes et grands prématurés sont accueillis en service de réanimation néonatale où ils reçoivent les soins nécessaires et adaptés à leurs risques médicaux et bénéficient d'une surveillance renforcée. Ils sont ensuite orientés vers les soins intensifs, puis en service de néonatalogie quand leur état de santé est stable. Ils sont placés en couveuse pour les maintenir à 34°/35° C, température équivalente à celle du ventre de la

---

<sup>7</sup> Avant 1970, 80 % des bébés ayants un poids inférieur à 1 kg 100 meurent et après 1980, ils survivent à 80 %.

mère. L'atmosphère de la couveuse doit par ailleurs présenter un taux d'humidité de 80 %. Les enfants peuvent sortir de couveuse à partir de 2 kg. Ces dernières décennies, une attention toute particulière au bien-être de l'enfant prématuré, au respect de son rythme veille/sommeil, pour réduire le stress généré par les stimulations extérieures fait partie prenante de sa prise en charge en milieu hospitalier. Les soins de développement, dont la forme NIDCAP (*Neonatal Individual Developmental Care and Assesment Program*) est la plus répandue, permettent d'individualiser la prise en charge après une observation attentive du prématuré par les soignants. L'objectif de ces soins est d'approcher au plus près de l'environnement intra-utérin : niveau bas de lumière, pas d'alternance jour/nuit, faible niveau sonore, postures respectant la position physiologique en flexion... L'enjeu est de prodiguer des soins qui permettent aux bébés prématurés d'atteindre leur potentiel de développement cognitif, psychomoteur et affectif. Dans ce cadre, le contact avec les parents est très fortement encouragé par la pratique du « peau à peau » en mettant en avant les effets bénéfiques pour le développement de l'enfant (amélioration du rythme cardiaque, de la fréquence respiratoire ou encore du sommeil) et pour les relations parents-enfants. A ce sujet, l'ouverture des services de néonatalogie aux parents reste variable en Europe. Une enquête réalisée en 2005 dans dix pays européens (Als, 2005) montre que si l'ouverture des services aux parents 24 heures/24 est admise dans près de 70 % des unités interrogées, il existe des disparités Nord-Sud importantes. Dans les pays de l'Europe du Nord, cette politique serait quasi universelle, or dans ceux de l'Europe du Sud comme l'Espagne ou l'Italie, ce ne serait le cas que dans seulement un tiers des unités néonatales. La France occuperait une position intermédiaire avec un peu plus de 50 % des unités qui autorisent la présence des parents 24 heures/24, sans aucune restriction. Certains services de néonatalogie de France comme les CHU de Strasbourg, de Toulouse ou encore en Ile de France œuvrent avec l'appui d'associations de parents comme « SOS prémas » pour s'inspirer du modèle suédois qui permet une ouverture beaucoup plus grande aux parents en termes d'aménagements pratiques mais également de philosophie d'accueil. Généralement, un enfant peut sortir de l'hôpital lorsqu'il est devenu autonome du point de vue respiratoire et digestif. L'hospitalisation à domicile peut permettre de raccourcir la durée d'hospitalisation.

## 1.2. APPROCHE SCIENTIFIQUE ET MEDICALE DE LA GRANDE PREMATURITE

### 1.2.1. DEFINITION DE LA PREMATURITE, DE LA REANIMATION NEONATALE ET DE LA MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE (MAP)

La **prématurité** est une naissance avant le terme normal de grossesse. Du point de vue médical, la durée d'une grossesse à terme serait de 41 semaines d'aménorrhées (SA). La définition de la prématurité a évolué au fil des années en lien avec les progrès réalisés en matière de soins prénataux et néonataux. La prématurité a d'abord été déterminée en fonction du poids de naissance. En 1949, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la prématurité par un poids de naissance inférieur ou égal à 2,5 kg. Les bébés pesant moins de 1,5 kg étaient des « *grands prématurés* » et les bébés de moins d'1 kg, des « *très grands prématurés* ». Mais face à la variabilité du pronostic de viabilité pour un poids de naissance équivalent, la communauté scientifique et médicale a eu besoin d'un diagnostic plus élaboré pour définir la prématurité. C'est ainsi, qu'en 1961, l'OMS inclut le critère du terme de la naissance. Depuis lors, la prématurité se définit comme une naissance survenue avant la 37<sup>ème</sup> SA révolue, soit huit mois de grossesse ou par un poids de naissance inférieur ou égal à 2,5 kg.

L'OMS constitue trois catégories :

- la prématurité extrême, inférieur à 28 SA
- la grande prématurité, entre la 28<sup>ème</sup> et la 32<sup>ème</sup> SA
- la prématurité moyenne, entre la 33<sup>ème</sup> et la 37<sup>ème</sup> SA

L'OMS situe la limite de réanimation à un terme de 22 SA ou à un poids de 500 grammes. Cela dit, la majorité des centres français et européens ne réaniment pas les bébés en dessous de 25 SA en raison des risques très élevés de séquelles et/ou de potentielles complications. Dans notre société contemporaine, la communauté scientifique et médicale tente de dessiner les contours de la prématurité avec des critères objectifs de poids et de terme de naissance. Confrontée à la question du réel de la prématurité, la médecine tente de border ce réel avec de l'imaginaire : poids, terme de naissance qui permet de construire une représentation de ce fœtus hors du corps maternel. De cette façon d'épingler le « réel » découle une tentative de poser une « frontière » entre la vie et

la mort. En effet, ces critères qui se veulent objectifs seraient sensés border la question de la viabilité puisque les limites de la réanimation néonatale seraient définies à partir de ces mêmes critères. Cependant, ces critères n'ont rien d'objectif car la limite de réanimation néonatale est dépendante non seulement des avancées scientifiques en termes de prises en charge obstétricales et néonatales mais également définie en fonction d'enjeux politiques et économiques. Par exemple, en Chine, en raison de l'explosion démographique, les bébés nés en dessous de 28 SA ne sont pas réanimés. Dans les services de réanimation néonatale, on compte une infirmière pour huit bébés et les parents doivent prendre en charge une partie des soins, tout en étant limités dans leurs temps de visite. En revanche, au Japon, en lien avec une politique qui vise à combattre le vieillissement de la population, les médecins sont obligés de réanimer les bébés à partir de 22 SA. On compte alors une infirmière par bébé et les soins sont pris en charge par la société. Comme nous l'avons déjà montré avec les variations culturelles, la disparité des « limites » de viabilité entre les pays en fonction de leur politique économique laisse entrevoir l'arbitraire de ces « bords » qui n'ont rien d'objectif, ce qui nous amène au cœur d'enjeux éthiques. L'avènement de la mort au moment de la naissance mêle vie et mort sans distinction. Comment peut mourir celui qui n'a pas encore vécu ? C'est bien face à ce réel que les parents et l'équipe médicale et soignante auront à faire face. Réanimer un bébé, c'est l'arracher à la mort. Décider de ne pas le réanimer confronte à l'interdit du meurtre : pourquoi ne pas réanimer un bébé lorsqu'on a les moyens de le faire et qu'on ne peut présager véritablement des séquelles ? Sans cesse repoussée comme une manière de « gagner du terrain » sur la mort, la question de la limite de la réanimation néonatale confronte les médecins réanimateurs à une position fantasmatiquement « folle » de celui qui serait capable de décider de la vie ou de la mort (Vanier, 2013). Fantasme qui peut venir répondre à celui des parents qui ont besoin de croire à une toute puissance médicale pour ne pas avoir à se confronter à ce qui leur échappe.

De cette logique d'objectivation découlent également des protocoles de traitement en cas de menace d'accouchement prématuré (MAP). Ce traitement : tocolyse et corticothérapie, vise à faire cesser les contractions utérines et à accélérer la maturation pulmonaire du fœtus. La MAP se définit par l'association de modifications cervicales et de contractions utérines (plus de 10 par heure) entre 22 SA et 37 SA, pathologie évoluant spontanément

vers l'accouchement prématuré en l'absence de traitement. Elle est la pathologie la plus fréquente de la grossesse et la première cause d'hospitalisation pendant la grossesse (40%). L'accouchement prématuré est le plus souvent précédé d'une MAP, mais seules 20 à 40% des patientes hospitalisées pour MAP dans un service de grossesses « à risques » auront effectivement un accouchement prématuré. La terminologie employée : menace d'accouchement prématuré, grossesse à risques, risques de la prématurité parlent des enjeux de vie et de mort auxquels confronte cette clinique et qui ne peuvent être sans effets sur les femmes enceintes hospitalisées. Au-delà de l'effet souvent anxiogène d'une hospitalisation, ces termes représentatifs de la logique d'un discours peuvent avoir un impact sur les projections fantasmatisques de la femme enceinte.

### 1.2.2. ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

#### *Au niveau mondial*

Dans le monde, 15 millions de nouveaux nés naissent prématurément et plus d'un million d'entre eux meure chaque année de complications dues à leur naissance prématurée. Des estimations effectuées par l'OMS ont rapporté un taux global de naissances avant 37 SA de 9,6 % en 2005 à 11,1 % en 2010 (Torchin, 2015, p : 724). 85 % relève de la prématurité modérée ou tardive, 10 % de la grande prématurité et 5 % de l'extrême prématurité. La prématurité est la principale cause de décès chez les nouveaux nés (au cours des quatre premières semaines de vie) et la deuxième cause majeure de décès (après la pneumonie) chez les enfants de moins de cinq ans.

Les taux de survie présentent des inégalités frappantes d'un pays à l'autre. Dans les pays à faible revenu, la moitié des bébés nés à 32 semaines décèdent en raison d'un manque de soins réalisables et abordables comme le maintien au chaud, l'allaitement et les soins de base pour traiter les infections et les problèmes respiratoires. Dans les pays à revenu élevé, la quasi-totalité de ces bébés survivent. Plus de 60 % des naissances prématurées surviennent en Afrique sub-saharienne et en Asie du Sud, les plus grands bassins mondiaux de natalité. Cependant, la prématurité est un problème planétaire : 12 % en moyenne de bébés nés prématurément dans les pays les plus pauvres contre 9 % dans les

pays à revenu plus élevé. Dans les pays industrialisés, entre 5 % et 12 % des naissances surviennent avant le terme normal de la grossesse<sup>8</sup>.

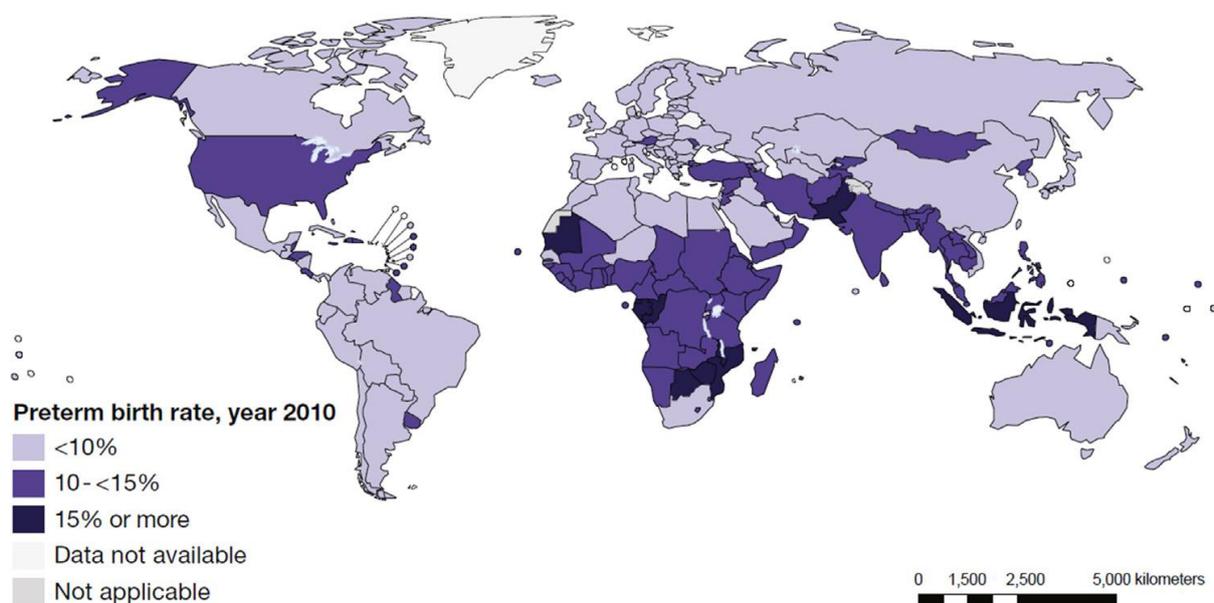


Figure 1. Estimation des taux de prématurité en 2010 à l'échelle mondiale, reproduit d'après Torchin (*ibid.*, p : 25).

### Au niveau national

En France, environ 60 000 enfants naissent prématurément, ce qui représente 7 % à 8 % des naissances, dont 12 000 enfants naissent avant 33 SA, soit 15 fois plus qu'il y a dix ans. En 2011, la survie<sup>9</sup> atteint 99 % à 32-34 semaines, 94 % à 27-31 semaines, 60 % à 25 semaines et moins de 1 % avant 24 semaines.<sup>10</sup> Depuis l'an 2000, la France connaît une reprise de la natalité : 775 000 naissances en 2000, pour atteindre plus de 830 000 naissances en 2010, soit une hausse du taux de natalité de plus de 7,1 %. En 2012, nous comptons 792 000 naissances. Sur la même période, le nombre d'enfants nés de grossesses multiples est passé d'environ 21 000 en 1996-1997 à 33 000 en 2001 : ils représentent ainsi plus de 4 % des naissances. L'augmentation des naissances, du taux de grossesses multiples, de l'âge moyen des femmes lors des grossesses et de la prématurité

<sup>8</sup> Chiffres de l'Organisation Mondiale de la Santé, novembre 2013.

<sup>9</sup> Le taux de survie est défini habituellement par le pourcentage d'enfants sortants vivants de l'hôpital par rapport au total des naissances vivantes.

<sup>10</sup> Chiffres de l'INSERM, janvier 2015.

induite entraînent un accroissement important du nombre de naissances prématurées (Torchin, 2015, p : 25).

Selon les premiers résultats de l'enquête nationale périnatale de 2010 réalisée par l'Institut National en Santé Et en Recherche Médicale (INSERM) :

<b>Enfants nés avant 37 SA</b>	<i>Toutes les naissances</i>	<i>Naissances vivantes</i>
<b>2010</b>	7,4 %	6,6 %
<b>1995</b>	5,9 %	5,4 %

Tableau 1. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale 2010

Ainsi, nous pouvons noter une tendance lente mais régulière de l'augmentation de la prématurité depuis 1995. Parmi l'ensemble des naissances vivantes, le taux de prématurité a augmenté mais de manière statistiquement non significative. Parmi les naissances vivantes uniques, l'augmentation de la prématurité est un peu plus prononcée, à la limite du taux de signification de 5 %. A contrario, le taux d'enfants de petit poids a diminué de 7,1 % à 6,4 %. Ces deux tendances : augmentation de la prématurité des naissances uniques et diminution du taux d'enfants de petits poids interrogent et font conclure l'INSERM aux besoins de poursuivre des recherches afin de mieux comprendre les causes et les mécanismes en jeu dans la prématurité. Cette constatation nous ramène également à la question de la définition de la prématurité avec ces deux critères actuels du terme de naissance et du poids de naissance, qui seraient peut-être à réinterroger.

### 1.3. ETIOLOGIE DE LA PRÉMATURITÉ

Globalement, même si beaucoup de recherches ont déjà été menées, nous n'avons encore que peu d'éléments sur les causes de la prématurité. En moyenne, 50 % des accouchements prématurés sont d'origine « spontanées » dus à un déclenchement inopiné du travail, notamment favorisé par les infections materno-fœtales, les grossesses multiples, les malformations utérines, l'hydramnios ou encore par une hygiène de vie maternelle dite « à risque ». La prématurité provoquée recouvre les situations où l'interruption de la grossesse avant terme fait suite à une décision médicale car le

pronostic maternel ou fœtal est alors engagé : les retards de croissance intra-utérins, l'hypertension artérielle gravidique, la pré éclampsie et les hémorragies (hématome rétro placentaire, placenta prævia).

## 1.4. FACTEURS DE PRÉMATURITÉ

L'enquête nationale périnatale de l'INSERM, en 2010 met en avant trois facteurs de prématurité : biologique, social et psychique.

- **Les grossesses gémellaires** : sur l'ensemble des naissances prématurées avant 37 SA, 5,5 % sont des naissances uniques contre 42 % de naissances gémellaires, soit un risque multiplié par 8 environ en 2008-2010. Le pourcentage d'enfants de poids inférieur à 2 500 grammes est respectivement de 5,8 % et de 50,1 %, soit un risque multiplié par 9 environ. L'excès de risque est observé aussi bien pour la prématurité modérée que pour la grande prématurité : 8,4 % des jumeaux naissent avant 32 semaines au lieu de 1,3 % des enfants uniques.
- **La précarité socio-économique** : le taux de prématurité chez les femmes ayant des ressources provenant d'aides publiques ou n'ayant aucune ressource était de 8,5 % au lieu de 6,3 % chez les femmes ayant des ressources provenant d'une activité professionnelle et la proportion d'enfants de poids inférieur à 2 500 grammes était respectivement de 9,6 % et de 5,9 % dans les deux groupes.
- **La dépression** : Des études sur les facteurs psychiques dans le cas d'un accouchement prématuré ont été également menées. Elles visent à établir un lien entre stress psychologique, dépression prénatale et accouchement prématuré. Une étude prospective menée en 1993 dans un service de néonatalogie et de maternité danoise conclut qu'une détresse psychologique vers la 30<sup>ème</sup> semaine de grossesse est associée à un risque accru d'accouchement prématuré (Hedegaard et al., 1993). Dans un échantillon de femmes enceintes françaises, une recherche montre que la dépression prénatale serait significativement liée aux naissances avant terme (Dayan et al, 2006). À propos de l'interprétation des résultats de l'enquête Epipage 1 (étude épidémiologique sur les petits âges gestationnels), M.

Garel émet l'hypothèse suivante : « Il est vraisemblable qu'une partie de ces mères étaient déjà déprimées avant l'accouchement (...) : celles qui avaient vécu une perte périnatale antérieure, celles qui vivaient loin de leur famille ou de leur culture. Il est aussi possible que certaines patientes aient accouché prématurément parce que la grossesse se déroulait dans un contexte de détresse psychologique » (2009, p : 197). Ces résultats iraient dans le sens d'une psychogenèse des naissances prématurées en tentant d'établir un lien de cause à effet entre un état psychique de la femme enceinte et la survenue d'un accouchement prématuré. Je ne m'inscris pas dans cette approche car d'une part nous n'avons pas assez de connaissances médicales sur ce qui peut déclencher un accouchement et d'autre part, cela accroît la culpabilité des mères.

## 1.5. PRÉMATURITÉ ET DÉVELOPPEMENT NEURO DÉVELOPPEMENTAL

La plupart des études sur les risques de la prématurité portent sur le développement neuro développemental, cognitif et sensoriel des bébés nés prématurément. Les risques concernent peu les bébés prématurés nés après 33 SA, le taux global des séquelles étant inférieur à 5 %. Il me paraît intéressant de repérer que cette manière de penser en termes de « risques » appartient à la logique médicale : le risque vient nommer un écart par rapport à une norme de développement.

Je propose de développer ici, plus particulièrement, les études Epipage 1 (1997) et 2 (2011) qui sont les études de référence en France et les études anglo-saxonnes EPICure 1 (1995) et 2 (2006) qui, elles, présentent l'intérêt d'interroger la répercussion des événements périnataux sur la dynamique interactive entre le bébé, ses parents et son environnement socio affectif en s'intéressant aux troubles du comportement. Je fais également référence à quelques données de l'étude Express réalisé en Suède (2004-2007), notamment pour les données recueillies à l'âge de 30 mois.

### 1.5.1. EPIPAGE 1

En 1997, l'INSERM mène une enquête, intitulée Epipage 1, précédemment citée, afin d'étudier la santé, le développement et le devenir des enfants nés avant 33 SA et de leur famille. Ses objectifs sont également d'analyser le rôle de certains facteurs dans l'étiologie des séquelles et d'évaluer l'impact de l'organisation des soins périnataux. La population étudiée comprend l'ensemble des naissances des bébés survenues entre 22 et 32 SA ou avec un poids de naissance inférieur à 1500 grammes dans neuf régions de France. Entre la sortie de l'hôpital et l'âge de cinq ans, des contacts réguliers ainsi que des bilans (deux mois après la sortie de l'hôpital, aux âges de neuf mois, un an, deux ans, trois ans et quatre ans) sont réalisés avec les enfants et leurs familles afin de recueillir des informations sur la santé et le développement de l'enfant. Plus de 96 % des familles ont participé à ce suivi. Les résultats obtenus sont ensuite comparés avec les bébés nés avec une faible prématurité (33-34 SA) et d'autres bébés nés à terme. Les résultats parus en mars 2008 concluent qu'en dépit des progrès accomplis, la mortalité et la morbidité néonatales restent élevées et les handicaps fréquents.

#### *Complications fréquentes à court terme*

Les risques périnataux dépendent de différents facteurs tels que l'importance de la prématurité, la sévérité et le type de lésions cérébrales et l'existence ou non de pathologies associées. Les complications peuvent être respiratoires (maladie des membranes hyalines, dysplasie bronchopulmonaire), neurologiques (atteinte de la substance blanche, hémorragie intraventriculaire et/ou intra parenchymateuse), métaboliques, cardio-vasculaires, digestives (perforation digestive précoce, entérocolite ulcéronécrosante), rénales, ophtalmologiques (rétinopathie) ou encore infectieuses. Dans le cas de prématurité extrême, les complications respiratoires et cérébrales sont les plus fréquentes. Après 34 SA, les atteintes neurologiques, digestives et infectieuses sont rares, les complications les plus fréquentes étant les atteintes respiratoires et les troubles métaboliques. Des troubles psychomoteurs et/ou sensoriels peuvent survenir. La majorité des décès survient avant le 7<sup>ème</sup> jour de vie, principalement à cause des complications neurologiques et respiratoires. La mortalité néonatale concerne plus de

10% des bébés nés avant 32 SA, 2 à 3 % des bébés nés entre 32 et 33 SA et 0,5 à 1 % des bébés nés à 34-36 semaines contre moins de 2 pour 1 000 bébés nés à terme.

#### *Les difficultés rencontrées à moyen terme*

A l'âge de deux mois, la plupart des mères évoquent des difficultés avec leur enfant. Les problèmes les plus fréquents concernent la sphère alimentaire et digestive et moins souvent des problèmes respiratoires. Des problèmes de sommeil et d'irritabilité sont également évoqués. Ces différentes difficultés alimentaires et/ ou comportementales montrent l'intrication des symptômes entre la sphère fonctionnelle et relationnelle qui peuvent mettre à mal la construction des premiers liens et/ou faire symptôme dans le lien mère enfant. A 30 mois, 50 % des enfants nés à 26 SA ne présentaient aucune déficience alors qu'ils n'étaient plus que 30 % à 23 SA (Epicure 2, Express).

#### *Les évolutions possibles à long terme*

Le handicap moteur et la déficience intellectuelle sont les risques qui ont été les plus décrits. Comme le montre le tableau ci-dessous, plus la prématurité est sévère, plus le risque est élevé.

	<b>Handicap moteur</b>	<b>Déficience intellectuelle</b>
Grande prématurité (<32 semaines)	10 %	15 %
Prématurité modérée (32-33 semaines)	4 %	10 %
Prématurité tardive (34-36 semaines)	0,5 %	5 %

A l'âge de 5 ans, près de 40 % des enfants nés avant 32 SA présentaient des troubles moteurs (9 % ont une paralysie cérébrale), sensoriels ou cognitifs contre 12 % des enfants nés à terme. Par ailleurs, certains troubles mineurs comme des troubles de la manipulation fine ou de la coordination, des difficultés dans le graphisme, des troubles de l'équilibre et du contrôle postural peuvent régresser ou au contraire s'exprimer au-delà de deux ans. A l'âge de 8 ans, tous les enfants nés avant 32 SA dont les parents ont répondu à l'enquête étaient scolarisés : 95 % en classe ordinaire, 5 % en classe spécialisée ou en

institution contre respectivement 99 % et 1 % chez les enfants nés à terme. Parmi les enfants en classe ordinaire, 18% des enfants nés avaient 32 SA avaient redoublé au moins une fois contre 5 % de ceux nés à terme.

Cette étude prospective reconnaît un impact considérable de la « grande prématurité » sur le devenir neurodéveloppemental de ces enfants et prévient sur le risque de handicap durable mais elle ne semble pas avoir pris en compte les difficultés psychologiques afférentes. Or, elle permet d'inférer l'importance des impacts de la naissance prématurée dans la dynamique des interactions relationnelles entre l'enfant et ses parents et ses effets éventuels dans le développement global de l'enfant.

### 1.5.2. EPIPAGE 2

À la suite des résultats de cette première étude, la même équipe a lancé en mars 2011 l'étude Epipage 2 afin de mieux connaître le devenir des enfants nés « grands prématurés ». Les enfants seront suivis de la naissance à l'âge de 12 ans. Cette enquête est en cours de réalisation sur 7 000 nouveaux nés en 2011 sur 25 régions de France. Cette étude permettra de recueillir des informations sur la grossesse, l'accouchement et la prise en charge immédiate des enfants nés avant la fin du 7ème mois de grossesse ou au début du 8<sup>ème</sup> mois afin de mieux apprécier le pronostic néonatal. Un suivi sera effectué jusqu'à l'âge de 11-12 ans pour mieux connaître le devenir de ces enfants nés « grands prématurés » en termes de santé et de développement. La publication récente des premiers résultats conclut à une amélioration du devenir des prématurés avec une diminution des complications neurologiques. Les enfants prématurés étant à haut risque de complications néonatales, cérébrales, respiratoires et digestives en particulier, les taux de survie sans pathologie néonatale grave sont plus faibles. Ils atteignent 97 % à 32-34 semaines, 81 % à 27-31 semaines, 30 % à 25 semaines et 12 % à 24 semaines.<sup>11</sup> Ils concluent également à des progrès dans la prise en charge médicale avec une amélioration significative du taux de survie à partir de la 25<sup>ème</sup> SA. La proportion des enfants ayant survécu sans morbidité sévère a augmenté de 14% pour les prématurés nés entre la 25<sup>ème</sup>

---

<sup>11</sup> Chiffres de l'INSERM, janvier 2015.

et la 29<sup>ème</sup> semaine et de 6 % pour les enfants nés entre 30 et 31 SA. En revanche, les résultats chez les enfants les plus immatures ont peu évolué, ce qui pourrait s'interpréter comme une limite éthique à la réanimation néonatale.

Une des originalités de l'étude Epipage 2 est d'avoir permis la mise en place, depuis 2011, de projets complémentaires et multidisciplinaires dans le champ de l'imagerie cérébrale, des biomarqueurs de la nutrition, des interactions mère-enfant, de la douleur et de l'éthique. Parmi eux, le projet nommé « Olimpe » est centré sur le lien existant entre la qualité des interactions précoces mère-enfant et le devenir neurodéveloppemental de l'enfant. Les objectifs de cette étude sont d'étudier l'impact de la qualité des interactions précoces mère-enfant sur le devenir intellectuel, comportemental et émotionnel à 2 et 5 ans des enfants prématurés et de rechercher des facteurs pouvant générer des difficultés relationnelles précoces entre la mère et son enfant. Il est intéressant de repérer que ce projet est issu des données récentes concernant le développement de l'enfant qui *« suggèrent que l'installation de la relation mère-enfant peut influencer sur la qualité de la croissance staturo-pondérale, les progrès moteurs (développement et coordination des mouvements), le développement intellectuel et le langage de l'enfant. En situation de prématurité, les expériences négatives vécues autour de la naissance, en induisant des interactions mère-enfant particulières, pourraient avoir une influence durable sur le devenir de l'enfant »*. La reconnaissance et l'ouverture des recherches médicales sur l'impact de la prématurité dans les relations mères-enfants restent somme toute assez récente. Les premiers résultats de cette étude (Cambonie et al, 2017) sur 163 dyades mères-bébés au moment de la sortie et 148 dyades à 6 mois d'âge corrigé confirment la prévalence élevée de désordres dans les interactions mère-bébé et de détresse maternelle dans les mois suivant une naissance très prématurée. Ces travaux suggèrent également que l'utilisation de l'échelle ADS (Attachment During Stress Scale), conçue pour détecter des comportements insécures, pourrait aider à cibler les dyades mère-bébé qui pourraient bénéficier d'interventions précoces au cours de l'hospitalisation ou au domicile, conçues pour améliorer les comportements de maternage, la qualité de l'environnement au domicile et le devenir des enfants et de leur famille. En outre, une association solide a été retrouvée à 6 mois d'âge corrigé entre des interactions perturbées

dans la sous-échelle ADS pour enfant à 6 mois et des comportements de repli/retrait du bébé.

## 1.6. PRÉMATURITÉ ET DÉVELOPPEMENT PSYCHOAFFECTIF

Depuis 1995, des recherches ont mis en évidence la survenue de troubles du spectre autistique (TSA) chez les extrêmes et les grands prématurés. Les premières études rétrospectives, datant de 1995 à 2005, concluent à un taux élevé de TSA dans des cohortes d'enfants prématurés. Equivalent d'Epipage en France, la cohorte EPICure en Angleterre permet des études épidémiologiques sur les conséquences de l'extrême prématurité et sur les facteurs de risques. En 2008, EPICure publie les résultats d'une étude (Samara, 2008) réalisée en 1995 qui porte sur la totalité des bébés nés avant 25 SA entre mars et décembre 1995 en Grande Bretagne et en Irlande. Ces bébés ont été évalués à l'âge de 76 mois par un questionnaire intitulé « *Strengths and Difficulties Questionnaire* » (SDQ) rempli par les parents et l'instituteur. Finalement, 200 enfants âgés de 6 ans nés avant 25 SA ont été comparés à 148 enfants « témoins » nés à terme.

Le tableau suivant présente les résultats de cette étude :

	<b>Enfants de 6 ans nés avant 25 SA</b>	<b>Enfants « témoins » de 6 ans nés à terme</b>
Troubles Envahissants du Développement (TED)	19,4 %	3,4 %
Hyperactivité	30,6 %	8,8 %
Déficits attentionnels	33,6 %	3,3 %
Troubles de la socialization	25,4 %	5,4 %
Troubles de la régulation émotionnelle	13,5 %	4,1 %
Troubles des conduits	12,5 %	5,4 %

Tableau 2. Résultats de l'enquête EPICure

L'intérêt majeur de cette étude est d'élargir les recherches sur l'impact de l'extrême prématurité au niveau de la sphère psychoaffective. L'étude des déficits attentionnels, des

troubles de la socialisation et de la régulation émotionnelle ouvre un champ d'exploration au-delà de la déficience cognitive en mettant en lumière l'impact sur les parents et l'environnement social d'une naissance prématurée et ses effets dans le développement psychoaffectif de l'enfant. Néanmoins, ces troubles repérés à l'âge de six ans ne nous disent rien sur la façon dont se sont construits les liens depuis la naissance de l'enfant, or ils pourraient être en rapport avec la façon dont précisément les relations se sont construites entre l'enfant et ses parents depuis la naissance.

En ce qui concerne le taux de TSA chez les extrêmes et les grands prématurés, d'autres études nuancent ces résultats. Toujours au sein de la cohorte EPICure, une étude prospective (Johnson, 2010) a été réalisée auprès de 219 parents d'enfant de 11 ans nés à moins de 26 SA en Grande Bretagne et en Irlande. La prévalence des TSA était alors de 8% chez ces enfants. Une autre étude prospective (Pinto Martin et al., 2011) estime la prévalence des TSA à 5% de leur cohorte, soit 1105 enfants au poids de naissance inférieur à 2000 g, nés entre 1984 et 1989 suivis jusqu'à leurs 21 ans. Tout en relativisant le risque de survenue de TSA chez les grands prématurés, ce risque reste bel et bien présent puisque le taux de TSA dans la population générale est de 0,5%. Une des hypothèses physiopathologiques expliquant ce risque serait le moindre développement du cervelet. En effet, le cervelet connaît une croissance importante pendant le troisième trimestre de la grossesse. La prématurité altérerait de manière complexe son développement. « Ainsi, les anciens prématurés ayant une diminution des volumes cérébelleux, mais exempts d'autres lésions, présentent une prévalence de TSA majeure, de même que ceux qui présentent des lésions hémorragiques, surtout du vermis » (Ouss, p : 973). Le développement des bébés prématurés « se situe au croisement du patrimoine biologique de l'enfant et de son environnement relationnel » (ibid., p : 974). Cette conclusion renvoie à l'épigénétique. Ainsi, la présence fréquente d'anomalies neurologiques viendrait entraver les compétences interactives de ces enfants, ce qui aurait, à son tour, un effet sur la dynamique relationnelle avec les parents. « Les anciens grands prématurés semblent moins actifs, disposant de temps d'éveil calme plus courts et de moindre qualité et présentant davantage de moments de retrait relationnel et d'éviction du regard que les enfants nés à terme » (ibid., p : 974).

Les recherches sur l'extrême et la grande prématurité sont principalement des travaux médicaux. L'approche médicale a pour objet d'étude le devenir du bébé prématuré en termes de santé et de développement. La plupart des recherches se sont intéressées aux séquelles cognitives ou motrices et permettent d'observer que le retentissement de la grande prématurité reste lourd. Même si, en France, la très grande majorité des bébés prématurés survivent, la question des conditions de la naissance, des séquelles associées et de l'impact sur les relations précoces reste entière. Les plus récentes recherches sur le risque de survenue de TSA chez les extrêmes et les grands prématurés ouvrent la question sur les effets d'une longue hospitalisation en néonatalogie sur le développement global du bébé mais aussi sur l'impact dans la construction des liens précoces entre le bébé et ses parents.



« Tout dans le domaine de cette première liaison à la mère m'est apparu difficile à saisir psychanalytiquement, blanchi par les ans, pareil à une ombre, à peine susceptible d'être rendu à la vie, comme si cela avait succombé à un refoulement inexorable. »

S. Freud, De la sexualité féminine (1931).

## 2. Construction du maternel

### 2.1. DÉFINITION DU MATERNEL

Mon objet d'étude est la construction du maternel. Qu'est-ce que le maternel ? Comment pouvons-nous le définir ? Est-ce un sentiment ? Une fonction ? En m'appuyant sur différents apports théoriques, je vais tenter de délimiter les contours de ce que j'entends par le maternel.

#### *Le sentiment maternel*

Commençons par le sentiment maternel. Qu'est que le sentiment maternel ? Le fait de se sentir mère ?

En référence au dictionnaire Larousse, un sentiment se définit par un « état affectif complexe et durable lié à certaines émotions ou représentations ». Dans le dictionnaire Littré, le sentiment se réfère à la « conscience que l'on a de la réalité d'une chose ». Etymologiquement, « sentiment » vient du vieux français : « sentement » employé jusqu'au XVIème siècle. A la fin du XIIème siècle, il se définit alors comme la « faculté de recevoir des impressions physiques, des sensations » (Sermons St Bernard). Il a aussi à faire avec « la

*connaissance, le fait de savoir quelque chose* » (Sermons St Grégoire sur Ezéchiel). Au fil du temps, le sentiment fait de plus en plus référence à la dimension intellectuelle. A la fin du XIV<sup>ème</sup> siècle, il peut se définir comme l'« *intelligence, la sagacité* » ou une « *opinion* ». Au début du XV<sup>ème</sup> siècle, il s'agit d'une idée ou « *le fait de connaître, sentir intuitivement* ». Au XVII<sup>ème</sup> siècle, « *sentement* » devient « *sentiment* » et se définit comme un : « *intérêt pour quelqu'un ou quelque chose* ». Dans cette évolution historique de la définition du sentiment, il m'apparaît intéressant de repérer qu'à l'origine, ce mot est en lien avec la dimension sensorielle : le « *sens* » comme l'odeur ou le goût avant d'être intellectualisé dans une fonction cognitive pour finalement s'inscrire dans le rapport à l'autre. Ce que nous pouvons appeler un sentiment maternel s'inscrirait dans ces trois dimensions : sensorielle, intellectuelle et intersubjective dans le fait de se sentir mère de son enfant. En disant cela, nous nous inscrivons dans un registre conscient de la reconnaissance d'une relation affective à l'autre. Or, des soubassements complexes sous-tendraient cette réalité consciente. Se sentir mère ne correspond pas à un état émotionnel de l'ici et maintenant. C'est le résultat d'un processus complexe qui débute avec sa propre naissance, prise elle-même dans une histoire transgénérationnelle : « *Ce lien est un lien construit qui s'origine dans l'histoire la plus ancienne de la femme et tient à des déterminations inconscientes.* » (Spiess et Thevenot, p : 169).

### *Désir d'enfant*

Considéré comme un héritage de l'œdipe dans la pensée freudienne (1932), le désir d'enfant qui nourrit le sentiment maternel puise ses racines dans l'infantile en tant que traces psychiques du désir œdipien d'avoir un enfant du père, substitut phallique. Cette promesse œdipienne serait à l'origine de ce sentiment de complétude narcissique que ressentent certaines femmes enceintes qui imaginaiement se sentent enfin « *pleines* ». Or, précisément, « *L'expérience maternelle dévoile à la femme son manque à être ainsi que la dimension de perte et de rapport à la mort sur laquelle s'établissent le rapport à l'autre sexe et le rapport à la vie dans la filiation* » (Spiess, 1999, p : 266). Même si S. Freud a davantage pensé la figure maternelle en tant qu'objet récepteur de l'investissement libidinal de l'enfant (objet sein), il a néanmoins reconnu l'importance de la « *fixation précœdipienne à la mère* » (1932, p : 157) dans le développement libidinal de la femme. En

référence à la pensée anglosaxonne (Winnicott, Klein), c'est la mère préœdipienne qui est au centre du maternel en considérant l'environnement comme permettant à l'enfant démuné de se construire. Enfin, ce désir d'enfant s'actualise dans l'actuel par l'amour sexuel pour l'homme du présent. Le désir d'enfant posséderait un accès conscient : rêveries et traces inconscientes (Bydlowsky, 2008) qui serait à différencier d'un projet conscient d'enfant par rapport à des souhaits formulés davantage à l'intérieur d'un contexte de vie particulière sur un plan conjugal, familial, social et professionnel : « *Par le désir d'enfant, la femme donne corps au lien charnel indestructible qui l'unit à sa mère* » (ibid., p : 21).

#### *La double direction du maternel*

Le maternel n'est pas la mère. « *Le maternel pose d'emblée la question des origines avec son caractère indécidable. Un maternel difficilement pensable en sa double direction : à la fois tourné vers l'origine, jusqu'à un point de fuit insaisissable, et vers un mode de fonctionnement et de relation.* » (Abensour, 2011, p : 285). Comme origine ou comme fonction, le maternel donne lieu à des modèles théoriques différents. Du côté de l'origine, le maternel pourrait s'envisager comme le fond originel, autrement dit l'archaïque. « *Le maternel serait le fond sur lequel nous appuyons notre sentiment d'exister, nos rêves et notre pensée. Un écran pour projeter nos fantasmes, un soutien pour adosser notre moi, un contenant rassurant des affects et émois, mais effrayant par la régression et l'engloutissement qui y seraient possibles* » (Anzieu-Premmereur, ibid., p : 1449). Du côté de la fonction, il pourrait se définir ainsi : « *Le maternel serait une entité fonctionnelle qualifiant autant les soins physiques et psychiques reçus par le nourrisson – le maternage – que la capacité des femmes et des hommes de développer cette capacité de prendre soin* » (ibid.).

#### *Le maternel comme lien à l'enfant*

Poursuivons sur cette deuxième direction du côté de la fonction, ce qui nous amène au lien. Dans la rencontre avec l'enfant réel, la femme a affaire avec la confrontation à son manque à être auquel la confronte l'altérité de l'enfant réel. En référence à la conception lacanienne, la maternité est liée à la castration : la mère est toute soumise à la castration

et la femme, située au-delà de la mère, n'y est pas toute soumise. Pour pouvoir l'investir libidinalement son enfant doit venir occuper la place du phallus imaginaire : « Dans l'inconscient il n'y a que la Mère (...) La voix métaphorique de l'amour met en jeu l'enfant comme substitut du manque à être féminin, et permet que la signification du phallus soit évoquée dans l'imaginaire du sujet. Mais reste ce qui échappe à la phallicisation. L'enfant n'obture qu'en partie le manque phallique. (...) quelque chose du désir d'une femme échappe structurellement à la loi du père. (...) la maternité est donc conçue comme une suppléance à cette jouissance de n'être pas toute » (Alberti, 2014, p : 11 -12). « C'est là où désir de la mère et désir féminin se nouent autour de l'objet de jouissance auquel chaque sujet est appareillé de façon particulière. Dès que l'enfant est produit, note Lacan, il y a une séparation entre l'objet a et ce qui relève de la castration, du frein sur la jouissance prise dans les rails de la signification phallique » (Laurent, 2014, p : 38).

Comment peut alors se construire la relation à l'enfant dans la réalité de la relation ? En référence au « His Majesty the Baby » (Freud, 1914), c'est l'investissement narcissique qui serait à la base du lien à l'enfant. Le narcissisme parental, en tant que reviviscence du narcissisme infantile, serait une source d'amour intense dans un transfert d'espoirs et idéaux. Les processus identificatoires, au cœur de la construction du maternel, sont soutenus par cette dimension narcissique : « La capacité maternelle, c'est une identification à un autre différent de soi et investi narcissiquement avec le désir de porter remède aux besoins de cet autre » (Anzieu-Premmereur, 2011, p : 1479). Selon M-P. Chevalérias, psychologue clinicienne, qui rappelle le modèle pulsionnel dans lequel s'inscrit le modèle de la relation précoce entre la mère et son nouveau-né en psychanalyse, la relation à l'enfant se tisse dans l'intime de la rencontre entre la mère et le nouveau-né : « Il apparaît donc que les processus psychiques mis en jeu, s'ils s'apparentent avec ceux existant dans la relation primitive à l'objet, ont pour but de conduire à une communication permettant la découverte de nouvelles aires d'expériences, et la création de nouvelles identifications et de nouveaux liens par l'apport mutuel qu'il procure » (1996, p : 87).

Une convergence importante dans la conception des fondements de la vie psychique se repère dans les théories de D.-W. Winnicott et W.R. Bion en considérant le bébé en attente de confirmation d'une réponse de l'environnement. Les soins maternels sont en

effet au cœur de la théorie winnicottienne. Dans sa conception, ils soutiennent le Moi de l'enfant : « grâce aux 'soins qu'il reçoit de sa mère', chaque enfant est en mesure d'avoir une existence personnelle et commence donc à édifier ce qu'on pourrait appeler le sentiment d'une continuité d'être » (Winnicott, 1960, p : 150). Le *holding* (maintien) apparaît être le prototype des soins dès le début de la vie lorsque le nouveau-né se trouve dans cet état de dépendance absolue, nonencore différencié de l'Autre maternel ou de l'« environnement ». Il définit en ces termes : « Le maintien :

- Protège contre les dangers physiologiques.
- Tient compte de la sensibilité de la peau de l'enfant (toucher, température), de la sensibilité auditive, de la sensibilité visuelle, de la sensibilité à la chute (action de la pesanteur) ; ainsi que du fait que l'enfant ignore l'existence de toute autre chose que le self.
- Il comprend toute la routine des soins jour et nuit, soins différents de l'enfant, puisqu'ils font partie de lui et qu'il n'y a pas deux enfants semblables.
- Il s'adapte aussi jour après jour aux changements infimes dus à la croissance et au développement, changements à la fois physiques et psychologiques » (*ibid.*, p : 134-135). S'étayant sur les trois dimensions que sont le corps, la mère et le temps, cette fonction fondamentale demande à la mère de pouvoir régresser dans cet état particulier qu'est la préoccupation maternelle primaire que je développe plus loin.

Le concept du maternel primaire (Roussillon, 2011) définit quatre traits abordés « à partir des élans pulsionnels du bébé et de leur accueil par la mère » (*ibid.*, p : 1500). La réceptivité de l'élan pulsionnel par l'objet maternel et l'ajustement réciproque entre la mère et l'enfant seraient les deux premiers traits qui rendent possible le déploiement des motions pulsionnelles. La séduction de l'objet maternel envers le bébé qui contribue à aider l'introjection pulsionnelle et la fonction « miroir premier » du bébé qui cherche l'autre maternel pour satisfaire son appétence relationnelle constitueraient le troisième et le quatrième trait permettant la construction et l'investissement du lien.

En synthèse, le maternel pourrait se définir comme un nouage complexe entre une dimension intrapsychique (processus psychiques) et intersubjective (relation à l'enfant) qui s'articulent à une dimension affective dans une histoire générationnelle.

L'appropriation d'une identité maternelle se construit et évolue au fil de la relation, des besoins psychiques de l'enfant caractérisés par son âge. J'entends par là qu'être une mère d'un enfant d'un mois est très différent qu'être mère d'un enfant de six mois et n'a encore rien à voir avec être mère d'un adolescent par exemple. Le maternel n'existerait pas « en soi » de façon substantielle, il n'a de sens que pour un sujet : « *Etre mère suppose que soit symbolisée la fonction maternelle. Fonction elle-même liée aux identifications inconscientes à des images féminines porteuses de ce désir de mère mais aussi à celles qui ne peuvent que se conquérir ou même encore s'inventer. C'est ainsi que la maternel peut être rencontré, produit dans l'après-coup d'une transmission du fait de l'enfant (en appel, en attente de mère)* » (Guyomard, 2009, p : 160). Après avoir tenté de circonscrire ce que j'entends par le maternel, intéressons-nous plus particulièrement au temps du pré et du post-partum dont seraient également dépendants et constitués les mouvements libidinaux engagés dans la relation au nouveau-né.

## 2.2. CARACTERISTIQUES DU PSYCHISME MATERNEL PENDANT LA GROSSESSE ET LA PERIODE QUI ENTOURE LA NAISSANCE

Dans la littérature scientifique, la grossesse est reconnue comme une période de remaniements psychiques. Les mouvements psychiques au cours des trois trimestres de la grossesse préparent à l'accueil d'un enfant tout en ne présageant pas complètement des liens précoces qui pourront se construire entre la mère et son enfant. L'ensemble de ces concepts qui fondent la psychopathologie périnatale permet de rendre compte du fonctionnement psychique spécifique de cette période et du processus de parentalité. De nombreux travaux convergent et mettent en lumière la spécificité de certaines modifications du fonctionnement psychique maternel pendant la grossesse et la période qui entoure la naissance. Certains auteurs comme B. Cramer et F. Palacio-Espasa (1993) vont jusqu'à parler de « *néo fonctionnement psychique* » de la femme ou de « *néo-topique* » mère-bébé. F. Tustin (1977) parle de « *gestation psychique* », pour évoquer la construction d'un espace de relation entre elle et son bébé. En effet, le paradoxe de la naissance serait que cet événement viendrait s'inscrire autant comme une rupture que dans une

continuité entre le pré-partum et le post-partum. Nous pouvons également envisager la naissance comme un moment organisateur ou désorganisateur en fonction de l'état psychique de la mère, des ressources qu'elle aura pour dépasser cet événement et de ce que représente, pour elle, cette naissance dans son histoire singulière. Au fil des travaux des différents psychanalystes qui se sont intéressés à la grossesse, je vais tenter de mettre en lumière les différents processus psychiques caractéristiques de la grossesse et du postpartum.

### 2.2.1. PROCESSUS D'IDENTIFICATION RÉGRESSIVE

Dès 1956, le pédiatre et psychanalyste anglais D- W. Winnicott invente le concept de « *préoccupation maternelle primaire* » pour parler de cet état psychique particulier, qu'il caractérise d'« *état psychiatrique* », qui se développe peu à peu au fil de la grossesse pour atteindre « *un degré de sensibilité accru* » vers les semaines précédant l'accouchement jusqu'à quelques semaines après la naissance de l'enfant. Sous ce terme, il décrit cliniquement cette période particulière qui permet à la mère « *de s'adapter aux tout premiers besoins du nouveau-né avec délicatesse et sensibilité* ». Cet état qualifié de « *folie normale* » lui permet de capter les signaux de son bébé, les décoder et les interpréter. Il compare cet état à un repli, ou un état de dissociation voire un épisode schizoïde, au cours duquel un des aspects de la personnalité prend le dessus. La mère sortira indemne de cet état dont elle ne gardera que très difficilement le souvenir. Cette capacité interprétative maternelle demande à la jeune mère de puiser dans ses ressources psychiques. Il précise que pour pouvoir atteindre cet état, « *la femme doit être en bonne santé* ». Il ajoute que « *certaines y parviennent avec un enfant et échouent avec un autre* ». Selon lui, la femme qui atteint cet état « *fournit un cadre (setting)* » au sein duquel l'enfant pourra déployer ses potentialités et ressentir un « *sentiment continu d'exister* », permettant l'établissement de son moi. Cette théorisation n'est pas sans rappeler celle de W. R. Bion sur la « *capacité de rêveries maternelles* » abordée plus loin. Mais pour que la mère puisse s'« *autoriser* » à régresser dans cette préoccupation maternelle primaire, encore faut-il qu'elle puisse s'identifier à son bébé. Dans le cas d'une naissance prématurée, comment s'identifier à ce qui peut n'être encore qu'un « *bout de réel* » ? Tout un travail psychique de symbolisation sera nécessaire pour dépasser l'effroi, le traumatisme que peut

représenter cette rencontre avec le réel pour pouvoir être en capacité psychique de continuer à imaginer ce bébé « pas fini », inattendu qui va devoir prendre corps hors du corps maternel.

### 2.2.2. PROCESSUS DE MATURATION PSYCHIQUE

Au début des années 60, les travaux de G.-L. Bibring (1959) et T. Benedeck (1959) psychanalystes anglo-saxons, mettent en lumière le fait qu'une grossesse, et tout particulièrement la première, est une période de crise identitaire et de maturation psychique pour la femme qui devient mère. Ils appellent ce processus spécifique : « *motherhood* », qui signifie maternité.

Comparée à la crise d'adolescence, ils décrivent ces différents points repérables dans les deux processus de l'adolescence et de la maternalité :

- Effets sur le sentiment d'identité personnelle
- Effets sur le sentiment d'intégrité : transformation corporelle, hormonale
- Changement de statut social
- Réactivation et remaniement des conflits infantiles, en particulier des conflits précoces oraux et des conflits œdipiens
- Dissolution et reconstruction des identifications précoces, en particulier à la mère
- Réorganisation de l'organisation défensive
- Transformation de l'image du corps vécu

### 2.2.3. PROCESSUS DE RÉGRESSION NARCISSIQUE

En 1978, le psychiatre psychanalyste, P.-Cl. Racamier s'inspire de leurs travaux et traduit le terme « *motherhood* » par maternalité. Il s'agit pour lui de « *l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité* » (1978, p : 44). Selon lui, cette crise de la maternalité se décline en fonction des données historiques et structurales ainsi qu'actuelles et situationnelles. A noter que non seulement ce processus ne se développe pas forcément lors de la première grossesse, mais peut également se poursuivre sur plusieurs grossesses. Pour parler de toutes ces difficultés

rencontrées par certaines femmes dans le processus de maternalité, il les compare à des « accidents psychiques de la maternalité » ou encore les « avortements ou les menaces d'avortement du processus de maternalité ». Une naissance prématurée s'apparenterait à un accident de la maternalité. Dans un autre article, P.-Cl. Racamier (1979) émet l'hypothèse que la relation d'objet se modifie au cours de la grossesse. Le fait de porter un enfant en soi fait évoluer son rapport à l'autre qui s'avère alors plus indifférencié, comme si elle seule existait : « la relation d'objet s'établit sur le mode de la confusion de soi et d'autrui ». Dans ce même mouvement, « le moi se départit, pour traiter avec les pulsions, des mécanismes de défense élaborés propres à la névrose ou à l'état normal habituel ; (...) le sens de l'identité personnelle devient fluctuant et fragile ». Il considère alors que le fonctionnement psychique de la femme enceinte s'approche d'une modalité psychotique. Ces propos ne sont pas sans rappeler « la folie normale » de D-W. Winnicott. Nous pouvons également faire référence au concept de « nidation psychique » de S. Missonnier (2007), psychiatre, psychanalyste. Lorsqu'une femme est enceinte, elle serait confrontée à l'intrusion de l'être conçu dans son espace psychique et corporel. Des remaniements psychiques seraient nécessaires pour faire face à cette situation qu'il définit comme proche de la folie d'être soi et autrui en même temps. Le corps devient habité et habitacle pour un autre corps qui se développe et grandit en soi. R. Prat compare cette situation de grossesse à l'« l'incroyable mais vrai » gardé au fond de soi depuis les années d'enfance » (2008, p : 34).

Plus récemment, dans la lignée des travaux précédemment cités, M. Bydlowski, psychiatre, psychanalyste, parle de la « transparence inhabituelle du psychisme ». Lors d'une grossesse, les modifications du psychisme féminin entraînent un état psychologique particulier de la femme. Il s'agit d'un « état relationnel particulier, un appel à l'aide latent, ambivalent et quasi permanent, tout comme à l'époque de l'adolescence (...) en outre, pour ces femmes, il s'établit une corrélation évidente entre la situation de gestation actuelle et les remémorations infantiles. (...) Au cours de cette période, des réminiscences anciennes et des fantasmes habituellement oubliés affluent en force à la mémoire, sans être barrées par la censure. » (2000, p : 89). Autrement dit, ce fonctionnement psychique maternel particulier se caractérise par un abaissement des résistances habituelles face au refoulé inconscient, et par un surinvestissement de l'histoire personnelle et des conflits infantiles. Dans un

autre article en collaboration avec B. Golse (2001), ils tentent d'articuler le passage progressif de la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Ils considèrent que « *l'enfant porté, le fœtus, représente la métaphore de l'objet interne (...). En tant qu'objet encore intérieur, il réactive le petit enfant que la mère a elle-même été ou qu'elle croit avoir été et qui était jusque-là demeuré enfoui tout au fond de sa psyché.* » (2001, p : 31). Ils formulent l'hypothèse d'un mouvement de bascule des processus d'attention maternelle du dedans vers le dehors, du contenant vers le contenu qu'est le bébé. Ainsi, avoir un enfant, c'est aussi rencontrer l'enfant en nous tel qu'il fait trace : « *L'enfant ne se fabrique pas, il se trouve. Au plus lointain de soi-même sans doute* » (Delassus, 2011, p : 688). Ce processus de régression narcissique amènerait la future mère à revisiter son histoire, ses conflits infantiles et plus particulièrement les liens à sa propre mère. Ces élaborations psychiques participeraient à la construction d'une représentation d'elle-même en tant que mère, à travers des mouvements d'identifications ou de rejets d'avec sa propre mère. Ce mouvement de double identification à la mère qu'elle a à l'intérieur d'elle-même et au fœtus qu'elle a été ou croit avoir été participerait à la transmission du féminin. La traversée de ces processus psychiques au cours de la grossesse serait également une ultime occasion de venir régler des conflits psychiques qui n'ont pas été résolus antérieurement, comme à l'adolescence par exemple. Enfin l'article de B. Golse et de M. Bydlowsky nous permet de penser le processus qui mène de la régression narcissique de la mère, centrée sur elle-même à l'investissement narcissique de son bébé. En devenant mère comme sa mère, une femme « *redevient enfant, enfant de sa mère et son propre enfant à la fois, et cela dans un double mouvement d'identification à sa mère et à son enfant* » (Revault d'Allonnes, 1994, p : 215).

#### 2.2.4. AMBIVALENCE MATERNELLE OU LE TRAITEMENT DE LA HAINE DU FŒTUS ET PASSIVITE

La grossesse est aussi sous le signe de l'ambivalence en lien avec la menace que peut représenter l'autre en soi pour le moi par la confusion des corps et des psychés qu'il peut générer : « *Le fœtus rappelle à la femme qu'elle est prise dans un processus qui lui échappe, processus de reproduction du même dans lequel son individualité à elle est déniée (...)* Par sa présence, le fœtus contraint sa future mère à un travail de réaménagement pulsionnel dans

lequel le surinvestissement narcissique et le processus de l'idéalisation ont tendance à museler l'expression de l'agressivité et donc à éliminer le conflit dû à l'ambivalence. Dans le fait de souhaiter abolir ce que l'on aime, se constitue l'ambivalence du sujet qui nourrit celle-ci, d'avoir à la fois à maintenir et à détruire l'objet aimé, écrit M. Klein (...) Les sentiments agressifs, sadiques et destructeurs que la future mère élimine ou aménage participent au processus de maternalité, à la préoccupation maternelle primaire » (Sirol, 2003, p : 158-160). La haine participe au processus de maternalité dans le sens où elle ouvre à la relation à l'enfant par l'étaillage qu'elle permet aux pulsions libidinales : « La haine serait énergie qui travaille dès la grossesse à la séparation à venir et à la conflictualité inhérente pour ouvrir la voie à la relation objectale » (Darchis, 2013, p : 48). Ces théorisations sur la fonction de la haine pour le fœtus au cours de la grossesse prennent appui sur les travaux de S. Freud sur la pulsion : « Quand l'objet est source de déplaisir, nous ressentons la "répulsion" pour l'objet et nous le haïssons ; cette haine peut s'intensifier jusqu'à devenir penchant à l'agression contre l'objet, intention de l'anéantir. [...] La haine, en tant que relation à l'objet, est plus ancienne que l'amour et réside au fond de toutes les relations d'affection et d'amour entre les êtres humains » (1915, p : 182-184) et sur les mouvements psychiques liés à la libido narcissique et objectale (1914) dans le sens où le passage des enjeux narcissiques du « je suis enceinte » au désir œdipien du « je vais avoir un enfant » nécessite un travail de redistribution libidinale. Ils se réfèrent également aux travaux de M. Klein : « Chaque grossesse impose aux futurs parents un retour aux étapes infantiles de leur développement et également aux moments qui ont été source de haine (M. Klein, 1957) » (Darchis, *ibid.*, p : 49). Aussi, les processus régressifs qu'impose le phénomène de gestation confrontent la femme à des conflits non traités : « Quand la haine a circulé sans transformation dans l'enfance du parent et dans les générations précédentes, le risque est alors la confusion entre fantasme et réalité, entre désir et besoin avec la venue des passages à l'acte. La haine s'origine alors au plus profond du groupe famille, et resurgit comme des étrangetés pendant la grossesse » (*ibid.*, p : 48). Aussi les différents symptômes, appelés aussi « les petits maux/mots », pendant la grossesse mais également l'excès de préoccupation anxieuse peuvent s'interpréter comme des expressions de cette ambivalence tout en étant une tentative de résolution : « Les petits signes inconstants de début de grossesse, les troubles du sommeil – hypersomnie ou insomnie – les craintes pour

*les personnes aimées, les rêves d'angoisse, les inquiétudes concernant l'intégrité corporelle du fœtus, celles concernant la capacité à le maintenir en vie, celles portant sur la capacité à devenir mère ou à s'occuper plus tard du nouveau-né témoignent de la tentative de contrôle des pulsions hostiles et permettent à la future mère de faire bon usage de sa haine, de se réparer et d'en protéger le fœtus » (ibid., p : 161).*

Cette ambivalence serait aussi en lien avec l'angoisse générée par la position de passivité qu'impose le phénomène gestationnel de la grossesse : *« L'investissement du corps par un autre et la passivité inévitable dans cette mise en jeu du corps confèrent de l'angoisse qui doit alors être recouverte par des défenses psychiques. Dans ce temps du devenir mère, il s'agit de passer par plusieurs étapes successives d'acceptation d'un investissement interne de son propre corps, d'une perte de contrôle face aux événements subis, ou encore d'une attente sans possibilité d'y apposer sa propre volonté. Ainsi, l'angoisse serait à rapprocher de la passivité, en tant qu'expérience d'abandon de soi à l'autre, un autre à la fois proche et étranger, psychiquement envahissant et prenant toujours plus de place dans le corps de la femme. » (Pascal, Thevenot et Spiess, 2011, p: 192).*

#### 2.2.5. PROJECTIONS FANTASMATIQUES ET LE BEBE IMAGINAIRE OU IMAGINE

Plusieurs auteurs ont travaillé sur l'importance de la construction et du déploiement de la vie fantasmatique et imaginaire au cours de la grossesse dans la construction des premiers liens. Après la naissance, ces élaborations fantasmatiques s'exprimeraient à travers les interactions précoces entre le bébé et sa mère, ce qui participerait à la transmission de la vie psychique. S. Stoléru (1985) et M. Ammaniti (1991) établissent un pont entre la période anténatale et celle qui suit la naissance. Ils élaborent l'hypothèse selon laquelle il existerait une continuité entre les élaborations fantasmatiques pendant la grossesse et celles qui fondent les interactions mère enfant après la naissance. Une étude (Viaux, 2007) met en lumière l'impact d'une suspicion portant sur l'intégrité mentale et physique sur le futur enfant sur les représentations maternelles pendant la grossesse avec une « suspension de l'investissement » des représentations de l'enfant et une augmentation des troubles anxieux et/ou dépressifs. Ces effets se prolongeraient après la naissance de l'enfant à travers une perturbation dans les interactions précoces mère –

nourrisson. Différentes études ouvrent la réflexion sur les effets anxiogènes des examens médicaux visant à vérifier le développement du fœtus et de la grossesse. Lors d'une hospitalisation pour MAP, ces projections fantasmatiques peuvent aussi être suspendues.

Le déploiement de cette vie fantasmatique serait en lien avec le bébé imaginaire, conceptualisé par M. Soulé (1982). L'enfant imaginaire s'élaborerait à un stade très précoce, dès la petite enfance de la future mère. Il se construit à partir des composants prégénitaux et œdipiens. Lorsque la femme est enceinte, cet enfant imaginaire surgit dans le psychisme maternel comme l'accomplissement d'un désir. Il s'appuie à la fois sur le désir de maternité et ses fantasmes, sur la situation réelle et sur un travail de représentations. Peu à peu, notamment avec les mouvements ressentis du fœtus, la mère se confronte à l'autonomie de l'enfant. Vers la fin de la grossesse, la future mère va faire le deuil de l'enfant imaginaire pour accueillir l'enfant réel. Ces travaux repris plus tard par S. Lebovici (1994) sur le bébé imaginé ont mis en évidence quatre catégories de représentations :

- le bébé imaginaire : porteur de l'histoire transgénérationnelle, il est fait d'éléments de l'histoire des parents mais aussi des grands-parents, des valeurs familiales et culturelles. Pour M. Soulé, le bébé imaginaire est le fruit du désir œdipien. Pour S. Lebovici, il est celui des projections fantasmatiques auxquelles se rattachent des représentations simples (sexe, corps, caractère, affects, valeurs). Selon D. Perard-Cupa et al (1992), deux types de représentations se rattacheraient au bébé imaginaire : les représentations simples et les représentations d'interactions, c'est-à-dire les fantasmes concernant les rapports entre la mère et l'enfant, le père et l'enfant, l'enfant et son environnement.
- le bébé fantasmatique : il serait le produit de désirs anciens. Il naîtrait très tôt dans l'inconscient maternel, c'est le bébé des fantasmes inconscients.
- le bébé mythique : il ferait appel à des représentations préconscientes ou inconscientes sur la filiation.
- le bébé narcissique : il est l'enfant supposé tout accomplir, tout réparer et tout combler et réaliser « *les rêves de désir que les parents n'ont pas exécuté* » (Freud, 1914, p : 96), comme l'a déjà évoqué par S. Freud avec sa célèbre formule : « *His Majesty the baby* ».

Des études ont été menées sur l'évolution des représentations pendant la grossesse et après l'arrivée du bébé. Selon D. Stern (1989), la femme enceinte commencerait à envisager des caractéristiques physiques et psychologiques à son bébé seulement à la fin du 1<sup>er</sup> trimestre lorsque les risques de fausses couches sont éloignés. Le ressenti des mouvements fœtaux participerait à la construction du bébé imaginaire. Afin de se préparer à l'arrivée du bébé réel et éviter une trop grande déception, les fantaisies maternelles, les désirs de la femme enceinte concernant son bébé déclineraient progressivement. Une étude (Ammaniti, Tambelli, Perucchini, 2000) précise qu'entre les quatrième et septième mois de la grossesse, les représentations concernant l'enfant imaginaire et fantasmatique s'enrichiraient et se préciseraient, puis, à l'approche de la naissance, alors que le fœtus donne des signes de plus en plus évidents de sa présence, ces représentations deviendraient plus vagues, c'est-à-dire plus ouvertes à l'accueil de l'enfant réel. Lorsque le bébé réel naît, il serait appréhendé par le filtre du bébé imaginé qui s'oppose et se superpose au bébé réel et constitue une double représentation chez la mère appelé le « bébé construit » (Perard Cupa et al., *ibid.*, p : 49). Les représentations parentales ne sont pas figées et lors de la rencontre du bébé imaginaire avec le bébé réel, ces représentations s'élaborent et se transforment. Les différentes études s'accorderaient sur le fait qu'aux alentours du 7<sup>ème</sup> mois de grossesse, les représentations de la femme enceinte concernant le fœtus se modifieraient. Le début du troisième trimestre est précisément celui auquel survient une naissance très prématurée.

Après avoir parcouru les différents processus psychiques de la grossesse qui nous mènent jusqu'à la naissance de l'enfant, nous allons maintenant aborder les caractéristiques de la fonction maternelle à travers le travail psychique de transformation suscité par la capacité de rêveries maternelles et le travail de différenciation psychique que permet la fonction de contenance, tous deux nécessaires aux besoins psychiques du nouveau-né pour que puisse émerger une vie psychique.

#### 2.2.6. CAPACITÉ DE RÊVERIE MATERNELLE

Nous avons évoqué plus haut le concept central de l'état de préoccupation maternelle de D-W. Winnicott. Cet état rejoint la capacité de rêverie maternelle de W.R. Bion, psychanalyste britannique, qui permet, par sa fonction de contenance et de

transformation de construire un espace psychique fiable pour le bébé à venir et qui se met en route dès la grossesse. Pour lui, cette activité maternelle viendrait suppléer l'absence « d'appareil à penser du bébé ». Il s'agit d'« *un état d'esprit capable d'accueillir les identifications projectives du nourrisson, qu'elles soient ressenties par lui comme bonnes ou mauvaises* » (Bion, 1962, p : 54). Elle permettrait la transformation des éléments bêta, c'est-à-dire des sensations brutes non assimilables par le bébé en éléments alpha, soit des éléments qui peuvent être pensés, symbolisables en dégageant les potentialités signifiantes. D.Mellier nous rend attentif au fait que « *la "capacité de rêverie" de la mère ne signifie pas qu'elle se laisse aller à une imagination déconnectée du bébé, bien au contraire, par essais et par erreurs elle imagine, elle tente d'approcher empathiquement le désarroi du bébé* » (2012, p : 225). Je différencie donc les projections fantasmatiques de la grossesse davantage comme appartenant à des processus intrapsychiques (même si elles peuvent avoir un impact sur la relation avec l'enfant) de la capacité de rêveries maternelles qui s'inscrit pleinement dans la relation intersubjective avec le bébé. Elles soutiendraient la capacité d'anticipation qui aurait une fonction protectrice du processus de parentalité (Missonnier, 2012, p : 48) : « *construites de l'alliage du passé et du présent du corps et des émotions favorisent la capacité d'anticipation de la fin de la grossesse, de la naissance et de la rencontre. Des amortisseurs imaginaires et psychiques devant l'intensité du réel : intensité corporelle, émotionnelle et existentielle de la venue au monde* » (Prat, 2008, p : 98). Dans les situations de naissances prématurées en urgence, cette fonction serait entravée par le potentiel traumatisme de la naissance qui surgirait sans la présence d'« amortisseurs psychiques ». Précisément, « *A propos des traumatismes hyper précoces, R. Diatkine avait ainsi utilisé ce concept de "capacité de rêverie maternelle" pour proposer une hypothèse qui permettait, en les renversant, de maintenir les deux temps de la théorie classique du traumatisme. Selon lui, en effet, le premier temps de ces traumatismes hyper précoces ne serait pas lié à un excès d'excitation in métabolisable, mais plutôt à une insuffisance première de cette "capacité de rêverie maternelle" laissant ensuite le bébé à nu face aux événements ultérieurs susceptibles de venir jouer pour lui comme des temps seconds de la dynamique traumatique. C'est donc le défaut d'intériorisation d'une "capacité de rêverie maternelle" suffisamment bonne qui ferait figure, dans cette modélisation, de temps traumatique premier, mais d'un temps premier en quelque sorte silencieux, muet, en creux*

ou en négatif » (Golse, 2004, p : 180). Ces différents travaux montrent l'importance de la capacité de rêverie maternelle dans l'émergence de la vie psychique du bébé, mais, pour reprendre les termes de D.W. Winnicott, la mère doit être en « bonne santé » pour pouvoir rêver. Qu'en est-il pour les femmes en devenir mère qui se retrouvent interrompues dans la poursuite de leur grossesse par la survenue d'un accouchement prématuré au moment même où se déploie la vie imaginaire et fantasmatique et qui se retrouvent confrontées à un risque de mort pour le bébé ou pour elle-même ? Quelles défenses et ressources psychiques peuvent-elles déployer pour rester arrimées au désir qu'elles ont pour leur enfant ? Néanmoins, le bébé prématuré ne se retrouve pas seul en présence de sa mère. Il est pris en charge par une équipe soignante et médicale et peut être entouré du père et de la famille. Ainsi, pour aborder une dimension davantage intersubjective, la référence au concept du berceau psychique familial avancée par F. Aubertel et repris par D. Mellier : « Pour qu'un nouveau-né construise son psychisme, pour qu'il organise son monde intérieur, il est vital qu'il puisse s'appuyer sur le fonctionnement psychique des personnes qui constituent son environnement premier, c'est-à-dire ses parents, sa famille (frères, sœurs, grands-parents...) » me paraît pertinent (2017, p : 81). Ce concept ouvre à la participation de tous les autres membres de la famille dans leur capacité « à recevoir, contenir et transformer les changements de places propres à chacun » (2016, p : 8) face aux bouleversements générés par l'arrivée d'un nouveau-né dans une famille. L'émergence de la vie psychique chez le bébé serait concomitante de la création d'un berceau psychique (Mellier, 2017, p : 83). Il assurerait des fonctions de contenance et de portage physique et psychique, ainsi que de transformation des éléments bruts au sens de W.R. Bion par un travail de « tissage » propre aux enveloppes psychiques, notamment par le corps à corps mais également dans un travail de narrativité. Il précise que « ce processus n'est pas ainsi immédiat, il est mouvant et profondément dépendant des capacités d'entrer en relation du bébé. » (ibid., p : 82). Un bébé très prématuré a précisément moins de capacités à entrer en relation qu'un enfant né à terme. L'étrangeté de ces bébés qui n'ont pas encore tout à fait forme humaine alimenterait le narcissisme de mort plus difficilement évacuable. La capacité de rêverie assure également une fonction de contenance en assurant une fonction de pare-excitation, autrement dit une fonction de

protection et de filtre vis-à-vis des excitations provenant du monde extérieur (Freud, 1920).

### 2.2.7. FONCTION DE CONTENANCE

La fonction de contenance apparaît centrale dans la pensée winnicottienne qui place au cœur de sa théorisation les soins maternels appréhendés comme soutenant le Moi : « *Le maternel est un fonctionnement inconscient de la personne maternelle qui maintient l'équilibre économique chez celui qui est démuné* » (Anzieu-Premmereur, 2011, p : 1479). Les concepts de « holding », « handling » et « presenting object » qui représentent les dimensions de la fonction maternelle s'inscrivent plus globalement dans une fonction de contenance physique mais surtout psychique de l'enfant. Selon D. Mellier, le processus propre à la « fonction à contenir » reposerait sur un travail psychique de différenciation, qu'il définit « *comme la position psychique à adopter et à mettre en œuvre sur le terrain, dans l'intersubjectivité, pour recevoir et transformer des souffrances très primitives* » (2005, p : 247). Il différencie la « fonction contenante » de la « fonction à contenir » en tant qu'« *une position à maintenir pour qu'un lien puisse se créer, pour que quelque chose puisse être éprouvé, pour qu'un travail d'attention puisse se dérouler dans l'intersubjectivité, alors que de multiples réalités hétérogènes au psychique sont convoquées* » (ibid., p : 493). Référée à la pensée kleinienne, en raison de l'approfondissement du travail sur les processus archaïques avec les nourrissons, dans la psychose ou dans les groupes, la fonction de contenance est associée à la notion de conflictualité psychique en lien avec les apports de D.-W. Winnicott qui nous place d'emblée dans l'intersubjectivité : « *la fonction contenante serait celle qui permettrait le repérage d'une dimension psychique car, par définition, elle peut contenir, « faire se rencontrer », ce qui autrement s'éviterait, resterait dans l'indifférencié ou qui s'exprimerait dans un « hors psychique », dans des champs ou à des niveaux trop différents pour se conflictualiser.* » (ibid., p : 430). C'est pourquoi la fonction à contenir concerne très directement la construction des propres capacités de penser du bébé, mais elle concerne également les soins qui lui sont prodigués par ses parents, sa famille ou le lieu qui l'accueille. En ce qui concerne les nouveaux-nés prématurés, nous pouvons nous interroger sur une éventuelle spécificité dans la différenciation entre les deux voies du double étayage de la psyché et du corps en lien

avec une éventuelle défaillance du holding maternel générée par la discontinuité des soins, qui aurait elle-même un impact sur la construction de la fonction contenante du Moi-peau (Anzieu, 1985). Il en va de même pour la capacité d'attention qui « *permet qu'une certaine associativité soit maintenue, développée ou ranimée pour la pensée, pour le psychisme* » (*ibid.*, p : 452) qui pourrait être mise à mal par une indisponibilité psychique de l'Autre maternel que ce soit la mère, le père ou les soignants qui s'occupent du bébé prématuré.

« J'irais jusqu'à penser qu'on ne devrait pas nous  
montrer ce que notre œil ne voit pas. La  
technique brise un interdit, et peut être fait du  
mal à quelque chose qui est sacré dans la vie ».

C. Bobin, *Le plâtrier siffleur* (2018).

### 3. Construction du maternel dans les situations de grande prématurité

La survie des nouveaux-nés prématurés a d'emblée constitué une préoccupation centrale pour la médecine néonatale qui s'est essentiellement centrée sur le devenir neurodéveloppemental, cognitif et sensoriel du bébé. Prenant appui sur un modèle essentiellement lésionnel, Lézine & Bergès décrivent, en 1970, le « syndrome tardif de l'ancien prématuré » comme un « *ensemble de troubles mal organisés, évolutifs mais non spécifiques, ayant comme base des troubles d'ordre praxique et practognosique (...) ils impliquent des défauts d'organisation du schéma corporel, du temps et de l'espace. Outre les altérations portant sur les fonctions corporelles de liaison et de communication, dont peuvent témoigner les troubles du sommeil et l'instabilité psychomotrice, c'est l'ensemble de l'expression de la vie émotionnelle et affective qui est ainsi entravée, conjointement aux fonctions cognitives* » (Sibertin-Blanc et al, 2002, p : 446). Ce n'est qu'à partir des années 70 qu'est apparu l'intérêt pour le vécu maternel à partir de la prise en compte de l'impact d'un accouchement prématuré sur le psychisme de la mère. A. Carel (1977), psychanalyste, fut un des pionniers en France à s'intéresser au devenir psychique de ces enfants et à l'impact traumatique de cette naissance particulièrement pour la mère. Il distingue ce qu'il nomme un état de « confusion existentielle » pour décrire, dans les jours qui suivent la naissance, un sentiment de flou, de brouillard, de vide avec une perte relative du sens de

la réalité de la « maternité blanche » pour évoquer l'absence d'investissement affectif de l'enfant qui se traduit par le fait que la mère ne semble pas avoir le sentiment d'avoir accouché, ni de souffrir de l'absence de son enfant, ni de s'y intéresser. Différentes orientations théoriques sous-tendent les recherches sur l'impact d'une naissance prématurée sur la construction de la parentalité.

### 3.1. THÉORIE DE L'ATTACHEMENT

La plupart des travaux de recherches réalisés sur l'impact d'une naissance prématurée dans la construction de la parentalité s'inscrivent dans le champ épistémologique de la théorie de l'attachement. En s'appuyant sur les travaux de D.-W. Winnicott, de R. Spitz sur l'hospitalisme et ceux des deux éthologues K. Lorenz (1935) et H. Harlow (1958), la théorie de l'attachement énoncée par J. Bowlby en 1958, psychiatre et psychanalyste, a emprunté ses concepts à la fois à la psychanalyse et à l'éthologie. Selon sa théorie, l'attachement serait un besoin humain inné biologiquement déterminé de la même façon que tous les autres besoins fondamentaux liés à la survie. Le bébé humain viendrait au monde avec une prédisposition à participer aux interactions sociales du fait de sa grande immaturité et de sa dépendance vis-à-vis de l'autre. L'attachement se construirait dans les interactions autour des soins réels avec une personne qui prend soin de lui de façon cohérente et continue. J. Bowlby défend la théorie selon laquelle un enfant a besoin de développer une relation d'attachement avec au moins une personne pour connaître un développement émotionnel et social harmonieux. Selon lui, il n'y aurait pas d'exigence d'individualité avant les 6 mois de l'enfant. La réponse du « caregiver » pendant la première année de la vie se trouverait davantage associée à la qualité de la relation d'attachement (réponses adaptées et efficaces aux signaux du bébé) qu'à la personne elle-même qui donne les soins. Cette théorie remet en question les repères métapsychologiques des théories freudiennes de l'étayage, de la pulsion et de la naissance de l'objet interne qui considèrent l'objet comme « le produit de l'étayage du désir sur les expériences engrammées de satisfaction du besoin nourricier » (*ibid.*, p : 9). La « pulsion d'attachement » proposé par B. Golse (2004), en s'appuyant sur les travaux de D. Anzieu sur les signifiants formels (1987), est défini comme « une pulsion d'autoconservation

*secondairement libidinalisée au sein du système interactif précoce* » (2004, p : 17) qu'il situerait dans le troisième temps du montage du circuit pulsionnel. Il s'agirait d'une pulsion de vie non encore sexualisée par l'étagage. Ce concept pourrait s'envisager comme un pont conceptuel entre la théorie de la pulsion et la théorie des relations d'objet.

Dans cette perspective, la perturbation des interactions précoces en lien avec des difficultés d'ajustements relationnels est alors mise en lien avec le traumatisme que peut représenter pour la mère une naissance prématurée. L'évaluation du traumatisme parental se base essentiellement à partir de l'analyse des patterns interactifs, d'entretiens semi-structurés orientés sur les représentations d'attachement et de la passation d'échelles d'évaluation du stress post traumatique. Plusieurs études soulignent les troubles des interactions mère-enfant prématuré en raison de capacités d'interaction et de régulation des états de vigilance apparaissant inférieures chez les bébés prématurés comparées à celles des nouveaux-nés à terme telles qu'elles sont évaluées par l'examen de Brazelton quand on les compare à celles des nouveaux-nés à terme (Field, 1980) et des difficultés d'adaptation, souvent attribuées aux symptômes post traumatiques, de la mère à son bébé qui peuvent s'exprimer par exemple dans de la surstimulation (Le Blanc, 1989). Ces recherches font apparaître le bébé prématuré comme moins gratifiant, ce qui contribuerait à la difficulté des parents d'entrer en communication avec lui. Dans la même lignée, les travaux de M. Soulé et S. Lebovici abordent l'impact de la dimension fantasmatique de la mère dans les interactions précoces. L'irruption de fantasmes agressifs maternels refoulés remettrait en cause les aménagements psychiques antérieurs face à la réalité d'un enfant vulnérable (Kreiser & Soulé, 2004) et engendrerait agressivité et culpabilité perturbant de manière « massive » les interactions (Lebovici & Stoléru, 1983). D'autres études mettent en avant l'impact d'un syndrome de stress post traumatique maternel sur l'adaptation des comportements maternels envers leur enfant. Les mères seraient peu sensibles et dans le contrôle (Borghini & Muller Nix, 2009) favorisant l'apparition de difficultés développementales chez les enfants. Une importante étude (Pierrehumbert, 2003), basée sur un entretien mené aux 6 mois de l'enfant sur les représentations parentales relatives à l'attachement envers leur enfant et sur un auto-questionnaire réalisé aux 18 mois de l'enfant destiné à décrire d'éventuels symptômes post traumatiques (l'intrusion de souvenirs, l'évitement de situations ou encore

l'hypervigilance émotionnelle) a été réalisé sur une centaine de famille (70 bébés prématurés et 30 bébés à terme). Trois types de représentations : « équilibrées », « désengagées » et « déformées » ont été repérées. Cette étude conclut que « si la prématurité sévère peut avoir des conséquences sur la qualité de la relation – et probablement sur le devenir de l'enfant – (..) celles-ci ne se concrétiseraient que lorsque le parent répercute mentalement l'événement (symptômes de stress post-traumatique menant à un désengagement émotionnel ou à une sur-implication préoccupée dans les soins à l'enfant), d'une manière qui risque d'affecter ses compétences parentales. Par contre, lorsque l'investissement normal des fonctions parentales a pu être maintenu, l'événement potentiellement traumatisant de la grande prématurité ne laisserait pas de traces (...) Ceci est important pour l'activité de liaison en néonatalogie et illustre l'importance d'apporter aux parents un support adéquat dans cette phase difficile d'accès à la parentalité. » (2003, p : 78). Ces résultats relativisent l'impact traumatique d'une naissance prématurée en fonction de la capacité d'investissement des fonctions parentales. Reste néanmoins à définir ce que nous entendons par « investissement normal des fonctions parentales ». Dans d'autres études, la prématurité serait envisagée comme une expérience intense potentiellement traumatique pour la mère et désorganisatrice sur les plans intrapsychiques et interrelationnels (Borghini & Muller Nix, 2015). Cause d'une faille narcissique par l'interruption du processus de maternalité inhérent à l'expérience de la grossesse, les difficultés rencontrées lors des premières phases de socialisation de l'enfant réactiveraient l'angoisse du vécu traumatique initial (Ravier & Pédinielli, 2015).

### 3.2. APPROCHE PSYCHOSOMATIQUE

Une thèse sur enjeux psychiques pour la mère dans les situations de très grande prématurité appréhende l'accouchement prématuré comme « une tentative de symbolisation face au vécu traumatique inélaborable » (Moulin, 2010, p : 151) que peut représenter une grossesse. Ainsi, le surgissement du non Moi dans le Moi en lien avec une relation carencielle à l'objet maternel primaire aurait entraîné une différenciation trop précoce du Moi empêchant la symbolisation d'un autre en soi. L'expulsion, lié à une impossible objectalisation du fœtus serait envisagée comme une étape de maternalité et

non comme la rupture d'un processus. Une autre étude (Précelle, 2004) met en lien une MAP idiopathique avec une problématique non résolue avec l'image maternelle et des difficultés d'élaboration de la position dépressive. La MAP serait alors considérée dans sa valeur d'expression somatique comme moyen d'agir la conflictualité psychique interne. Cette approche psychosomatique de l'accouchement prématuré s'appuie sur l'hypothèse d'un collapsus topique considérant que « *les somatisations qui jalonnent la grossesse ou qui la précèdent sont autant de tentatives de représentations de ce traumatisme primaire de fusion/défusion avec leur propre mère (...)* Le fœtus, assimilé à l'objet maternel archaïque (leur propre mère), devient l'objet d'une haine inconsciente adressée à la mère » (ibid., p : 15-16). Le collapsus de la topique interne que C. Janin définit par le fait que « *le sujet ne sait plus quelle est la source de son excitation, si elle est d'origine interne ou externe* » (1996, p : 24) rejoint l'effet traumatique de la collusion entre la survenue d'un évènement extérieur comme un accouchement prématuré ou l'annonce d'un risque de mort pour le bébé et les fantasmes de la réalité psychique, comme le vœu de mort inconscient ou des ressentis de haine qu'accompagnent toute grossesse et naissance. Or, « *Toute mère porte de tels fantasmes. Or, elles n'accouchent pas toutes prématurément ni dans des conditions difficiles* » (Konicheckis, 2010, p : 110). Il m'apparaît délicat de faire ce « saut » psychosomatique, qui, de surcroît, accentue le sentiment de culpabilité maternelle.

### 3.3. APPROCHE PSYCHANALYTIQUE

L'approche psychanalytique dans laquelle s'inscrit ce travail de recherche clinique s'intéresse, par l'étude des processus psychiques, aux enjeux psychiques d'une naissance prématurée dans la relation mère-enfant. Cette approche introduit la dimension du désir et des fantasmes sous-jacents qui permettent d'historiser la relation vécue.

#### 3.3.1. CLINIQUE DU TRAUMATISME

La plupart des travaux psychanalytiques sur les naissances prématurées s'accordent à qualifier cet évènement de traumatique pour les parents et particulièrement pour la mère même si l'impact psychique, toujours singulier, d'un évènement vécu ne peut se lire qu'à

la lumière du fantasme ; le traumatisme dépendant de la manière dont un évènement va être accueilli, élaboré et métabolisé par le psychisme. Cette naissance « aux portes de la vie », comme l'écrit la psychanalyste C. Druon (2009), peut précipiter les parents face au réel et aux angoisses de perte. Chaque femme sait, au moins inconsciemment, qu'en donnant la vie, elle donne dans le même mouvement la mort. F. Ansermet souligne l'importance du vœu de mort inconscient présent dans chaque naissance : « *On tue un enfant c'est un fantasme majeur, central, fortement refoulé, que met en jeu toute naissance* » (Ansermet, 2010, p : 66). La différence majeure dans ces situations de naissances très prématurées, c'est que le risque de mort pour l'enfant est réellement présent. C'est ce télescopage entre le fantasme, habituellement maintenu inconscient et la réalité qui peut s'avérer traumatique. En ce sens, face à l'irruption de ce réel que peut provoquer une naissance prématurée, nous sommes, selon lui, dans une clinique du traumatisme qui « *entraîne une abolition symbolique qui laisse sans représentations. (...) C'est ce trou qui fait trauma* » (Ansermet, 1999, p : 43). En effet, il évoque, au sujet de la réanimation néonatale, l'effroi avec son effet de sidération contrairement à l'angoisse qui en protège : « *l'effroi met l'accent sur le facteur de surprise alors que l'angoisse désigne l'état caractérisé par l'attente du danger et la préparation à celui-ci, même s'il est inconnu* » (*ibid.*, p : 42). « *L'effroi est un réel qui laisse le sujet sans recours, sans protection, sans les mots pour dire ni même un imaginaire pour narrer* » (Tyszler, 2017, p : 58). Il s'agit là du réel, au sens de J. Lacan : « *[...] le réel n'est pas cette réalité ordonnée par le symbolique, appelée par la philosophie "représentation du monde extérieur", mais il revient dans la réalité à une place où le sujet ne le rencontre pas, sinon sous la forme d'une rencontre qui réveille le sujet de son état ordinaire. Défini comme l'impossible, il est ce qui ne peut être complètement symbolisé dans la parole ou l'écriture et, par conséquent, ne cesse pas de ne pas s'écrire* » (Chemama, Vanderersch, 1998, p : 360). Pour sortir de la sidération, le désir doit être remis en jeu : « *désirer pour dé-sidérer* » (Ansermet, *ibid.*). L'enjeu étant de tenter de symboliser ce réel en soutenant un travail de liaison pour que l'évènement puisse peu à peu s'inscrire dans une continuité d'existence.

Ces considérations m'amènent à reprendre la définition du traumatisme de J. Laplanche et J-B. Pontalis, « un évènement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les

effets pathogènes durables qu'ils provoquent dans l'organisation psychique. Il se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif relativement à la tolérance du sujet et sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations » (1981, p : 499). Cette définition s'inscrit dans la deuxième théorie de l'angoisse de S. Freud en 1926 dans « Inhibition, symptôme et angoisse ». La « situation traumatique » est alors appréhendée autour de l'absence de la mère et du pénis avec l'angoisse de castration. C'est en remettant en question l'angoisse de castration comme seul moteur du refoulement, que S. Freud en vient, sous l'influence des travaux d'O. Rank sur la naissance à la première de toutes les séparations envisagées alors comme le prototype de l'état d'angoisse : « le processus de la naissance est la première situation de danger, le bouleversement économique produit par lui devient le prototype de la réaction d'angoisse » (1926, p : 63). Alors qu'O. Rank ramène toute angoisse à une tentative d'abrégir le traumatisme de la naissance, S. Freud refuse de voir une expérience subjective de la naissance pour le nouveau-né et relie ce prototype à l'inachèvement du nourrisson, qu'il qualifie d'état de détresse originaire du nourrisson, l'« Hiflosigkeit » jusqu'à ce que l'autre, le « Nebenmensch », littéralement : « humain proche », vienne à son secours. Néanmoins, il reconnaît l'existence d'une vie prénatale : « La vie intra-utérine et la première enfance sont beaucoup plus comprises dans une connexion de continuité que ne le ferait croire la césure impressionnante de l'acte de naissance » (*ibid.*, p : 79).

Cette conception du traumatisme en tant qu'irruption du réel se différencie de celui de l'après-coup comme écho de l'infantile. En 1892, dans « Etudes sur l'hystérie », S. Freud et Breuer qualifient le trauma comme un événement de l'histoire personnelle d'un individu auquel sont attachés des affects pénibles. La non-abréaction de l'évènement reste comme un corps étranger, source de symptômes. Quelques années plus tard, en 1895, la théorie de la séduction définit le traumatisme de nature essentiellement sexuelle et fait apparaître la notion d'après-coup avec celle de réminiscences. En 1897, après l'abandon de la théorie de la séduction pour une étiologie fantasmatique des névroses, la notion de traumatisme réapparaît dans les névroses traumatiques avec un syndrome de reviviscence et de compulsion de répétition. L'évènement traumatisant atteint un psychisme non préparé, vulnérable, ce qui crée l'effroi. La temporalité s'en trouve modifiée et le sujet ne parviendrait plus à s'inscrire dans une continuité historique où le

présent se tisse d'impressions laissées par le passé et de projections dans l'avenir. L'évènement traumatique introduirait une coupure laissant un passé inaccessible et une impossibilité d'anticipation. Le traumatisme de la seconde théorie de l'angoisse est envisagé comme une défense face à une menace de désintégration physique ou psychique face à une surcharge pulsionnelle intolérable (Freud, 1920). Un mouvement de repli sur les pulsions du Moi afin de tenter de préserver l'intégrité psychique s'opère au détriment des pulsions érotiques et de l'investissement libidinal. C'est ainsi que peut se représenter la difficulté d'investissement libidinal du bébé prématuré lorsque la mère reste marquée par cette naissance souvent réalisée en urgence qui ne permet pas d'être dans une anticipation adaptative et créative de la situation.

### 3.3.2. SÉPARATION MÈRE ENFANT

L'hospitalisation en service de néonatalogie qui suit immédiatement l'éventuelle réanimation du bébé très prématuré met à mal la première rencontre intime entre la mère et l'enfant et le sentiment de continuité nécessaire à l'établissement du lien. Les effets délétères des séparations précoces pour l'instauration des premiers liens sont reconnus. A ce sujet, P.-Cl. Racamier parle de la « *symbiose postnatale qui permet d'amortir la séparation* ». Or, dans le cas d'une naissance prématurée, la mère ne peut être dans cette « symbiose postnatale ». Son enfant dans une couveuse, elle ne peut le toucher, le sentir, le prendre dans les bras. Pour les bébés les plus prématurés, la mère peut également tenter de se protéger d'un investissement si le bébé venait à mourir. Cette hospitalisation peut empêcher le travail de remaniement de l'enfant imaginaire car ce serait au contact du bébé de la réalité que l'enfant imaginaire « céderait » peu à peu la place à l'enfant réel dans la tête de la mère. Or, en l'absence de l'enfant réel, le risque serait que la mère reste « accrochée » à l'enfant imaginaire. L'angoisse de mort ou de maladies associées à la séparation d'avec le bébé peuvent tisser des rêves de mort, de deuils, de souffrance qui participent au processus de maternité. La séparation avec l'enfant peut également générer des sentiments dépressifs lié au fait d'être en « mal de mère », en manque de « fabrication » de mère par l'enfant. Le père peut assurer à cet endroit une fonction primordiale de médiateur, d'interface, de liaison entre la mère et l'enfant lorsqu'ils sont hospitalisés dans des services différents voire des hôpitaux différents.

### 3.3.3. ENJEUX NARCISSIQUES

La naissance prématurée d'un enfant est également souvent vécue comme une profonde blessure narcissique de n'avoir pu mener à son terme la grossesse, d'avoir échoué dans sa capacité d'enfantement. Cette blessure narcissique associée à cet enfant qui ne correspond pas à celui que l'on attendait peut venir mobiliser l'ambivalence propre à tout désir d'enfant mais du côté de la polarité haineuse. En effet, il y a toujours un écart entre l'enfant imaginé et l'enfant existant qui confronte à la question de l'altérité. Mais face à un bébé né prématurément, cet écart s'en trouve redoublé et peut réactiver des fantasmes d'enfants monstrueux qui renvoient aux représentations terrifiantes du temps des théories sexuelles infantiles : *« le travail de maternalité passe par l'appivoisement de l'étrangeté du bébé. La rencontre avec le monde fascinant et inquiétant des origines, la réactivation de blessures anciennes ou de difficultés identitaires peuvent conduire à des représentations menaçantes terrifiantes et monstrueuses »* (Nezelof, 2011, p : 82). Ces enjeux narcissiques renvoient également à des enjeux identificatoires à sa propre mère qui sont traversés au cours d'une grossesse et de la naissance d'un premier enfant. La honte de ne pouvoir régler sa dette de vie peut également être à l'œuvre dans ces naissances interrompues (Bydlowsky, 2000, p : 48).

### 3.3.4. PROBLÉMATIQUE DE PERTE

La naissance prématurée de son enfant confronterait la mère à différents deuils : celui d'une grossesse idéalisée, d'une naissance « normale » et d'un enfant « parfait » (Druon, 2009). Du fait de l'interruption de sa grossesse, la femme ressentirait un sentiment de perte de son statut de femme enceinte, de manque lié à l'interruption du vécu corporel des dernières semaines de grossesse et de privation par la rupture brutale de sa vie fantasmatique : *« Cette rupture dans son cheminement fantasmatique met en difficulté la mère car elle ne lui permet plus la confrontation entre la réalité et ses rêveries. (...) Ce qui apparaît et risque de rester longtemps fragile, c'est la possibilité de rêveries attachée à cet enfant »* (Druon, 2009, p : 25). Druon évoque une *« préoccupation médicale primaire »* pour décrire ce dans quoi les parents se retrouvent propulsés dans les premiers temps de la naissance d'un enfant prématuré. Au milieu d'un univers médical, dans une angoisse de

survie de l'enfant, ces premières semaines d'hospitalisation en néonatalogie ne peuvent être sans effets dans la construction des premiers liens. Ces différentes réflexions issues d'une clinique auprès du bébé prématuré et de ses parents, situent le traumatisme à partir de la naissance de l'enfant qui ferait irruption dans un temps « paisible » de la grossesse. Or, sachant qu'un accouchement prématuré est le plus souvent précédé d'une hospitalisation pour MAP, s'intéresser à ce qui se passe psychiquement pour la mère avant l'accouchement et la naissance prématurée de l'enfant peut permettre d'apporter d'autres éclairages.

### 3.3.5. LIBIDINISATION DU LIEN

La naissance prématurée d'un enfant mettrait en exergue l'importance de la libidinisation du lien. Selon C. Vanier, psychanalyste, travaillant dans un service de réanimation néonatale de la région parisienne, l'hypothèse que le devenir des bébés prématurés dépendrait des représentations des parents sur leur enfant et des possibilités d'investissement libidinal du bébé, autrement dit de la capacité psychique de la mère à supposer du sujet à son bébé afin de pouvoir se le représenter et avoir du désir pour lui. La rencontre avec l'enfant ne peut se créer qu'à partir d'une séparation qui vient étymologiquement du latin « *parere* » qui signifie : faire naître. Elle évoque la nécessité de la symbolisation de la séparation dans la « tête » de la mère pour qu'elle puisse avoir du désir pour son bébé afin qu'il puisse advenir comme sujet : « *Une symbolisation doit pouvoir être possible pour eux afin qu'ils puissent continuer à imaginer cet enfant afin que le bébé ne devienne pas pour eux un simple objet de la médecine mais qu'il reste un enfant, leur enfant* » (2013, p : 34). Pour être investi comme objet de jouissance, le bébé doit être séparé psychiquement de sa mère : « *Le sujet est dans l'autre, le sujet est dans la mère, dans la mère qui le porte et qui se le représente séparé* » (2014, p : 114). Selon elle, la mère reconnaît son enfant comme autre, c'est ainsi qu'il lui échappe et dans le même mouvement devient le sien. Ces propos s'appuient sur la conception lacanienne du sujet : « *Le sujet naît en tant qu'au champ de l'Autre surgit le signifiant* » (Lacan, Séminaire XI, p : 148), repris par A. Vanier (1995) à propos de la supposition du sujet : « *Pour qu'il le devienne, il faudra d'abord, qu'on suppose du sujet chez le bébé* ». Or, selon elle, ce bébé arraché par deux fois : du ventre et dans la couveuse lui donne le sentiment de ne pas

avoir accouché. Cette séparation réelle qui vient « en plus » dans l'hospitalisation semblerait, en redoublant la coupure, l'annuler, c'est-à-dire empêcher sa symbolisation.

Cette théorisation nous rappelle qu'à la naissance, le bébé n'existe que dans et par sa mère ou tout autre personne qui s'adresse à lui, le nomme et a du désir pour lui. Pour naïtre psychiquement, l'enfant doit rencontrer l'Autre comme lieu de langage et d'adresse. Pour M.-P. Chevalérias : *« c'est la libidinisation du corps maternel et du corps de l'enfant, et non seulement la globalité des interactions sensorielles et affectives, qui est centrale, et c'est autour d'une confrontation à l'histoire même du désir, inscrit dans l'histoire et dans les repères symboliques, que se négocie le lien »* (1997, p : 140). Elle poursuit : *« Être connu mais surtout reconnu c'est ce qui permet à la mère de faire le lien avec la grossesse et de s'autoriser à être à son tour mère. La concordance des plaisirs et des désirs dans le temps d'intimité constitue la base narcissique du lien »* (ibid., p : 195). Le sentiment de reconnaissance qui soutient les identifications narcissiques participerait au nouage du lien : *« ce lien entre une mère et son nouveau-né fait partie d'un processus créatif qui est la résultante de cette confrontation mutuelle à l'énigme primitive que représente l'inconnu pour chacun »* (ibid., 2011, p : 184). Ce processus d'humanisation, créateur de lien intime, permettrait l'inscription de l'enfant dans son désir. Ces processus psychiques demanderaient à la mère d'être suffisamment en bonne santé psychique pour pouvoir d'une part être contenante et d'autre part prendre en compte l'altérité de son bébé pour pouvoir lui supposer du sujet et se laisser aller à la régression nécessaire aux rêveries maternelles et à l'entrée dans un état de préoccupation maternelle primaire (Winnicott, 1956).

### 3.3.6. IDENTIFICATION DANS LE LIEN ET REGARD AUREOLE

Au cœur de cet état particulier, D-W. Winnicott souligne l'importance de l'identification dans le nouage des liens précoces : *« ce qui est important à mon avis c'est que la mère en s'identifiant à l'enfant sait ce qu'il ressent et est donc en mesure de fournir presque exactement ce dont il a besoin en matière de maintien et d'une façon plus générale comme l'environnement »* (Winnicott, 1961, p : 149). Dans les situations de naissances prématurées, les processus identificatoires sont mis à mal par la confrontation à un enfant qui ne ressemble pas au bébé imaginaire, par la privation d'exercer sa fonction maternelle,

et par le fait d'être propulsée dans un environnement hospitalier. Même si d'autres autres (père, soignants) peuvent prendre le relais des soins maternels, la mère doit puiser dans ses ressources psychiques pour entrer dans cet état de préoccupation maternelle primaire : « Dans cet état, la mère peut se mettre à la place de son nourrisson. Elle fait alors preuve d'une étonnante capacité d'identification à son bébé, ce qui lui permet de répondre à ses besoins fondamentaux comme aucune machine ne peut le faire et comme aucun enseignement ne peut le transmettre » (ibid., 1961, p : 59). Le concept de regard auréolé de M-C. Laznik (2016) permettrait de penser et de repérer cliniquement, par sa présence ou par son absence chez les parents, l'investissement libidinal de l'enfant, base pulsionnelle des processus identificatoires dans le lien à l'enfant.

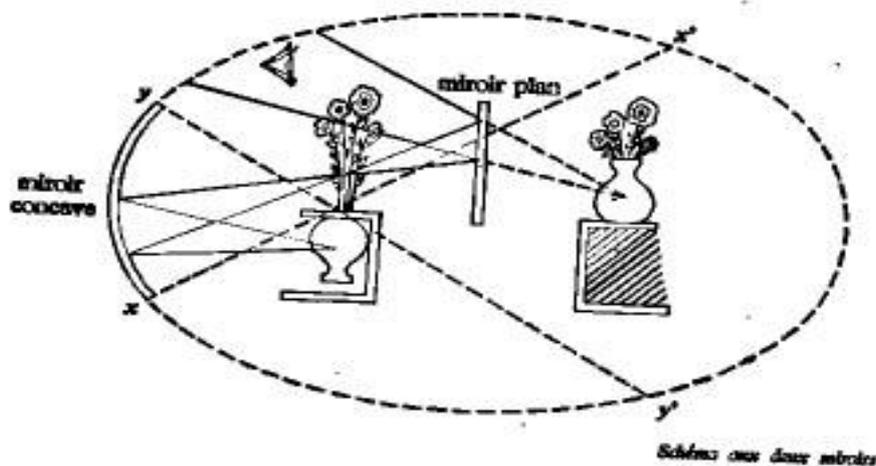


Figure 2. Schéma de Bouasse

En s'appuyant sur le schéma de Bouasse, elle compare le corps organique du bébé « en tant que pur réel » au vase et les fleurs « qui ne sont pas là mais qui donnent l'illusion d'y être, figurent l'investissement libidinal dont ce nourrisson est l'objet, l'auréole qui le divinise au regard des parents » (2016, p : 421). Le regard du parent sur son nouveau-né qui voit les deux : « l'organique dans sa nudité et l'investissement libidinal qui le rend majestueux » permet une illusion anticipatrice.

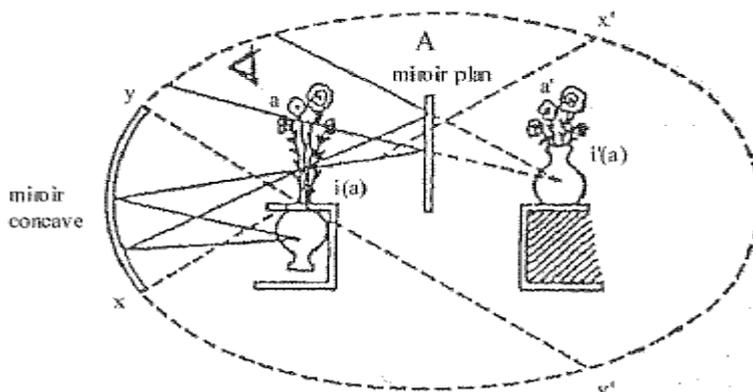


Figure 3. Schéma optique de J. Lacan

Dans un deuxième temps, en s'étayant sur le schéma optique de J. Lacan qui fait figurer le grand Autre en place de miroir plan : « c'est bien le regard de l'Autre primordial qui sert de miroir au sujet qui le regarde » (ibid., p : 426), elle précise l'importance du manque : « C'est un manque qui permet l'illusion anticipatrice du parent, l'investissement phallique narcissique du parent. Il fera aussi remarquer que c'est dans le regard voilé de l'Autre que se trouve la phallicisation de l'image » (ibid.).

Ce concept permet de mettre en lumière l'importance de la dimension imaginaire pour que le parent puisse investir libidinalement son enfant : « L'imaginaire sera la possibilité de voir ce qui n'est pas encore advenu, His Majesty the baby, là où il n'y a pour l'instant qu'un petit organisme bien fragile (...) Le bébé perçoit dans le regard et la voix de ces Autres, de ces prochains qu'il est source de plaisir et de joie. L'investissement libidinal phallique dont il est l'objet l'auréole de telle sorte qu'on oublie qu'il n'est pas grand-chose. Il devient alors His The Majesty The Baby (...) Mais c'est le regard émerveillé des parents qui lui confère cette aura qui le phallicise » (ibid., p : 418). Précisément, dans les situations de naissances très prématurées, le regard peut être vidé de sa dimension pulsionnelle par l'effroi de la vision de ce bébé si loin du bébé imaginaire. L'état de sidération de la mère lié au traumatisme de la naissance pourrait suspendre l'imaginaire, entravant ainsi l'investissement libidinal de l'enfant.

## **SYNTHÈSE DES APPORTS THÉORIQUES SUR LA CONSTRUCTION DU MATERNEL**

Les différentes recherches sur le fonctionnement du psychisme maternel dans le pré- et le post-partum mettent en lumière que les différents processus psychiques à l'œuvre permettent l'élaboration des événements physiologiques de la gestation, ce qui met en exergue l'importance capitale des différents temps de la grossesse. Au cours du troisième trimestre de grossesse, des représentations du bébé et de la séparation commencent à émerger, ce qui met en route un processus de différenciation entre la mère et l'enfant. Les différentes théorisations envisagent la grossesse comme un processus de maturation psychique qui entraîne une vulnérabilité psychique nécessaire pour pouvoir accueillir et s'ajuster à un bébé inconnu. Or, dans le cas d'une naissance très prématurée, la grossesse s'interrompt brutalement plusieurs mois avant le terme prévu. Différents travaux convergent vers l'hypothèse que la maturation des processus psychiques : de régression narcissique, de maturation psychique et de fantasmatisation à l'œuvre dans la construction du maternel serait alors entravée ou empêchée compromettant ainsi l'état de préoccupation maternelle primaire. Face à l'incertitude de la survie de l'enfant, la dimension imaginaire et fantasmatique serait parfois suspendue. La prématurité pourrait alors se penser non plus en termes de critères objectifs de poids ou de terme de naissance mais comme une temporalité bouleversée ou un imaginaire suspendu. Néanmoins, des ressources psychiques et intersubjectives seraient mobilisables pour échapper ou dépasser un éventuel état de sidération face à ce bébé né 'trop tôt'. Partons à la rencontre et à l'écoute de ces femmes primipares qui nous enseignent sur cette clinique de la prématurité.

DEUXIEME PARTIE

**ETUDES CLINIQUES**

ETUDE DE LA CONSTRUCTION DU MATERNEL DANS LES  
SITUATIONS DE GRANDE PRÉMATURITÉ À PARTIR DE  
DONNÉES CLINIQUES



*« Il y a quelque part une vérité, nous dit Lacan, une vérité qui ne se sait pas et c'est celle qui s'articule au niveau de l'inconscient. C'est là que nous devons trouver la vérité sur le savoir ».*

J. Lacan, Leçon du 7 mai 1969,  
Séminaire XVI, D'un à l'autre

# 1. Méthodologie de la recherche

## 1.1. PROBLÉMATIQUE

Selon la littérature scientifique, la grande prématurité est considérée comme un facteur de risque de maltraitance et de troubles du spectre autistique. La majorité des études mettent en avant les effets du traumatisme que peut représenter une naissance prématurée pour expliquer la difficulté de nouage des liens précoces entre la mère et son enfant en lien avec l'interruption brutale du processus maturatif de la grossesse. De cette réflexion ont surgi différentes questions : comment ce nouage est-il mis à mal ? La manière de tisser le lien avec son enfant serait-elle alors spécifique à ces situations ? Si oui, en quoi le nouage serait-il particulier par rapport à une naissance à terme ? Si, au contraire, les processus psychiques sous-jacents à la construction des premiers liens restaient les mêmes, leur mise à mal par les conditions de la naissance permettrait-elle de repérer plus précisément ce qui est essentiel à la mise en place du lien ? Ainsi, de la même manière que nous pouvons envisager la production d'un effet loupe de la prématurité pour le développement des fonctions psychologiques, pour *« analyser au ralenti comment se forment et se transforment les habilités du bébé dans la rencontre avec les humains et avec le milieu physique »* (Mellier, 2013, p : 6), pourrions-nous envisager la

naissance très prématurée du premier enfant comme un évènement permettant d'obtenir un effet « loupe » sur les enjeux psychiques à l'œuvre dans la rencontre entre une mère et son enfant ?

## 1.2. HYPOTHÈSE PRINCIPALE

Une naissance très prématurée mettrait en exergue les processus psychiques à l'œuvre dans chaque naissance, en dévoilant, à travers le décalage entre la naissance physique et psychique, l'importance de la libidinisation ou de la phallicisation du bébé prématuré dans la création du lien. En ce sens, la naissance très prématurée d'un enfant permettrait d'avoir un effet loupe sur la construction du processus de maternalité. Le postulat du traumatisme comme lié à l'évènement de corps et à la vision de l'enfant né très prématurément serait à nuancer. La poursuite des projections fantasmatiques et l'existence d'un regard « auréolé » sur l'enfant prématuré témoignerait d'une absence de traumatisme pour la mère. L'angoisse éprouvée par la mère serait davantage le signe d'un nouage fondamental non advenu, en lien avec la rupture d'avec l'enfant rêvé, qui se dirait à travers la possibilité psychique d'avoir ou non un regard auréolé sur son enfant.

## 1.3. HYPOTHÈSE SECONDAIRE

En référence à la pensée winnicottienne, l'environnement participe à la construction du lien maternel. Dans notre société contemporaine, la médecine prend en charge la grande prématurité et viendrait à ce titre prendre part à la naissance de l'enfant dans le sens où sa survie en dépend. Considéré comme un « autre » lesté d'une valeur particulière, le discours des professionnels médicaux peut avoir un impact psychique sur la façon dont se construit le maternel. Ceux-ci prennent appui sur un savoir médical défini ici par sa logique d'objectivation et de catégorisation qui aurait d'autant plus d'effets dans le nouage précoce que l'état prématuré du bébé mettrait à mal la dimension intersubjective. Dans la manière dont certaines mères parlent de leur enfant se repèrerait l'appropriation subjective de la catégorisation médicale des « grands prématurés ». Cette nomination

viendrait pallier une absence de représentations d'autant plus lorsque le vécu traumatique de la naissance empêcherait la poursuite des processus d'imaginarisation. Opérant une greffe symbolique, les projections fantasmatiques seraient alors relancées afin de pouvoir investir libidinalement l'enfant prématuré et d'entrer dans un état de préoccupation maternelle primaire. D'autre part, la logique d'objectivation et le rapport normé à la temporalité de la médecine renforcerait les difficultés de symbolisation de la naissance de leur enfant.

## 1.4. ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

Les choix d'ordre méthodologique apparaissent dépendants du discours théorique auxquels ils se réfèrent et se justifient. Mon travail de recherche se soutient d'une référence à la théorie psychanalytique.

### 1.4.1. CADRE ÉPISTÉMOLOGIQUE

Le cadre épistémologique de ma recherche est la psychanalyse. La psychanalyse est une méthode d'investigation et d'établissement de lois générales du fonctionnement psychique humain. La conception psychanalytique du fonctionnement psychique suppose la prise en compte de l'inconscient et de la dimension dynamique du sujet. La recherche clinique d'inspiration psychanalytique s'inscrit dans le champ de la subjectivité. Elle cherche à illustrer des phénomènes complexes et significatifs à partir de l'étude approfondie de situations singulières. La perspective étant de dégager des éléments significatifs des différentes situations rencontrées tout en préservant la singularité de chacune afin de mettre à l'épreuve des hypothèses en rapport avec une problématique, de faire progresser les arguments de la recherche et de tenter de fournir une interprétation de la situation ouvrant à la création de nouvelles connaissances. Autrement dit, il s'agirait « *de mettre au travail une clinique qui enrichit les savoirs dans le champ de la psychanalyse* » (Roman, 2014, p : 4). La recherche clinique d'inspiration psychanalytique ne s'inscrit pas dans une démarche objectivante. Nous ne sommes pas dans le registre de la preuve. Il ne s'agit pas de chercher à valider objectivement telle ou telle hypothèse. Il

ne s'agit pas non plus de prétendre constituer un savoir généralisable au sujet de la construction du maternel dans un contexte de grande prématurité.

En référence à la théorie psychanalytique, le clinicien chercheur tente de prendre une position d'ouverture et d'accueil au déploiement possible d'une parole subjective afin de se laisser enseigner par le sujet qu'il rencontre. En effet, le clinicien chercheur n'a aucun savoir sur l'autre et méconnaît en partie pour lui comme pour l'autre, ce qui le détermine. Ainsi, nous avons fait le choix d'aller à la rencontre de femmes sans avoir déterminé de problématiques a priori ; ces dernières se dessinant à partir de l'exploration de ce qu'elles peuvent dire de leur vécu de leur situation. L'enjeu étant alors d'ouvrir l'espace de parole à la singularité de chacune des femmes rencontrées à différents moments de leur grossesse et/ou après la naissance très prématurée de leur premier enfant et de tenter d'entendre quels impacts psychiques peut avoir cet événement dans la construction du maternel en fonction du processus d'historicisation des données de leurs histoires personnelles. Pour C. Revault d'Allonnes, psychologue clinicienne et chercheure au CNRS, « la spécificité de la démarche clinique réside dans l'analyse du positionnement du chercheur clinicien, c'est à dire dans le réglage de la distance entre le sujet chercheur et l'objet observé, le plus souvent constitué par un autre sujet » (Blanchard-Laville, 1999, p : 14). La psychanalyse comme cadre épistémologique place la relation transférentielle au cœur du travail de recherche. Il s'agit de travailler la dynamique de ce rapport qui s'élabore au fil de la recherche non seulement entre le clinicien chercheur et les sujets de la recherche mais également entre le clinicien chercheur et son objet d'étude. La subjectivité du clinicien chercheur faisant partie intégrante du champ d'étude demande à être analysée.

#### 1.4.2. CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Le cadre méthodologique est celui de la psychologie clinique. En effet, la psychologie clinique est à la fois un domaine (psychopathologie, souffrance psychique) et une méthode. La méthode clinique se définit par une démarche orientée sur la singularité prenant en compte la totalité de la situation et visant à produire des connaissances originales. Il s'agit donc d'une méthode qui permet d'inférer des considérations générales à partir d'analyse approfondie de la singularité des situations.

En référence aux travaux de J. Favez-Boutonier, professeur de philosophie et psychanalyste, personnalité marquante et fondatrice, avec D. Lagache, de la psychologie clinique en France, la méthode clinique serait l'étude d'une personnalité singulière dans la totalité de sa situation et de son évolution. Elle s'attache à l'être humain en tant qu'il existe et se sent exister comme un être unique ayant une histoire personnelle, vivant une situation qui ne peut être assimilée à aucune autre. Elle considère que dans la rencontre avec un sujet *« il faut absolument tenir compte de tout ce qui intervient dans l'existence du sujet en tant que sujet. C'est-à-dire que tout ce qui est subjectif au sens habituel du mot (tout ce que le sujet pense, tout ce qu'il sent, tout ce qu'il éprouve, toutes les expériences qu'il peut faire dans sa vie), tout cela a sa place dans la connaissance que nous tentons d'en avoir que nous cherchons à en avoir »* (1962, p : 97). Mais pour que cette subjectivité soit partageable, la rencontre clinique est nécessaire : *« Ce n'est que dans sa relation avec d'autres sujets que le sujet se saisit comme sujet, ainsi la subjectivité n'a pas de sens en dehors de l'intersubjectivité »*. Selon L. Fernandez, psychologue clinicienne et maître de conférences en psychologie et psychopathologie clinique, *« La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretiens, ...) de recueil in vivo des informations (en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte) alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas »* (2006, p : 4).

Plus précisément, la recherche en psychologie clinique qui se réfère à la psychanalyse s'inspire de la méthode clinique qualifiée de non-objectivante ou « naturaliste ». Selon J.-L. Pédinielli, psychologue clinicien et professeur émérite en psychologie et psychopathologie clinique, *« La "méthode clinique" vise donc à établir une situation de faible contrainte, pour recueillir des informations de la manière la plus large et la moins artificielle en laissant à la personne des possibilités d'expression »* (1999, p : 10). Cette méthode clinique, du grec « klinic » qui signifie au lit du malade, vient en opposition à la méthode expérimentale qui s'exerce en laboratoire et qui se veut objective et prédictive. Enfin, toujours selon lui, *« Le but de ce type de recherche est de fournir non seulement une théorie de la pratique (praxéologie), une théorie pour la pratique, mais aussi de restituer les relations entre l'objet étudié et son contexte tout en maintenant que l'objet est inséparable de celui qui l'observe »* (ibid., p : 12). Ainsi, nous pouvons entendre à la fois le mouvement

de va et vient permanent entre la théorie et la recherche qui fonde cette démarche de recherche en psychologie clinique, ainsi que l'importance de la dimension transférentielle qui se trouve être au cœur du dispositif.

Cette méthodologie nous amène également à penser les rapports entre la clinique et la recherche. Selon L. Fernandez, la recherche clinique « repose sur l'idée que la situation clinique est la source d'inspiration et le lieu d'élaboration de la recherche » (*ibid.*, p : 6). A. Blanchet (2000), psychologue clinicien et sociologue distingue, quant à lui, la recherche clinique et la recherche en clinique. Pour lui, « dans le premier cas, il s'agit d'une réflexion sur la pratique et, dans le second, d'une recherche qui tente de satisfaire aux critères scientifiques et s'exerce dans le champ de la psychologie clinique » (Mouras, 2001, p : 228). Il définit comme critères scientifiques le fait d'évaluer avec rigueur les situations cliniques, de mettre en évidence de nouveaux indices psychopathologiques et de clarifier les concepts.

Enfin, la psychologie clinique d'inspiration psychanalytique travaille sur le sujet dans sa singularité pris dans le lien social. La prise en compte du lien social se soutient de l'idée que le changement dans le lien social provoque un changement de l'expression de la souffrance du sujet dans le sens où le sujet se construit dans et par le lien social. Il est aux prises avec son évolution et des effets qu'il engendre sur le sujet qui a à s'en « débrouiller ». En l'occurrence, nous pouvons nous interroger sur la façon dont le sujet peut se débrouiller dans un contexte de surmédicalisation de la grossesse et de la naissance de son premier enfant dont sa survie dépend, pour se construire en tant que parent. La rencontre entre le sujet social et le discours de la médecine co-construisent des représentations et des valeurs qui « circulent » et participent à la façon de vivre la situation. Par exemple, une naissance à 33 SA ne se vit pas de la même manière au début des années 1980 et aujourd'hui en regard de l'évolution des prises en charge néonatales entraînant une diminution des risques de mortalité et de morbidité. De la même manière, une naissance très prématurée ne convoque pas le même discours environnant qu'une naissance à terme.

Mon travail de recherche en clinique se soutient d'une réflexion théorico clinique issue de ma pratique clinique. Mon travail en tant que psychologue clinicienne en psychiatrie

de liaison m'a permis de découvrir le milieu hospitalier. Nous appelons « psychiatrie de liaison » l'activité qui consiste à intervenir dans les services hospitaliers en venant d'un service de psychiatrie. Des pédopsychiatres, des assistants sociaux, des internes de psychiatrie, des éducateurs de jeunes enfants, des psychologues et parfois même des orthophonistes ou des psychomotriciens du service de psychiatrie infanto-juvénile interviennent dans les différents services de pédiatrie, de maternité, de néonatalogie, de gynécologie et d'obstétrique du même hôpital lorsque la prise en charge d'un patient le nécessite. En ce qui me concerne, je travaille en service de psychiatrie infanto-juvénile depuis presque quinze ans et j'interviens dans deux services de pédiatrie depuis six ans : celui des nourrissons (0-3 ans) et celui d'unité de soins continus (0-16 ans). Cette expérience me permet de mettre au travail la façon dont le soin psychique peut prendre place dans l'univers du soin somatique. La prise en compte de la subjectivité et des effets de la division du sujet dans le rapport au soin est à dialectiser avec l'approche médicale de la maladie. Dans le cadre de mes interventions, je suis amenée régulièrement à rencontrer des enfants nés très prématurément qui sont fréquemment hospitalisés après la sortie pour des difficultés respiratoires, alimentaires ou de sommeil. L'impact psychique de ces hospitalisations dans la construction des liens familiaux et plus particulièrement dans le lien mère-enfant n'est pas à négliger. Dans ces rencontres avec des mères ayant accouché très prématurément, j'ai été interpellé par l'impact psychique des angoisses de mort et l'intense culpabilité ressentie. Face à ce traumatisme, plusieurs d'entre elles tentaient de donner un sens à cet événement dans l'après-coup en avançant une explication psychogénétique. Sans doute à cet endroit s'entrecroisent ma clinique et ma recherche doctorale. Toutefois, dans un souci méthodologique, le recueil des données a été réalisé sur des terrains de recherche indépendants du lieu de ma pratique clinique. La séparation des terrains de recherche et de pratique clinique correspond à la fois à des besoins de la recherche pour cibler la population et à des questions éthiques. En effet, la position psychique de clinicien chercheur ne peut se confondre avec celle du clinicien au regard des enjeux transférentiels et contre-transférentiels.

### 1.4.3. OUTILS MÉTHODOLOGIQUES

La méthode clinique comprend différents outils méthodologiques : entretiens, tests projectifs, dessins, échelle d'évaluation, jeux, analyse de textes écrits, observation, ... Le choix de l'outil ou de la technique est dépendant de la visée de la recherche clinique. S'inscrivant dans le domaine de la recherche en psychanalyse, nous pouvons faire référence à Pascal Roman qui écrivait au sujet de la recherche en psychanalyse : « *c'est l'approche du cas, de la clinique du cas, à entendre du point de vue de la clinique du transfert, qui sous-tend la démarche de recherche et enrichit la compréhension des phénomènes (le fonctionnement psychique et ses marqueurs, les processus psychoaffectifs, la métapsychologie des troubles psychopathologiques, l'inscription dans la dynamique intersubjective...)* » (2014, p : 3).

Ainsi, j'ai choisi de mener des entretiens de recherche clinique dans la perspective du second niveau de la méthode clinique, soit l'étude approfondie du cas afin « *d'appréhender le sujet dans ce qu'il a de plus intime, de plus singulier et de plus irréductible marqué par l'Inconscient* » (ibid., p : 3). Faire le choix de laisser le temps à ces femmes de « se dire » afin de pouvoir repérer ce qui se dit mais aussi ce qui se cache ou reste secret et à quel moment de l'entretien et/ou des entretiens.

Considéré comme un matériel projectif, il était initialement envisagé de proposer à chaque participante la réalisation d'un génogramme. Son utilisation peut être considérée comme une « *radiographie* » (Cuynet et Mariage, 2004) de la représentation de l'enfant à venir, du couple et des relations transgénérationnelles. Le génogramme permet de « *solliciter la prise de conscience en levant partiellement le refoulement, comme le font toutes les techniques de représentation, et faciliter l'émergence du contenu fantasmatique en atténuant l'impact des émotions* » (Sommantico et Boscaino, 2007, p : 83). La consigne était la suivante : « *Pourriez-vous représenter votre famille sous la forme d'un arbre généalogique sur au moins trois générations ?* ». Pour les femmes rencontrées lors d'un unique entretien, il était proposé à la fin de l'entretien. Pour les femmes rencontrées à trois reprises, il était proposé à la fin du premier entretien. A la fin de la troisième rencontre, le génogramme réalisé devait être à nouveau présenté afin que le sujet de la recherche puisse apporter des modifications s'il le souhaite. Néanmoins, sans remettre en

cause la pertinence de l'utilisation de cet outil pour ma recherche, je n'ai pas su utiliser ce matériel projectif. Ma difficulté à s'approprier ce test a généré un manque de rigueur méthodologique entraînant un recueil partiel des données. Néanmoins, l'effet de cette proposition pendant la passation n'a pas fait l'objet d'une analyse particulière.

#### 1.4.3.1. *Entretien de recherche clinique*

L'entretien de recherche clinique est un outil de la méthode clinique. L'entretien clinique peut répondre à différents objectifs : diagnostiques, thérapeutique et de recherche. L'entretien de recherche clinique permet une appréhension et une compréhension du sujet par une centration sur le vécu subjectif et sur la relation transférentielle. Nous ne nous inscrivons pas dans une dimension de soins comme dans une relation thérapeutique où le patient vient à la rencontre du clinicien « supposé-savoir » avec une demande manifeste de résolution d'un trouble ou d'un symptôme, quand bien même cette demande n'est pas toujours si clairement exprimée. Dans un entretien de recherche clinique, la question de l'offre et la demande s'inverse. En effet, le clinicien chercheur demande à des personnes répondant aux critères retenus pour sa recherche de participer à celle-ci. Le sujet de la recherche accepte ou refuse de répondre à cette demande. L'asymétrie de ces positions est à prendre en compte et à analyser en tant que telle :

- le clinicien chercheur est en demande avec des attentes conscientes et inconscientes en lien avec son rapport à son objet d'étude et à la personne qu'il rencontre.
- le sujet de la recherche est volontaire et s'engage dans la recherche avec des motivations et des attentes conscientes et inconscientes.

Les motivations conscientes et inconscientes des femmes rencontrées dans ce temps particulier de leur existence à accepter de participer à cette recherche qui les mobilise affectivement m'a interrogée. S'engager à parler de leur vécu psychique au cours de la grossesse, dans un temps d'hospitalisation pour certaines et/ou après la naissance très prématurée de leur premier enfant n'est pas anodin. J'ai également été surprise par la grande disponibilité et l'investissement de ces femmes ; la très grande majorité ayant accepté de participer.

Sur 38 femmes rencontrées, 24 femmes ont accepté de participer à la recherche. Une fois engagées, seules 3 d'entre elles n'ont pas souhaité poursuivre après le premier ou le second entretien. Pour les 14 autres femmes rencontrées, 6 femmes ont refusé tout de suite et 8 ont renoncé dans un deuxième temps. Pour celles qui ont refusé, la moitié d'entre elles ont exprimé leur ambivalence par message écrit téléphonique comme par exemple : « *je ne suis pas douée pour parler de moi-même et de mes émotions et donc pas la mieux placée pour vos recherches* », « *j'ai peur de remuer le couteau dans la plaie* » ou encore : « *je ne suis pas sûre de pouvoir en parler* ». L'autre moitié a renoncé en raison de leur retour à domicile en cas d'hospitalisation pour MAP ou de leur accouchement prématuré.

Une différence est observable en fonction du terrain de recherche. Dans le cadre du DITAP : sur 6 femmes rencontrées, 5 ont accepté. En service de grossesses « à risques », sur 16 femmes rencontrées, 9 ont accepté de participer et 7 sont allées jusqu'à la fin du protocole. Pour la constitution du groupe témoins : sur 12 femmes rencontrées en service d'échographie, 7 ont accepté de participer mais trois ont renoncé dans un deuxième temps et les 5 cinq femmes rencontrées par l'intermédiaire de la sage-femme en libéral ont accepté. La dimension transférentielle avec la sage-femme en libéral ou avec une équipe de soins (DITAP/service de grossesses à risques) à laquelle j'étais identifiée soutenait l'accord à leur participation. L'offre d'entretien me semble avoir résonné pour la plupart d'entre elles comme une solution de compromis entre un besoin de parler et une difficulté à en faire la demande. Ainsi, il apparaît important de s'interroger sur l'effet potentiellement thérapeutique de ces entretiens à un moment donné de leur vie au cours de laquelle de multiples remaniements psychiques sont en jeu. Certes, la visée d'un entretien clinique dans une dimension thérapeutique ou dans une dimension de recherche n'est pas la même mais l'entretien de recherche clinique se soutient tout de même d'une approche clinique, à savoir accompagner le sujet dans la symbolisation de ce qui est en train de se dire ; c'est pourquoi, entre autres, une réflexion s'avère nécessaire sur les rapports entre la clinique et la recherche.

Le choix de proposer un entretien de recherche clinique plutôt qu'un questionnaire ou un test projectif se justifie par le fait qu'il constitue un outil privilégié dans l'approche dynamique des processus psychiques. Il n'y aurait pas de meilleure voie que l'étude de la

parole pour accéder à la pensée de celui qui parle. Mais de quelle parole parlons-nous ? Comment la recueillir, la travailler et la transmettre ?

#### 1.4.3.1.1. LA PAROLE SUBJECTIVE

L'entretien de recherche clinique référée à la théorie psychanalytique s'étaye sur l'hypothèse que la parole est un moyen d'accès aux processus inconscients, objet de la recherche en psychanalyse. En effet, la théorie freudienne postule l'existence de processus psychiques inconscients à l'œuvre dans toutes activités langagières. Selon O. Bourguignon et M. Bydlowski, la pratique de l'entretien de recherche clinique se base sur « *l'hypothèse fondatrice de l'existence de l'inconscient qui émerge dans l'espace du transfert et qui est véhiculé en partie dans le langage* » (2006, p : 58). Le discours du sujet apparaît soumis à partition sous l'effet de la division structurale du sujet. Ainsi, lorsque le sujet parle, deux niveaux s'enchevêtrent continuellement : le discours manifeste ou l'énoncé, soit ce que le sujet veut dire, et le discours latent ou l'énonciation, soit ce qui échappe au sujet. Les manifestations inconscientes se repèrent à travers les lapsus, les répétitions, les contradictions, les non-dits, les procédés défensifs, ce qui se produit comme non évidence de sens, ce qui se dévoile comme autre ou ce qui introduit un doute ou une coupure. Autrement dit, « *toute perturbation au niveau du discours qui signe la défaillance de la secondarisation sous l'impact d'un fantasme, qui sont des éléments renvoyant à l'inconscient* » (*ibid.*, p : 119).

#### 1.4.3.1.2. LA RELATION TRANSFÉRENTIELLE

L'entretien de recherche clinique concerne ce qui se passe entre les sujets dans une relation intersubjective dans un cadre spécifique déterminé par un contexte, un temps et un lieu défini. Il peut être considéré comme le « produit » de cette rencontre. Un lien intersubjectif se crée dans la rencontre entre deux subjectivités et se tisse au fil de ce temps d'entretien. Il apparaît fondamental d'analyser ce qui se dit à ce moment-là en regard de la construction de ce lien car le sujet construit sa parole dans ce lien qu'il tisse à celui à qui il s'adresse. Cette construction est faite de mouvements inconscients, pulsionnels, de résistances et de transfert. La clinique freudienne nous apprend que des processus psychiques comme l'identification, la projection, les procédés défensifs et les

déplacements transférentiels sont autant de mécanismes en jeu dans chaque rencontre. Il appartient au clinicien chercheur de repérer ce qui se mobilise psychiquement dans le lien qui se constitue entre le sujet de la recherche et lui-même. Pour ce faire, un travail d'analyse personnelle et de supervision nous paraît nécessaire afin de pouvoir prendre de la distance par rapport à sa propre subjectivité à l'œuvre dans la rencontre avec le sujet de la recherche mais également dans son rapport à son objet d'étude.

#### 1.4.3.2. *Entretiens semi-directifs*

Sont généralement distingué trois formes d'entretiens de recherche : non-directifs, semi-directifs et directifs. Dans le cadre de ma recherche, j'ai choisi de mener des entretiens semi directifs.

L'entretien semi directif se définit par « *l'attitude non-directive qui favorise l'expression personnelle du sujet est combinée avec le projet d'explorer des thèmes particuliers. Le clinicien-chercheur a donc recours à un guide thématique* » (Fernandez, 2006, p : 10). Un entretien semi directif offre la possibilité qu'une parole subjective puisse se déplier, se dérouler sans énoncer des problématiques à priori, tout en soutenant une dimension de recherche à savoir l'exploration de certaines thématiques. Afin de permettre au sujet de la recherche de pouvoir s'exprimer le plus librement possible sans idées à priori, j'ai souhaité introduire l'entretien de recherche de manière la plus ouverte possible :

« *Dans le cadre d'un doctorat en psychologie et psychopathologie cliniques, je mène une recherche sur le vécu psychologique de la femme au cours de la grossesse et de la naissance de son premier enfant. Pourriez-vous me parler de comment vous vivez votre grossesse ?* ».

En cas d'hospitalisation pour menace d'accouchement prématuré, je pouvais ajouter :

« *Pourriez-vous me parler de comment vous vivez cette situation ?* ».

Cette attitude non directive vise à soutenir l'expression du sujet et le maintien de son intégrité psychique. Cette formulation centre sur la singularité du sujet et lui demande un certain engagement affectif. Puis, l'entretien de recherche se construit au fil du discours, à partir de ce qu'amène le sujet afin d'essayer de l'entendre dans la singularité de son histoire. Les interventions du clinicien chercheur visent à éclaircir des malentendus, des

propos confus et/ou elliptiques, parfois à faire des liens tout en étant très attentifs aux limites du sujet qui se disent à travers des résistances : silence, non-dits, ...

La proposition de certaines thématiques revêt une double fonction : relancer la parole et recentrer le discours sur ce que le chercheur vise à explorer. Les thématiques ont été élaborées en amont en fonction des hypothèses de travail. Mes interventions et la manière de les formuler, corrélatives à mon cheminement au cours de ce travail de recherche ont évolué au fil des différents entretiens. Sans avoir procédé à une analyse rigoureuse dans le 'texte' des entretiens de recherche, il me semble avoir intériorisé la trame des entretiens ce qui m'a permis de rester peut-être davantage centrée sur l'objet de ma recherche tout en respectant le 'déroulement' subjectif de la personne.

En guise d'illustration, voici quelques thématiques proposées au cours des entretiens :

- Autour du moment de l'annonce de la grossesse et de son déroulement :  
*« Comment avez-vous appris que vous étiez enceinte ? Comment se déroule ou s'est déroulée la grossesse ? Comment vivez-vous les changements corporels liés à la grossesse ? Comment vivez-vous le ressenti des mouvements du bébé dans votre ventre ? »*
- Autour de l'attente et de la représentation de l'enfant et de sa venue :  
*« Est ce que vous aviez déjà pensé à avoir un enfant ? Quand est-ce qu'est prévue la naissance ? Est-ce le bon moment pour vous ? Avez-vous déjà pensé au fait qu'il pourrait venir plus tard ou plus tôt ? Comment vous imaginez vous votre enfant ? Connaissez-vous le sexe de votre enfant ? Comment avez-vous réagi à l'annonce du sexe ? »*
- Autour du désir d'enfant dans l'histoire personnelle de la femme et dans l'histoire de couple :  
*« Pourriez-vous me parler de comment s'est inscrit votre désir d'enfant dans votre histoire de couple ? »*
- Autour de l'inscription de cet évènement dans l'histoire du couple et dans l'histoire familiale :

*« Comment cette grossesse s'inscrit-elle dans votre histoire de couple ? Dans votre histoire familiale ? Que signifie « être enceinte » et « devenir mère » pour vous ? Dans votre famille ? »*

– Autour de sa propre naissance :

*« Que savez-vous sur votre naissance à vous ? »*

– Autour du vécu du père de l'enfant selon elle :

*« Comment pensez-vous que votre mari/conjoint vit/a vécu cette situation ? »*

– Autour des relations familiales :

*« Pourriez-vous me parler de vos relations avec votre mère ? Avec votre père ? Avec vos frères et sœurs ? Ont-ils déjà des enfants ? »*

– Autour de l'histoire singulière :

*« Quels seraient, selon vous, les évènements importants de votre histoire ? »*

Ces différentes thématiques, non exhaustives et formulées en prenant appui sur le discours de chacune d'elles, visent à explorer le vécu psychique de la grossesse et de la naissance de leur premier enfant ainsi que les données singulières de l'histoire personnelle des femmes rencontrées dans le cadre de ma recherche. Au-delà des spécificités liées par exemple au contexte d'hospitalisation, ce qui apparaît comme tout à fait important à mettre en exergue dans cette méthodologie, c'est le fait qu'il s'agisse des mêmes questions pour toutes les femmes rencontrées, ce qui permet d'avoir une approche comparative en fonction des conditions de naissance. De plus, le fait de les avoir rencontrées à trois temps différents pour les deux tiers d'entre elles m'a permis d'introduire une dimension évolutive. Cette dimension donne de la densité à ces entretiens car quelque chose de l'évolution des processus psychiques en fonction du moment de la grossesse et après la naissance de l'enfant peut être entendu.

#### *1.4.3.3. Principes éthiques*

Le cadre de la recherche s'inscrit dans une démarche éthique qui répond à plusieurs critères identiques pour chaque participante :

- Un consentement éclairé (cf. Encadré 1) a été soumis à signature afin que chacune puisse disposer d'une information claire sur l'objet de l'étude, son cadre et sur les publications afférentes.
- L'anonymat a été préservé en masquant l'identité de chacune et de chaque personne nommée à l'aide de pseudonymes. Les lieux de domicile et d'hospitalisation ont également été changé afin d'éviter tout recoupement possible.
- Toutes les informations recueillies sont confidentielles.

Et enfin, à la suite de le ou les entretiens de recherche, une proposition thérapeutique est possible si le sujet de la recherche en formule le souhait.

#### **FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT**

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

#### **Sujet de la recherche**

Dans le cadre d'un doctorat en psychologie clinique, je souhaite étudier le vécu psychique de la femme au cours de la grossesse et de la naissance de son premier enfant.

#### **Personnes responsables du projet**

Madame Cécile Bréhat, doctorante en psychologie clinique sous la direction de Madame Anne Thevenot, Professeure et de Madame Liliane Goldsztaub, Maître de Conférences à la Faculté de Psychologie de l'Université de Strasbourg.

#### **Méthode**

Je propose de réaliser des entretiens de recherche avec des femmes primipares et en couple. Selon la situation, un ou plusieurs entretiens de recherche (3 au maximum) peuvent être proposés sur le temps de la grossesse et après la naissance de l'enfant.

L'entretien de recherche peut durer environ 1 heure et sera enregistré sur bande audio. Ces entretiens peuvent être réalisés à votre domicile ou dans un bureau à la faculté de Psychologie de l'Université de Strasbourg selon votre convenance et en fonction de vos disponibilités.

En cas d'hospitalisation, les entretiens peuvent se dérouler dans votre chambre d'hôpital.

#### **Confidentialité et publications**

Tous les renseignements recueillis au cours des entretiens de recherches demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de vous identifier.

**Consentement libre et éclairé de la participante**  
 Je soussignée, \_\_\_\_\_ déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

**Signature :**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Déclaration de responsabilité du doctorant**  
 Je soussignée, Madame Cécile Bréhat, et ses directrice et co-directrice de thèse sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signatures :

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

*Encadré 1. Formulaire d'information et de consentement*

#### 1.4.3.4. Enregistrement et transcription des entretiens de recherche clinique

Les entretiens de recherche ont duré en moyenne une heure et ont tous été enregistrés, après accord préalable du sujet de la recherche (cf. Encadré 1). L'enregistrement des entretiens par l'utilisation d'un dictaphone permet de pouvoir être à l'écoute de la parole qui s'énonce à ce moment-là dans cet espace de rencontre. Il est également sa seule possibilité d'avoir une transcription intégrale afin de pouvoir travailler au plus près du texte et de pouvoir procéder à l'analyse de la relation transférentielle et contre-transférentielle. Seuls les entretiens de recherche faisant partie du corpus de recherche sont transcrits dans leur intégralité. Les transcriptions ne sont pas ponctuées avec les signes de la langue écrite. Les apostrophes ont été utilisées pour marquer les particularités de prononciation, comme par exemple : « *j'me suis r'trouvée* » ou « *j'suis* ». Chaque nouvelle intervention d'un locuteur est indiquée par un retour à la ligne et un changement d'attribut de caractère : en italique pour le chercheur. Afin de faciliter la fluidité de la lecture, des barres obliques « / » ont été utilisés pour scander le texte pour signifier les coupures de paroles, entre les répétitions, ... Ils sont également utilisés

comme des « barres » venant signifier des unités de sens en limitant le continuum de l'enchaînement des mots. Nous sommes à cet endroit au cœur de la difficulté de la transcription de l'oral à l'écrit. Pris dans une dimension transférentielle, la transcription de l'entretien ne peut en être exempte. Ce que j'interprète comme une unité de sens et que je tente de transcrire pour le faire entendre au lecteur se trouve évidemment pris dans les rets de ma subjectivité et dans des enjeux transférentiels. Les silences sont indiqués par des (...) afin de permettre au lecteur d'entendre la dynamique du discours. Enfin, les émotions tels que le rire, les pleurs, les sanglots sont précisées. Les expressions non-verbales comme les raclements de gorges, les chevauchements de voix sont notés. Et enfin, ce qui se passe pendant l'entretien comme les interactions avec l'enfant, les déplacements des personnes présentes au domicile (présence et éventuel départ d'un père, invités « surprises ») ou intervenant dans le milieu hospitalier participe également au déroulement de l'entretien. Ce qui se vit éclaire ce qui se dit à ce moment-là de l'entretien.

#### 1.4.3.5. Proposition d'un retour aux sujets de la recherche

J'ai proposé à chaque participante de leur faire un retour à l'issue de mon travail de recherche, ce à quoi elles se sont toutes dit intéressées. Cette proposition était formulée de cette manière : « *Seriez-vous intéressée par un retour sur mon travail de recherche lorsque je l'aurai terminé ? Comme cela, vous pourrez savoir à quoi vous avez participé* ».

A travers cette proposition, se dit quelque chose de mon rapport aux sujets de la recherche mais aussi à l'objet de la recherche.

##### 1.4.3.5.1. RAPPORT AUX SUJETS DE LA RECHERCHE

Nous pouvons interroger cette initiative qui se soutenait d'un désir de « régler » une dette. Je me sentais en dette de leur engagement dans ma recherche. Cette proposition vient comme un « cadeau » pour les remercier. Or, nous pouvons soutenir l'idée que chaque femme a accepté de participer à cette recherche pour des motivations inconscientes et conscientes : « *si ça peut servir aux autres* », besoin de parler de son histoire, de ses ressentis à ce moment-là sans pour autant pouvoir en faire la demande..., sans attendre un « retour ». Nous pouvons penser que chacune a dû y « trouver son

compte » d'une manière ou d'une autre. Dans la formulation « *Comme cela, vous pourrez savoir ce à quoi vous avez participé* », nous pouvons également entendre le souhait de restituer quelque chose à une supposée inquiétude : « Que va-t-elle faire de ma parole ? Comment va-t-elle la traiter ? ». Cette proposition répondrait à la projection d'un désir de transparence, de contrôle, et d'accès à un savoir.

#### 1.4.3.5.2. RAPPORT A MON OBJET DE RECHERCHE

L'objet de recherche est situé du côté du savoir. Il « produirait » du savoir qui pourrait être transmissible. La démarche de proposer une restitution aux sujets de la recherche se soutient aussi peut être de l'effet d'une pratique en tant que psychologue clinicienne. En effet, dans le cadre de mon travail, je suis amenée à réaliser des bilans psychologiques et à en faire des restitutions aux patients que je rencontre. Restituer quelque chose d'une parole adressée me paraît fondamental afin que le sujet puisse s'en saisir, se l'approprier et continuer à cheminer pour lui-même. Aussi, l'attente supposée des femmes rencontrées m'a amenée à penser qu'il était important de proposer une forme de restitution à travers la proposition d'un retour sur le « produit » de notre recherche. Or, peut-être il y a-t-il là une confusion entre la clinique et la recherche ? Reste à penser la façon dont je proposerai ce retour qui sera sans doute à discuter avec chacune en fonction de leurs attentes.

#### 1.4.3.6. *Analyse des entretiens de recherche clinique*

L'analyse qualitative des entretiens de recherche clinique vise à étayer et à faire progresser les hypothèses de recherche en rapport avec la problématique. Elle permet de dégager des éléments significatifs des différentes situations rencontrées tout en préservant la singularité de chacune. Ainsi, nous pouvons repérer deux niveaux d'analyse : l'analyse qualitative de chacune des situations et celle transversale de l'ensemble du corpus à partir d'axes de recherche définis par rapport à la problématique et aux hypothèses de recherche.

Le *premier niveau d'analyse* concerne l'appréhension de chaque vignette clinique de manière singulière. Après une lecture globale des entretiens de recherche destinée à saisir la situation en tant que telle, nous travaillons à repérer la singularité de la

construction discursive afin de saisir la logique interne de chaque entretien et les relations entre les trois entretiens. Comment le sujet de la recherche construit-il son discours ? Quels sont les enchaînements ? Comment associe-t-il à d'autres événements ? Comment évolue le discours entre chaque rencontre ? S'inscrivant dans une approche psychanalytique, l'entretien de recherche est appréhendé comme un texte. L'analyse de contenu selon les méthodes d'analyse de contenu (Bardin, 1977) par le repérage de la diversité et de la fréquence des thèmes ne suffisent pas à explorer la complexité d'un dire : dynamique du discours, procédés défensifs, ... La prise en compte de l'inconscient demande une analyse de la dynamique du discours (Azoulay & Emmanuelli, 2000 ; Maingueneau & Angermüller, 2007) à travers l'énonciation, la formulation du sujet. L'analyse de la formulation nous fait « entrer » plus en profondeur dans l'analyse de l'entretien de recherche. Elle ouvre à l'écoute un « autre » texte qui cherche à se dire au-delà de la signification. Cet « autre » texte en filigrane se décrypte peu à peu à travers le repérage de l'emploi des pronoms personnels ou impersonnels venant ainsi signifier une mise à distance, le repérage dans l'expression de la temporalité, dans les « ruptures » du discours (oubli, termes illogiques, lapsus, silences, ...), dans les signifiants, les répétitions, ... Cette analyse permet de repérer la dynamique psychique du sujet, les conflits psychiques ou les aspects fantasmatiques sous-jacents. En ce qui concerne, par exemple, le repérage des procédés défensifs, j'ai pris appui sur la grille d'interprétation psychodynamique du TAT de Chabert, Brelet et Foulard (2003). Le récit est appréhendé comme une reconstruction dans le sens où s'enchevêtrent dans le discours l'histoire racontée et la problématique sous-jacente « *dans un essai de reconquérir une continuité et une cohérence interne* » (Pédinielli, 1994, p : 114).

Le deuxième niveau d'analyse est celui de l'analyse thématique en rapport avec les hypothèses de recherche. Cette analyse n'est possible qu'après coup. Autrement dit, après avoir réalisé une première exploration des entretiens de recherche qui aura permis de dégager des problématiques « communes » à l'ensemble des situations. En effet, le choix d'aller à la rencontre de ces femmes sans avoir déterminé des problématiques a priori m'a permis d'être plus à l'écoute de ces femmes sans chercher à « trouver » des éléments de validation ou d'infirmité par rapport à des hypothèses de travail élaborées en amont.

Un *troisième niveau d'analyse* consiste à interroger les relations transférentielles et contre-transférentielles. Ces différents niveaux s'entrecroisent et se travaillent dans de multiples relectures à différents moments d'une réflexion théorico-clinique et dans des mouvements d'« allers-retours » entre la construction de la vignette clinique et l'élaboration de la recherche. Ce travail d'analyse se construit et se module dans une dynamique, et non par étapes successives.

## 1.5. DISPOSITIF DE RECHERCHE

Le dispositif de recherche a été construit afin d'approcher les spécificités de la construction du sentiment maternel lors d'une naissance très prématurée d'un premier enfant.

Pour appréhender les éventuels effets des circonstances de la naissance, j'ai pris contact avec des femmes primipares dans quatre cadres médicaux différents : un service de grossesses à risques et un service d'échographie d'un hôpital, un cabinet de sages-femmes en libéral et une Unité de Diagnostic des Troubles des Apprentissages et du suivi des Anciens Prématurés (DITAP) dans un service de pédiatrie afin de mettre à l'épreuve les deux conditions suivantes : naissances prématurées ( $\leq 33$ SA) / à terme ( $\geq 37$  SA) et grossesse avec ou sans MAP.

La double approche, à la fois prospective par la réalisation de trois entretiens pendant la grossesse et après la naissance de l'enfant, et rétrospective, par la réalisation d'un seul entretien au cours des six mois de l'enfant, permet de comparer, au-delà de la singularité de chaque situation, la façon dont est abordée la naissance prématurée d'un enfant en fonction de la temporalité dans laquelle elle prend place. Elle offre la possibilité d'analyser l'impact de la temporalité dans laquelle on s'inscrit sur la manière d'énoncer son vécu subjectif. Autrement dit, le fait d'avoir accès à la façon de se dire du sujet de la recherche au sujet de sa grossesse sans connaître au préalable son déroulement permettrait d'entendre ce qui pourrait se dire après une naissance prématurée à la lumière de ces premiers entretiens. Considérée comme une construction, une parole qui se tisse avant et après la naissance dans une rencontre transférentielle ne serait pas la même qu'une

parole adressée en après-coup de l'évènement. L'hypothèse étant, qu'en après-coup, l'évènement de la naissance prématurée viendrait peut-être faire écran à ce qui se passait avant. Cette méthodologie apporterait d'autres éclairages sur les processus psychiques en jeu que ceux des études uniquement rétrospectives.

*In fine*, trois groupes de cinq femmes ont pu être constitué : un groupe de femmes ayant accouché prématurément en urgence ou à la suite d'une hospitalisation pour menace d'accouchement prématuré (MAP), un autre de femmes hospitalisées en service de grossesses à risques pour MAP et un dernier dit « groupe témoin » de femmes ayant accouché à terme sans avoir rencontré de particularités médicales dans le déroulement de leur grossesse.

### 1.5.1. DONNÉES DE LA RECHERCHE

#### 1.5.1.1. Naissance prématurée/à terme – Grossesse avec ou sans MAP

Ainsi, le dispositif est pensé en fonction de deux données permettant d'explorer les hypothèses de recherche :

1<sup>ère</sup> donnée : Naissance du premier enfant prématurée ( $\leq 33$  SA) ou à terme ( $\geq 37$  SA)

2<sup>ème</sup> donnée : Grossesse avec ou sans MAP

	Naissances $\leq$ à 33 SA	Naissance à 34 SA	Naissance à 36 SA	Naissances $\geq$ à 37 SA	Données non connues
<b>Grossesses avec MAP</b>	5	0	1	3	2
<b>Grossesses sans MAP</b>	3	1	0	8	1

Tableau 3. L'ensemble des femmes rencontrées (n = 24)

	Naissances ≤ à 33 SA	Naissance à 34 SA	Naissance à 36 SA	Naissances ≥ à 37 SA	Données non connues
<b>Grossesses avec MAP</b>	10	0	3	9	3
<b>Grossesses sans MAP</b>	3	3	0	23	1

Tableau 4. Le nombre d'entretiens réalisés (n = 55)

### 1.5.1.2. Groupe témoins

Afin de mettre au travail l'hypothèse principale d'une spécificité de la construction du maternel lors d'une naissance très prématurée, j'ai constitué un groupe témoin de femmes enceintes pour lesquelles leur grossesse se déroule à priori sans particularités médicales. La visée de ces entretiens réalisés avec cinq femmes primipares est de repérer comment se construit pour elles leur maternalité au fil de leur grossesse et après la naissance de leur enfant afin de pouvoir comparer les femmes ayant accouché très prématurément. A la fin de la passation du protocole, sur les cinq femmes rencontrées, quatre ont accouché à terme et une seule femme, Emilie, a accouché prématurément à 34 SA ce qui correspond à une prématurité dite « moyenne » à la suite d'une pré-éclampsie. Emilie ne peut donc plus être intégrée dans ce groupe de « témoins » sans pour autant être intégrée dans les deux autres groupes.

Partant de l'hypothèse qu'étant donné sa prise dans le social, le sujet psychique se construit également à partir et au travers des discours qu'il rencontre, j'ai choisi d'aller à la rencontre des femmes accompagnées pour leur suivi de grossesse par une sage-femme en libéral et en service hospitalier afin d'en repérer les éventuels effets sur la construction du maternel. La modalité du suivi de grossesse introduit une nouvelle donnée dans ce groupe témoin afin de pouvoir explorer l'hypothèse secondaire, à savoir le rapport subjectif au discours des professionnels de soins. Ce choix se soutient de l'hypothèse que le discours véhiculé et les modalités d'accompagnement d'une grossesse et des premiers liens auraient un effet sur le vécu subjectif de la femme enceinte. L'hôpital est une institution qui fonctionne avec une logique médicale qui produit un discours qui peut être désobjectivant. Or, le discours d'une sage-femme serait davantage centré sur la

singularité de la personne et la prise en charge pensée de façon holistique. Le lieu en tant que tel : hôpital versus « hors les murs » de l'hôpital aurait également un effet sur le vécu subjectif. En effet, « aller à l'hôpital » peut être associé à de multiples représentations parfois anxiogènes. Or, un cabinet de sage-femme installée dans la cité, près de chez soi, suscite d'autres représentations qui peuvent être perçues comme davantage rassurantes et contenant. Cependant, au fil de la recherche, cette condition ne m'est pas apparue pertinente dans le sens où le lieu dans lequel je les ai rencontrées n'était pas représentatif du mode d'accompagnement de la grossesse. Certaines femmes rencontrées dans le service d'échographie de l'hôpital pouvaient tout à fait bénéficier également d'un suivi par une sage-femme en libéral et inversement.

### 1.5.2. POPULATION

La population rencontrée est celle du « tout venant ». Les participantes sont des sujets porteurs du désir de répondre à une demande de recherche. Même si des critères sont retenus, je n'ai pas posé de présupposés quant à la problématique psychique des sujets rencontrés. Les critères d'inclusion pour la participation à la recherche étaient les suivants :

#### 1.5.2.1. *Primipares*

J'ai fait le choix de ne rencontrer que des femmes primipares, évitant par là-même l'influence des expériences antérieures de maternité. Il m'a également semblé qu'une première naissance était sans doute émotionnellement traversée d'une façon plus intense et donc probablement plus significative. Cette idée repose sur des apports théoriques qui mettent en lumière que les enjeux psychiques mobilisés lors d'une première grossesse seraient spécifiques comme, par exemple, la réactualisation des fantasmes œdipiens, les enjeux narcissiques ou encore les questionnements autour de la féminité. C'est à travers la première grossesse que la femme peut advenir en tant que mère. Pour accéder à ce nouveau statut de « mère de », et n'être plus que la « fille de », des enjeux d'identification à la mère seraient à l'œuvre. Dans un après coup, au fil des rencontres, je me suis aperçue que les expériences antérieures de maternité ne se réduisaient pas à la naissance d'un enfant. En effet, les expériences de fausses couches, précoces ou tardives, d'IVG ou de FIV

étaient autant d'évènements marquants dans l'histoire personnelle de chacune qui venaient participer à la construction du processus de maternalité dans cette grossesse au cours de laquelle je les ai rencontrées.

#### 1.5.2.2. *Grossesse unique*

De nombreuses études épidémiologiques ont montré que le risque de grande prématurité est très fortement augmenté dans les grossesses multiples par rapport aux grossesses uniques et s'accroît avec le nombre de fœtus. La gémellité me semblait complexifier l'exploration de la construction du lien maternel, ce qui est une représentation tout à fait discutable.

#### 1.5.2.3. *En couple*

J'ai opté de rencontrer des femmes vivant en couple avec le père de l'enfant car la construction du maternel ne peut se penser sans la place qu'occupe le conjoint en tant que père dans l'économie psychique de la femme, même s'il s'agit toutefois de ne pas confondre la présence physique et la présence psychique du père. Le fait qu'elles soient en couple permet également de leur demander de parler, selon elle, de la place en tant que conjoint et/ou en tant que futur père de l'enfant pendant la grossesse, au cours de l'accouchement et des premiers temps de vie de l'enfant en termes d'accompagnement. En effet, dans les naissances prématurées, la place des pères peut s'avérer être spécifique dans une fonction de liaison entre la mère et l'enfant et/ou la mère et l'équipe soignante et médicale après l'accouchement et dans les premiers temps d'hospitalisation.

#### 1.5.2.4. *Majeures*

Le critère de la majorité a été choisi pour pouvoir rencontrer la personne sans avoir à devoir se situer par rapport à ses parents.

#### 1.5.2.5. *Francophones*

J'ai choisi de rencontrer uniquement des femmes francophones afin de les permettre de s'entretenir dans leur langue maternelle, sans l'intermédiaire d'un interprète, ce qui semble être un critère important pour pouvoir être dans une élaboration psychique.

### 1.5.3. CHOIX DES TERRAINS DE RECHERCHE EN FONCTION DES HYPOTHESES DE RECHERCHE ET MISE EN PLACE DU CADRE METHODOLOGIQUE

L'ensemble des participantes a été rencontré par l'intermédiaire de quatre lieux. Le recueil des données, soit l'ensemble de ces entretiens de recherche, s'est déroulé sur une période d'un an et demi à compter de l'été 2014 jusqu'en janvier 2016. Je présente ci-après ces quatre terrains de recherche dans l'ordre chronologique de ma démarche. Les entretiens menés sur les deux premiers terrains : unités de grossesse « à risques » et unité d'échographie et de diagnostic prénatal du service de gynécologie-obstétrique des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS) ont été réalisés sur une période de six mois. L'investigation sur le troisième terrain de recherche en cabinet de consultation de sage-femme en libéral s'est étalée sur une période de neuf mois. Et enfin, le recueil des données sur le quatrième terrain : une unité de diagnostic des troubles des apprentissages et de suivi des anciens prématurés, a recouvert une période de sept mois.

#### 1.5.3.1. *Service de grossesses « à risques », service de gynécologie obstétrique, HUS, Strasbourg*

En France, environ 60 000 enfants naissent prématurément, ce qui représente 7 % à 8 % des naissances dont plus de 10 000 enfants qui naissent « grands prématurés ». Ainsi, la possibilité de rencontrer une femme qui accouche très prématurément de son premier enfant semblait très aléatoire dans une population « lambda ». C'est ainsi que j'ai choisi d'aller à la rencontre de femmes hospitalisées pour MAP afin d'augmenter les possibilités de rencontrer des femmes qui accoucheraient très prématurément. La MAP se définit par l'association de modifications cervicales et de contractions utérines (plus de 10 par heure) entre 22 SA et 37 SA, pathologie évoluant spontanément vers un accouchement prématuré en l'absence de traitement. La tocolyse et la corticothérapie visent à faire cesser les contractions utérines et à accélérer la maturation pulmonaire du fœtus. La MAP est la pathologie la plus fréquente de la grossesse et la première cause d'hospitalisation pendant la grossesse (40 %), mais seules 20 à 40 % des patientes hospitalisées pour MAP dans un service de grossesses dite « à risques » auront effectivement un accouchement prématuré.

Pendant six mois, de septembre 2014 à février 2015, j'ai été accueillie en tant que psychologue-chercheur en psychologie dans le service de gynécologie et d'obstétrique des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg dans l'établissement de l'hôpital de Hautepierre. Grâce à l'accord du chef de service, le Professeur I. Nisand et en collaboration avec Mme D. Merg-Essadi, psychologue clinicienne exerçant dans ce service, j'ai pu intervenir à raison d'une à deux journées ou demi-journée par semaine dans le service des grossesses dites « à risques » (cf. Encadré 2).

### PRÉSENTATION DE NOTRE RECHERCHE AU PROFESSEUR I. NISAND

#### SUJET

Dans ce travail de thèse, je souhaite étudier **les processus psychiques, de la femme devenant mère d'un bébé prématuré**, lors de la grossesse et de la naissance de son enfant dans le cas d'un accouchement prématuré. J'interrogerai le sujet psychique dans son lien au social, autrement dit, il s'agira d'étudier les effets du discours social sur le vécu subjectif de la naissance prématurée d'un enfant pour une mère.

#### CADRE

Le cadre épistémologique de ma recherche sera la psychanalyse. Le cadre méthodologique sera la psychologie clinique. Ainsi, je propose de réaliser des **entretiens de recherche** et de procéder à une analyse du discours fondée sur l'hypothèse que la parole est un moyen d'accès aux processus inconscients.

#### POPULATION

Mon travail de recherche porte sur les **femmes primipares**. En effet, même si chaque grossesse est singulière, les enjeux psychiques mobilisés lors d'une première grossesse restent spécifiques comme par exemple, la réactualisation des fantasmes œdipiens, les enjeux narcissiques ou encore les questionnements autour de la féminité. C'est à travers la première grossesse que la femme devient mère.

Je précise également que je choisis de rencontrer des **femmes en couple** car il me semble que les possibilités de remaniements psychiques chez la mère dépendent aussi du « père dans la mère », même si la présence physique d'un père ne garantit en rien de sa présence psychique pour la mère.

Enfin, j'entends par « une naissance prématurée », une **naissance qui se situerait avant 33 SA**, ce qui correspond à une grande prématurité. Car si nous nous référons à la définition, une naissance prématurée est une naissance avant 37 SA, or une naissance prématurée à 36 SA n'a rien à voir avec une naissance à 25 SA. Ce choix est lié aux questions spécifiques que pose la grande prématurité, notamment en ce qui concerne l'hospitalisation de l'enfant.

#### DISPOSITIF

J'envisage de rencontrer trois groupes de femmes :

1er groupe : des femmes qui ont accouché prématurément (avant 33 SA)

2ème groupe : des femmes en situation de menaces d'accouchement prématuré

3ème groupe : des femmes enceintes « à l'aveugle » sur 3 temps : un premier entretien à 4 mois de grossesse, un deuxième à 8 mois de grossesse et un troisième à 1 mois de l'enfant ou au moment où elles le souhaitent.

En ce qui concerne le lieu dans lequel se dérouleront les entretiens, il me semble important de leur laisser le choix entre leur domicile ou un bureau à la faculté de psychologie de l'Université de Strasbourg.

En ce qui concerne les femmes en situation de menaces d'accouchement prématuré, si les entretiens se déroulent pendant le temps de l'hospitalisation, ils pourraient être réalisés en chambre d'hôpital.

#### **INTERETS ET PERSPECTIVES CLINIQUES DE CE TRAVAIL DE RECHERCHE**

Dans cette articulation au lien social, ce travail de thèse pourrait permettre d'interroger les dispositifs de soins actuels dans les services de néonatalogie à la lumière de l'éthique de la psychanalyse. Eclairer ce qui peut psychiquement se passer pour une mère dans la rencontre avec son bébé né prématurément dans un service de néonatalogie tel qu'il est pensé dans notre société pourrait apporter des éléments pour améliorer la prise en compte de la relation entre une mère et son enfant.

*Encadré 2. Présentation de notre recherche au Professeur I. Nisand, chef du service de gynécologie et d'obstétrique des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg dans l'établissement de l'hôpital de Hautepierre*

En collaboration avec l'équipe médicale et soignante, j'allais me présenter spontanément aux femmes hospitalisées qui correspondaient aux critères de ma recherche : femmes « primipares », grossesses uniques, terme inférieur à 33 SA, en couple, majeures et francophones. Dans un premier temps, je consultais la feuille d'admission du jour qui indique le nom de la personne hospitalisée, son terme, son diagnostic, son traitement et ses rendez-vous. Ces informations associées à la lecture du dossier médical me permettaient de déterminer quelles patientes correspondaient aux critères de notre recherche. Dans un deuxième temps, j'allais à la rencontre de la sage-femme référente de la patiente et éventuellement de l'interne afin d'examiner ensemble la possibilité d'aller à la rencontre de cette patiente. Ces échanges m'inscrivaient dans un travail d'équipe et me permettait d'obtenir des informations non-inscrites dans le dossier médical. Les effets éventuels de ces échanges sur le choix des situations n'ont pas été particulièrement analysés. Ils participent des enjeux transférentiels multiples dans lesquels s'inscrivent la sélection des situations cliniques. Dans ces échanges, il s'agissait également de clarifier le cadre de nos interventions et ma position de clinicien chercheur. Car, en effet, l'équipe soignante et médicale s'adressait également à une psychologue clinicienne avec une demande, confondant souvent le domaine de la recherche et celui de la clinique. A titre d'exemple, certaines sages-femmes ont souhaité m'orienter vers telle ou telle femme hospitalisée en fonction d'une souffrance psychique repérée par l'équipe. Cela pouvait se

dire sous forme d'une formulation telle : « *cela lui fera du bien de parler* », ce qui en soi peut être, en effet, un des effets d'un entretien de recherche clinique mais cela ne constitue pas une visée, ni un critère. Cette nécessité de clarification de ma position de clinicien chercheur était également nécessaire avec des femmes hospitalisées. Je me présentais aux patientes en tant que psychologue clinicienne intervenant dans ce service dans le cadre d'une recherche en psychologie clinique sur les femmes enceintes de leur premier enfant. Je prenais le soin de bien préciser la différence de notre intervention avec celle de Madame D. Merg Essadi, la psychologue du service qui accompagne au niveau thérapeutique les femmes hospitalisées qui le souhaitent. Cette précision me paraissait très importante à plusieurs titres : éviter les malentendus sur le cadre et la visée de mon intervention, qu'elles puissent entendre que cette proposition s'inscrit dans le cadre institutionnel du service et enfin qu'elles sachent qu'il est possible de faire appel à une psychologue clinicienne dans ce moment particulier d'hospitalisation.

Si elles l'acceptaient, je leur présentais :

L'objet et la visée de ma recherche : « *Je mène une recherche sur le vécu psychologique de la femme au cours de la grossesse et de la naissance de son premier enfant afin de mieux comprendre le vécu psychologique des femmes enceintes de leur premier enfant afin de mieux les accompagner* ».

Le protocole de recherche : « *Je propose au maximum trois entretiens : deux pendant la grossesse et un après la naissance de l'enfant afin d'entendre l'évolution de votre vécu. Cela dit, vous restez libre de poursuivre ou d'arrêter la recherche après chaque entretien* »

Les conditions de l'entretien : durée moyenne d'un entretien, enregistrement audio, confidentialité et anonymat, lieux possibles : dans leur chambre d'hôpital pendant le temps de l'hospitalisation, à domicile ou dans un bureau à la Faculté de Strasbourg après l'hospitalisation.

Certaines femmes acceptaient tout de suite de participer et nous prenions rendez-vous dans les jours suivants. D'autres femmes avaient besoin d'y réfléchir. Je leur proposais alors de les rappeler plus tard ou de repasser dans leur chambre d'hôpital selon leurs préférences. Il m'est également arrivée de revenir dans la chambre d'hôpital pour recueillir la décision de la patiente, or cette dernière avait accouché dans la nuit. Un

entretien que nous pouvons qualifier de clinique a alors eu lieu. Je ne me situais bien évidemment plus dans le cadre de la recherche mais je me suis rendue disponible à ce moment-là, à l'écoute de cette femme en détresse psychique qui avait besoin de parler et d'être entendue. A la fin de l'entretien, je lui ai parlé de la présence de la psychologue clinicienne du service et j'ai transmis à l'équipe soignante quelques éléments cliniques me paraissant utiles à la prise en charge de cette femme et de son bébé. Les effets du cadre de surveillance médicale et de soins dans lequel s'inscrivent ces entretiens de recherche seront à analyser.

Rencontrer une femme hospitalisée pour MAP permet également d'explorer l'impact psychique d'une hospitalisation sur le vécu psychique de la grossesse et de la naissance du premier enfant qu'il naisse prématurément ou non. Ce premier terrain de recherche a permis de rencontrer de manière prospective des femmes hospitalisées pour MAP sans savoir préalablement si elles allaient accoucher avant 33 SA ou à terme. Parmi elles, certaines ont accouché au terme de leur grossesse et d'autres ont accouché avant 33 SA. Un 1<sup>er</sup> entretien était proposé au début de l'hospitalisation. L'ensemble des entretiens a été réalisé entre 25 et 31 SA, soit au cours du 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> mois de grossesse. Un 2<sup>ème</sup> entretien s'est déroulé au cours de l'hospitalisation ou après l'hospitalisation selon l'évolution médicale de la situation. Ils ont eu lieu entre 26 et 35 SA, soit au cours des 6<sup>ème</sup>, 7<sup>ème</sup> et 8<sup>ème</sup> mois de grossesse. Le deuxième entretien a été proposé pour entendre l'évolution du vécu psychologique de la grossesse et de la situation d'hospitalisation et/ou de retour à domicile. Un 3<sup>ème</sup> entretien a été mené après la naissance de l'enfant. En cas d'accouchement prématuré, j'en étais informé par l'équipe du service de grossesses à risques et je contactais le sujet de la recherche par téléphone dans l'objectif de convenir du dernier entretien qui se sont tous déroulés à domicile. En cas de retour à domicile après l'hospitalisation pour MAP sans avoir accouché, nous avons convenu que je le recontacterai autour de la semaine suivant la date théorique d'accouchement. L'ensemble de ces troisièmes entretiens ont été réalisés entre 15 jours et 2 mois de vie de l'enfant.

1.5.3.2. *Service d'échographie et de diagnostic prénatal, service de gynécologie obstétrique, HUS, Strasbourg*

Ce lieu a été choisi afin de pouvoir rencontrer des femmes enceintes pour lesquelles leur grossesse se déroulait sans problèmes somatiques avec la représentation initiale que l'accompagnement de la grossesse se faisait uniquement dans le milieu médical.

Dans ce service d'échographie, j'ai travaillé en collaboration avec la secrétaire du service qui me donnait le nom et l'heure de rendez-vous des femmes qui correspondaient aux critères de ma recherche : échographie du 1<sup>er</sup> trimestre, « primipares », grossesses uniques, en couple, majeures et francophones. Je me présentais alors spontanément en salle d'attente à ces femmes en les invitant à me suivre dans un bureau du service afin d'écouter ma proposition, et ce, avant ou après leur rendez-vous d'échographie.

Je leur présentais la recherche de la même manière qu'aux femmes hospitalisées en service des grossesses à risques. J'ajoutais simplement que le premier entretien de recherche pouvait se faire à quatre/cinq mois de grossesse, le deuxième à sept/huit mois de grossesse et le troisième après la naissance de l'enfant et se dérouler dans ce même bureau, à leur domicile ou dans un bureau à la faculté de Psychologie selon leurs disponibilités et leurs convenances. Il me paraît intéressant de repérer que dans le cas d'une grossesse qui se déroule sans complications médicales, je pouvais me projeter dans le temps et énoncer des moments à venir ce qui n'était pas possible avec les femmes hospitalisées qui se retrouvaient prises dans un temps d'urgence, un temps devenu alors incertain et suspendu.

Ces trois périodes ont été déterminés en fonction des différents temps significatifs au cours du déroulement d'une grossesse et de la période entourant la naissance :

- à 4/5 mois de grossesse, ce qui correspond à une période de régression narcissique au cours de laquelle la femme reste centrée sur elle-même, sur le bébé qu'elle a été ou croit avoir été. Ces premiers entretiens se sont déroulés entre 13 et 23 SA.
- à 7/8 mois de grossesse, période au cours de laquelle « *la présence de l'enfant est déjà bien définie dans l'espace psychique maternel qui n'est pas emprunt des angoisses envahissantes liées à l'imminence de l'accouchement* » (Viaux et al, 2007, p : 416). Ces deuxièmes entretiens ont été menés entre 30 et 37 SA.

- après la naissance de l'enfant, entre deux semaines et deux mois, qui correspond à une période de sensibilité accrue au cours de laquelle la mère serait centrée sur son bébé. En référence aux travaux de Joëlle Rochette, deux mois correspondent également au tournant particulier que constitue la fin de la période des quarante premiers jours du post-partum, moment organisateur pour la dyade. L'ensemble de ces troisièmes entretiens a été réalisé entre 16 jours et un mois et demi de vie de l'enfant.

#### 1.5.3.3. *Cabinet de consultations de sage-femme en libéral, Obernai*

Ce lieu a été choisi afin de pouvoir rencontrer des femmes enceintes pour lesquelles leurs grossesses se déroulaient sans problèmes somatiques et dont l'accompagnement de la grossesse et éventuellement des premiers liens était pris en charge uniquement par une sage-femme en libéral.

En novembre 2014, j'ai rencontré une sage-femme, Madame N. Andrieu, installée en libéral à Obernai, petite ville du département du Bas-Rhin qui compte onze mille habitants, pour lui présenter ma recherche. L'idée étant qu'elle puisse proposer aux femmes qu'elle rencontre d'y participer selon les critères suivants : « primipares », en couple, majeures et francophones à l'aide d'un support écrit (cf. Encadré 3).

#### **PRESENTATION DE LA RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE**

##### **Sujet et intérêt de la recherche**

Dans le cadre d'un doctorat en psychologie clinique, je souhaite étudier le vécu psychique de la femme au cours de la grossesse et de la naissance de son premier enfant. Autrement dit, les aspects psychologiques de la grossesse et de la naissance d'un premier enfant pour une femme : la question de l'annonce, le moment de la naissance, ...

L'intérêt de cette recherche serait de mieux connaître ce qui se passe, d'un point de vue psychologique, pour les femmes devenant mère afin de mieux les accompagner.

##### **Personnes responsables du projet**

Madame Cécile Bréhat, doctorante en psychologie clinique sous la direction de Madame Anne Thevenot, Professeure et de Madame Liliane Goldsztaub, Maître de Conférences à la Faculté de Psychologie de l'Université de Strasbourg.

##### **Méthode**

Je propose de réaliser des entretiens de recherche avec des femmes primipares et en couple. Selon la situation, un ou plusieurs entretiens de recherche (3 au maximum) peuvent être proposés sur le temps de la grossesse et après la naissance de l'enfant.

L'entretien de recherche peut durer environ 1 heure et sera enregistré sur bande audio et, ce, à usage strictement personnel. Tous les renseignements recueillis au cours des entretiens de recherches demeureront strictement confidentiels.

Ces entretiens peuvent être réalisés dans un bureau à « La Bulle », à votre domicile ou dans un bureau à la faculté de Psychologie de l'Université de Strasbourg selon votre convenance et en fonction de vos disponibilités.

**Si vous voulez bien participer à cette recherche en psychologie clinique, vous pouvez me contacter directement au 06.67.33.6x.7x ou en faire part à Madame Andrieu qui me transmettra vos coordonnées.**

Madame Cécile Bréhat,  
Psychologue clinicienne,  
Doctorante en psychologie clinique.

*Encadré 3. Présentation de la recherche à Madame Andrieu, sage-femme en libéral installée à « La Bulle »*

En quatre mois, seule une femme m'avait contactée. En mars 2015, j'ai donc proposé de venir me présenter à une séance collective dans le cadre du suivi de grossesse. Les trois femmes présentes ont accepté de participer à ma recherche. L'effet de groupe qui s'est alors produit sera analysé dans la partie clinique. Je les ai toutes les trois recontactées la semaine suivante. Les entretiens pouvaient se dérouler au cabinet de consultations à Obernai, à leur domicile ou dans un bureau à la faculté de Psychologie à Strasbourg selon leurs disponibilités et convenances. Les entretiens de recherche ont été proposés aux mêmes périodes significatives que les femmes enceintes rencontrées au service d'échographie. Les premiers entretiens se sont déroulés entre 23 et 24 SA. Les deuxièmes entretiens ont été menés entre 32 et 37 SA. Les troisièmes entretiens ont été réalisés entre deux semaines et deux jours et un mois de vie de l'enfant. Le recueil de ces données s'est déroulé de janvier 2015 à septembre 2015.

#### *1.5.3.4. Unité de Diagnostic des Troubles des Apprentissages et de Suivi des Anciens Prématurés (DITAP), service de Pédiatrie, HCC, Colmar.*

Ce lieu a été choisi afin de rencontrer en après-coup des femmes ayant accouché avant 33 SA avec ou sans hospitalisation pour MAP.

En mars 2015, je suis allée à la rencontre du Dr Faivret, la pédiatre référente de l'unité DITAP faisant partie du service de pédiatrie des Hôpitaux Civils de Colmar. Je précise que j'interviens en tant psychologue clinicienne dans les unités des Nourrissons et de l'Unité

de Soins Continus de ce même service de pédiatrie. Dans un premier temps, nous avons déterminé que le Dr Faivret pouvait proposer aux femmes qu'elle rencontrait lors de ses consultations dans le cadre du suivi des anciens prématurés de participer à notre recherche à l'aide d'un support écrit que nous avons préparé (cf. Encadré 4).

#### **PRESENTATION DE LA RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE**

##### **Sujet et intérêt de la recherche**

Dans le cadre d'un doctorat en psychologie clinique, je souhaite étudier le vécu psychologique de la femme ayant accouché prématurément (avant 33 semaines d'aménorrhées) de son premier enfant.

L'intérêt de cette recherche serait de mieux comprendre ce qui se passe, d'un point de vue psychologique, pour les femmes devenant mères « prématurément » afin de mieux les accompagner.

##### **Personnes responsables du projet**

Madame Cécile Bréhat, doctorante en psychologie clinique sous la direction de Madame Anne Thevenot, Professeure et de Madame Liliane Goldsztaub, Maître de Conférences à la Faculté de Psychologie de l'Université de Strasbourg.

##### **Méthode**

Je propose de réaliser des entretiens de recherche avec des femmes primipares et en couple. L'entretien de recherche peut durer environ 1 heure et sera enregistré sur bande audio et, ce, à usage strictement personnel. Tous les renseignements recueillis au cours des entretiens de recherches demeureront strictement confidentiels.

Ces entretiens peuvent être réalisés dans mon bureau à l'hôpital du Parc à Colmar ou à votre domicile selon votre convenance et en fonction de vos disponibilités.

**Si vous voulez bien participer à cette recherche en psychologie clinique, vous pouvez me contacter directement au 06.67.33.6x.7x ou en faire part au Dr Faivret qui me transmettra vos coordonnées.**

Madame Cécile Bréhat,  
Psychologue clinicienne,  
Doctorante en psychologie clinique.

*Encadré 4. Présentation de notre recherche au Dr Faivret, pédiatre responsable de l'unité DITAP (Unité de Diagnostic des Troubles des Apprentissages et de Suivi des Anciens Prématurés) aux Hôpitaux Civils de Colmar*

Or, il s'est avéré qu'au regard des délais de consultations, nous dépassions les six mois de vie de l'enfant. Donc, dans un deuxième temps, nous avons pensé qu'il serait pertinent que nous puissions aller à la rencontre des femmes ayant accouché avant 33 SA dans le service de néonatalogie des Hôpitaux Civils de Colmar afin de leur proposer de participer à ma recherche. Cette démarche m'aurait également permise de rencontrer au quotidien l'équipe médicale et soignante afin de pouvoir entendre leurs expériences de la

prématurité. Cependant, pour des raisons institutionnelles, cette démarche n'a pu aboutir. Ainsi, avec le Dr Faivret, nous avons pensé à une autre manière de procéder pour pouvoir rencontrer ces femmes. Dans le cadre du suivi des « anciens » prématurés, les bébés nés prématurément sont amenés à faire un bilan neurodéveloppemental à 3-4 mois d'âge corrigé (soit 5-6 mois d'âge réel) en hôpital de jour en pédiatrie. Ainsi, en collaboration avec la secrétaire du service qui me donnait le nom et le jour d'hospitalisation du bébé, je suis allée à la rencontre des bébés hospitalisés et de leurs parents qui correspondaient aux critères de la recherche afin de solliciter leur participation. Les critères étaient les suivants : 1<sup>er</sup> enfant de la femme, né avant 33 SA, grossesse unique, vivant en couple, francophones et majeures. Ces temps de recueil des données s'est déroulé de juin 2015 à janvier 2016.

Cette première rencontre visait à présenter :

*L'objet et la visée de ma recherche : « Beaucoup de recherches sont réalisées sur le développement du bébé prématuré mais peu de recherches sur le vécu de la mère. Si je m'adresse à vous aujourd'hui c'est parce que je mène une recherche sur le vécu psychologique de la femme qui accouche très prématurément de son premier enfant afin de mieux comprendre comment une femme peut vivre cette situation pour pouvoir mieux l'accompagner ».*

Les conditions de l'entretien : un seul entretien avant les 6 mois de l'enfant, durée moyenne d'un entretien, enregistrement audio, confidentialité et anonymat, lieux possibles : dans un bureau du service de pédiatrie, dans mon bureau en pédopsychiatrie ou à domicile selon leurs convenances et leurs disponibilités.

Précisons que mon bureau en pédopsychiatrie se situe dans un autre bâtiment des Hôpitaux Civils de Colmar, ce qui permettait de proposer un autre lieu que celui associé à l'hospitalisation de leur enfant. Car, en effet, les bébés des différentes femmes rencontrées ont tous été hospitalisés dans le service de néonatalogie des Hôpitaux Civils de Colmar qui se situe dans le même bâtiment que le service de pédiatrie. Je leur demandais de venir seule. Face à la souffrance de certaines femmes rencontrées, j'ai été amenée à les orienter vers un pédopsychiatre. Je précise ce point car il vient mettre en lumière l'importance de travailler les rapports entre la clinique et la recherche afin de

maintenir une position éthique. En effet, un sujet de la recherche que j'ai orienté vers un pédopsychiatre avait demandé par l'intermédiaire de la secrétaire du DITAP si nous pouvions nous entretenir à nouveau. Cette demande était motivée par sa souffrance psychique. Cette femme s'adressait là à une psychologue clinicienne. Or, l'ayant rencontrée dans le cadre de notre recherche, je ne pouvais pas répondre à cette demande de prise en charge psychologique qui ne pouvait pas s'inscrire dans mon cadre de travail, même si bien évidemment j'ai pris le temps d'en parler avec elle afin de lui expliquer les raisons de mon refus à sa demande.

Dans cette approche rétrospective, un seul entretien de recherche clinique a été réalisé dans les six premiers mois de vie de l'enfant. L'ensemble de ces entretiens a été réalisé à cinq ou six mois de vie de l'enfant. Seul un entretien a été mené à deux mois de vie de l'enfant mais il s'agissait d'une femme rencontrée avant son accouchement en service de grossesses dites « à risques ». Le choix de cette période de six mois correspond à un compromis entre des enjeux éthiques, théoriques et cliniques. En référence aux travaux de J. Rochette deux mois de vie de l'enfant correspondent au tournant particulier que constitue la fin de la période des quarante premiers jours du post-partum, moment organisateur pour la dyade mère/enfant (Rochette, 2009). Cependant, dans un contexte particulier de naissance très prématurée, les deux premiers mois de vie se déroulent généralement en service de néonatalogie. Ainsi, il ne nous semblait éthiquement pas envisageable de prendre contact à ce moment-là. Aussi, six mois de vie nous semblaient être une période suffisamment distante pour pouvoir en parler sans être trop préoccupée de la question des premiers liens comme à huit ou neuf ans d'âge corrigé par exemple, période au cours de laquelle la question de la séparation serait réactivée avec la période de l'« angoisse de l'étranger ».

#### 1.5.4. RECUEIL DE DONNÉES

Mon travail de recueil de données sur les différents terrains de recherche m'a amenée à rencontrer vingt-quatre femmes enceintes et à réaliser cinquante-cinq entretiens de recherche. (Pour les femmes non retenues, je les identifie par une initiale.)

<b>1er GROUPE</b>	<i>Sujet de la recherche/ SA d'accouchement</i>			<i>Age réel de l'enfant</i>
<b>Naissance avant 33 SA avec ou sans MAP</b>	Juliette à 27 SA Sarah à 28 SA+5j Martine à 27 SA Sophie à 29 SA Barbara à 28 SA			2 mois 6 mois 2 sem. 5 mois 6 mois 3 sem. 6 mois
<b>2<sup>ème</sup> GROUPE</b>	<i>Sujet de la recherche/ SA d'accouchement</i>	<i>Terme en SA au 1<sup>er</sup> entretien</i>	<i>Terme en SA ou en âge réel au 2<sup>ème</sup> entretien</i>	<i>Age réel de l'enfant au 3<sup>ème</sup> entretien</i>
<b>Naissance avant 33 SA avec MAP</b>	Safia à 32 SA Alice à 33 SA Carole à 29 SA	32 SA 31 SA 29 SA	2 jours 33 SA 17 jours	1 mois 1 mois ½ ×
<b>Naissance après 33 SA avec MAP</b>	Emma à 36 SA Inès à 37 SA Mme K. à 39 SA Mme B. à 37 SA	29 SA 26 SA 31 SA 29 SA	31 SA 30 SA 35 SA 35 SA	3 sem. 1/2 1 mois 9 jours 15 jours 1 mois
<b>Données non connues</b>	Mme O. Mme D.	25 SA 28 SA	29 SA ×	× ×
<b>3<sup>ème</sup> GROUPE « TEMOIN »</b>	<i>Sujet de la recherche/ SA d'accouchement</i>	<i>Terme en SA au 1<sup>er</sup> entretien</i>	<i>Terme en SA ou en âge réel au 2<sup>ème</sup> entretien</i>	<i>Age réel de l'enfant au 3<sup>ème</sup> entretien</i>
<b>Suivi grossesse en milieu hospitalier</b>	Charlotte à 40 SA Clothilde à 38 SA Mme T. à 40 SA Mme D. à 39 SA Mme F.	19 SA 21 SA 16 SA 13 SA 23 SA	37 SA 33 SA 32 SA 30 SA ×	2 sem. 5 jours 1 mois ½ 1 mois 1 sem. 1 mois ×
<b>Suivi grossesse par une sage-femme en libéral</b>	Elodie à 39 SA Emilie à 34 SA Lisa à 41 SA+3j Mme J. à 39 SA Mme S. à 42 SA+2j	24 SA 23 SA 23 SA 23 SA 31 SA	33 SA 32 SA 37 SA 36 SA 1 mois ½	2 sem. 2 jours 1 mois 3 sem. 2 mois ×

Tableau 5. Ensemble des 55 entretiens réalisés avec les 24 femmes volontaires

Le nombre important d'entretiens de recherche découle de notre méthodologie. En effet, ignorant au préalable combien de femmes participeraient à l'ensemble du protocole, je suis allée à la rencontre d'un maximum de femmes correspondant aux critères de ma recherche. Une fois engagées dans la recherche, ma position éthique ne me permettait pas de mettre un terme en cours de protocole, même si j'en avais pour finir rencontrer suffisamment. 84 % de la population a participé jusqu'à la fin au protocole. Au regard de l'engagement que ces entretiens de recherche nécessitaient en termes de disponibilité physique et psychique, de mobilisation des affects dans un temps si particulier de la grossesse et de la naissance de son premier enfant, nous pouvons formuler l'hypothèse que cette participation s'est soutenue d'un besoin de parler peut-être nourri par un sentiment de solitude. Cette hypothèse d'un sentiment de solitude se soutient d'une réflexion clinique sur la prise en charge actuelle de la femme enceinte. D'une part, la grossesse serait très médicalisée et d'autre part, elle se vivrait paradoxalement dans une certaine solitude. Sur vingt-quatre femmes participantes, seules quatre femmes ont préféré ne pas poursuivre les entretiens, ce qui représente 16 % de la population. Pour trois d'entre elles : Mme O., Mme D. et Mme M, faisant parties du 2<sup>ème</sup> groupe, cette décision a été énoncée à la suite de leur retour à domicile après leur hospitalisation en service de grossesses à risques ou après l'hospitalisation de leur enfant en service de néonatalogie. Ces entretiens de recherche étaient associés au temps de l'hospitalisation. De retour à domicile, l'hypothétique désir de « passer à autre chose » allait peut-être de pair avec l'arrêt de la participation à cette recherche qui venait de fait mobiliser des affects importants, pouvant parfois être vécus comme menaçant le sentiment d'intégrité psychique. Bien évidemment, d'autres hypothèses sont envisageables, mais seule chacune d'elles pourrait en dire quelque chose. Pour la quatrième femme, Mme F., faisant partie du troisième groupe, l'entretien de recherche réalisé à 23 SA semble avoir été trop anxiogène pour elle en réactivant des souvenirs refoulés. Cet entretien de recherche a précédé l'échographie du second trimestre. En me quittant, elle m'a confié son inquiétude de ne pas sentir son bébé bouger. Ainsi, n'ayant pas de nouvelles, je me suis assurée que sa grossesse se déroulait bien d'un point de vue physiologique. Ma réaction d'aller vérifier que la rupture dans notre lien par son absence de réponse n'était pas en lien avec l'irruption dans la réalité d'une éventuelle difficulté dans le déroulement de la grossesse vient signifier quelque chose de la relation contre transférentielle avec ce sujet de la

recherche, mais également de ma subjectivité à l'œuvre avec une dimension fantasmatique venant remplir le vide laissé par l'absence de réponse et prenant appui sur cette dernière parole évoquant un fantasme mortifère. Le choix d'abandonner la participation à ma recherche s'est exprimé pour certaines par une mise en mots en expliquant les raisons et, pour d'autres, par une mise en acte en ne me répondant plus. L'absence de réponses m'a également interrogée au niveau de ma position éthique : comment interpréter les silences ? Quelque chose est-il à en dire à la personne ? Comment soutenir l'engagement dans la recherche tout en respectant la position subjective de la personne ? Nous pourrions développer ultérieurement ces différentes questions, prises dans des enjeux transférentiels. De manière générale, en l'absence de réponses, j'ai pris le parti de remercier par écrit les sujets de la recherche pour leur participation afin de clore quelque chose de cette démarche et ne pas les laisser dans une éventuelle culpabilité de ne pas avoir respecté leur engagement.

#### 1.5.5. SELECTION DES DONNEES ANALYSEES DANS LE CADRE DE NOTRE RECHERCHE

Ayant fait le choix d'une méthodologie qualitative d'analyse des données, je ne pouvais dans le cadre de cette recherche doctorale analyser de manière approfondie les cinquante-cinq entretiens composant notre corpus. C'est pourquoi j'ai dû effectuer une sélection. Pour différentes raisons que je vais exposer, j'ai procédé à un choix de situation de recherche par exclusion.

##### *1<sup>er</sup> groupe*

Toutes les situations répondent aux critères et au cadre de notre recherche.

##### *2<sup>ème</sup> groupe*

Les entretiens réalisés avec Mme O. et Mme D. sont d'emblée écartés car elles ont préféré ne pas poursuivre le protocole de la recherche. Ceux réalisés avec Mme CB sont exclus en raison d'un des trois entretiens qui a été réalisé sur Skype et ceux menés avec Mme MK ne sont également pas retenus car le motif d'hospitalisation était un retard de

croissance in utéro associé à un diabète gestationnel ce qui ne mobilise pas les mêmes enjeux psychiques qu'une MAP.

### 3<sup>ème</sup> groupe

Les entretiens avec Mme MT sont écartés en raison d'un niveau insuffisant de la langue française. Ceux avec Mme MD et Mme J. sont retirés en raison d'une panne d'enregistrement lors d'un entretien. Mme S. est entrée trop tardivement dans le protocole d'entretien. Et enfin, Mme F. n'a pas poursuivi la recherche suite au premier entretien.

Après le retrait des entretiens de recherche qui ne correspondent pas au cadre méthodologique de notre recherche, je retiens une population de quinze femmes volontaires pour la recherche. La population se divise en trois groupes, chacun constitué de cinq femmes. Le nombre total d'entretiens de recherche transcrits dans leur intégralité est de trente-cinq entretiens. Dans un souci d'anonymat et de facilité de lecture, j'ai donné des prénoms et des noms aux sujets de la recherche et non plus des initiales comme précédemment.

### 1.5.6. PROTOCOLE DE RECHERCHE

<b>1<sup>er</sup> GROUPE</b>	<i>Sujet de la recherche/ SA d'accouchement</i>	<i>Age réel de l'enfant</i>
<b>Naissance avant 33 SA avec ou sans MAP</b>	Juliette à 27 SA	2 mois
	Sarah à 28 SA+5j	6 mois 2 sem.
	Martine à 27 SA	5 mois
	Sophie à 29 SA	6 mois 3 sem.
	Barbara à 28 SA	6 mois

<b>2<sup>ème</sup> GROUPE</b>	<i>Sujet de la recherche/ SA d'accouchement</i>	<i>Terme en SA au 1<sup>er</sup> entretien</i>	<i>Terme en SA ou âge réel de l'enfant au 2<sup>ème</sup> entretien</i>	<i>Age réel de l'enfant au 3<sup>ème</sup> entretien</i>
<b>Naissance avant 33 SA avec MAP</b>	Safia à 32 SA	32 SA	2 jours	1 mois
	Alice à 33 SA	31 SA	33 SA	1 mois ½
	Carole à 29 SA	29 SA	17 jours	×

<b>Naissance après 33 SA avec MAP</b>	Emma à 36 SA Inès à 37 SA	29 SA 26 SA	31 SA 30 SA	3 sem. ½ 1 mois 9 jours
---------------------------------------	------------------------------	----------------	----------------	----------------------------

<b>3<sup>ème</sup> GROUPE « TEMOIN »</b>	<i>Sujet de la recherche/ SA d'accouchement</i>	<i>Terme en SA au 1<sup>er</sup> entretien</i>	<i>Terme en SA ou âge réel de l'enfant au 2<sup>ème</sup> entretien</i>	<i>Age réel de l'enfant au 3<sup>ème</sup> entretien</i>
<b>Suivi grossesse en milieu hospitalier</b>	Charlotte à 40 SA Clothilde à 38 SA	19 SA 21 SA	37 SA 33 SA	2 sem. 5 jours 1 mois ½
<b>Suivi grossesse par une sage-femme en libéral</b>	Elodie à 39 SA Emilie à 34 SA Lisa à 41 SA+3j	24 SA 23 SA 23 SA	33 SA 32 SA 37 SA	2 sem. 2 jours 1 mois 3 sem.

Tableau 6. Protocole de recherche

## 1.5.7. ANALYSE DES DONNÉES

### 1.5.7.1. Matériel discursif

Ayant réalisé des entretiens de recherche semi-directifs, le discours des femmes rencontrées est le seul matériel de la recherche.

#### 1.5.7.1.1. AXE D'ANALYSES DES ENTRETIENS DE RECHERCHE

Articulés aux hypothèses de recherche, les entretiens de chaque situation clinique ont été analysés selon deux axes.

1<sup>er</sup> axe : Construction du maternel.

Dans cet axe, sont analysées les données relatives au vécu de la grossesse, de l'accouchement et du nouage précoce avec l'enfant après la naissance et dans les premiers temps en les articulant aux données subjectives de l'histoire singulière, familiales et transgénérationnelles. Plus particulièrement, une attention particulière est portée à la façon dont, dans le discours de la mère, le père participe à l'investissement de la grossesse et des premiers temps avec l'enfant.

2<sup>ème</sup> axe : Rapport subjectif au discours médical dans la construction du lien maternel.

Dans ce deuxième axe est analysée la façon dont prend place le discours médical dans le discours de la mère au sujet du suivi de la grossesse et du vécu de l'hospitalisation.

#### 1.5.7.1.2. APPROCHE LONGITUDINALE

L'approche longitudinale du deuxième et du troisième groupe permet de repérer l'évolution des processus psychiques au cours de la grossesse et après la naissance de l'enfant pour chaque femme rencontrée.

#### 1.5.7.1.3. APPROCHE COMPARATIVE

L'approche comparative vise à explorer l'impact psychique dans la construction du maternel d'une hospitalisation pour MAP dans le vécu de la grossesse et le nouage des liens précoces que la naissance soit prématurée ou non. L'analyse comparative entre les deux premiers groupes et le groupe témoin met à l'épreuve l'hypothèse principale de recherche, à savoir : la naissance très prématurée d'un enfant permettrait d'obtenir un effet loupe sur la construction du processus de maternalité en dévoilant, à travers le décalage entre la naissance physique et psychique, l'importance de la libidinisation ou de la phallicisation du bébé prématuré dans la création du lien. Cette hypothèse amènerait à nuancer le postulat d'un traumatisme lié à l'effraction d'un évènement de corps. Ces analyses comparatives mettent également au travail l'hypothèse secondaire selon laquelle le discours médical, par sa catégorisation des « grands prématurés », viendrait pallier une absence de représentation lorsque le vécu traumatique de la naissance empêcherait la poursuite des processus d'imaginarisation. En revanche, sa logique d'objectivation et son rapport normé au temps renforcerait les difficultés de symbolisation de la naissance de leur enfant.

#### 1.5.7.1.4. APPROCHE PROSPECTIVE ET RÉTROSPECTIVE

Ces analyses s'inscrivent dans une double approche prospective et rétrospective qui permet de comparer la façon dont est abordée la naissance prématurée en fonction de la temporalité dans laquelle elle prend place. La façon de parler d'une naissance très prématurée de son premier enfant lorsqu'on se situe dans un après-coup de l'évènement diffère de la façon dont on peut en parler lorsque la parole s'inscrit dans la continuité d'une rencontre qui s'est faite avant et après l'évènement.

### 1.5.7.2. Observations des interactions avec l'enfant

De manière générale, les femmes qui ont accouché à terme semblent avoir eu plaisir à me présenter leur enfant à l'occasion du troisième entretien. Pour les femmes ayant accouchés prématurément, soit l'enfant n'était pas présent, soit il était mis à distance. Peut-être était-ce une façon de les protéger de leurs paroles chargées d'affects et de sentiments douloureux ? L'expression d'une blessure narcissique qui empêche d'être dans une posture de jouissance par rapport à cet enfant né trop tôt peut également s'entendre dans cette mise à distance.

Les troisièmes entretiens de recherche réalisés avec le 2<sup>ème</sup> et le 3<sup>ème</sup> groupe se sont tous déroulés à *domicile*, excepté celui de Carole qui m'a accueillie dans la Maison des Parents (destinée aux parents d'enfants hospitalisés) à l'hôpital de Hautepierre alors que sa fille Léa était encore hospitalisée en service de néonatalogie et celui de Clothilde qui s'est déroulé dans un bureau de la faculté de psychologie avec sa fille Lucile. A noter que, pour Clothilde, le fait d'être interne en psychiatrie infanto-juvénile rend le dispositif d'entretien familial, ce qui a peut-être influencé le choix de ce lieu. Ne pas m'accueillir à son domicile serait aussi une façon de maintenir une distance.

J'ai été très attentive à la façon dont les mères introduisaient ou non leur enfant pendant ce temps d'entretien et à la façon dont elles interagissaient avec lui en les interprétant comme des indicateurs participant à l'analyse de la construction du maternel. Je précise que, lors de la prise de rendez-vous, je n'ai volontairement formulé aucune indication afin de les laisser libre de choisir les modalités de la rencontre. Par ailleurs, aucune d'elles ne m'a demandée des précisions à ce sujet.

La *présence ou l'absence de l'enfant* à domicile est à prendre en compte de l'analyse transférentielle et contre-transférentielle. Sur les dix entretiens, seuls ceux avec Carole et Emilie ont été menés en l'absence de leurs enfants. Emilie a demandé à son mari de sortir avec leur fille pendant le temps de l'entretien. Au retour de sa fille à la fin de l'entretien, elle m'a montrée des photos d'elle mais ne me l'a pas présentée. Au regard de la souffrance qu'éprouvait Emilie à ce moment-là, sans doute était-ce un choix motivé par le souhait de pouvoir parler plus librement en l'absence de sa fille. Sept d'entre elles avaient leurs enfants dans les bras ou sous leur regard à proximité dans un transat ou un

couffin. Certaines étaient très heureuses de me présenter leur enfant dès le début de l'entretien, d'autres à la fin. Safia, qui a accouché à 32 SA, est la seule mère à ne pas m'avoir présentée son enfant alors couchée dans sa chambre au fond du couloir. Elle s'est levée à deux reprises pour aller la voir lorsque son mari ou ses beaux-parents s'étaient absentes. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour interpréter le fait de se présenter sans son enfant. Était-ce une façon de confier son enfant à la famille afin d'être plus disponible pour l'entretien ? Était-ce une manière de la garder pour elle ? Safia était précisément en difficultés pour s'adapter à son bébé dans la réalité. Se présenter sans son enfant était-il le reflet de sa difficulté à faire naître psychiquement sa fille ?

A titre d'illustration, voici un cours extrait de l'entretien de recherche avec **Clothilde** qui vise à montrer comment l'enfant est venu prendre place en tant que sujet pendant l'entretien :

« donc voilà on a dû se fâcher un peu / pour qu'elle sache que c'est nous qui décidions...

En s'adressant à sa fille : « hein grand-mère a essayé de prendre le pouvoir »

*(Rire commun)*

Et pis elle a eu du mal aussi au début / bon déjà il est toujours pas question de l'appeler grand-mère / mon papa il s'appelle grand-père lui-même / 'fin quand il parle à Lucile il se nomme grand-père... et depuis deux-trois semaines il dit grand-mère pour maman... et elle a l'air un peu constipé quand il fait ça hein et elle elle s'appelle pas du tout comme ça / et elle a mis beaucoup de temps à s'adresser directement à Lucile...

*Mais alors elle s'appelle comment*

Ma mère

*Oui non mais vous dites elle s'appelle pas elle-même grand-mère alors elle s'appelle*

Non elle s'appelle pas

*Elle s'appelle pas*

Pour l'instant / pis on verra

*T'as une drôle de grand-mère alors (en s'adressant à Lucile)*

Une grand-mère qui assume pas

*Ça la fait rire (rire)*

C'est bien / vaut mieux prendre ça comme ça hein chez nous... ouais

*Donc oui vous disiez elle avait elle a eu... elle a mis du temps à s'adresser à elle »*

Clothilde interpelle sa fille pendant l'entretien l'instituant à ce moment-là comme participante à ce temps d'entretien. S'ensuit un moment chargé d'affects liés au propos de Clothilde qui évoque le fait que sa mère ne se nomme pas en tant que grand-mère. Sensible à ce que je ressens comme une souffrance pour Clothilde, je m'adresse alors à Lucile en parlant de sa grand-mère tout en précisément la désignant à cette place. Sans doute, la résonance émotionnelle avec ma propre subjectivité est à l'œuvre. A cet endroit-là, il me semble m'être délogée de ma position de psychologue chercheur pour être davantage dans une position de psychologue clinicienne, ce que je ressens puisque que je reviens sur les propos précédents de Clothilde en en m'adressant à nouveau à elle.

Même si le dispositif de recherche n'a pas été pensé pour évaluer les interactions mère-enfant, l'observation de celles-ci participe à l'analyse des entretiens de recherche. Par exemple, la qualité des interactions observées entre Charlotte et son fils à la fin de l'entretien de recherche a permis d'apporter des nuances à son discours qui pouvait laisser entendre des difficultés d'ajustements relationnels.

« Ce qui rend une souffrance insupportable ce n'est pas tant son intensité que son non-sens. »

L. Israël (1968), *Le médecin face au malade*.

« Le fantasme permet de faire tenir ce qui ne tient pas tout seul. »

F. Ansermet (2015), *La fabrication des enfants, un vertige technologique*.

## 2. Analyse des données cliniques

### 2.1. PREMIER GROUPE

#### 2.1.1. ANALYSE DE L'ENTRETIEN DE RECHERCHE AVEC SARAH

##### 2.1.1.1. *Cadre de l'entretien de recherche*

Je suis allée à la rencontre de Sarah le jour de l'hospitalisation de Lola à l'hôpital de jour dans le cadre du suivi des anciens prématurés assuré par l'unité DITAP (Unité de Diagnostic des Troubles des Apprentissages et de Suivi des Anciens Prématurés) du service de pédiatrie des Hôpitaux Civils de Colmar.

A l'écoute de ma proposition, Sarah accepte volontiers de participer à ma recherche tout en précisant qu'il faudra avoir des mouchoirs à porter de mains dans le bureau. Elle fait également référence à son mari qui rédige sa thèse actuellement. Nous convenons d'un rendez-vous douze jours plus tard dans mon bureau de pédiatrie, jour qu'elle choisira en raison d'un autre rendez-vous dans la même ville. Au moment de la rencontre, sa fille Lola est âgée de six mois et deux semaines et est en bonne santé. Sarah a quarante ans. Elle a

une présentation assez discrète. Tout au long de l'entretien, elle parle d'une voix calme et profonde. Cherchant à se contenir, lorsque l'émotion est trop intense, elle alterne entre pleurs et silences. A un moment submergé par l'émotion liée à l'éventualité du décès de ces nouveaux nés prématurés, je lui propose de faire une pause mais elle souhaite poursuivre.

#### 2.1.1.2. Anamnèse

Sarah a rencontré Jean « assez tard ». Ils se sont mariés en 2010. Elle est tombée enceinte un an après l'arrêt de sa contraception. Sarah a fait une fausse couche tardive à dix-huit semaines d'aménorrhées, soit à quatre mois et demi. Quatre ans se sont écoulés jusqu'à ce qu'elle soit à nouveau enceinte avec une aide médicale à la procréation. À la fin du premier mois de grossesse, d'importants saignements lui ont fait craindre une nouvelle fausse-couche. Au regard de la fausse couche tardive précédente et de métrorragies précoces, un cerclage ainsi qu'un arrêt de travail lui ont été proposés à trois mois de grossesse « *pour ne pas prendre de risques* ». Suite à un écoulement du liquide amniotique, Sarah est allée consulter pour qu'« *on (lui) dise que c'était rien* ». Dans la même journée, Sarah a été transféré aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg pour une césarienne en urgence en raison d'une rupture prématurée des membranes utérines avec un risque sévère d'infection. Lola naît à vingt-huit semaines et cinq jours d'aménorrhées et est hospitalisée en service de réanimation néonatale. Seule une semaine dans ce service a été nécessaire car elle a su respirer de façon autonome assez rapidement. Lola a ensuite été hospitalisée deux semaines en soins intensifs avant d'être transférée dans le service de néonatalogie des Hôpitaux Civils de Colmar. Au cours de l'hospitalisation de Lola, Sarah était en chambre accompagnante à Strasbourg. Jean venait « *quand il pouvait* », essentiellement sur le week-end. Lola est rentrée à domicile à la suite de deux mois et demi d'hospitalisation, soit dix jours avant la date théorique du terme de la grossesse.

Au niveau professionnel, Sarah travaille en tant qu'aide à domicile. Jean est en doctorat et intervient à l'Université en tant que professionnel associé. Elle dit de lui qu'il serait « *maltraité* » par ses collègues. Il serait très occupé par ses recherches et très stressé par ses conditions de travail.

Au niveau familial, elle est l'aînée d'une fratrie de quatre enfants : le second est décédé à l'âge de quatre mois, la troisième a six ans de moins qu'elle et la quatrième onze ans de moins. Sarah ne parle pas de ses relations avec ses parents, ni avec ses frères et sœurs. Néanmoins, elle évoque la mort de son petit frère et celle de son oncle paternel lorsqu'il était âgé de huit ans. Elle précise que son père porte le même prénom que cet oncle décédé, ce qu'elle juge « malsain ». Son mari est enfant unique. Lola est donc la première enfant du couple et de la famille du côté paternel et maternel.

### 2.1.1.3. Analyse thématique de l'entretien et hypothèses générales

Sarah commence l'entretien en évoquant sa première grossesse. Sarah inscrit la naissance de Lola dans une histoire de couple qui a rencontré des difficultés pour avoir un enfant : fausse couche, traitement d'aide à la procréation. Elle s'attendait à ne pas avoir une grossesse « dans les normes » mais pas à ce que « ça arrive si tôt ». Sarah poursuit sur l'accouchement très prématuré de Lola et la rencontre avec ce bébé né trop tôt, « pas finie ». Elle parle ensuite de ses difficultés à rencontrer son enfant pendant les premiers temps et de son rapport à l'équipe soignante. Sarah poursuit sur un vécu de forçage par un rapport à l'alimentation de Lola. À la suite de ma question au sujet de la venue de Sarah dans la famille, Sarah parle à nouveau de ce bébé « perdu » et de sa difficile inscription dans l'histoire individuelle et familiale. Enfin, à la suite de mon intervention, elle évoque la construction de son sentiment maternel envers Lola dans ce contexte d'hospitalisation.

La fausse couche tardive semble avoir été traumatique pour Sarah. La naissance prématurée de Lola serait venue réactiver ce traumatisme en la confrontant à la question de la survie de son enfant. Ces événements dans sa vie semblent prendre un relief particulier par la résonance avec son histoire familiale marquée par le décès d'enfants sur trois générations : son puiné à l'âge de quatre mois, son oncle paternel à l'âge de huit ans et « des bébés » de la grand-mère maternelle. La trame fantasmatisée familiale serait celle d'une malédiction portant sur les garçons : « peut-être qu'on n'a pas le droit d'avoir des garçons dans la famille », répètera-t-elle en fin d'entretien. Parallèlement, Lola serait l'enfant à la fois née trop tôt dans la réalité et fantasmatisé trop tard pour « sauver » sa grand-mère paternelle. Sarah ne parle pas de ses relations familiales mais évoque, après l'arrêt de l'enregistrement, la relation de son mari à sa propre mère qu'elle qualifie de «

très fusionnelle ». La grand-mère paternelle de Lola est décédée en 2013 des suites d'une longue maladie. Son mari aurait éprouvé beaucoup de culpabilité d'être géographiquement loin de sa mère. Sarah ajoutera qu'« elle (la grand-mère paternelle) en rêvait d'une petite fille ou d'un petit fils (...) elle disait qu'elle serait guérie le jour où elle apprendrait qu'elle aurait un petit fils (...) c'est un bonheur qu'on lui a volé (...) le premier lui a pas donné un coup au moral ». La naissance prématurée de Lola résonne comme un échec. Sarah échouerait à satisfaire le désir œdipien de son mari. Au regard de sa place d'enfant qui a survécu à son petit frère, nous pouvons nous interroger sur la résonance inconsciente du désir œdipien de son mari de « donner » un enfant à sa mère pour la sauver. Pouvons-nous y entendre un déplacement de sa culpabilité inconsciente de ne pas avoir pu sauver son petit frère ?

Ainsi, deux fils fantasmatisés s'entrecroisent et résonnent ensemble autour du traumatisme de la naissance et de la mort. C'est comme s'il y avait une culpabilité à être vivante. Lola n'est pas morte car c'est une fille mais n'a pas sauver sa grand-mère paternelle comme elle-même n'a pas sauvé son petit frère.

#### 2.1.1.3.1. CONSTRUCTION DU MATERNEL

##### 2.1.1.3.1.1. VECU DE SA GROSSESSE : UNE GROSSESSE VECUE DANS L'OMBRE DE LA PRECEDENTE...

*Une grossesse « pas dans les normes » ou « à risques »*

Sarah se préparait à « avoir une grossesse (...) pas extraordinaire mais pas dans les normes » (l. 12-13). Elle parle encore de « grossesse chaotique » (l. 11). Cette idée d'une grossesse « hors normes » est associée à la trace laissée par la première grossesse qui s'interrompt à quatre mois de grossesse comme si Sarah ne pensait pas pouvoir mener une grossesse « normale », autrement dit sans difficultés. Nous pouvons également entendre cette interprétation dans un après coup de l'évènement, comme si finalement elle pouvait s'y attendre en regard de son histoire familiale et personnelle. Or, à plusieurs reprises, elle formulera : « on s'attendait pas à ça », ce qui évoque une certaine effraction propre au traumatisme. Ainsi, construire l'idée qu'elle pouvait s'y attendre serait peut-être une façon de se défendre du traumatisme vécu.

### *Traumatisme de la première grossesse*

Cette naissance très prématurée semble avoir réactivé un traumatisme vécu à la première grossesse par la confrontation au réel dévoilé par la perte de l'objet investi. En effet, dès le début de l'entretien, Sarah inscrit Lola comme sa deuxième enfant, « *c'était le deuxième en fait (...) on a perdu le premier* » (l. 4-6). L'emploi de l'imparfait vient à la fois inscrire ce premier bébé dans la lignée familiale en le considérant comme un enfant tout en l'annulant par l'emploi du passé, ce qui témoignerait d'un conflit psychique encore non élaboré au sujet de cette première grossesse. En effet, Sarah poursuit en disant « *j'ai fait une fausse couche à dix-huit semaines donc c'est la première qui arrive à terme en fin plus ou moins à terme* » (l. 6-7). Elle parle d'une fausse couche et non plus la perte d'un enfant. Lola devient « *la première qui arrive à terme* », ce qui résonne comme une solution de compromis pour ne pas effacer le premier bébé tout en situant Lola comme la première enfant.

En fin d'entretien, elle revient sur cette première grossesse pour évoquer la peur de la répétition. Lola est née le jour où elle a perdu ce premier bébé ; « *parce que le premier on l'avait aussi perdu avant Noël et elle est née à Noël aussi / c'était est ce que l'histoire se/ recommence pas* » (l. 517-519) La peur de la répétition serait un effet du traumatisme. Elle se nourrirait aussi de sa prise dans le roman familial qui semble s'enflammer quand un événement dans la réalité surgit. L'interruption de la première grossesse dans la réalité serait venue rejoindre le fantasme familial d'une malédiction, d'où les effets traumatiques. Après l'arrêt de l'enregistrement, Sarah parle à nouveau de cette malédiction en ajoutant : « *Peut-être que c'était un monstre (...) on a pu le voir vingt-quatre heures avant l'autopsie et l'incinération (...) je ne voulais pas le voir mais finalement on l'a trouvé très beau (...) tout était développé (...) c'était un bébé* ». Le fantasme d'avoir créé un « monstre » évoque l'idée d'une transgression : « on n'a pas le droit d'avoir des garçons ». La toute-puissance accordée aux fantasmes serait peut-être une manière de se défendre de sa culpabilité. Le recours à la pensée magique serait aussi favorisé par la régression inhérente au processus psychique de la grossesse. Ce fantasme parle de la façon dont elle s'est construite en tant que femme, mais aussi de l'ambivalence et des pulsions de mort à l'œuvre. Le surgissement de ce fantasme à l'endroit où la vie s'arrête en elle pourrait également être en lien avec la perte de son petit frère à l'âge de quatre mois dont elle ne parle pas. De la même manière,

Sarah éprouve des difficultés à parler de son vécu psychique. Ne pouvant parler pour elle, elle parle du vécu supposé de son mari. Ces difficultés d'élaborations peuvent être les traces d'un vécu traumatique.

#### *De la difficulté psychique d'être enceinte*

Après sa première grossesse, Sarah a dû attendre quatre ans pour retomber enceinte. Cette infertilité passagère peut s'entendre comme un effet du traumatisme vécu qui aurait atteint son sentiment de fécondité. En effet, Sarah évoque l'idée de ne plus être en état de féconder, d'être dans une incapacité procréatrice : « *mes ovaires sont fatiguées ou peut être trop vieux déjà ou j'en sais rien / trop usés* » (l. 93-94). Or, tous les résultats d'examens médicaux étaient « normaux ». Ces fantasmes qui évoquent une dévalorisation d'elle-même en tant que femme dans sa dimension procréatrice donne à entendre quelque chose d'une blessure narcissique peut être en lien avec sa position psychique en tant que femme et/ou de son désir infantile en lien avec ses identifications infantiles.

A différents endroits de son récit, Sarah exprime une agressivité envers certaines femmes enceintes dont elle a une représentation péjorative. Elle les qualifie de « petites » : « *je voulais pas jouer à la p'tite comme certaines qui ont mal partout qui /* » (l. 57) ou encore : « *ce que ce que je reprochais à certaines femmes de se rendre malade dès le début/ dès qu'elles étaient enceintes elles étaient invalides/ j'ai dû le vivre/ **j'ai dû me forcer à le faire*** » (l. 164-166). Ces réactions défensives peuvent s'entendre comme l'expression d'une ambivalence face au phénomène gestationnel et peut être plus particulièrement d'une difficulté à entrer dans une position passive. Sarah a eu le sentiment de devoir se forcer à être maternée par un environnement « *aux petits soins* ».

Sarah s'attendait à accoucher plus tôt que prévu : « *je m'attendais à ce que **ça** arrive plus tôt que prévu mais pas si tôt* » (l. 23). Ce ressenti repose, entre autres, sur une interprétation des mouvements ressentis du fœtus : « *avec les coups qu'elle me donnait* ». La vitalité du fœtus est alors interprétée comme l'expression d'une volonté du fœtus de sortir du giron maternel. Ce fantasme peut s'entendre comme la projection de sa difficulté à supporter un autre en soi. A ce sujet, elle emploie le pronom démonstratif « ça » pour parler de la naissance, ce qui laisse entendre la difficile symbolisation de cet évènement.

## 2.1.1.3.1.2. VECU DE L'ACCOUCHEMENT PREMATURE OU L'ABSENCE D'ACCOUCHEMENT

Dès le début de l'entretien, Sarah raconte à mi-mots qu'elle a mis trois semaines à venir consulter à partir du moment où elle a senti un écoulement du liquide amniotique : « *le quatre décembre j'ai perdu du liquide et le vingt-cinq ça continuait un p'tit peu encore/ donc on est allé consulter et c'était du liquide amniotique* » (l. 15-17). Plus tard dans l'entretien, au sujet du vécu de sa grossesse, elle évoquera à nouveau « *juste ce liquide bizarre* » comme si ce liquide n'était toujours pas pensé comme du liquide amniotique. Les formulations en après-coup laissent entendre une mise à distance voire une dénégation de ce qui se passait dans son corps de femme enceinte. Le traumatisme de la première grossesse associée à une difficulté dans le positionnement psychique auraient fait écran aux éprouvés corporels propre à la grossesse. Coupés de ses ressentis, Sarah n'aurait pas pu les vivre pour pouvoir les interpréter.

Le récit de l'accouchement dégage une impression de vide : « *il fallait faire la césarienne le jour même (...) et puis bon ben du coup le soir à huit neuf heures le soir elle était là* » (l. 178-181). C'est comme s'il n'y avait rien entre ces deux moments de l'accouchement et de la naissance, comme s'il n'y avait pas de travail psychique, pas de passage. L'absence d'éprouvés corporels empêcherait l'inscription symbolique de l'accouchement. En effet, un peu plus loin dans l'entretien, Sarah parle de l'absence de ressentis corporels : pas de douleurs d'accouchement, pas de contractions. Cette absence d'expériences corporelles inscrirait difficilement ce moment comme un évènement.

## 2.1.1.3.1.3. NOUAGE DU LIEN PRECOCE

Sarah parle d'emblée de sa rencontre avec Lola sous le sceau du manque d'humanité. A plusieurs reprises, elle dit : « *c'est pas un bébé normal* », « *c'était pas des vrais pleurs de bébé* », « *ils sont pas des vrais bébés* » ou encore : « *c'est pas qu'elle est pas finie* ». L'ensemble de ces dénégations souligne la difficulté de la confrontation à un sentiment d'étrangeté, « *c'est vraiment une demi portion et avec des traits pas très jolis* » (l. 225). Derrière ce manque d'humanité, Sarah évoque la difficulté psychique de ne pas se reconnaître en elle : « *on voit pas de ressemblances (...) il y avait rien* » (l. 263-264). Ce « rien » résonne en écho avec ce sentiment de vide de l'accouchement et laisse une impression d'inquiétante étrangeté. A travers un lapsus, Sarah dévoile son envie de fuir.

Lorsque je l'interroge sur le moment de la rencontre avec Lola, elle dit ne plus se souvenir et parle du choc pour son mari « *il était un peu choqué aussi* » (l. 222). Entendant qu'elle ne peut parler d'elle qu'en passant par son mari, je reprends « *Donc il était choqué alors ?* ». Sarah répond : « *oui ben il m'a laissé partir d'ici parce qu'on a le chat à la maison* » (p : 228) au lieu de « *ils l'ont laissé partir* ». C'est-à-dire qu'à l'endroit du souvenir de la rencontre avec sa fille qui a été un choc, Sarah revient sur le choc précédent : celui de l'annonce de l'accouchement en passant par son mari. Ce lapsus vient dire son envie de fuir avant l'accouchement et peut être aussi après la naissance de Lola.

Puis Sarah évoque sa difficulté à entrer en lien avec cet enfant en parlant du toucher : « *je me suis pas sentie tout de suite euh/ j'ai pas sentie tout de suite le lien ou on nous on nous balance dedans et on nous force à faire* » (l. 623-624). Nous retrouvons la dimension du forçage déjà présente lorsqu'elle parlait du vécu de sa grossesse. Sarah répète à plusieurs reprises le verbe « forcer » : forcer à faire des gestes, forcer à se nommer mère, forcer à la toucher, ... Ce ressenti de forçage peut être mis en lien avec le traumatisme de la rencontre et de la difficulté à s'identifier à ce petit être que l'on ne parvient pas à reconnaître comme le sien tant il est « être-ange ». Ce défaut d'investissement se dit dans l'absence d'envie de le porter, d'en prendre soin : « *il fallait les faire et c'est vrai que j'étais/ on a forcément peur de la toucher de la prendre et voilà mais il fallait quand même qu'il y ait un lien* » (l. 635-636). Sarah se situe du côté de l'obligation mais pas du désir. Elle est empêchée dans son mouvement d'identification à son bébé.

En fin d'entretien, Sarah situera le premier « peau à peau » comme un moment inaugural du sentiment d'être la maman de cet enfant-là et ce avec beaucoup d'émotions. Le surgissement de l'émotion serait peut-être à entendre comme l'expression de l'émergence d'un nouage symbolique à ce moment-là de l'entretien qui donne la portée symbolique à ce souvenir.

Malgré mes sollicitations, le père de Lola est peu présent dans son récit. Elle le décrit davantage comme étant absent psychiquement, préoccupé par son travail universitaire et « maltraité » par ses collègues. L'indisponibilité psychique de son conjoint en tant que père de son enfant semble être acceptée passivement : « *papa peut pas être là mais il sera là quand il pourra* » (l. 342). Le fait de formuler « papa » comme s'il pouvait s'agir de son

propre père s'entend mais reste difficilement interprétable à la lumière de ses coordonnées subjectives dans la mesure où Sarah ne parle pas de ses relations familiales, excepté pour aborder le drame familial qu'a été le décès de son petit frère. Sarah vivrait cette expérience de maternité dans une certaine solitude. Accepter de participer à cette recherche doctorale serait-il une manière d'être en lien fantasmatiquement avec l'univers de son mari ?

#### 2.1.1.3.2. RENCONTRE SUBJECTIVE AVEC LA MEDECINE ET LE DISCOURS DES PROFESSIONNELS DE SOIN RENCONTRES

##### 2.1.1.3.2.1. ENTRE DEPENDANCE ET ENFERMEMENT

Sarah ressent une ambivalence vis-à-vis des professionnels de santé. En fin d'entretien, elle pourra dire : « *à la fois on est piégé dans ces hôpitaux et en même temps on a besoin de ces gens-là* ». (l. 664-665)

Les professionnels seraient aidant par la permanence de leur présence, « *les professionnels étaient toujours là (...) les puéricultrices les bébés c'est leur truc elles savent les gestes* » (l. 500-501). « *C'est leur truc* » contient également toute l'ambivalence dans son double sens : elles savent s'en occuper mais aussi elles lui prennent l'enfant en tant qu'objet. Sarah leur reconnaît un savoir-faire qu'elle n'a pas et se laisse enseigner, « *on travaille avec eux pratiquement et euh même si on en fait pas plus qu'eux* » (l. 244).

Mais les professionnels sont aussi ceux qui sont entre elle et son enfant, ceux qui empêchent d'une certaine manière la rencontre intime. En effet, à ma question de savoir ce qui était le plus difficile pour elle, Sarah répondra « *peut-être de partager ces moments si longtemps* » (l. 488). Sarah s'est sentie enfermée, « *on est pris au piège dans ces murs* » (l. 490). Elle a le sentiment « *qu'on nous vole un petit peu (ces quelques mois) qui devraient se passer à la maison au chaud tranquillement dans l'intimité* ». (l. 491-492)

Son rapport subjectif à la dépendance interroge son rapport aux soins, au « *prendre soin* » d'elle-même, de l'autre.

## 2.1.1.3.2.2. DU SENTIMENT DE MANQUE DE RECONNAISSANCE AU SENTIMENT DE FORÇAGE...

Sarah a recours à la médecine pour avoir un enfant. Elle évoque des examens « *pour voir pourquoi ça ne marchait pas* », puis la mise en place d'un traitement pour aider à la fécondation. Sarah ne dit rien de la façon dont elle a vécu ces démarches médicales. Néanmoins, elle évoque un sentiment d'incompréhension et de ne pas être entendue : « *J'attendais qu'on m'écoute surtout que/ la gynéco elle a mis du temps à m'entendre vraiment* » (l. 97). Sarah se met dans une position passive et subie : elle attend d'être entendue. La médecine sera tout de même pour elle une aide dans l'accomplissement de son désir d'enfant. A ce sujet, Sarah précisera que le désir d'avoir un enfant répondait à une « *suite logique* » même si « *c'était pas une obligation* » (l. 118).

Lorsque je lui demande comment grandit Lola, elle évoque à nouveau ce sentiment de ne pas être entendue par le corps médical. Sarah évoque les soucis de digestion de Lola, « *elle a eu pas mal de soucis de digestion donc euh/ ça fait référence aussi à ce manque d'écoute* » (l. 365-366). Sarah rapporte le non accueil de ses inquiétudes qu'elle a éprouvé vis-à-vis de sa fille qui pleurait, « *pour nous c'était interminable parce qu'elle pleurait* » (l. 374-375). Et le corps médical lui renvoyait une fin de non-recevoir : « *on me disait c'est une prématurée c'est normal elle grogne* » (l. 376-377). Sarah exprime alors son agressivité sans finir sans phrase : « *A la fois ils savent tout ils connaissent tout et pour eux tout est logique* » (l. 380). A travers sa fille, Sarah parle sans doute aussi de sa difficulté à digérer un sentiment de solitude qu'elle a dû éprouver dans sa difficulté à être en lien avec sa fille à ce moment-là.

Dans ces deux moments, Sarah est dans une position de demande d'aide vis-à-vis de la médecine. La réponse médicale résonne comme un ratage. Elle ne se sent pas entendue, ni reconnue en tant que sujet. Sarah parle d'une logique médicale, de leurs « théories » dans lesquels le sujet dans sa singularité n'est pas entendu. Du manque de reconnaissance au forçage, pour elle, il n'a qu'un pas.

Dans la poursuite de son récit, Sarah associe sur un sentiment de forçage de l'équipe soignante vis-à-vis de sa fille : « *il y a eu un épisode où ils l'ont forcé à manger* » (l. 381-382). Elle relate alors une scène où une puéricultrice a réveillé Lola et la maintenait en éveil pour la forcer à manger car il fallait qu'elle prenne du poids. Sarah exprime la violence de

ce qu'elle a pu ressentir en étant spectatrice de cette scène : « pour moi c'était de la torture double torture elle la gave et en plus elle la tient éveillée » (l. 435-436). Sarah semble vivre ce manque de respect du rythme comme un manque de reconnaissance de la subjectivité et de la singularité de sa fille : « elle a assuré tout le temps elle a réussi à faire pleins de choses mais ça elle arrivait pas / il lui a fallu du temps et dès le moment où ils ont lâché un peu de lest ça allait mieux » (l. 390-392).

Cette scène semble marquer un tournant dans son positionnement par rapport au discours de soin véhiculé dans ce service. Ce forçage vient rompre l'alliance thérapeutique, « à partir de ce moment-là c'est clair je me suis posée des questions je me suis vraiment demandée mais qu'est-ce qu'ils lui font quand on est pas là » (l. 426-427).

Ce sentiment de forçage transcende l'entretien à différents moments : au moment de sa grossesse, « j'ai dû me forcer à le faire », dans le lien à sa fille : « on nous force à faire des gestes » et par rapport à l'alimentation : « ils l'ont forcé à manger ». Il est intéressant de repérer que le changement de sujet dans le rapport au forçage entraînerait plusieurs mouvements psychiques. Le passage d'elle-même à sa fille comme sujet du forçage ferait rupture dans le lien aux professionnels de soins, ce qui renforcerait le lien mère enfant en lui permettant d'endosser un rôle protecteur vis-à-vis de son enfant face à ce qu'elle perçoit comme une menace. Elle doit être là pour protéger son enfant. La désidérialisation de la figure du soignant ferait perdre l'autorité sur sa fille et lui permettrait de venir occuper la place de mère qui décide pour son enfant.

## 2.1.2. ANALYSE DE L'ENTRETIEN DE RECHERCHE AVEC MARTINE

### 2.1.2.1. Cadre de l'entretien de recherche

J'ai rencontré Martine le jour de l'hospitalisation d'Ethan à l'hôpital de jour dans le cadre du suivi des anciens prématurés assuré par l'unité DITAP (Unité de Diagnostic des Troubles des Apprentissages et de Suivi des Anciens Prématurés) du service de pédiatrie des Hôpitaux Civils de Colmar. A l'écoute de mon sujet de recherche, Martine se met à pleurer. A ma demande de participation à ma recherche, Martine ressent le besoin d'y réfléchir et me demande de la rappeler. Lorsque je la rappelle, Martine me propose de

nous entretenir dans mon bureau de pédiatrie dans une dizaine de jours ; jour qu'elle choisit en raison d'une échographie programmée pour son fils dans le même établissement. Le jour de l'entretien, j'accueille Martine accompagnée de son fils, Ethan, âgé de 5 mois et de son conjoint et père de l'enfant, Didier. Ces derniers se rendent à différents rendez-vous médicaux prévus pour Ethan. Martine me suit dans mon bureau. Cet entretien est à analyser à la lumière du contexte de la situation actuelle, à savoir une semaine après une troisième opération du cerveau d'Ethan et juste avant des résultats imminents à propos d'une échographie du cerveau réalisée pour évaluer l'efficacité de la dernière opération. Tout au long de l'entretien, Martine parle avec des sanglots dans la voix au point que je propose à deux reprises de mettre fin à l'entretien ; ce qu'elle refuse, « *faut que ça sorte* », dit-elle. Ces émotions à « fleur de peau » laissent entendre la difficulté dans laquelle elle vit cette situation. Cette proposition me semblait opportune pour lui ouvrir une autre possibilité et lui signifier qu'elle restait maîtresse de sa décision de poursuivre ou non cet entretien. La charge émotionnelle venait sans doute aussi toucher à ma propre capacité de contenance à ce moment-là, étant moi-même enceinte de cinq mois. J'ai le souvenir d'avoir été particulièrement éprouvée par cet entretien. Il me paraît important de préciser qu'à la suite de notre entretien de recherche, Martine aurait souhaité poursuivre un travail thérapeutique avec moi. Pour des questions éthiques, elle a été réorientée vers une pédopsychiatre. Une prise en charge en groupe thérapeutique intitulé « Soins berceuses » a également été proposé pour l'accompagner dans sa relation à son enfant au sein du service de psychiatrie infanto-juvénile de secteur. Des angoisses de séparation avec Ethan ont pu être travaillées.

#### 2.1.2.2. Anamnèse

Martine est une femme âgée de 30 ans. Elle est agent d'animation dans une crèche. Au niveau familial, elle est la deuxième d'une fratrie de trois : elle a un grand frère et une petite sœur. Elle est en couple avec Didier depuis cinq ans. Son conjoint est, quant à lui, le deuxième d'une fratrie de deux : il a une petite sœur. Ethan est le premier enfant du couple et de la famille du côté maternel et du côté paternel.

Dans l'attente que son mari en ait également le désir, Martine est enceinte assez facilement. La grossesse se déroule sans particularité médicales jusqu'à la découverte

d'une pré-éclampsie nécessitant une césarienne en urgence à 27 SA et 2 jours. Ethan pèse 745 grammes à sa naissance. Sa naissance très prématurée provoque une hémorragie intraventriculaire de grade 3 avec une dilatation périventriculaire pour laquelle une dérivation ventriculo-péritonéale a été mise en place à trois semaines de vie. Une deuxième opération sur la dérivation s'est avérée nécessaire à un mois de vie, puis une troisième, à cinq mois de vie, en raison d'une majoration de dilatation. Après un mois et demi en service de réanimation néonatale et un mois et demi en service de néonatalogie, Ethan est rentré à la maison à l'âge de trois mois. Actuellement, Ethan souffre d'une dysplasie broncho pulmonaire qui se définit comme une anomalie de développement des tissus composant les bronches et les poumons après traitement pour détresse respiratoire. En effet, il a été intubé à la naissance. Au niveau de son développement neurodéveloppemental, les médecins évoquent de probables séquelles sans pouvoir se prononcer cliniquement parlant.

### *2.1.2.3. Analyse thématique de l'entretien et hypothèses générales*

Martine commence l'entretien en parlant de sa très importante culpabilité. Elle poursuit sur les conditions de la naissance de son fils et évoquera le moment de la rencontre avec son fils, marqué par le fait de ne pouvoir reconnaître le sien parmi les autres. Son récit ne cesse d'aller et venir entre l'histoire de la naissance d'Ethan et les opérations du cerveau de son fils. Plus loin dans l'entretien, Martine met en lien le traumatisme de la naissance et des opérations successives du cerveau avec ses difficultés de séparation avec son fils.

Nous émettons l'hypothèse principale que les difficultés de séparation de Martine avec son fils seraient précisément en lien avec le fait que la séparation symbolique ne soit pas advenue. Martine ne serait pas séparée psychologiquement de son fils ce qui l'empêcherait d'avoir une représentation interne de l'objet. Cette absence de représentation la riverait à une dépendance absolue à la perception : elle a tout le temps besoin de voir et de toucher Ethan. L'accouchement semble avoir été traumatique. Les opérations successives du cerveau de son fils viendraient réactiver ce traumatisme qui ne semble pouvoir s'élaborer pour l'instant.

De frustrations en déceptions, Martine poursuit sur son désir initial d'avoir une fille et de sa représentation idéalisée d'une relation mère-fille. À la suite de notre invitation,

Martine parle de sa relation à sa mère. Elle dévoile alors douloureusement la répétition qu'elle repère entre l'histoire de sa naissance et celle d'Ethan. Atteinte d'une méningite à l'âge de trois semaines, Martine a été en couveuse, « séparée » de sa mère. Son pronostic vital était engagé. Elle a grandi avec la crainte de sa mère que les séquelles présagées par les médecins se réalisent. Au niveau fantasmatique, le désir de Martine d'avoir une fille répond peut-être à un fantasme de réparation de la relation mère fille dont elle semble garder une importante culpabilité d'avoir fait souffrir sa mère. Or, la naissance d'un garçon et de surcroît prématurée semble renforcer sa culpabilité à l'égard de sa mère. Martine se vivrait comme n'ayant pas été le bébé « idéal » pour sa mère et qui plus est, ne serait pas en mesure de réparer cette blessure en lui « donnant » un bébé « idéal ». En l'occurrence, Martine parle de son extrême difficulté à « donner » son fils à sa belle-mère, ce qui témoignerait de son besoin de le posséder. Elle s'identifierait à ce bébé défaillant.

Enfin, Martine finit l'entretien sur ses angoisses liées aux craintes de séquelles pour son fils tout en essayant de relativiser en se raccrocher à la joie qu'il soit vivant.

#### 2.1.2.3.1. CONSTRUCTION DU MATERNEL

##### 2.1.2.3.1.1. VECU DE LA GROSSESSE

Martine ne parle de son vécu de la grossesse qu'à partir de la découverte d'une anomalie dans le déroulement de la grossesse. En ce qui concerne son désir d'enfant, Martine dira simplement que cela faisait trois ans qu'elle « avai(t) envie d'un bébé » (l. 571) mais qu'elle a attendu que son conjoint en ait aussi le désir. Elle semble avoir été enceinte facilement mais n'en dit rien, ni de la découverte de la grossesse. Elle parlera davantage de la découverte du sexe de l'enfant qui semble avoir été une déception pour elle. Martine parlera peu de son conjoint de leur rencontre, de leur histoire ce qui interroge sur sa position psychique.

Martine commence l'entretien en parlant d'emblée de sa très importante culpabilité de n'avoir pas pu éviter la naissance très prématurée de son fils Ethan, voire d'en être à l'origine : « j'arrête pas de me dire que c'est de ma faute tout ça » (l. 22-23). Martine s'en veut de n'avoir pas suffisamment « insisté » auprès de son gynécologue : « **Si jamais j'aurais tellement insisté** j'étais trois fois chez le gynéco à chaque fois il me renvoyait en me disant

*que c'était des symptômes de grossesse **mais si jamais j'avais insisté pour le dire maintenant je veux un écho doppler ben peut être qu'il y aurait pas eu tout ça** » (l. 83-84).*

L'emploi du conditionnel présent à la place du conditionnel passé et l'irruption d'un présent : « le dire maintenant » laisse entendre le traumatisme de la situation. Nous pourrions presque entendre qu'il existe encore la possibilité d'une autre issue que la réalité actuelle tant cette dernière est insupportable.

Lorsque je l'interroge sur les raisons de sa culpabilité, Martine commence son récit à partir du moment de l'annonce de l'anomalie : « *Parce que Ethan donc à l'échographie des cinq mois on s'est aperçu que il prenait pas trop de poids de/ **dans mon dans mon ventre quoi** » (l. 29). Et poursuit jusqu'au moment de l'accouchement avec l'évocation de l'idée traumatique qu'il a failli mourir en elle : « *Donc Ethan ne serait pas resté longtemps **dans mon ventre de toute façon j'aurais pu le perdre** quoi » (l. 73-74). « Dans mon ventre » résonne comme l'idée d'un « mauvais » ventre à l'image d'une « mauvaise » mère qui n'a pas su protéger son enfant.**

Martine semble avoir été spectatrice de ce qui arrivait ne pouvant avoir le temps d'assimiler, de symboliser ce qui se passait. Elle déroule le fil de son récit ponctué de « *d'un coup* » laissant entendre l'effraction du réel dans la succession des événements qu'elle n'a pu imaginer avant. Cette dimension traumatique s'entend dans une tonalité d'urgence permanente.

Son discours est entremêlé entre le récit de la naissance et celui des opérations du cerveau d'Ethan. Son sentiment de culpabilité de ne pas avoir su interpréter les signaux d'alerte pendant la grossesse et les signes de souffrance chez son fils la renvoie à la culpabilité ultime d'avoir fait un malaise qui aurait précipité la naissance prématurée d'Ethan : « *J'ai fait chuter le cœur du bébé j'ai fait chuter son cœur donc d'un coup ils m'ont dit qu'il fallait tout de suite m'envoyer au bloc parce qu'on était en train de le perdre son cœur ralentissait quoi / **suite à mon malaise** quoi » (l. 161-163). Sa culpabilité repose sur l'idée d'un corps défaillant sur lequel elle n'a aucune prise et dont elle ne sait rien : son ventre qui ne nourrissait pas assez son bébé, « *c'est que le cordon ombilical ne faisait plus assez son travail* » (l. 71), son corps qui la lâche en faisant un malaise, « *je me suis dit j'aurais pas fait ce malaise il serait peut-être pas sorti non plus tout de suite* » (l. 157). Ces*

formulations laissent entendre l'irruption du réel du corps. Nous pouvons émettre l'hypothèse d'un traumatisme au sens de l'irruption d'un réel débordant les capacités de symbolisation du sujet.

#### 2.1.2.3.1.2. VECU DE L'ACCOUCHEMENT PREMATURE

L'équipe soignante lui annonce l'imminence de son accouchement : « *c'est là-bas qu'ils m'ont dit ben non en fait vous êtes prête à accoucher* » (l. 41-42). Là encore, elle n'en sait rien de ce qui se passe dans son corps. Martine exprime l'impensable que représente cette parole associée d'emblée à la peur de la perte de son enfant : « *j'allais accoucher **pour moi c'était pas possible** j'ai dit non je n'accouche pas maintenant puisque il a que 545 grammes **il va pas vivre pour moi*** » (l. 259-260). Martine a été absente de son corps pendant son accouchement. Elle a fait un malaise, elle a été endormie et a subi une césarienne. Sur mon invitation, elle peut parler de son ressenti en évoquant le manque de contact corporel : « *Ben c'est très dur parce que moi **j'ai pas pu prendre mon bébé sur moi** j'ai pas eu un accouchement normal comme je voulais* » (l. 172-173).

Martine associe l'absence de contact corporel et sensoriel avec son bébé à la naissance avec le moment de la rencontre au cours de laquelle elle n'a pas pu reconnaître son enfant. Cette coupure, au sens réel et symbolique du terme, est venue empêcher la reconnaissance de son enfant. Elle est restée étrangère à son enfant et son enfant étranger à elle. L'évocation de ce moment est d'une grande douleur. Seule la parole de son conjoint attestait de qui était son enfant : « *moi j'ai pas arrêté de lui dire mais t'es sûr t'es sûr que c'est vraiment lui que c'est vraiment le nôtre* » (l. 216-217). Martine ne peut s'appuyer sur aucuns ressentis ni corporels, ni sensoriels. Le moment de la naissance de son fils vient inscrire un « blanc » qui vient rompre le sentiment de continuité d'existence par le traumatisme qu'il créé : « *j'ai dit que c'était pas possible que **j'avais pas pu faire un aussi petit bébé** quoi et puis ben après quand je l'ai vu quoi ben forcément c'était encore plus dur de le voir si petit que ça* » (l. 255-257).

#### 2.1.2.3.1.3. VECU DE L'HOSPITALISATION EN REANIMATION NEONATALE

A ma question sur la façon dont elle a créé un lien avec son fils, elle évoque le contact corporel : « *Ils m'ont dit à Strasbourg en néonatalogie que le « peau à peau » était important pour*

*créer le lien avec son bébé (...) donc c'est peut-être aussi pour ça que je me suis très **accrochée** à lui et euh/ et puis ben dès que je pouvais **le prendre dans les bras** » (l. 360-361) ou encore : « comme j'étais tout le temps **accrochée** à Ethan mon but c'était lui quoi » (l. 391-392). En réanimation néonatale, Martine semble s'être « accrochée » pour se sentir mère de cet enfant, « pour essayer de garder contact avec son enfant » (l. 443). Au fil de son discours, nous pouvons entendre son ambivalence dans le lien à travers l'évocation de la peur de s'attacher s'il venait à mourir, « avec mon compagnon c'est ce qu'on se disait il y a des choses bien qui se passent mais on sait pas si on doit être content parce que si dans trois jours on retourne en arrière ben » (l. 437-438). Le transfert en service de néonatalogie semble lui avoir permis de renforcer son sentiment maternel par les soins apportés à son enfant qui lui ont donné un sentiment de reconnaissance, « c'est vrai que là on se sent beaucoup plus importante auprès de lui quoi c'est là qu'on arrive à vraiment créer un lien » (l. 521-513).*

#### 2.1.2.3.1.4. NOUAGE DU LIEN PRECOCE

Actuellement Martine exprime son besoin de le voir, de le toucher tout le temps : « Oui tout le temps ben tout le temps tout le temps constamment quoi » (l. 332) ou encore : « Moi je peux vraiment pas le laisser le lâcher /c'est j'suis tout le temps oui j'suis tout l'temps sur lui » (l. 718).

Tout au long de l'entretien, Martine parle de sa quête pour se ressentir mère de cet enfant-là, « d'avoir ce rôle de maman » dira-t-elle à plusieurs reprises. Pour elle, être mère c'est avoir son enfant à soi, c'est le « prendre ». Dans ce contact physique permanent, Martine tente peut-être de créer un lien, de créer ce qui n'a pas pu encore advenir. Nous posons l'hypothèse que précisément c'est du manque d'une séparation symbolique dont elle souffre, liée à la privation réelle. C'est peut-être précisément car elle ne se ressent pas encore cet enfant comme le sien qu'elle a le sentiment qu'on pourrait lui prendre, lui « arracher des mains ». Ne plus l'avoir sous les yeux, c'est prendre le risque de le perdre. La séparation physique réactiverait la dimension de la perte car la séparation symbolique n'aurait pas encore eu lieu. Ainsi, Martine reste comme suspendue à une angoisse de mort permanente : « Ce qui est dur pour moi parce que j'ai l'impression qu'on veut tout le temps **me prendre le prendre** (...) dès qu'elle vient c'est donne-le moi donne-le moi elle me **l'arracherait des mains** donc c'est ça qui est dur pour moi » (l. 679-683). Ce lapsus « me

prendre » à la place de « le prendre » viendrait signifier cette difficulté de séparation avec son fils.

Ce sentiment actuel fait écho au traumatisme laissé par l'accouchement prématuré : « *mais j'dis c'est plus fort que moi j'dis c'est comme si qu'on m'l'avait enlevé pendant quelques mois et maintenant non j'le laisse pas* » (l. 725-726). Cette formulation évoque un arrachement, qu'elle semble revivre lorsque quelqu'un prend son enfant dans les bras. Construire autour de l'enfant une enceinte pourrait être une manière de compenser le trauma. Le traumatisme du « blanc » autour de la naissance de son fils : « *j'ai aucun souvenir de ça* » (l. 176) réactive peut-être un « blanc » autour de sa propre naissance : « *Ben moi j'ai pas de souvenirs ma mère n'a pas pris de photos de moi en fait* » (l. 1002). Comme en miroir, Martine poursuit : « *ben moi j'ai pris beaucoup de photos de Ethan pour que il voye comment il était quoi (...) (pleure+++)* moi tout ça j'ai pas eu donc euh c'est sûr que je me rends pas compte de comment j'étais vraiment » (l. 1010-1014). Cette absence de représentation d'elle-même vient mettre en lumière l'importance d'avoir pris des photos d'Ethan comme la trace de son existence. Peut-être que, pour elle, ne pas avoir été prise en photos vient dire quelque chose d'un difficile investissement de sa mère envers elle lorsqu'elle risquait encore de mourir, sentiment qu'elle a peut-être elle-même ressenti avec son fils. Nous apprenons plus tard que Martine n'a de photos d'elle que « *quand je savais marcher et parler* » (l. 1026) Il est d'ailleurs intéressant de repérer qu'elle ne peut penser confier son enfant que lorsqu'il saura marcher et parler : « *je ne suis pas prête à lui laisser je pense que je serai prête quand il marchera et qu'il saura parler* » (l. 695-696) La répétition de la même formulation peut s'entendre comme l'énonciation d'une ligne de partage à partir de laquelle l'enfant n'est plus en danger de mort et peut exister en dehors du giron maternel.

Les difficultés de séparation qu'éprouvent Martine avec son fils viendraient ricocher sur une difficile individuation. En effet, plus loin dans l'entretien, l'absence de différenciation sur l'axe générationnel interpelle : « *j'ai l'impression de revivre ça avec Ethan et ma mère aussi (voix qui tremble) donc c'est encore plus dur pour toutes les deux quoi (...)* » (l. 941-943). A différents endroits, nous pouvons entendre que la souffrance supposée de sa mère viendrait supplanter la sienne. Le nivellement de la souffrance laisse entendre une confusion entre sa douleur et celle supposée de sa mère ainsi qu'entre la douleur passée

de sa mère attachée à la naissance de Martine et la douleur actuelle associée à la naissance prématurée d'Ethan. Les difficiles remaniements identificatoires en lien avec une relation à une imago maternelle de type anaclitique renforceraient la complexité de la situation. Porter l'enfant semble se jouer au niveau du portage corporel par défaut de portage symbolique en raison d'un manque d'ancrage charnel dans la traversée de ces expériences de la grossesse, de l'accouchement et des premiers temps. Le ratage de la grossesse et de l'accouchement viendrait se compenser dans un portage physique précisément car le portage psychique serait difficile. Nous pouvons nous demander si l'enfant est vraiment né psychiquement pour Martine. Pour que la séparation puisse se produire, il faut d'abord naître. A plusieurs reprises, Martine dira « *il faut que ça sorte* ». Au fond, de quoi parle-t-elle ? Ne pouvons-nous pas y entendre l'expression de quelque chose qui doit advenir d'un accouchement psychique ?

Ces difficultés de nouage avec son fils seraient en lien avec le traumatisme de la naissance empêchant la naissance psychique d'Ethan. En enfin, Martine ne semble pas pouvoir s'étayer sur la relation avec son conjoint pour investir libidinalement son enfant. Pourtant présent à la naissance, Didier ne serait pas reconnu à la place de père reconnaissant son enfant, « *si il me disait que si c'est vraiment lui qu'il a vu ben c'est que c'était vraiment lui alors* » (l. 248-249). Un doute subsisterait. Prise dans d'importantes difficultés de séparation, Martine évoque le père d'Ethan d'une manière qui laisse entendre qu'il ne ferait pas tiers : « *il y a qu'au papa où j'arrive encore à lui laisser partir faire les courses quoi (pleure +++ ) mais je veux que personne d'autres le garde quoi* » (l. 302-303). Dans l'entretien, elle le nomme « le père ». Cette mise à distance désigne une place qui ne serait pas incarnée. Martine rapporte une anecdote qui laisse entendre sa crainte quant à l'investissement du père d'Ethan : « *elle (sa belle-mère) me disait que tous les soirs euh il regardait les photos de Ethan sur son portable quoi/ elle a dit on le voit il est ailleurs* ». De la même manière, Martine dit : « *il voulait se sentir euh/ il l'emmenait en salle d'activité pour jouer avec lui il avait vraiment envie de se faire son rôle de papa qu'il avait pas eu pendant qu'il était à Strasbourg* » (l. 595-596). Autrement dit, Martine considère que par son absence physique, il ne pouvait pas être père à ce moment-là de l'hospitalisation, c'est pourquoi elle demande un « rapprochement ». Etre père passerait par le fait de s'occuper de l'enfant dans la réalité mais ne s'inscrirait pas dans une position symbolique, dans une

fonction paternelle. Le rapport à cet autre que serait le monde hospitalier serait à dialectiser avec son rapport à son conjoint. Ne faisant pas tiers, son rapport aux professionnels de soin serait une répétition de sa relation à son imago maternelle ne lui permettant pas d'advenir psychiquement à une position maternelle.

### 2.1.2.3.2. RENCONTRE SUBJECTIVE AVEC LA MEDECINE ET LES PROFESSIONNELS DE SOIN RENCONTRES

#### 2.1.2.3.2.1. POSITION INFANTILE DE MARTINE FACE A CET AUTRE QUE REPRESENTE LES PROFESSIONNELS DE SOIN : ENTRE SOUMISSION ET CULPABILITE

Le discours médical semble investi d'une autorité, légitimé par un savoir. Son rapport à la médecine peut être interrogé à la lumière de son histoire infantile. En effet, dès sa naissance, Martine a été « sauvé » par la médecine. Mais le discours médical a été également ressenti comme une épée de Damoclès tout au long de son enfance : *« après dès que je faisais quelque chose ils lui disaient bon ben ok elle sait parler mais peut-être qu'elle saura pas marcher quand je savais marcher / oui mais peut-être qu'elle saura pas écrire »* (l. 939-941).

A plusieurs reprises, Martine parle de son sentiment d'être ou ne pas être autorisée par l'équipe soignante pour s'occuper de son bébé. Elle n'a de cesse que de parler de la frustration de ne pas pouvoir « prendre comme on veut » son bébé. Les professionnels seraient ressentis comme empêchant la création du lien en lui raptant l'autorité, *« Ben c'est ça qui est dur parce que on se sent pas tout à fait encore maman parce que c'est eux qui nous autorisent »* (l. 473-474).

Cet empêchement dont elle se sent extrêmement coupable semble venir redoubler le traumatisme de l'accouchement. Au fil de son discours, nous pouvons entendre comment la soumission à cette autorité hospitalière est associée à de la culpabilité liée au fait de ne pas avoir su protéger son enfant en insistant pas auprès de son gynécologue, en faisant un malaise, en l'extubant au moment d'une séance de « peau à peau », en entendant pas la douleur de son enfant... Martine n'exprime aucune colère à l'égard de son gynécologue qui vraisemblablement ne l'aurait pas suffisamment écoutée. Elle retourne son agressivité contre elle-même en culpabilisant de ne s'être pas suffisamment affirmée et en se

dévalorisant. De la même manière, elle culpabilise d'avoir fait un malaise à la suite de l'écoute de paroles médicales venant faire effraction. Or, Martine pourrait être critique face à la violence de ces paroles.

Actuellement, à propos de sa difficulté à confier son enfant, Martine évoque le fait qu'elle se sent plus en sécurité lorsqu'elle le confie à des professionnels qu'à sa famille : « Ben j'avais confiance aux professionnels c'est vrai que quand il est à l'hôpital ben j'angoisse moins que de la donner à la famille parce que je sais que eux c'est des professionnels de la santé si il y a quelque chose ils vont réagir tout de suite **ils savent** ce qu'il faut faire quoi alors que la famille j'me dis c'est pas des professionnels de la santé et **si Ethan il lui arrive quelque chose** est ce qu'ils vont réagir comme il faut quoi (...) » (l. 342-346).

Martine ne semble pas avoir désidéalisé la figure du soignant comme la seule personne capable de sauver son enfant. Nous pouvons y entendre le fait qu'elle ne se serait pas appropriée ses capacités protectrices parentales. Martine garde une position relativement infantile par rapport aux professionnels, ce qui peut s'entendre comme l'expression de sa difficulté à prendre sa place de mère. Martine ne serait pas en capacité psychique de s'identifier à une position maternelle. Elle souffrirait de ne pouvoir nouer ce lien à son enfant en soutenant le narcissisme de vie.

### 2.1.3. ANALYSE DE L'ENTRETIEN DE RECHERCHE DE JULIETTE

#### 2.1.3.1. Cadre de l'entretien de recherche

##### *Histoire de la rencontre*

Je suis allée à la rencontre de Juliette lorsqu'elle était hospitalisée en service de grossesses à risques aux Hôpitaux universitaires de Strasbourg. Juliette avait été admise une semaine auparavant pour une rupture franche prématurée des membranes à 26 semaines d'aménorrhées (SA). En chambre, en présence de son conjoint, je présente ma recherche et lui propose d'y participer, ce qu'elle accepte facilement en disant : « *d'accord moi je suis là de toute façon* ». Nous convenons de réaliser l'entretien dans trois jours dans sa chambre d'hôpital. Or, Juliette accouche le lendemain par césarienne en urgence en raison d'un

risque infectieux trop élevé. Le jour prévu de l'entretien, elle me propose de reporter notre rendez-vous à la semaine suivante, « *qu'au moins je puisse répondre à vos questions* ». Finalement, Juliette me rappelle deux jours avant pour annuler notre rendez-vous car elle quitte le service de grossesses à risques. Elle me propose alors de la recontacter, mais « *pas avant deux mois parce que j'aurai pleins de rendez-vous pour mon fils* ». Je me permets de lui demander comment se porte son fils, ce à quoi elle répond : « *Il va bien pour l'instant* ». Deux mois plus tard, je la recontacte et nous conviendrons d'un rendez-vous dans trois semaines à son domicile.

#### *De la particularité du cadre de cet entretien de recherche*

Ainsi, le cadre de cet entretien de recherche diffère de celui des autres entretiens de recherche réalisés avec des femmes rencontrées après leur accouchement prématuré. En effet, le fait d'avoir rencontré Juliette au cours de son hospitalisation en service de grossesses à risques avant la naissance de son enfant et non après comme pour les autres femmes de ce groupe ne pose pas le cadre de la recherche de la même manière.

#### - Au niveau de la temporalité

Quels effets peuvent avoir le fait de l'avoir rencontré la veille de son accouchement ? Avec Juliette, le rendez-vous s'est organisé au fil des événements ce qui l'inscrit en quelque sorte dans une continuité de son existence. La rencontre ne s'inscrit pas en après coup de l'évènement comme pour les autres femmes de ce groupe.

#### - Au niveau de la présentation de la recherche

Initialement, Juliette devait être incluse dans le groupe des femmes hospitalisées pour Menace d'Accouchement Prématuré. Ainsi, nous avons présenté la recherche comme étant une étude sur le vécu psychologique des femmes enceintes. Or, pour les autres femmes de ce groupe, l'objet de la recherche portait sur le vécu psychologique des femmes ayant accouché très prématurément. Ainsi, la formulation proposée à Juliette l'inclut dans l'ensemble des femmes enceintes. Or, celle pour les autres femmes de ce groupe les particularise et les amène à « témoigner » de leur vécu de la naissance très prématurité de leur enfant.

- Au niveau de l'âge de l'enfant au moment de la réalisation de l'entretien de recherche

Le cadre de recherche du groupe de femmes ayant accouché prématurément permet de les rencontrer lorsque leurs enfants sont âgés entre cinq mois et six mois d'âge réel. Or, au moment de l'entretien, Noé a trois mois d'âge réel. Précisons qu'au moment où nous avons rencontré Juliette, je n'avais pas encore élaboré précisément le cadre de ce premier groupe, auquel cas j'aurais pu lui proposer de nous rencontrer aux six mois de Noé. Pour Juliette, cet entretien a lieu seulement trois semaines après le retour à domicile de l'hospitalisation de Noé en néonatalogie.

#### 2.1.3.2. Anamnèse

Juliette est une femme âgée de vingt-neuf ans. Son métier est coiffeuse. Elle est en couple avec Marc, âgé de quarante ans, depuis trois ans et demi mais « *on a l'impression que ça fait quinze ans qu'on est ensemble* » (l. 655). Juliette est tombée enceinte rapidement après une conisation du col de l'utérus. Elle a découvert sa grossesse à dix semaines d'aménorrhées à la suite de symptômes que son compagnon a interprétés dans ce sens. La grossesse s'est bien déroulée jusqu'à la rupture franche de la poche des eaux à vingt-six semaines d'aménorrhées qui a nécessité une hospitalisation en service de grossesses à risques aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Après une semaine d'hospitalisation, la détection d'un risque élevé d'infection a précipité l'accouchement en césarienne d'urgence. Noé est né avec un poids d'un kilogramme et mesurait trente-cinq centimètres. Dans les heures suivant la naissance, Noé a dû être réanimé avec une piqûre d'adrénaline car son cœur s'était arrêté, puis il a été hospitalisé cinq jours en réanimation néonatale, suivi d'un mois en soins intensifs et enfin d'un mois en médecine néonatale.

Au niveau familial, Juliette est l'aîné d'un petit frère. Marc est le dernier d'une fratrie de trois frères. Noé est le premier enfant de sa génération du côté maternel et le quatrième du côté paternel, « *mais c'est comme si c'était le premier à chaque fois* » (l. 508-509).

### 2.1.3.3. Analyse thématique de l'entretien

#### 2.1.3.3.1. CONTEXTE ET DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN DE RECHERCHE

Juliette me reçoit à son domicile un jour férié. Elle se montre très accueillante, souriante et très agréable. Marc et Noé, couché dans sa chambre, sont présents. Nous sommes installées sur la table à manger du salon. Marc va et vient autour de nous. Il n'intervient pas sauf au moment de la réalisation du génogramme : « T'as besoin de moi là ? ». Juliette lui répondra : « Non c'est bon ». Il intervient tout de même lorsque Juliette représente sa famille, puis il sort de l'appartement. L'analyse de l'entretien se fera à la lumière de ce contexte car la présence de Marc a eu un effet sur le discours de Juliette et sur la façon dont je l'ai écouté et dont j'ai mené l'entretien. La présence de Noé est également importante. Lorsque son conjoint part un quart d'heure avant la fin de l'entretien, Juliette est davantage à l'écoute de son enfant, ce qu'il faudra bien évidemment prendre en compte.

Tout au long de l'entretien, Juliette parle d'une voix posée, claire et douce. Elle rit beaucoup, ce qui peut s'entendre comme une position défensive face à la charge émotionnelle qu'elle semble tenter de maîtriser. Dans un premier temps, Juliette répond à mes questions de façon assez factuelle. Au fil de l'entretien, mes interventions ciblées sur son récit semblent permettre de l'aider à déplier sa parole en laissant émerger l'expression de ses affects. Elle commence par évoquer rapidement sa grossesse, son accouchement et l'hospitalisation de Noé. À la suite de mon intervention, elle revient plus précisément sur la rencontre avec son bébé et l'environnement hospitalier. L'expression de sa culpabilité de n'avoir « pas réussi à le garder plus longtemps » l'amène à raconter la scène de la rupture prématurée des membranes utérines ainsi que celle aux urgences au cours de laquelle est annoncée l'éventualité de l'imminence de son accouchement. Sur mon invitation, Juliette retrace le passage de Noé dans les trois services : réanimation néonatale, soins intensifs et médecine néonatale avant le retour à domicile. Ensuite, elle parle de la façon dont elle est tombée enceinte et de la frustration générée par cette grossesse inachevée. Juliette poursuit sur l'inscription familiale de Noé à l'aide de la réalisation d'un génogramme. Le départ de Marc m'autorise à l'interroger sur le vécu supposé de son conjoint dans cet évènement qui est qualifiée d'épreuve. Enfin, elle évoque sa relation à son conjoint qu'elle valorise beaucoup. Juliette termine cet entretien par son

rapport à un certain idéal de la grossesse et de la façon dont ils ont vécu ensemble de façon « solidaire » ces mois d'hospitalisation, soutenus aussi par leur famille.

Après l'arrêt de l'enregistrement, Juliette me dit : « *ça m'a fait du bien de vous parler j'avais besoin de **sortir tout ça*** ». Cette parole entre en résonance avec l'évocation pendant l'entretien de sa culpabilité et de la proposition qui lui a été faite de rencontrer la psychologue du service : « *il y aura peut-être un moment où j'aurai besoin de **vider** euh tout ça mais j'ai dit là pour l'instant je sais même pas par où commencer* » (l. 465-466) La formulation « sortir, vider » fait écho au contenant qu'est le ventre plein ou vide. Qu'est-ce que Juliette avait encore besoin de garder en elle ? S'agirait-il du bébé imaginaire ? Il me semble intéressant de repérer qu'à la fin de l'entretien, après avoir « sorti tout ça », Juliette me présente alors Noé, l'enfant dans la réalité. Elle me montre également des photos de la naissance de Noé et des vidéos de son hospitalisation pour me faire « entendre » le bruit des machines et me faire « voir » les branchements. La dimension sensorielle serait ici prégnante dans ce partage d'expérience. Juliette choisit précisément la vidéo d'une puéricultrice qui vient tester le réflexe de succion tout en disant « *on m'a dit que **c'est** bien de tenir jusqu'à trente-quatre semaines parce que c'est là qu'on a tout* ». L'emploi du présent laisse entendre la difficulté d'élaboration de ce qui s'est passé. En effet, à ce moment-là du discours, c'est comme si psychiquement elle était encore enceinte. Le fait de revenir et de finir l'entretien sur cette question de « tout » avoir, point que je développerai plus loin, vient mettre en lumière l'importance de cette problématique. Elle ajoute : « *C'est difficile de ne pas savoir pourquoi (...) comme si mes pensées avaient pu avoir un impact* ». L'évocation de pensées magiques nous parle de ce qui n'a pas fait sens pour elle, de ce qui reste « hors-sens ». L'expression d'une ambivalence alors devenue traumatique par la réalisation d'un fantasme dans la réalité peut également être avancée. Enfin, elle ajoute que c'est la pratique du « peau à peau » qui lui a permis de continuer sa grossesse.

#### 2.1.3.3.2. HYPOTHESES PRINCIPALES

Au fil de son récit, la position défensive de Juliette cède peu à peu. Au début de l'entretien, elle se défend d'avoir « mal vécu » la naissance très prématurée de son enfant. Plusieurs dénégations viennent en témoigner : « *dans l'ensemble je peux pas dire que je l'ai très très*

*mal vécu* » (l. 168). Mais peu à peu, ses défenses semblent s'assouplir jusqu'à pouvoir évoquer la difficulté émotionnelle de cet évènement au point de formuler son impossibilité à imaginer l'éventualité d'avoir un deuxième enfant : « *moi je ne repasse pas par toutes ces étapes* » (l. 341). En fin d'entretien, elle peut exprimer : « *mais là deux mois et demi avant c'est quand même euh (..) c'est hardos hein* » (l. 401). Juliette semble avoir disposée de ressources psychiques et de mécanismes de défenses suffisamment opérants pour ne pas être traumatisée par cet évènement qu'est la naissance très prématurée de son fils Noé. Son hospitalisation en service de grossesses à risques aurait-il permis d'éviter que cet évènement soit vécu comme une effraction du fait d'avoir pu le penser comme une éventualité ? Juliette se serait « lovée » dans l'environnement hospitalier comme dans un giron maternel afin d'atténuer le sentiment d'arrachement inhérent à l'accouchement très prématuré de son enfant. L'environnement hospitalier aurait occupé pour elle une fonction de mère archaïque, dans le sens d'une fonction contenante, pare-excitante et symbolisante. Ce rapport à cet espace quasi transitionnel, au sens winnicottien du terme, lui aurait donné le sentiment de poursuivre psychiquement sa grossesse dans cet univers entre-deux : « *j'ai terminé ma grossesse là-bas avec lui* », dira-telle à plusieurs reprises. Dans ce temps d'hospitalisation en réanimation néonatale, le corps est au centre : le corps de Noé branché aux machines, et leurs corps en peau à peau, qu'elle pratiquait six heures par jour.

### 2.1.3.3.3. CONSTRUCTION DU MATERNEL

#### 2.1.3.3.3.1. VECU DE LA GROSSESSE

##### *Ambivalence de son désir d'enfant*

Juliette évoque un désir d'enfant précédant la grossesse que la formulation teinte d'ambivalence : « *on avait dans l'optique **quand même** d'avoir un enfant (...) on va commencer **tout doucement** à faire un enfant* » (l. 421-424). Le désir du conjoint dans son discours semble davantage affirmé que le sien, « *il disait toujours ouais avant quarante ans j'aimerais bien quand même avoir un enfant* » (l. 647). Juliette ne s'attendait sans doute pas à tomber enceinte si rapidement car, à la suite de sa conisation du col de l'utérus, les médecins avaient évoqué le fait que « *ça peut prendre plus de temps pour quelqu'un qui a*

*eu une opération comme vous » (l. 422-423). Comment Juliette a pu vivre psychologiquement le fait qu'on lui « enlève un bout du col de l'utérus » ? (l. 418) Elle n'en dit rien. Cette grossesse s'inscrit dans une histoire de couple.*

Juliette a découvert sa grossesse à dix semaines d'aménorrhées à la suite d'une fatigue anormale que son compagnon a interprété comme l'éventuel signe d'une grossesse. Au-delà de l'explication consciente d'absence de cycles réguliers depuis son opération l'empêchant de se rendre compte de son état grossesse, une certaine ambivalence s'exprime à nouveau : « *j'étais pas du tout convaincue* » (l. 432-433). Lorsque Juliette réalise le test de grossesse, elle n'y croit pas : « *c'est p'être faussé ces trucs* » (l. 434). S'ensuit la peur d'avoir perturbé le bon développement du fœtus par une consommation d'alcool et de tabac. Enfin, elle rapporte la parole de son gynécologue visant à la rassurer : « *ton bébé il a le droit de vivre aussi tu peux vivre* » (l. 440). Consciemment, Juliette veut dire : être enceinte ne signifie pas s'arrêter de vivre. Mais cette formulation comprend une équivoque qui viendrait exprimer un vœu de mort : « *le bébé a **aussi** le droit de vivre* » en même temps qu'elle inscrit un écart, une différenciation entre elle et le fœtus : « *chacun a sa vie* ». Plus loin dans l'entretien, elle évoquera clairement son ambivalence à devenir mère : « *puis moi je lui disais en plus moi je suis pas prête à être maman c'est pas encore le moment* » (l. 598-599). Son conjoint semble avoir impulsé ce désir d'enfant qui s'est inscrit dans leur relation de couple qu'elle inscrit imaginairement du côté de la complétude : « *on est très complémentaires en fait/ on s'entend très bien/ on discute de tout/donc euh/ c'est en même temps mon conjoint mais c'est mon meilleur / mon meilleur ami et mon confident* » (l. 657-658).

*Enjeux narcissiques : de la frustration et de la déception...*

En guise de réponse à ma question de départ sur le vécu de sa grossesse, après l'expression d'une dénégarion « *ma grossesse au début je l'avais pas mal vécu* » (l. 5) Juliette évoque d'emblée des enjeux narcissiques liés à la période de régression narcissique : « *je prenais du poids **sans que ça se voit** et je me disais ah non mais je préférerais vraiment **avoir le ventre** et plus ça avançait plus je devenais ronde et plus j'aimais être enceinte* » (l. 6-8). Juliette a envie de voir dans le regard des autres le fait qu'elle soit enceinte. Elle reprendra le fil de cette pensée beaucoup plus loin dans l'entretien : « ***ça se voit pas en fait c'est ça***

qui est un peu frustrant je dirais mais moi **j'ai envie d'avoir mon gros ventre et tout/** t'inquiètes pas ça viendra déjà » (l. 453-454). Avoir son grand ventre renvoie à la promesse œdipienne d'être pleine et phallique. A ce moment-là du discours, en utilisant le style direct qui rapporte des paroles échangées au cours de sa grossesse, Juliette exprime ce désir de grossesse et d'être vue dans cet « état ». Or, c'est précisément, ce dont elle a été privée par l'interruption de sa grossesse. Surgit alors Juliette une dénégation : « *non sinon j'ai bien vécu ma grossesse/dans l'ensemble j'lai pas j'lai pas mal vécu* » (l. 453) pour finalement poursuivre sur l'expression d'un regret de ne pas avoir pu faire des photos dont elle se défend à nouveau en mettant en avant l'importance relative d'une question narcissique comparée à la survie de son enfant : « *après c'est vrai on devait faire des photos qu'on a pas pu faire du coup parce que ben voilà ben du coup j'ai dit c'est pas grave je préfère faire des photos avec mon bébé que de de pas en faire du tout quoi* » (l. 455-457). La pulsion scopique ici au premier plan souligne la dimension narcissique. Globalement, Juliette évoque de la frustration et de la déception dans le vécu de sa grossesse. On lui promettait quelque chose de merveilleux « *au début tout le monde me disait ah tu verras c'est merveilleux* » (l. 445-446), elle ressent de l'ennui, de l'agacement : « *je trouvais ça plus chiant qu'autre chose* » (l. 446). Au-delà de l'ambivalence, peut-être est-ce aussi une manière de minimiser la frustration de ne pas avoir pu mener sa grossesse à terme en la qualifiant cet état de « chiant ». Par ailleurs, nous entendons également l'expression d'une agressivité sans doute refoulée face au discours véhiculant l'idée d'une grossesse épanouissante. Juliette n'évoque pas de mouvements corporels ressentis pendant sa grossesse. En revanche, elle peut dire qu'elle « *lui parlai(t) tout le temps je lui faisais écouter de la musique* » (l. 450). Ainsi, avant son accouchement, l'enfant est présent dans son espace psychique maternel. Juliette le pensait comme un être à part entière avec qui elle pouvait être en relation et partager quelque chose. Façon d'être avec lui qu'elle a réussi à poursuivre après la naissance de Noé : « *on lui parlait enfin nous on lui parle beaucoup on lui explique les choses* » (l. 273-274).

#### 2.1.3.3.3.2. VÉCU DE L'ACCOUCHEMENT

Juliette ne parle pas de son vécu ni de ses éprouvés corporels pendant l'accouchement, excepté une douleur physique au réveil. Elle minimise dans un premier temps la situation,

« c'était une naissance un peu difficile » (l. 19) sans en dire davantage. Dans un deuxième temps, Juliette passe par les dires de son père, « mon père me dit toujours tu sais une femme quand elle accouche elle a un pied dans la tombe » (l. 581) et ceux de son mari, « on parle du bébé du bébé mais je veux savoir comment qu'ça va aller pour ma femme » (l. 584) pour exprimer ses inquiétudes, « on sait jamais comment qu'ça peut aller » (l. 582). Elle passe également par son conjoint pour dire sa peur. La question de la survie de l'enfant associée à la culpabilité semble recouvrir son vécu ou l'empêcher d'en parler. Juliette parle davantage de Noé, de sa crainte qu'il soit infecté, de sa terreur à l'idée qu'il ne soit pas « complet ». Elle s'effacerait derrière sa préoccupation maternelle. La tentative de border un réel qui lui échappe dans en ayant recours à une pensée magique : « j'ai dit oh un bébé de fin d'année c'est dommage (...) après je me suis dit est ce que c'est parce que j'ai pensé à ça qu'il est venu en août » (l. 458-461) vient dire le hors sens que représente pour elle son accouchement. Juliette dit d'elle-même que c'est une personne qui cherche à maîtriser les choses : avant la rupture de la poche des eaux, « chez le gynéco pour mon contrôle tout était **nickel** et tout » (l. 132-133) ; « je pensais toujours (...) à ce que tout soit **nickel** » (l. 613-614). Ainsi, l'irruption de cet évènement sur lequel elle n'a aucune prise reste comme difficile à symboliser, ce dont elle reparlera après l'arrêt de l'enregistrement de l'entretien : « C'est difficile de ne pas savoir pourquoi (...) comme si mes pensées avaient pu avoir un impact ». Juliette exprime de la culpabilité : « c'est sûr qu'en tant que maman on se dit mais pourquoi j'ai pas réussi à le garder plus longtemps (...) c'est sûr que c'est frustrant » (l. 124). La formulation “en tant que maman” convoque sa représentation de ce qu'est une mère : celle qui mène sa grossesse à terme.

#### 2.1.3.3.3. NOUAGE DU LIEN PRECOCE

*La rencontre avec Noé : de la crainte qu'il n'ait/naît pas « tout » au plus beau bébé du monde.*

Juliette exprime la crainte de rencontrer Noé, qu'elle n'a pu voir que le lendemain de la naissance. Elle est dans l'appréhension que son fils n'est pas « tout » : « est ce que le mien il va avoir tout » (l. 97). En creux, nous pouvons entendre la terreur d'avoir fait un monstre, figure de l'ambivalence et de la culpabilité. La question d'« avoir tout » résonne également avec la question phallique. Le fait que le bébé n'ait pas tout / naît pas tout pourrait être

l'équivalent symbolique de n'avoir pas pu être « toute phallique » dans le sens de pleine. Puisqu'elle n'a pas pu devenir ce « tout » au sens de la complétude narcissique, peut-être en porte-t-il la marque de ce « pas-tout ». La répétition de cette question après l'arrêt de l'enregistrement nous renseigne sur son importance pour elle : « *on m'a dit que c'est bien de tenir jusqu'à trente-quatre semaines parce que c'est là qu'on a tout* ». Or, précisément Juliette n'a pas tenu jusqu'à trente-quatre semaines. Est-elle encore imaginativement dans l'angoisse qu'il n'est pas « tout » ? Lorsqu'elle l'a vu pour la première fois, Juliette met en avant le sentiment de soulagement, « *et puis là c'était quand même un soulagement le fait qu'il ait tous ses organes au bon endroit* » (l. 98), de voir qu'« *il était **complet** il avait tout il avait tous ses organes* » (l. 26) ou encore : « *tout était tout était bien/ au niveau cardiaque tout était bien aussi enfin il y a avait pas un **manque*** » (l. 94-95).

Rassurée sur son angoisse, Juliette peut regarder son enfant. Elle passe du « voir » au « regard ». « *Moi je m'attendais à voir un bébé tout fripé ou pas fini enfin oui pas fini du coup mais non quand je l'ai vu ben c'est sûr que **c'était le plus beau des bébés** et puis il était tout rond en fait il avait de bonnes joues et tout malgré son petit kilo là il était euh/ non il était vraiment euh harmonieux* » (l. 89-91) ou encore : « ***après** quand je l'ai vu **j'étais la plus heureuse des mamans*** » (l. 60). Juliette a pu avoir un regard auréolé sur son enfant, dans le sens que son regard était pris dans l'axe de l'illusion lui permettant de parer l'enfant réel de toutes les qualités imaginaires. Ce qui nous permet de dire qu'elle n'est pas restée sidérée face à la vision de l'enfant réel. Il n'y aurait pas eu d'effroi venant geler la dimension imaginaire. Juliette a pu phallicisé son enfant et ainsi lui ouvrir la place de l'objet imaginaire. Néanmoins s'exprime des sentiments de rejets à travers des dénégations : « *ça m'a pas choqué dans le sens où/ je me suis pas dit ah je le veux pas ou voilà il est trop petit je peux pas m'en occuper parce que justement il est trop petit au contraire* » (l. 67-68).

*Le « peau à peau », une manière de poursuivre sa grossesse psychique*

La pratique du « peau à peau » à une place très importante dans le récit de Juliette, « *on m'a proposé de faire du peau à peau (...) c'est vrai que c'est quand même une **connexion** qu'on a euh malgré la prématurité* » (l. 78-81). Au fil de son récit, Juliette historicisera la pratique du « peau à peau » comme une manière de poursuivre sa grossesse. Ainsi, ces moments de « peau à peau » seraient venus apaiser la souffrance d'être séparés ou peut être plus

précisément celle d'avoir été « arrachés » de son ventre. Juliette ne pourra pas verbaliser son ressenti ainsi mais le terme « arracher » resurgira à différents endroits de son discours dans des déplacements. Par exemple, elle fait référence à un épisode au cours duquel elle s'est mise en colère contre une élève puéricultrice qui avait enlevé un scotch sur la joue de Noé de manière un peu brusque. Juliette dira : « ça lui a **arraché** la peau (...) lui faire mal pour lui faire mal je suis pas d'accord euh j'ai dit attendez-vous croyez que facile pour nous pour lui c'est déjà pas facile mais pour nous en tant que parents c'est pas facile non plus de voir son bébé **accroché** de partout » (l. 214-218). A travers ce déplacement de la question de l'arrachement : arracher un scotch/ sentiment d'arrachement du ventre, Juliette vient dire quelque chose du lien à son enfant. L'emploi du verbe : « arracher » suivi de celui d'« accrocher » au lieu de « brancher » vient dire à l'endroit du corps de l'enfant, et plus précisément de sa peau à la fois le lieu de l'arrachement qui fait souffrance et celui d'un ancrage pulsionnel possible pour créer un lien avec son enfant. Interface du dedans et du dehors, la peau serait précisément le lieu de l'inscription du ressenti. En effet, Juliette parle à plusieurs reprises de la pratique du « peau à peau » : « **comme** s'il était encore dans / enfin j'peux pas dire qu'il était encore dans mon ventre parce que c'était pas le cas mais euh c'était moins frustrant de pouvoir le prendre sur soi » (l. 720-722).

#### *L'allaitement comme réparation*

La dimension du corps est également présente dans l'allaitement, « j'étais quand même super contente de pouvoir l'allaiter jusqu'à là maintenant parce que j'ai déjà pas réussi à le garder dans mon ventre jusqu'à la fin alors si en plus j'arrive pas à le nourrir c'est frustrant quand même » (l. 308-310). L'allaitement permet de réparer par le corps quelque chose qui a « échoué » dans le corps : ne pas le garder. Prendre appui sur ce corps qui fonctionne vient réparer la blessure narcissique d'un corps défaillant. L'allaiter est une manière de continuer à le nourrir par son propre corps et de poursuivre un lien corporel interne.

#### *Relation avec son conjoint*

Dans la construction du maternel, la relation à son conjoint a une grande importance. Marc a été présent tout au long de cette aventure : « Il était là tout le temps tout le temps tout le temps » (l. 231). Lorsque je l'interroge sur ce qu'elle pense de la façon dont son

conjoint a pu vivre cet évènement, Juliette répond : « *Moi je pense qu'il l'a mal vécu/ enfin/ mal vécu dans le sens où Marc c'est quelqu'un qui est vite inquiet et tout ça et il avait très peur en fait de ce qui pouvait arriver* » (l. 597-598). Peut-être aussi déplace-t-elle sa peur dont elle se défend sur son conjoint : « *je pense qu'il a eu très très peur* » (l. 603). Sa présence et sa façon d'intervenir pendant l'entretien peut s'entendre comme un désir de faire entendre sa voix dans cette expérience subjective qu'il a pleinement vécue.

#### 2.1.3.3.4. RENCONTRE SUBJECTIVE AVEC LA MEDECINE ET LE DISCOURS DES PROFESSIONNELS DE SOIN RENCONTRES

##### 2.1.3.3.4.1. VECU DE L'HOSPITALISATION POUR MAP

À la suite de la rupture prématurée des membranes à 26 SA, Juliette a été hospitalisée en service de grossesse à risques. Son hospitalisation a duré huit jours jusqu'à l'accouchement de Noé. Au cours de cette semaine, Juliette aurait pu penser à l'éventualité d'un accouchement très prématuré. Juliette rationaliserait ses angoisses de mort de son enfant en valorisant le milieu hospitalier dans lequel elle est hospitalisée : « *je me disais qu'on est **au bon endroit si il y a quoi que ce soit** on est au **bon endroit**(...) j'ai dit **si il y a quoi que ce soit on est au bon endroit on peut pas aller ailleurs*** » (l. 170-173). La question de la survie est sur le devant de la scène.

Le jour de la naissance de Noé, Juliette met en avant le fait qu'elle était « *vraiment super calme* » (l. 11) lorsque l'équipe médicale lui a annoncé que l'accouchement allait être provoqué en raison de l'infection. Juliette pense alors à son enfant et au stress que cela peut représenter pour lui le fait de ne plus être « *dans sa p'tite piscine* » (l. 13-14) et a le souci de ne pas « *lui (Noé) en rajouter une couche* » (l. 14-15). Au-delà de l'aspect défensif de cette parole, Juliette se positionne en alliance, voire en complicité avec le personnel médical : « *Je rigolais avec les sages-femmes elles me disaient ben vous êtes cool vous je disais ben écoutez une naissance ça doit être un jour joyeux hein normalement* » (l. 15-16). Cette disponibilité psychique laisse entendre une relative acceptation de la situation sans effroi ainsi que la confiance accordée au milieu médical.

## 2.1.3.3.4.2. VECU DE L'HOSPITALISATION DE NOÉ EN SERVICE DE REANIMATION NEONATALE

Au sujet de l'hospitalisation de Noé, l'emploi répétitif de l'adjectif qualificatif « petit » : « p'tits embouts », « p'tit masque », « petits retours en arrière », « p'tites étapes », « petit bout de chemin », « les p'tits patchs » peut être une manière d'atténuer la violence des sentiments face à cet environnement technique hautement spécialisé. En effet, elle pourra parler de ce sentiment d'être « impressionnée » par cet univers au niveau visuel : « c'est pas c'est pas dans la logique de le **voir accroché partout branché** et ça c'est vrai que c'est super difficile pour euh pour une maman » (l. 334-335) et au niveau sonore : « voilà c'était plus l'appareillage les bruits parce que ça fait quand même/ un bruit euh **un bruit de fous** quoi/ ces ces machines » (l. 118-119) Juliette évoque le choc émotionnel de la vision de son enfant dans une couveuse en réanimation néonatale : « moi j'étais assez émue hyper émue et puis le voir après branché à pleins de câbles pour respirer pour manger c'était pas forcément ce qu'il y a de plus euh joyeux » (l. 62-63).

Au fil de son récit, nous pouvons entendre une reconnaissance et gratitude de Juliette vis à vis des professionnels : « l'équipe médicale était tout de suite là pour nous rassurer si on avait une question » (l. 107-108). Au cours de l'hospitalisation de Noé, elle le considère comme étant « très bien entouré » (l. 28). Elle décrit les soignantes ainsi : « les filles là-haut c'est c'est vraiment des anges que ce soient les puers ou les auxiliaires ou les pédiatres ils sont vraiment ils sont vraiment supers bien » (l. 29-30). Au-delà de l'idéalisation dont la figure soignante fait l'objet, l'emploi du nom commun « anges » et de l'adverbe « là-haut » vient dire quelque chose de cet univers entre deux mondes, celui des morts et des vivants. Juliette ressent l'équipe médicale et soignante comme étant disponible de façon permanente, sans failles, avec bienveillance : « ce qui nous a le plus aidé en fait voilà l'écoute des puers des pédiatres elles nous ont rassuré tout ça (...) le fait qu'elles soient à l'écoute mais H vingt-quatre sept jours sur sept c'est vrai que ça nous a beaucoup aidé/ elles nous ont donné pleins de conseils » (l. 352- 360). Juliette les considère également comme des experts qui transmettent un savoir-faire : « c'est sûr que les gestes c'est pas du tout les mêmes que avec un bébé qui est né à terme (...) il faut le prendre d'une certaine manière pour pouvoir faire les soins » (l. 69-73) et qui lui renvoient une image de « bonne mère », qui la guident sur le « bon chemin ». L'alliance s'entend jusque dans l'appropriation du discours médical, « quand il était sur nous il ne faisait pas de bêtises au niveau respiratoire » (l. 81-

82). Les « bêtises » sont les termes utilisés en services de réanimation néonatale ou de néonatalogie pour parler aux parents des désaturations de l'enfant.

Juliette peut s'autoriser à exprimer de l'agressivité quand elle évoque le retour à la maison : « *quelque part quand il y a tout le temps une puer qui rentre dans la chambre qui sort pour faire des examens des prises de sang des pff c'est un petit peu c'est un petit peu chiant à la fin j'avoue* » (l. 39-41). Juliette parle du manque d'intimité en chambre d'hôpital, de l'obligation d'accepter la présence d'un tiers. Le mouvement agressif de rejet est peut-être nécessaire pour dénouer un lien de dépendance et prendre place à part entière en tant que mère. Dans ce « j'avoue » s'exprime la culpabilité liée à l'expression de l'agressivité.

Juliette semble s'être « lovée » dans cet univers hospitalier pour trouver refuge afin de terminer psychiquement sa grossesse dans un corps à corps hors corps avec son fils. C'est comme si l'hôpital était pour elle une enveloppe psychique en substitut de l'enveloppe corporelle rompue. Cet univers entre-deux peuplés d'anges bienveillants l'ont accompagnée jusqu'au terme de sa grossesse psychique, soit au moment du retour à la maison. A ce moment-là, Juliette semble avoir pu les quitter sereinement, sans regrets avec gratitude.

## 2.1.4. ANALYSE DE L'ENTRETIEN DE RECHERCHE DE BARBARA

### 2.1.4.1. Cadre de la rencontre

J'ai rencontré Barbara le jour de l'hospitalisation d'Axelle à l'hôpital de jour dans le cadre du suivi des anciens prématurés assuré par l'unité DITAP (Unité de Diagnostic des Troubles des Apprentissages et de Suivi des Anciens Prématurés) du service de pédiatrie des Hôpitaux Civils de Colmar. Barbara accepte d'emblée de participer à cette recherche. Elle préfère que nous nous entretenions à son domicile. Nous convenons d'un rendez-vous la semaine suivante. Axelle, sa fille, est alors âgée de 6 mois et est en bonne santé physique. Lors de l'entretien, Axelle sera présente. Au début dans les bras de sa mère, elle sera couchée dans un deuxième temps.

#### 2.1.4.2. Anamnèse

Barbara est une femme âgée de 42 ans. Elle a une présentation bien campée. Elle parle spontanément avec une certaine fluence et de manière assez assurée. Son histoire est marquée par le décès de sa mère âgée de 43 ans suite à plusieurs cancers lorsque Barbara était âgée de 17 ans, décès faisant suite à cinq années d'hospitalisation. Barbara se serait beaucoup occupée de l'entreprise familiale et de sa famille. Elle est l'aînée d'un frère qui a trois ans de moins qu'elle. À la mort de sa mère, elle a vécu avec son frère, son père et son grand-père paternel. Puis, contrairement aux espoirs de son père qui souhaitait qu'elle reprenne l'entreprise familiale, elle a entrepris une formation de commerciale. Elle dit aimer les défis. En 2005, Barbara rencontre son compagnon Éric. Avant lui, elle dit ne pas s'être intéressée à l'amour car elle pensait ceci : « *pourquoi avoir quelqu'un dans ma vie puisque de toute façon je vais le faire souffrir je vais partir aussi je s'rai malade et j'vais mourir* » (l. 435-437). En couple avec Éric, ils se sont installés ensemble en 2009 après trois ans de vie de couple en vivant séparément : « *parce que lui il est alsacien moi vosgienne j'avais ma maison dans les Vosges et lui il vivait encore chez ses parents parce que c'est tellement facile de vivre chez papa maman* » (l. 462-463). Après leur installation dans leur maison, ils ont eu le projet d'avoir un enfant, mais Barbara ne tombait pas enceinte, « *ce serait bien un p'tit et puis ça venait pas ça venait pas* » (l. 470). Tous les examens réalisés ne décelaient aucune stérilité ni chez elle, ni chez lui. A l'âge de 42 ans, Barbara ne pensait plus pouvoir être enceinte, « *je vais avoir quarante-deux ans cette année c'est fini / c'était la barre les quarante-deux ans* » (l. 500-501). C'est cette année-là que Barbara est enceinte d'Axelle. La grossesse se déroule sans particularités médicales jusqu'à la découverte d'une pré-éclampsie à 25 SA. Hospitalisée trois semaines en service de grossesses à risques aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Axelle est née prématurément à 28 SA par césarienne. L'hospitalisation d'Axelle a duré trois mois. Elle est rentrée à la maison trois jours avant la date théorique de son terme, soit à trois mois d'âge réel.

#### 2.1.4.3. Analyse thématique de l'entretien et hypothèses générales

Barbara commence l'entretien en relatant la découverte au 5<sup>ème</sup> mois de sa grossesse de la pré-éclampsie, son hospitalisation en service de grossesses à risques, la naissance

d'Axelle et son hospitalisation en réanimation néonatale. À la suite de ma question l'interrogeant sur ce qui l'a aidée dans ce temps qu'elle décrit comme un moment « hors temps », elle poursuit sur la place fantasmatique que vient occuper Axelle dans son histoire familiale sur trois générations, marquée par le décès de sa grand-mère maternelle et de sa mère. Barbara évoque ensuite sa solitude face aux angoisses liées à la question de la survie d'Axelle. En réponse à ma question sur la manière dont s'est tissé le lien entre sa fille et elle, Barbara décrit deux univers médicalisés clivés pouvant venir représenter deux figures maternelles : bienveillante versus abandonnique. Puis, Barbara parle de sa rencontre avec son conjoint et de leur infertilité, qu'elle associe à un « blocage » survenu au moment du décès de sa mère. À travers le récit du retour à la maison d'Axelle, elle parle en creux du sentiment d'abandon ressenti à l'égard de sa fille pendant le temps de l'hospitalisation ; ressenti redoublé, cette fois à son encontre, par la révélation du mensonge de son conjoint pendant ce temps-là ce qui ne fait qu'accentuer son sentiment de solitude. Enfin, Barbara termine l'entretien de recherche par l'évocation de son sentiment de vulnérabilité actuel. Au fil de l'entretien, Barbara construit un scénario fantasmatique afin de lutter contre les angoisses de mort liées à la question de la survie d'Axelle. Ce scénario fantasmatique serait une défense contre le réel de la situation. Grâce à l'imaginaire, Barbara peut donner du sens au « hors sens ». Barbara a perdu sa mère, puis sa grand-mère, elle ne pouvait pas perdre sa fille. A travers l'absence et la présence des figures maternelles, elle fait des dates et des noms des signes qui lui permettent d'inscrire sa fille dans la filiation maternelle sur quatre générations. Quelque part, c'est comme si sa lignée « ressuscitait » à travers la naissance d'Axelle.

#### 2.1.4.3.1. CONSTRUCTION DU MATERNEL

##### 2.1.4.3.1.1. RAPPORT A LA FECONDITE DE BARBARA OU COMMENT ELLE A PU ETRE ENCEINTE...

Barbara et Éric souhaitaient avoir un enfant depuis six ans, mais « ça ne venait pas ». Barbara met en lien cette infertilité avec le décès de sa mère : « Alors on a fait toutes les batteries de test qui faut faire/ la femme l'homme/ et ma gynéco elle me dit non tout est ok euh voilà/ mais j'avais quand même subi quand maman était décédée j'avais eu un problème au niveau de mes cycles j'avais plus de cycles » (l. 471-473). Dans son discours, la construction fantasmatique d'un lien entre la mort de sa mère et l'arrêt de ses

menstruations s'énonce telle une inscription signifiante dans le corps de la mort de la mère. Barbara utilise le temps présent pour parler de ce qu'elle nomme son « blocage » comme si quelque chose ne s'était pas encore élaboré à ce sujet. Elle poursuit en évoquant la parole mortifère d'un endocrinologue qui lui a été adressée lorsqu'elle était âgée de quatorze ans : « *oh ben vous savez c'est pas sûr que vous puissiez avoir des enfants plus tard* » (l. 480-481). Elle précise également que ce moment a eu lieu quand sa mère était hospitalisée : « *Peut-être que ça m'a marquée / en me disant de toute façon à quoi bon (...) (se lève et marche) donc oui peut être inconsciemment tout ça ça fait que/et puis euh de toute façon j'ai abordé 2015 en me disant ben voilà je vais avoir quarante-deux ans cette année c'est fini /c'était la barre les quarante-deux ans* » (l. 498-501). Ce « à quoi bon » en référence au devenir mère vient en résonance avec le suivant « à quoi bon » au sujet de l'amour : « *pourquoi avoir quelqu'un dans ma vie puisque de toute façon je vais le faire souffrir je vais partir aussi je s'rai malade et j'vais mourir* » (l. 435-437). Ces « à quoi bon » laissent entendre les pulsions de mort à l'œuvre dans son désir d'être mère et d'être femme.

Barbara laisserait entendre que passer l'âge de quarante-deux ans, âge du décès de sa mère, elle ne pourrait plus devenir mère. Or, précisément, nous pouvons émettre l'hypothèse que cette « barre » des quarante-deux ans serait ce qui lui permettrait de se séparer de sa mère, ce qui ferait coupure et qui permettrait que son désir puisse advenir. En somme, elle n'aurait pas pu devenir mère précisément jusqu'à l'âge du décès de sa mère, âge à partir duquel elle pourrait se libérer d'une capture imaginaire.

#### 2.1.4.3.1.2. VECU DE LA GROSSESSE

La découverte de sa grossesse est décrite comme une « explosion » de joie, comme une surprise inespérée.

« *Moi je m'étais dit quarante-deux ans c'est fini quoi hein bon/ donc je pars à la pharmacie à six heures le soir chercher mon test je fais mon test j'le fais tomber j'le pose j'attends je regarde la télé et puis d'un coup je vois deux barres/ et là j'me dis j'suis enceinte (rire) donc*

*ça a été ben ouai là ça a été l'explosion ouai parce qu'on y croyait plus ça faisait six ans qu'on essayait d'avoir un bébé et puis que ça n'a jamais marché » (l. 204-208).*

Barbara se décrit comme très heureuse *« jusqu'au cinquième mois ça allait tout bien (...) et puis l'aventure a commencé quoi/ jusqu'au cinquième mois / voilà de la découverte au cinquième mois tout allait super bien j'étais mais alors sur un nuage ouai la pêche quoi/ et puis donc Axelle est née le 13 juillet » (l. 5, 215-217).* L'annonce de la pré-éclampsie vient arrêter un temps. Elle « saute » de cette découverte à la naissance de sa fille. Cette parole fait écho à la première de l'entretien *« Ah moi jusqu'au cinquième mois ça allait tout bien » (l. 5)* qui inaugure la rupture d'un temps à venir, celui du temps d'hospitalisation comme un temps « hors temps » et vécu comme un enfermement : *« Donc le 24 juin je suis **montée** à Strasbourg et j'en suis r'sortie que fin août » (l. 48) ; « (...) coupée de tout le monde ouai j'avais l'impression d'être en prison quoi/ vous pouvez pas sortir euh » (l. 341-342).*

La découverte de la pré-éclampsie est venue court-circuiter le temps de la grossesse de Barbara. Barbara était au cours du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse. Elle n'évoque pas la perception des mouvements du fœtus, ni de représentation d'une relation imaginaire. Dans son discours, c'est comme si Barbara se situait encore dans la période de régression narcissique au cours de laquelle la femme reste centrée sur elle-même, sur le bébé qu'elle a été ou croit avoir été. Était-elle en difficulté dans le processus d'objectalisation du fœtus ? Barbara parle beaucoup de son diabète dans un rapport de maîtrise. Malgré des signes alarmants concernant sa grossesse, Barbara ne semble pas pouvoir les entendre et adopte une position de déni. Son rapport à sa maladie aurait-il fait écran aux ressentis de la grossesse ?

#### 2.1.4.3.1.3. VECU DE L'ACCOUCHEMENT PREMATURE

Barbara n'a pas eu le sentiment d'accoucher de son enfant : *« Parce que je peux pas dire que j'ai accouché j'ai eu une césarienne/ c'est pas c'est pas c'est pas des choses naturelles c'est pas / c'est pas une grossesse normale euh donc oui je peux pas dire / oui pour moi j'ai pas accouché/**j'ai eu ma fille par césarienne** le treize juillet/ je l'ai rencontré le quatorze physiquement/ et euh le premier « peau à peau » alors ça ça été encore un autre moment » (l. 129-132).* L'absence d'éprouvés corporels empêcherait la symbolisation de l'accouchement. Barbara « passe » très rapidement sur ce moment qui ne s'inscrit pas

symboliquement pour parler du « peau à peau » comme dans une façon de venir « compenser » par le toucher l'absence d'éprouvés corporels au cours de la grossesse et de l'accouchement. A travers de multiples dénégations, Barbara se défend de la frustration de ne pas avoir mener une grossesse à terme, de ne pas avoir pu accoucher et de ne pas avoir pu allaiter sa fille. Cette position défensive viserait à maintenir un sentiment de maîtrise de la situation.

#### 2.1.4.3.1.4. RENCONTRE ET NOUAGE DU LIEN PRECOCE AVEC AXELLE

*Entre séparation et sentiment d'appartenance...*

Barbara met en avant la pratique du peau à peau comme pratique permettant la rencontre avec sa fille. L'importance du contact corporel, des éprouvés corporels dans ce « corps à corps » viendrait apaiser la douleur de ne pouvoir être dans une rencontre intime avec son enfant. Barbara évoque la douleur d'être séparées, de « la laisser », de devoir « la rendre ». Son vécu psychique vient en écho avec le sentiment d'abandon vécu avec sa propre mère : « Et voilà on a enchaîné les « peau à peau » avec papa avec maman/ ça c'est génial quoi/ et ils disent en plus dans le reportage là que le « peau à peau » était très important pour le bébé mais alors elle/ ouai comme moi j'étais là-haut tout le temps / enfin j'suis restée à Strasbourg du mois de juin à fin août /c'était tous les jours il y avait du «peau à peau» minimum un voire trois euh/ puis le papa aussi/ comme on a profité de ça **c'était le seul moment où on pouvait tous être ensemble** quoi/parce que **vous êtes séparés de vot' bébé en permanence** vous pouvez pas y monter parce qu'il y a de soins stériles euh il y a des fois j'étais six six heures/ ah voilà/ **six sept heures sans pouvoir la voir** » (l. 137-143).

Au fil de l'entretien, nous pouvons repérer la terminologie : « sortir », « garder », « rendre » qui évoque la question de l'incorporation de l'objet en soi. Barbara en parle au sujet de sa fille, et plus précisément du retour à la maison : « j'ai eu j'pense quinze jours trois semaines après avoir ramené Axelle à la maison / des fois je sortais fumer ma cigarette dehors j'disais mais **j'la rends plus c'est la mienne maintenant** / enfin j'étais pas encore dans le / comment dire / j'me disais mais c'est / c'est ma fille c'est à moi **je la rends à personne c'est la mienne**/ parce que tant qu'elle est à l'hôpital elle/ enfin c'est votre enfant mais il y a tellement de personnes qui s'en occupent que **vous l'avez pas que pour vous** / donc oui j'étais là alors je disais oh merci vous là-haut ça y est je l'ai j'ai réussi » (l. 578-584).

Le sentiment d'appartenance et de reconnaissance : « c'est la mienne » vient témoigner en creux de la difficulté de se sentir mère d'un enfant hospitalisé.

En fin d'entretien, cette terminologie réapparaîtra au sujet de sa souffrance : « ça **r'sort** seulement maintenant quoi ouai/ c'est ça qui/ alors bon j'en suis consciente donc ça va j'me dis c'est normal il faut hein/ il faut pleurer il faut il faut **sortir** tout ça » (l. 792\_794) ; « si vous **gardez** tout pour vous ça pourri et puis au moment où ça **sort** c'est pas bon du tout/ alors je suis pas en train de déprimer ou autre parce que on a vécu d'autres choses aussi douloureuses mais là au moins j'ai un résultat / là **j'ai quelque chose** de concret malgré toutes ces souffrances-là/ **j'ai ma fille** (..) » (l. 818-821). Le fait que Barbara fasse le lien avec sa fille : « j'ai quelque chose : j'ai ma fille » nous indique la mise en lien entre le décès de sa mère et la naissance de sa fille comme si l'une venait remplacer l'autre. Ces métaphores qui tradiraient des mouvements pulsionnels ne sont pas sans faire écho à la naissance prématurée : précisément, il ne fallait pas qu'elle sorte. En reprenant le fil de l'hypothèse de la mise en lien avec le décès, lui aussi prématuré, de sa mère : il ne fallait pas qu'elle parte ; ce qui est une autre façon de sortir.

*Du scénario fantasmatique comme support à l'identification à l'émergence du regard auréolé*

Barbara semble construire le sentiment maternel qui l'unit à sa fille à partir d'une représentation imaginaire de « battantes » face à la mort. Ce trait identificatoire à sa fille de « battante » se repère à différents endroits de l'entretien : « Après mon ressenti par rapport à cette maternité qui n'a pas été dans la norme de ce qui se fait pff/ça me pose pas plus de problèmes / j'ai jamais fait les choses comme tout le monde **j'ai toujours dû me battre pour réussir** à faire ce que je / enfin à avoir ce que j'avais donc euh une fois de plus je me suis battue (..) » (l. 299-302).

Dans l'extrait suivant, un réflexe pris dans l'imaginaire du « battant » devient un geste fondateur inaugural de la relation, un message adressé. « Agripper le doigt » résonne comme l'image d'une battante, face au danger de mort, qui se raccroche et s'extirpe. Réinterpréter à la lumière de son histoire, c'est un moment d'éprouvé corporel à travers le toucher qui émerge.

Le choix du prénom, comme si son enfant en choisissant d'être une fille renforçait le fait que ce soit la sienne : « *Le lien maternel il est là / mais je pense **qu'on est des battantes toutes les deux** et j'sais pas j'peux pas expliquer c'est tellement enfin naturel enfin je sais pas comment dire /* » (l. 263-265).

Il n'y a pas eu dans vot' vécu il y a pas eu un moment donné où vous avez senti que là il y avait quelque chose qui se tricotait / c'était c'était d'emblée ou ça s'est fait au fur et à mesure enfin comment ?

*La première fois où j'suis arrivée en réa quand elle était dans sa couveuse donc ils vous disent qu'on peut mettre les mains dans la couveuse / **elle m'a tout de suite agrippé le doigt** / (...) toute petite 31 centimètre son p'tit doigt sa p'tite main a pris mon doigt et là je sais pas comment c'est une **connexion** qui se fait c'est fort quoi* » (l. 269-275).

La poursuite de ses projections fantasmatiques aurait permis d'avoir un regard auréolé sur sa fille permettant un sentiment de reconnaissance immédiat. Cet imaginaire témoignerait de l'absence de traumatisme.

#### 2.1.4.3.2. RAPPORT SUBJECTIF AVEC LA MEDECINE ET LES DISCOURS DES PROFESSIONNELS DE SOIN

##### 2.1.4.3.2.1. L'ANNONCE D'UN AUTRE TEMPS : LE TRAUMATISME DE LA RENCONTRE AVEC LE REEL D'UNE PAROLE

L'annonce d'une anomalie chez son bébé qu'elle porte en elle vient faire effraction dans le déroulement de sa grossesse. Barbara décrit cette scène au style indirect : « *vot' bébé est petit* » (l. 15-16). Elle poursuit avec l'annonce de la pré-éclampsie : « *Ce qui vous arrive est très grave c'est très très grave il faut y aller tout de suite et ils vont vous **garder** et j'ai dit mais moi **j'ai rien** là euh (...) et puis ben là ça s'est enchaîné (...) donc le 24 juin je suis montée à Strasbourg et j'en suis **r'sortie** que fin août* » (l. 43-48). Cette réponse « j'ai rien » qui dans le discours fait référence à des affaires personnelles pour se rendre à l'hôpital contient un double sens : une absence de maladie. En effet, Barbara souligne cet écart entre son ressenti et le réel de son organisme : « *J'ai appris qu'il fallait que j'aille à l'hôpital parce que j'allais pas bien mais moi j'allais très bien enfin **physiquement je sentais pas de** / (...) **j'avais mal nulle part*** » (l. 50-53). Barbara serait dans une forme de déni de la situation qui l'angoisse.

S'ensuit la description d'un monde « *c'est un sacré monde* » (l. 119) dans lequel elle se sent « *désemparée* » (l. 58) qu'elle qualifie à plusieurs reprises de « *grande inconnue* » (l. 57, ...). Elle évoque des paroles qui font violence : « *on vous dit tout* » (p :54). Ce « *tout* » recouvrirait la question de la vie et de la mort, le réel du corps du fœtus, du sien : « *Vous signez une décharge parce que le pronostic vital des deux est engagé là* » (l. 70-71). Un monde dans lequel la permanence n'existerait pas, le danger de mort serait imminent, où rien ne pourrait faire barrages aux fantasmes sur le devenir de l'enfant : « *Donc c'était ça l'angoisse permanente de qu'est-ce que je vais retrouver quand je vais r'monter /comment elle va évoluer est ce que elle va être normale est ce que (grande inspiration) c'est voilà* » (l. 256-258).

#### 2.1.4.3.2.2. LE RAPPORT AUX SOIGNANTS : ENTRE IDEALISATION ET AGRESSIVITE

Barbara opérerait un clivage entre les deux univers médicalisés qu'elle a connu : le premier hôpital à Hôpitaux Universitaires de Strasbourg qui serait bienveillant et le second Hôpital Civil de Colmar qui serait négligent. Au service de réanimation néonatale de Strasbourg, lieu de naissance de sa fille, les soignants semblent idéalisés. C'est eux qui savent faire avec « *les prémas* » et qui enseignent aux parents. À la suite de ma question lui demandant comment a-t-elle pu trouver sa place en tant que maman dans cet univers médicalisé, Barbara répond : « *Et ben en réanimation ils vous expliquent que vous êtes la **maman**/ que c'est vous qui faites/ à votre rythme/ qu'il faut pas avoir peur de dire je suis fatiguée je peux pas m'en occuper* » (l. 347-348). Cette nomination par une instance extérieure interroge. S'agit-il d'une instance tierce ? Au fil de son discours, nous pouvons entendre que cette instance, à minima, a autorité. C'est eux qui décident des gestes autorisés. Nous pouvons entendre la dépendance à cette instance : elle a besoin d'eux et elle en dépend. Les soignants seraient décrits comme présents en permanence, à l'écoute, contenant. Au service de néonatalogie du Parc des Hôpitaux Civils de Colmar, Barbara commence en énonçant d'emblée dans une comparaison avec le service de réanimation néonatale de Strasbourg : « *enfin moi le Parc je suis désolée mais je leur en veux énormément* ». S'ensuit le récit de deux événements au cours desquels elle a ressenti de la solitude, de la détresse. Elle appelait et personne ne venait à son secours. Les soignants seraient alors présentés comme défaillants, négligents. Ils l'auraient abandonnée. Nous

pouvons émettre l'hypothèse que l'expression de cette agressivité serait une tentative de se rapprocher de son enfant. À l'hôpital de Colmar, la question de la survie n'est plus en jeu. La perspective du retour à la maison approche. Leur en vouloir et les détruire d'une certaine manière ne serait-il pas une manière de se détacher de ce rapport de dépendance ?

Cette dépendance serait peut-être redoublée par son vécu d'abandon par sa mère, sa grand-mère mais aussi son conjoint : « *Tu m'as laissé toute seule à Strasbourg / tu m'as laissé me démerder toute seule à Strasbourg vivre tout ça toute seule* » (l. 632-633). Renforcée, Barbara aurait encore davantage besoin de lutter contre elle afin de s'autoriser à devenir la mère de cet enfant. Au moment de se dire au revoir, Barbara me confie ce qu'elle a dit à la psychologue de réanimation néonatale à Strasbourg : « *Juste ce qui m'a manqué c'est de ne pas pouvoir le partager avec ma mère et ma grand-mère maternelle* ». La psychologue aurait repris « *Juste ?* ». Elle finit en me disant « *J'ai écrit dans un cahier pour le transmettre à Axelle* ». Barbara a manqué de ce qu'elle ressent comme une absence de transmission en raison de l'absence de sa mère et de sa grand-mère. Elle s'est sentie seule. En réaction à cette absence de transmission, elle transmet à sa fille. Elle lui donne/adresse ce qui lui a manqué.

## 2.1.5. ANALYSE DE L'ENTRETIEN DE RECHERCHE AVEC SOPHIE

### 2.1.5.1. Cadre de l'entretien de recherche

Je suis allée à la rencontre de Gabriel et de son papa le jour de l'hospitalisation de Gabriel à l'hôpital de jour du service de pédiatrie des Hôpitaux Civils de Colmar, dans le cadre du suivi des anciens prématurés assuré par l'unité de Diagnostic des Troubles des Apprentissages et de Suivi des Anciens Prématurés. J'ai présenté ma recherche au père de Gabriel qui m'a proposée d'appeler Sophie, la mère de Gabriel. Lors de notre contact téléphonique, Sophie s'est montrée d'emblée très partante pour participer à cette recherche. Nous avons convenu d'un rendez-vous dans notre bureau au service de psychiatrie infanto juvénile des Hôpitaux Civils de Colmar, soit un lieu géographiquement autre que celui des hospitalisations que Gabriel et elle-même ont vécu. Au moment de

l'entretien de recherche, Gabriel est âgé de six mois et trois semaines et est très bonne santé physique et psychique.

#### 2.1.5.2. Anamnèse

Sophie est une femme âgée de 27 ans. Son métier est assistante dentaire. Elle est en couple depuis dix ans avec Florian, soudeur de profession, et sont mariés depuis quatre ans. Initialement, ils souhaitaient « *d'abord vivre profiter partir voyager* » (l. 513-514). Mais, après une mésaventure immobilière, ils ont décidé d'acheter un appartement, de « se poser » et de remettre leur projet de voyage à plus tard. A ce moment-là, pris dans le désir d'avoir un enfant avant trente ans, ils ressentaient le besoin de « *passer à une étape supérieure* » (l. 517) et ont décidé de concevoir un enfant. Sophie est tombée très rapidement enceinte, « *au bout d'un mois ça avait déjà fonctionné* » (l. 520-521). Ils en étaient très heureux. La grossesse s'est bien déroulée jusqu'à la rupture prématurée des membranes à vingt-neuf semaines d'aménorrhée (SA) ce qui a provoqué un accouchement par voie basse le jour même à la maternité des Hôpitaux Civils de Colmar après un premier transfert d'une clinique. En raison de la grande prématurité de Gabriel, ce dernier a été transféré dès la naissance au service de réanimation néonatale des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Ainsi, Sophie n'a pu rencontrer son fils que le lendemain de l'accouchement. L'hospitalisation de Gabriel a duré deux mois dans deux établissements différents. Dans un premier temps, Gabriel a été hospitalisé trois semaines en service de réanimation néonatale aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. En raison de sa bonne évolution, un transfert a été organisé dans le service de néonatalogie aux Hôpitaux Civils de Colmar. Mais, la contraction d'un staphylocoque entraînant un choc infectieux a nécessité un deuxième transfert en urgences en réanimation néonatale à Strasbourg qui a duré deux semaines. Enfin, Gabriel a été retransféré dans le service de néonatalogie à Colmar jusqu'à son retour à domicile.

Au niveau familial, Sophie est le deuxième d'une fratrie de deux enfants. Son grand frère a une petite fille. Elle évoque une bonne relation avec sa mère mais ne parlera pas de son père. Les grands-mères maternelles semblent également être des figures importantes dans son histoire : sa grand-mère maternelle dont elle se dit très proche qui « *avait du mal à avoir des enfants* » (l. 729) et sa grand-mère paternelle qui la fait naître. Elle la décrit

comme étant carriériste et « *très froide et très blessante avec (sa) mère* » (l. 731-732). Florian est le deuxième d'une fratrie de trois enfants : un grand frère et une petite sœur qui est actuellement enceinte. Elle ne parlera pas de ses beaux-parents. Sophie le décrit comme très présent sur qui elle peut compter.

### 2.1.5.3. *Analyse thématique de l'entretien*

#### *Disponibilité psychique de Sophie pendant l'entretien*

Sophie est une jeune femme très souriante et dynamique. Elle s'installera volontiers dans mon bureau. Tout au long de l'entretien, Sophie parle très facilement, de manière très vivante et assez rapidement. Elle déroule le fil de sa pensée avec peu de résistances. A certains moments de son récit, l'émotion l'envahit mais elle ne l'est pas adressée. Elle s'autorise alors à pleurer mais cela ne semble pas entraver l'élaboration de son discours. Dans cet entretien de recherche, Sophie est sujet. Toute en intériorité, elle bâtit au fur et à mesure. Loin d'être dans une position défensive, Sophie élabore, tente de symboliser quelque chose de son histoire. Au fil de son récit, nous assistons à un réel travail de construction, d'historicisation ce qui se traduit par des va-et-vient entre l'avant et l'après l'accouchement. Imaginairement, Sophie réaliserait un travail de « broderie verbale » en revenant plusieurs fois sur le même point tout en avançant à chaque fois. Nous pourrions dire que Sophie tente de border la béance laissée par le traumatisme de la naissance de Gabriel.

#### *Thématiques abordées*

Sophie commence l'entretien en parlant d'emblée de sa culpabilité d'avoir trop travaillé. Elle se situe juste avant l'annonce de l'accouchement et évoque des signes corporels qu'elle ne parvenait pas à interpréter et qu'elle cherchait à banaliser. Puis, elle raconte la scène de l'annonce de l'imminence l'accouchement. Sa manière de raconter en style direct laisse entendre la dimension traumatique de cet évènement. Cette annonce aurait pour effet de briser son scénario imaginaire de sa grossesse : « *là il y a à peu près tout qui s'effondre parce qu'on imagine la grossesse d'une certaine façon* » (l. 26-27). A la fin de l'entretien, Sophie « bouclera » en reparlant de ce rapport à l'idéal d'une grossesse. Puis,

elle poursuit sur son vécu de l'accouchement et de sa rencontre avec Gabriel « *si petit si loin d'un bébé* » (l. 123), qui lui fera perdre connaissance. Sophie évoque son sentiment de solitude par rapport à sa famille, ses amis. Elle parlera ensuite spontanément de sa difficulté à se sentir mère de cet enfant-là qu'elle met en lien avec le fait de ne pas avoir vécu son accouchement. Sophie exprimera à plusieurs reprises son sentiment de rapt de sa grossesse, « *on nous vole notre grossesse* » (l. 375). Sur mon invitation, elle évoquera comment ce désir d'enfant s'est inscrit dans leur histoire de couple. La découverte du sexe du fœtus est également abordée. Sophie poursuivra sur sa relation actuelle avec son fils. Le vécu supposé du papa est évoqué pour revenir à nouveau sur le vécu de l'accouchement et des premiers liens avec Gabriel. Enfin, à la suite de ma question, Sophie évoquera sa naissance et la relation à sa mère pour revenir finalement sur ce qui lui a permis de construire son lien à son fils.

#### *Hypothèses générales*

Dans cet entretien de recherche, Sophie tenterait d'élaborer quelque chose de sa rencontre avec le réel, de sa confrontation à l'étrangeté qu'elle a ressentie. C'est parce que Sophie serait au-delà du traumatisme et que le lien entre son fils et elle se serait noué, qu'elle pourrait parler de la violence qu'elle a traversé. Dans ce travail de construction, Sophie nous donnerait à entendre comment, par ce traumatisme, les processus d'imaginarisation s'interrompent brutalement. Tout ce qui était en cours d'investissement basculerait vers un état de sidération, voire de confusion, « *c'était comme si j'avais jamais été enceinte* » (l. 228). Sans projections fantasmatiques, l'enfant n'existerait plus. Puis, dans un deuxième temps, Sophie raconte comment à travers les éprouvés corporels : le portage, le regard quelque chose du lien peut se « reprendre ». L'ancrage corporel paraît indispensable pour pouvoir se sentir mère de cet enfant qui ne serait pas d'emblée un objet narcissique pour elle. Les éprouvés corporels rendraient alors possible les éprouvés relationnels. Ce témoignage mettrait en lumière comment le corps serait le support à la subjectivation des expériences psychiques et le décalage entre naissance physique et psychique.

### 2.1.5.3.1. CONSTRUCTION DU MATERNEL

#### 2.1.5.3.1.1. VECU DE LA GROSSESSE : « ON M'A VOLE MA GROSSESSE »

Au cours de l'entretien, Sophie parlera à plusieurs reprises de ce sentiment qu'on lui a volé sa grossesse. Cette grossesse dont elle parle serait sa grossesse idéale, celle qu'elle a imaginée. A l'annonce de l'imminence de l'accouchement, cette grossesse-là vole en éclats, « *Ecoutez vous allez accoucher et là **il y a à peu près tout qui s'effondre** parce que on imagine la grossesse d'une certaine façon* » (l. 26-27). Ce qui s'effondre, ce serait son scénario imaginaire. Il est intéressant de repérer qu'elle évoquera une deuxième fois ce mouvement psychique d'effondrement lorsque la mort de Gabriel a été évoqué à la suite d'un choc infectieux à trois semaines de vie : « ***il y a tout qui s'effondre** (...) et là j'avais peur de perdre (...) il est sorti plus tôt il a failli mourir une fois* » (l. 191-193). Sophie met en lien deux moments : l'annonce de la mort potentielle de son enfant et celle de son accouchement. En disant cela, elle associe la peur de l'effondrement psychique à l'énonciation de la mort. Ainsi, nous pouvons entendre que l'annonce de son accouchement a résonné comme l'annonce de la mort de son bébé.

Plus loin dans l'entretien, Sophie revient sur ce sentiment de rapt : « *ce qu'on a vraiment l'impression c'est qu'on nous vole notre grossesse une grossesse qui devait être **magique*** » (l. 375-376). Le mot « magique » renvoie bien à une représentation idéale d'une grossesse comblante, épanouissante. Elle utilisera à nouveau ce mot là pour parler du lien à son enfant : « *quand c'est le nôtre ben voilà il y a rien de plus **magique** et peu importe si c'est un garçon ou une fille* » (l. 560-561). A travers ce mot « magique », c'est la dimension imaginaire qui est retrouvée, celle qui permet de porter un regard « aurolé » sur son enfant. Ces deux paroles entrent en écho : l'interruption de sa grossesse imaginaire lui fait perdre le contact avec son enfant imaginaire et la reconnaissance du lien à son enfant réel lui permet de retrouver cette dimension imaginaire. Ce sentiment de rapt s'entend également à travers la culpabilité massive qu'elle éprouve à avoir beaucoup travailler pendant sa grossesse. Dans son discours, c'est comme si elle s'était « donnée » davantage à son patron qu'à son enfant, « *alors je me dis je me suis donnée pour ces gens-là mais pour mon fils je n'ai pas fait ce qu'il fallait pour le garder* » (l. 73-74). Dans cette dimension de sacrifice, s'entend l'idée d'avoir été « prise » et donc privée.

Sophie souffre de ce qu'elle imagine ne pas avoir pu vivre d'où ce sentiment de rapt. L'interruption de sa grossesse physique et psychique ouvrirait un espace imaginaire dans lequel resterait « coincée » la représentation de ce que pourrait représenter l'objet a, l'enfant imaginaire comme objet de jouissance, qui viendrait la combler.

#### 2.1.5.3.1.2. VECU DE L'ACCOUCHEMENT : QUAND ACCOUCHER N'EST PAS DONNER NAISSANCE...

##### *Traumatisme de l'accouchement*

L'accouchement de Sophie aurait fait traumatisme dans le sens où de l'irruption du réel déborderait la capacité de contenance et d'élaboration de l'afflux d'excitation de son appareil psychique. L'évènement a eu lieu mais n'a pas été éprouvé ce qui produirait un sentiment d'irréalité : « ça s'est passé tellement vite mon accouchement j'ai l'impression de l'avoir vu mais pas de l'avoir vécu tellement que c'était compliqué » (l. 95-97). Sophie était comme spectatrice de la scène au point qu'elle aura besoin de se le raconter, « pour remettre dans l'ordre moi j'essayais de comme de le réciter (...) plus vous le récitez plus vous l'intégrez donc à la fin pour vos ça s'est passé comme ça » (l. 668-676). Faute de pouvoir le ressentir dans son corps, c'est comme si une partie d'elle-même se retrouvait exclue.

Face à ce sentiment d'irréalité, le psychisme de Sophie s'en défendrait en continuant à ressentir des éprouvés corporels de la grossesse pendant la nuit de l'accouchement : « pour moi il était toujours dans le ventre ça bougeait je le dis j'ai l'impression qu'il bougeait encore je le sentais » (l. 217-218). Les sensations d'arrachement et de dépossession laissent une trace dans le corps. L'enfant n'est ni dedans, ni dehors. Dans un deuxième temps, faute de pouvoir continuer à avoir le sentiment d'être enceinte, Sophie annulerait rétroactivement son sentiment d'avoir été enceinte : « c'était comme si j'avais jamais été enceinte » (l. 227). A nouveau, le corps est convoqué sur le devant de la scène : « enfin voilà mon corps est revenu exactement comme avant » (l. 247). Dans cet état de confusion qui laisse hors sens ce qui vient de se passer, son corps parle pour elle et incarne ce qu'elle vit, « on peut se réveiller en pleine nuit on penserait même pas qu'on a eu un bébé » (l. 250-251). Sophie frôle l'état de déni de l'existence de son fils.

*Naissance de Gabriel : de l'impossible représentation entre « partir » et « sortir » ...*

Privée de cette expérience d'accoucher psychiquement, comment l'enfant peut-il naître ? Son accouchement ne serait pas venu inscrire psychiquement la naissance de Gabriel : « Je suis allée acheter des vêtements et on m'a demandé pour la carte de fidélité sa date de naissance et j'ai eu un blanc » (l. 79-81). Ce blanc sur la naissance serait le même que celui de l'accouchement. Sophie ne se souvient pas de la scène de l'expulsion. C'est son mari qui lui a raconté : « c'est mon mari qui m'a dit que j'ai absolument pas fait de bruits en accouchant (...) je pouvais pas l'exprimer tellement j'étais/ que je ne voulais pas que ce soit le moment qu'il sorte » (l. 101-104). Sophie aurait été à ce moment en deçà de la parole face à l'irruption de ce réel du corps. Sophie n'aurait pas accouché dans le sens de donner la vie, de mettre au monde un enfant. À l'endroit où il y aurait une absence de vécu psychique, Sophie ne pourrait que rester suspendue au vécu de la perte de son bébé imaginaire sans pouvoir se représenter la naissance d'un bébé réel. Lorsque dans son récit, elle évoque le moment où elle était seule dans sa chambre d'hôpital pendant que Gabriel était en service de réanimation néonatale, un lapsus s'exprime : « ceux qui en ont pas peuvent pas comprendre ce que c'est que de perdre un enfant » (l. 156-157). Il n'y aurait pas de continuité entre l'enfant qu'elle portait et celui qui est sorti de son ventre puisque précisément, pour elle, il n'est pas sorti. Elle ne peut que répéter qu'après l'accouchement, il est parti. Certes, Gabriel est parti physiquement dans le sens où il a été transféré dès la naissance, mais dans la formulation de Sophie, ces répétitions résonnent dans le sens : « il est mort » : « vu que j'avais accouché tellement rapidement après il est **parti** mais j'avais l'impression qu'il était encore là qu'il bougeait dans le ventre ». De qui parle-t-elle ? Qui est ce « il » ? Nous pouvons entendre la perte de l'enfant imaginaire tout en s'y accrochant à travers des éprouvés corporels. C'est comme si le corps s'agrippait à la trace sensorielle de l'enfant dans le ventre.

Nous retrouvons la même équivoque avec le terme « sortir » : sortir de son ventre et sortir de l'hôpital. Gabriel aurait eu du lait maternel « Jusqu'à ce qu'il puisse **sortir** » (l. 366). A ce moment-là de son discours, la question de l'allaitement qui viendrait réparer la blessure narcissique de la grossesse s'associe la question de la naissance de Gabriel. Consciemment, Sophie parle de sortir de la maternité mais nous pouvons entendre ici l'emploi du verbe « sortir » dans le sens d'accoucher psychiquement ou « naître dans sa

tête » ; autrement dit : se séparer symboliquement. Dans son récit, Sophie peut formuler cette séparation lorsqu'elle évoque le sevrage comme si cette séparation ou castration symboligène, en référence à l'image inconsciente du corps de Dolto, venait permettre l'émergence de la symbolisation de la première séparation qu'est la naissance. L'analyse du contre transfert permet de repérer la trace de cet état de confusion et de l'impact de la polysémie des termes. En effet, à ce moment-là de l'entretien où il est question de l'allaitement, nous ressentons le besoin de resituer les événements dans la chronologie comme une défense contre la confusion qui se dit de façon latente à travers la polysémie des termes « sortir » et « partir », entremêlée dans la question de la naissance et du retour à domicile.

Au-delà du processus physiologique et psychique, naître est un processus social, ce qui nécessite une adresse, un soutien. Sophie parle de son sentiment de solitude, de ne pouvoir s'adresser à son environnement familial et social qui ne comprend pas « *je me sentais abandonnée* » (l. 152). Elle ne peut pas lire dans le regard de l'autre la reconnaissance de son nouveau statut de mère, « *ça se voit pas on rentre sans bébé sans rien* ». Sa grand-mère maternelle pensait que le bébé était mort. Elle dit alors devoir lutter pour dire qu'il est vivant, elle-même prise dans la difficulté de se le représenter. L'absence de regard social sur sa maternité associée à l'absence du bébé à ses côtés redoublerait la difficulté de représentation de l'existence de son enfant. Sur mon invitation, Sophie formule ce qu'elle imagine du vécu de son mari de cet événement : « *je pense que ça été dur il avait pas le bébé il avait pas moi il est rentré tout seul de l'accouchement il était cinq heures du matin quand il est parti il m'a dit c'est dur tu me manques je suis à la maison je suis seul il a dit moi je suis perdu j'arrive pas il arrivait pas non plus à se dire qu'on avait eu un bébé il était à la fois inquiet pour moi inquiet pour le bébé je pense qu'il était entre les deux* » (l. 620-624). A travers cette formulation « je pense que », s'entendent l'expression d'éventuelles projections de solitude et d'angoisse d'abandon liés à la peur de perdre la mère et/ou l'enfant.

## 2.1.5.3.1.3. NOUAGE DU LIEN PRECOCE : DU POKEMON AU BATTANT...

*Rencontre avec Gabriel*

Le rencontre de Sophie avec Gabriel n'a eu lieu que le lendemain dans un autre lieu que celui de l'accouchement. Le changement de lieu participerait de la difficulté d'intégration de l'évènement.

*« La 1ere fois que je l'ai vu je suis tombée dans les pommes (...) il était si minuscule on s'imagine pas une crevette je me suis sentie mal c'était un peu un choc (...) il était si petit si loin d'un bébé il n'a pas toutes les formes il n'a pas de tétons on ne dirait pas encore un bébé on dirait (...) une grosse grenouille un genre de têtard (...) un Pokémon sans la petite queue (...) il était mignon mais il avait l'air si fragile (...) je vais jamais réussir c'est trop petit je vais abîmer quelque chose » (l. 111 -133)*

Si loin du bébé imaginaire, ce fœtus n'est pas encore humanisé : une crevette, une grosse grenouille, un têtard. Sophie se retrouve face à un réel auquel elle ne peut pas s'identifier. Ce bébé manquant d'humanité lui est étranger. Le regard de Sophie ne serait pas pris dans l'axe de l'illusion qui lui permettrait de doter de toutes les qualités imaginaires son enfant car précisément ce ne serait pas encore le sien. Au moment de la rencontre, Sophie serait davantage dans la perte de l'enfant imaginaire que dans l'investissement de l'enfant réel. A ce moment-là, Sophie ne peut pas encore avoir de désir pour lui car, pour l'instant, elle ne parvient ni à lui supposer du sujet, ni à le reconnaître comme le sien. Sidérée, son corps agit et la soustrait à cette réalité inassimilable en lui faisant perdre connaissance. Sophie parle également de sa peur de la toucher. A ce moment-là, elle serait dans l'effroi de la vision.

*De sa difficulté à se sentir mère de cet enfant là*

Sophie évoque spontanément sa difficulté à se sentir mère de cet enfant-là : *« moi au début je ne me sentais pas tout de suite maman (...) je disais que j'avais un bébé par procuration (...) moi je l'ai cherché il avait déjà deux mois quand on a pu le ramener de l'hôpital (...) c'est comme si on allait adopter un petit chien » (l. 158-166).*

Cette comparaison à l'adoption d'un animal parle de cette difficulté d'investissement libidinal de l'enfant. A ce moment-là, quelque chose ne s'est pas noué, c'est comme s'il ne venait pas d'elle. L'absence d'expériences corporelles ne permettrait pas la subjectivation de ce qui vient de se passer. Ce qui intéressant c'est que précisément c'est au travers de son corps, de ses éprouvés corporels que quelque chose va pouvoir se renouer, se construire afin de se relier à son bébé après ce moment de déréalisation, « *Ça s'est fait au fur et à mesure mais ce qui a vraiment aidé c'est quand on a fait le peau à peau* » (l. 266).

Sophie élabore très clairement le fait qu'elle ait besoin de le sentir, de le porter, de le regarder pour quelque chose du lien s'arrime, « *dès qu'il y a un échange au niveau du regard et un contact ça se fait plus naturellement parce que c'est vrai que les regarder dans cette bulle c'est c'est un peu comme regarder dans une télé enfin c'est vrai que pfff on ne peut pas faire de lien comme ça voilà (...) j'ai dû attendre pour pouvoir le voir pour réaliser que c'est vraiment le mien donc euh le fait de pouvoir le sentir et de sentir que ce petit corps cette petite bouille elle a besoin de vous ouai c'est à ce moment-là qu'on réalise que si on est maman* » (l. 827-833).

Ce ne serait qu'à partir de ses éprouvés corporels, que le sentiment de reconnaissance ne pourrait émerger. L'intimité corporelle et sensorielle serait un préalable à la rencontre. Lorsque Sophie réalise que son bébé a besoin d'elle parce que désormais il existe pour elle dans le sens où elle peut s'en préoccuper, alors elle peut naître en tant que mère, « *quand on voit qu'il a besoin de nous (...) c'est là que l'instinct se réveille* » (l. 791-792). Il est intéressant de repérer qu'à ce moment-là, Sophie exprime comment elle peut « se montrer » à l'autre : « *regardez il est content parce que c'est moi qui le porte* » (l. 794-795). A la souffrance de l'absence du regard de l'autre sur son nouveau statut de mère peut se substituer la joie de montrer à l'autre qu'elle se reconnaît être la mère de cet enfant. Quelque chose du circuit pulsionnel se serait alors bouclé : « *c'est là qu'on voit qu'il nous regarde* ». Elle est passé du besoin d'être regardé à celui de montrer. Sophie a besoin de ressentir que Gabriel a besoin d'elle pour que le lien se fasse, ressentir qu'elle existe pour lui pour qu'il puisse exister pour elle. Or, c'est précisément à partir du moment où il a commencé à exister pour elle, qu'elle a pu exister pour lui. La construction du sentiment maternel passerait par l'Autre à travers cet ancrage corporel et pulsionnel. L'emploi du

verbe « porter » sonne comme une réparation par rapport à la blessure narcissique de n'avoir pu le porter jusqu'au terme de la grossesse.

Parce que Sophie reconnaît cet enfant là comme le sien, elle peut reconstruire en après coup une continuité d'existence : les projections fantasmatiques n'auraient jamais cessé d'exister. Cette construction imaginaire lui permettrait de sortir de ce « chaos psychique » et de dépasser le traumatisme en parvenant à renouer avec son sentiment maternel perdu, « moi il y a quelque chose qui est très fort avec mon fils au moment où / et ça c'est je pense que c'est vraiment un des moments qui fait que je me rends compte que **c'était mon petit bébé à moi** / c'est que quand je lui caresse la joue il a toujours /il prend ses petites mains et il serre ma main très fort contre sa joue et là je me dis c'est c'est quelque chose que je lui faisais à l'hôpital et je pense que c'est quelque chose qu'il a **gardé** » (l. 442-446). Le verbe « garder » créer une continuité d'existence. L'emploi de l'imparfait « c'était mon petit bébé à moi » viendrait revisiter l'histoire et inscrire du lien, de la reconnaissance à l'endroit où Sophie ne se sentait pas en lien avec son fils, « tout ce qui s'était passé ça a pas cassé ce lien mais ça l'a un peu atténué (...) jusqu'à ce que je retrouve ce contact avec lui ça a mis un peu notre lien en stand-by » (l. 281-284). Elle historise à ce moment-là de son discours un récit qui permet de penser une continuité d'existence.

Dans sa relation actuelle à son fils, Sophie décrit Gabriel de cette manière : « c'est un bébé on a l'impression qu'il l'a senti/ c'est un battant et il est calme il est/ il nous écoute il nous discute beaucoup il ne pleure pas c'est un bébé qui râle pas qui fait pas de crises le soir » (l. 195-197). Gabriel est un survivant, il a failli mourir deux fois : à la naissance et à trois semaines de vie. Sophie parle de lui comme un battant, « c'est un bébé on a l'impression qu'il l'a senti » (l. 195). Sophie peut lui supposer du sujet en après coup car le lien s'est tissé. Cette représentation du battant soutiendrait l'investissement narcissique de l'enfant. Elle précise également l'importance du fait qu'il soit en bonne santé. En effet, Sophie conclue l'entretien ainsi : « par contre si il avait pas été en bonne santé on aurait plus de mal à se le pardonner je pense que je le vis mieux parce qu'il va bien je pense après peut être dans un autre cas c'est plus dur » (l. 851-853). Dans sa formulation, l'emploi du « nous » inclue le père de Gabriel. La création du lien mère-enfant serait aussi en lien avec la relation au père de l'enfant. Sophie le définit ainsi : « c'est un papa qui s'occupe très très bien de son fils

*je veux dire je peux partir j'ai la conscience tranquille je me demande pas est ce qu'il va savoir le changer pas du tout il était à l'hôpital tous les jours avec moi il est venu tous les jours il s'en occupe voilà il le baigne tout seul il le change il lui donne le bib et je pense que le fait de s'être occuper de lui tout petit d'être obligé de s'occuper de lui à l'hôpital je pense que ça aussi ça a fait un lien tout de suite avec lui » (l. 613-617).*

### 2.1.5.3.2. RENCONTRE SUBJECTIVE AVEC LA MEDECINE ET LE DISCOURS DES PROFESSIONNELS DE SOIN RENCONTREES

#### 2.1.5.3.2.1. RELATION A L'EQUIPE SOIGNANTE ET MEDICALE : ENTRE DEPENDANCE ET DIFFERENCIATION...

Sophie semble avoir confié la responsabilité de l'enfant à l'équipe soignante et médicale, « à partir du moment qu'il est né et qu'il est à l'hôpital vous pensez qu'il est entre de bonnes mains » (l. 232-233). Lorsqu'elle est présente à l'hôpital, Sophie semble s'inscrire dans une position d'élève face à des experts, « qu'ils m'expliquent ce qu'on peut faire ce qu'on ne peut pas faire » (l. 283). Pétrie de culpabilité, empêchée dans la rencontre intime par la nécessité des soins et l'état de vulnérabilité de son enfant, Sophie n'ose pas toucher son enfant. D'autres s'occupent de lui et sa survie en dépend. Cette grande dépendance vis-à-vis des professionnels renforcerait sa culpabilité de ne pas y arriver et son sentiment de dépossession ressenti depuis l'accouchement. Puis, au fil de son récit, s'inscrit en creux des moments d'absences qui peuvent s'interpréter comme un mouvement défensif d'éloignement de son enfant, « là j'ai de la chance qu'il s'en est vraiment très bien sorti /mais malgré tout à ce moment-là on n'en sait rien et c'est très compliqué » (l. 44-45). Sophie parle à mi dires de la fragilité du lien, de la difficulté d'investissement de cet enfant dont elle ignore s'il va survivre et dans quel état. Il est intéressant de repérer qu'elle qualifie le service de réanimation néonatale, d'« un hôpital de passage » (l. 269). A la lumière des enjeux de survie, le passage évoque également celui entre la vie et la mort, comme un « entre deux ». Son sentiment de rester interdite face à son enfant s'exprime à travers son rapport à l'hôpital, « parce que ce qu'on a surtout à l'hôpital c'est l'impression qu'on a qu'on a le droit de rien faire de faire » (l. 294). Sophie projetterait ce qu'elle ne peut reconnaître comme un mouvement psychique interne.

A partir du moment où un lien commence à se créer avec Gabriel, Sophie peut se différencier de l'équipe soignante et s'affirmer dans son rôle de protection de son enfant, « *je m'étais plus inquiétée et là j'ai commencé à à moins écouter et un peu plus à m'en mêler j'ai envie de dire* » (l. 799-800). L'analyse de son récit permet d'entendre qu'un mouvement psychique advient. Quelque chose s'arrache et émerge d'une position maternante, « *Et puis là on est une maman lion à ce moment-là c'est c'est notre petit et et vous pourrez faire ce que vous voulez (...) une maman lion (rire) voilà maintenant c'est là/ c'est le nôtre on sortira les crocs si il faut euh voilà et c'est à ce moment-là que on se dit ben voilà c'est le mien je suis ta maman et je vais tout faire pour te protéger et m'occuper et bien m'occuper de toi* » (l. 820-825).

La référence au bestiaire « *maman lion* » fait appel au primitif, au registre archaïque. Il ne s'agit plus de l'étrangeté du manque d'humanité qui se dit dans le têtard, la grenouille. Il ne s'agit plus non plus de la fragilité du lien dans l'adoption du petit chien. Il s'agit de l'évocation de la reviviscence d'un lien primaire. La création de ce lien « ouvre » les yeux de Sophie sur son enfant. La répétition du verbe « voir » souligne l'importance de la dimension scopique dans le registre pulsionnel, « *c'est moi sa maman et je l'ai vu (...) tu vois maman elle a vu ça* » (l. 802-804). Parce que Gabriel est investi, c'est un regard libidinalisé qu'elle porte sur son enfant. C'est un regard qui lui permet de « voir » ce que les autres ne voient pas parce qu'elle le reconnaît comme sien. C'est le regard de la préoccupation maternelle primaire, celui qui permet de s'identifier aux besoins de son enfant.

L'émergence de cette position parentale a surgit au moment où Gabriel a contracté un staphylocoque à trois semaines de vie. L'angoisse de le perdre semble avoir réactivé le traumatisme premier de la naissance au cours duquel Sophie peut évoquer son impuissance, « *comme à l'accouchement c'était décidé pour moi j'étais là spectatrice aussi ça se faisait et je ne pouvais rien faire et s'il mourait et ben il serait mort devant moi je n'aurai rien pu faire* » (l. 290-291). Cette fois ci, elle réalise qu'elle peut faire quelque chose : être là et le protéger.

## 2.1.5.3.2.2. APPROPRIATION SUBJECTIVE DE LA CATEGORIE DES « PREMAS »

Sophie semble s'être approprié subjectivement la catégorie des bébés prématurés qu'elle différencie des bébés nés à terme. Ils n'auraient pas les mêmes caractéristiques, « *elle m'a tout expliqué sur les prémas sur comment m'occuper d'Gabriel* » (l. 770-771). Il n'est pas encore comme tous les autres bébés. La prématurité ferait identité. C'est peut-être à cet endroit-là que nous pouvons entendre un des effets de la rencontre avec le discours médical. En effet, elle enchaîne sur la relation privilégiée avec une professionnelle, « *je parlais beaucoup avec elle et ça m'a fait énormément de bien les équipes soignantes étaient formidables et je pense que ça m'a énormément aidé de parler avec elles/ et parler peut-être avec des personnes qui nous comprennent et pas enfin de la famille qui peut pas imaginer* » (l. 771-774).

Dans ces premiers moments au cours desquels Sophie n'avait plus de repères puisque les siens avaient volés en éclats, elle aurait introjecté ceux du discours médical qui définissent les bébés nés prématurément. Sophie ne pouvait pas s'identifier aux femmes de sa famille ou à ses amies. Cette représentation qu'elles ne pourraient pas comprendre car elles n'auraient pas accouché prématurément masque peut-être quelque chose de sa relation à sa mère. En effet, Sophie se décrit comme très proche d'elle. Néanmoins, elle la garde à distance dans cet événement. Elle ne lui parle pas de l'épisode où l'équipe lui a annoncé le risque que Gabriel meure, elle ajoute : « *j'ai voulu la protéger parce que je pense que ça lui aurait fait du mal que j'accouche prématurément* » (l. 757-758). Cette formulation qui, tout en déniait son accouchement prématuré vient l'associer à la mort, laisse entendre qu'elle ne pouvait pas partager avec sa mère cette expérience la confrontant au risque de la mort de son enfant. S'il venait à mourir, le partage avec des professionnels était peut-être davantage envisageable. Face au choc de la rencontre avec ce bébé réel si loin de son bébé imaginaire, la construction d'un bébé autre : « un préma » était peut-être sa manière d'accepter le deuil de son bébé idéal et de créer un lien avec cet enfant-là qu'elle reconnaît comme le sien.

## 2.1.6. SYNTHÈSE

### ANALYSES DES ENTRETIENS DE RECHERCHE DES FEMMES AYANT ACCOUCHEÉ PRÉMATURÉMENT AVEC OU SANS MAP

#### 2.1.6.1. *Cadre de l'entretien de recherche*

Le choix de ces femmes de réaliser l'entretien à domicile ou dans mon bureau est sans doute un indicateur de la façon dont elles souhaitaient se saisir de cette offre d'écoute. Martine, Sarah et Sophie ont choisi de venir seule dans mon bureau, ce qui peut s'interpréter comme un besoin de parler librement hors de la présence de l'enfant. Juliette et Barbara ont préféré que je vienne à leur domicile. La présence de leur enfant pendant le temps d'entretien est à prendre en compte. Avoir son enfant à ses côtés ne permet pas d'avoir la même disponibilité psychique à soi-même. Ces temps d'entretien semblaient être une occasion pour elles de décharger, d'évacuer, d'abréagir des émotions contenues. Toutes les cinq ont formulé, le plus souvent en fin d'entretien, le besoin de parler, de sortir quelque chose d'elle. Ces formulations entrent bien évidemment en écho avec la sémantique de la grossesse et de l'accouchement. Sortir de soi versus garder en soi. Pour elles, précisément : il ne fallait pas qu'il ou elle sorte. Qu'ont-elles dû retenir, garder en elle ? Un peu de ce bébé imaginaire peut-être ? De l'angoisse, de la détresse certainement. En effet, dans ces rencontres, j'ai eu le sentiment de ressentir la charge affective qu'elles ont dû contenir depuis la naissance de leur enfant pour ne pas s'effondrer, pour être disponibles à leur enfant, centre des préoccupations. Au-delà de la fonction cathartique, ces entretiens ont pu ouvrir sur un travail d'élaboration psychique. Par exemple, à la suite de cet entretien, Martine a pu élaborer une demande de prise en charge psychothérapique pour elle-même. S'entretenir avec elles nécessitait d'entendre leur fragilité et les défenses qu'elles pouvaient déployer afin de préserver une position éthique, tout en les accompagnants à se dire dans ce qu'elles avaient traversé afin de saisir les enjeux de la construction du maternel dans des situations de prématurité.

#### *Approche rétrospective*

L'approche rétrospective de ces entretiens permet de comparer, au-delà de la singularité de chaque situation, la façon dont est abordée la naissance prématurée en fonction de la

temporalité dans laquelle elle prend place. La façon de parler de la naissance très prématurée de son premier enfant dans un après-coup de l'évènement diffère de la façon dont on peut en parler lorsque la parole s'inscrit dans la continuité d'une rencontre qui s'est faite avant et après l'évènement de la naissance de l'enfant comme pour les femmes rencontrées au cours de leur hospitalisation pour MAP et après la naissance de leur enfant. Parler de son vécu subjectif six mois après la naissance de l'enfant ne mobiliserait pas les mêmes enjeux psychiques qu'après deux mois comme dans les deux autres groupes de femmes rencontrées. Eloignées des questions de la survie de l'enfant, le rapport à l'enfant n'est plus le même, excepté pour Martine qui reste dans ses préoccupations en lien avec les soucis de santé de son enfant. L'analyse de ces entretiens de recherche permet de repérer des problématiques « communes » qui sont articulées de façon synthétique aux hypothèses de recherches.

#### *2.1.6.2. Construction du maternel*

La principale problématique commune à l'analyse de ces cinq entretiens de recherche est la suivante : le traumatisme de l'accouchement et/ou de la confrontation au risque de mort de leur enfant, associés à l'empêchement de la rencontre intime dans les premiers temps de l'hospitalisation de l'enfant en réanimation néonatale mettraient à mal la rencontre entre la mère et son enfant. Sur les cinq femmes rencontrées, trois d'entre elles (Sarah, Martine et Sophie) présenteraient des difficultés à penser leur bébé comme un « vrai » bébé. Le sentiment de non reconnaissance de leur enfant peut s'entendre comme un mécanisme de défense face à la désorganisation psychique lié au traumatisme vécu. Ce sentiment d'inquiétante étrangeté repérable dans toute naissance lors de la confrontation au bébé réel serait mis en exergue dans ces situations.

Dans un deuxième temps, la construction du maternel passerait à travers la mise en circulation du pulsionnel : éprouvés corporels, pulsion scopique, pulsion invoquante. Ces expériences corporelles rendraient alors possible des éprouvés relationnels, ce qui permettrait d'investir libidinalement l'enfant, mouvement psychique nécessaire à sa phallicisation afin de pouvoir le supposer sujet et d'entrer dans une préoccupation maternelle primaire. Certes, la mise en circulation du pulsionnel serait indispensable dans toute rencontre entre la mère et son enfant, mais les naissances prématurées mettraient

en lumière la difficulté de la mise en route du pulsionnel lorsque la mère n'a pas le sentiment d'avoir donné naissance à son enfant. La capacité psychique de maintenir les projections fantasmatiques prendrait alors toute son importance. Leur empêchement ou leur interruption entraverait la rencontre avec l'enfant. La spécificité de ces naissances prématurées se logerait dans ce trajet psychique à inventer pour être en position de l'Autre maternel face à un enfant qui n'occupe pas d'emblée la place d'un objet narcissique pour ses parents. Ce parcours psychique impliquerait précisément un renoncement nécessaire à la grossesse idéale, source de frustration. En effet, la blessure narcissique se situerait à l'endroit de l'investissement narcissique d'une grossesse idéale. Il s'agirait d'introduire du désir pour cet enfant-là pour sortir de la sidération et pouvoir relancer l'imaginaire. Cette rencontre primordiale serait envisagée comme un préalable à la naissance de la vie psychique du sujet.

#### 2.1.6.2.1. VECU DE LA GROSSESSE

Dans ces entretiens, le vécu de la grossesse est peu parlé malgré l'invitation à le faire. Aucune femme n'évoque la perception de mouvements fœtaux, or le stade de leur grossesse leur permettait théoriquement de les ressentir. Serait-ce un effet d'après coup de la naissance prématurée qui recouvrirait en quelque sorte le vécu de la grossesse avant l'accouchement ? S'agirait-il d'un refoulement ? L'intense sentiment de culpabilité ressentie par ces femmes pourrait également être à l'origine de cette difficulté à parler de leur grossesse vécue pour la plupart comme un échec. Ou cela viendrait-il dire quelque chose de leur rapport à leur corps en gestation ? Sur le fil de cette dernière hypothèse, il est intéressant de repérer que les signes corporels avant-coureurs d'une anomalie dans le déroulement de la grossesse : écoulement du liquide amniotique, contractions, tension, maux de dos et de tête auraient été mal interprétés ou cherchés à être minimisés soit par les femmes soit par les professionnels de soins. Seule Juliette a d'emblée identifié la rupture prématurée des membranes et est allée consulter aux urgences médicales le jour même ; consultation à la suite de laquelle elle a été hospitalisée en service de grossesses à risques. L'analyse du discours des femmes hospitalisées pour MAP et ayant accouché prématurément apportera des éclairages.

### 2.1.6.2.2. VECU DE L'ACCOUCHEMENT

Dans leurs récits, les femmes commencent par l'annonce de l'imminence de l'accouchement qui vient bouleverser le cours de leurs vies. Cet évènement ferait effraction et modifierait le rapport au temps. Barbara évoquera la sensation d'être « hors-temps ». Juliette dira à plusieurs reprises que « ça va à cent à l'heure ». Quatre d'entre elles décrivent la scène avec l'emploi du style direct comme si elles revivaient la scène en la racontant. Dans cette effraction avec le surgissement du réel du corps associé à l'angoisse de mort du bébé, l'accouchement ne serait pas vécu comme une expérience corporelle. L'accouchement par césarienne pour quatre d'entre elles redoublerait l'absence de vécu psychique par l'absence d'éprouvés corporels. Il s'agirait davantage d'une opération que d'un travail de parturition. Pour autant, Sophie, qui est la seule à avoir accouché par voie basse, dit n'avoir absolument pas vécu son accouchement. Cette situation illustre la différence entre le corps organique et le corps vécu. Chez Sophie, le vécu corporel de l'accouchement n'a pas inscrit de traces psychiques. La naissance prématurée mettrait en exergue les décalages entre naissance physique et naissance psychique. A ce sujet, il est intéressant de repérer qu'elles ne donnent pas la date de naissance de leur enfant, excepté Barbara pour qui cette date fait sens dans l'histoire qu'elle a construite. Sophie raconte d'ailleurs un épisode au cours duquel elle ne se souvenait pas de la date de naissance de son fils. Un des effets de cette confusion dans l'espace-temps se repère à travers mes multiples interventions pour tenter de comprendre la chronologie des faits. Ces ratés de la grossesse et de l'accouchement seraient énoncés comme des blessures narcissiques source de grande culpabilité, excepté pour Barbara qui se défend d'un sentiment de culpabilité et de frustration. Elle inscrirait cet évènement dans le fantasme d'une nouvelle épreuve à traverser dans sa vie, à la suite de celles du décès de sa mère et de sa grand-mère maternelle. Cette culpabilité pourrait également masquer le vœu de mort inconscient présent dans toute naissance mais peut être renforcé dans ces situations de frustration.

## 2.1.6.2.3. RENCONTRE AVEC LE BEBE PREMATURE ET NOUAGE DU LIEN PRECOCE

*La vision ou le regard*

Pour Sophie, Martine et Sarah, la vision du corps de l'enfant petit, maigre, pas fini et de surcroît appareillé serait un choc. Elles évoquent un manque d'humanité, une étrangeté. Elles ne pourraient pas s'identifier à ce bébé et le reconnaître comme leur. **Sophie** a perdu connaissance en voyant Noé. Chez elle, la rupture de l'activité fantasmatique viendrait quasiment faire disparaître l'enfant. **Martine** a pleuré en découvrant Ethan, pensant qu'il ne survivrait pas : « *j'ai dit que c'était pas possible que j'avais pas pu faire un aussi petit bébé quoi et puis ben après quand je l'ai vu quoi ben forcément c'était encore plus dur de le voir si petit que ça* » (l. 255-257). Et **Sarah** était choquée en voyant Lola : « *c'est pas un bébé normal elle était miniature (...) c'était vraiment une demie portion et avec des traits pas très jolis* » (l. 223-226).

Dans ces récits, la naissance prématurée en mêlant la naissance à la mort réactiverait une problématique familiale concernant la vie et la mort. **Martine** n'aurait pas dépassé le traumatisme de cette naissance. Les opérations successives d'Ethan maintiendraient cet état traumatique en raison des angoisses de mort que ces premières ne cesseraient de réactiver. Martine serait prise dans la peur de la répétition de son propre scénario infantile, à savoir que son fils serait handicapé comme sa mère avait peur qu'elle le soit, ce qui l'empêcherait de réellement voir son fils. Pour **Sarah**, la naissance prématurée de son enfant viendrait réactiver le traumatisme de sa première fausse couche tardive. Son accouchement aurait été traumatique dans le sens d'une absence d'expérience qui laisse un vide. Ce vide viendrait en écho de la perte ressentie lors de la première grossesse. **Sophie** aurait été traumatisée par l'expérience de son accouchement qu'elle dit ne pas avoir vécu. N'ayant pas le sentiment d'avoir accouché, elle n'a pas le sentiment d'avoir donné naissance à un enfant au point d'annuler de façon rétroactive son sentiment d'avoir été enceinte. Ainsi, l'analyse de ces entretiens permettrait de mettre en corrélation le traumatisme de l'interruption de la grossesse physique et psychique avec les difficultés de nouages des premiers liens. Or, dans les situations de Juliette et Barbara, nous ne retrouverions pas cette corrélation. En effet, il semblerait que l'effraction dans le réel de l'annonce de l'imminence de l'accouchement n'ait pas entraîné de difficultés de nouages

dans les premières relations. La reconnaissance et le sentiment d'appartenance immédiat ne les confronteraient pas à ce sentiment d'étrangeté malgré l'arrêt brutal de leur grossesse et l'apparence physique de leur enfant. Rassurée sur son angoisse qu'il n'ait « pas tout », **Juliette** peut dire : « moi je m'attendais à voir un bébé tout fripé ou pas fini mais non quand je l'ai vu c'est sûr que c'était le plus beau des bébés et puis il était tout rond en fait il avait de bonnes joues ». **Barbara** parle d'une « connexion » d'emblée ressentie : « La première fois où j'suis arrivée en réa quand elle était dans sa couveuse (...) elle m'a tout de suite agrippée le doigt (...) toute petite trente et un centimètre sa p'tite main a pris mon doigt et là je sais pas comment dire c'est une connexion qui se fait c'est fort ». Barbara aurait réussi à intégrer la naissance prématurée de son enfant dans la trame fantasmatique familiale afin de préserver le sentiment de continuité d'existence. La construction d'un scénario fantasmatique autour de cet événement lui donnerait un sens particulier : une nouvelle épreuve à traverser dans sa vie, en résonnance avec le décès de sa mère et de sa grand-mère. La possible identification serait en lien avec la non interruption des processus d'imaginarisation, ce qui va dans le sens de l'hypothèse que l'accouchement n'aurait pas fait traumatisme pour elles. La capacité psychique d'avoir un regard « auréolé » sur leur enfant en permettant de voir ce qui n'est pas encore advenu. Il amortirait en quelque sorte le choc de la rencontre avec le bébé réel, contrairement aux trois autres situations dans lesquelles elles resteraient suspendues à une vision traumatique. Juliette et Barbara ont été hospitalisées quelques jours pour MAP. Cette hospitalisation, par l'anticipation qu'elle permet, préserverait-elle la dimension fantasmatique nécessaire à l'investissement libidinal de l'enfant ? L'analyse de l'articulation de cette dimension à la construction du lien maternel chez les femmes hospitalisées pour menace d'accouchement prématuré et chez celles du groupe témoins met à l'épreuve cette hypothèse.

### *Les éprouvés corporels*

La pratique du « peau à peau » est reconnue pour chacune comme un moment fondateur de la rencontre avec leur enfant. Cet ancrage corporel peut se penser dans une réparation de ce qui a pu être vécu comme un arrachement du ventre. A travers le toucher, l'odeur, la voix, le regard et les sensations corporelles inhérentes au fait de tenir, de porter un être

vivant dans ses bras, quelque chose de pulsionnel, jusqu'alors empêché, semble être relancé. Le bébé peut alors être investi libidinalement. Dans ce partage d'une rencontre intime, la reconnaissance serait alors possible. Très présente dans chaque situation, la reconnaissance s'articulerait à la question de la séparation. La rencontre avec l'enfant ne pourrait se créer qu'à partir d'une séparation. Et pour qu'elle puisse se produire, il faudrait d'abord que l'enfant naisse dans la tête de sa mère. Ces témoignages nous donnent à penser le corps comme support à la subjectivation des expériences psychiques. A ce sujet, l'allaitement pour **Juliette** et **Sophie** a permis de réparer quelque chose du corps défaillant. **Barbara** se défend de la frustration de ne pas avoir pu l'allaiter, mais n'en évoquera pas les raisons. **Martine** ne parle ni de l'allaitement, ni de l'alimentation. **Sarah**, quant à elle, ne parle pas de l'allaitement mais de la façon dont Lola a été nourrie par les professionnels.

### *2.1.6.3. Rencontre subjective avec la médecine et le discours des professionnels de soin*

L'analyse de ces entretiens de recherche permet de repérer différents mouvements psychiques des femmes par rapport à l'équipe médicale et soignante et plus globalement par rapport à l'hôpital comme institution. Quelles places viennent occuper les professionnels de soins dans cette rencontre entre l'enfant et sa mère ? S'agit-il d'une fonction tierce ? Quoi qu'il en soit, il s'agit là encore d'une spécificité de ces naissances très prématurées. En effet, lorsqu'une naissance se déroule sans particularités, les parents rentrent chez eux avec leur bébé trois jours après. Dans ces situations de grande prématurité, deux à trois mois d'hospitalisation avec des séjours dans différents services et hôpitaux peuvent précéder le retour à domicile avec leur enfant.

#### 2.1.6.3.1. DE L'APPROPRIATION SUBJECTIVE DE LA CATEGORIE DES « PREMAS »

Exceptée Barbara, les quatre autres femmes rencontrées parlent de leur enfant en tant que « prémas ». Ce terme issu de leur rencontre avec le discours médical vient définir des spécificités de ces bébés par rapport aux bébés nés à terme. C'est comme s'ils n'étaient pas de « vrais » bébés ou pour le moins des bébés différents. Nous l'associons au manque d'humanité du bébé prématuré dont elles peuvent témoigner au moment de la rencontre

avec leur nouveau-né. Penser son enfant qui ne ressemble pas au bébé imaginaire comme appartenant à une catégorie à découvrir serait une tentative d'humanisation face à l'inquiétante étrangeté qui serait une première forme d'altérité par rapport à soi-même. Les nommer les « prémas » serait une manière de nommer un « entre deux », entre le fœtus et le bébé, entre la vie et la mort, entre l'humain et l'animal. Après la naissance prématurée de l'enfant, le discours médical continue de l'enfant en termes de semaines d'aménorrhées comme pendant la période gestationnelle et non en âge du bébé. Cette façon de nommer amalgame le terme de la grossesse et la naissance de l'enfant ou autrement dit ne les différencie pas comme si l'enfant n'était pas tout à fait né, ni séparé de sa mère. Ce discours médical, que les femmes peuvent s'approprier, renforcerait la difficulté à laquelle elles peuvent être confrontées de les faire naître psychiquement. Ni le corps médical, ni le tissu social ne participeraient à la symbolisation de cette date de naissance. En effet, la naissance très prématurée avec le risque élevé de décès n'est pas fêtée, ni ritualisée. Plus tard, l'âge des enfants nés prématurément se décline en termes d'âge réel et d'âge corrigé. L'âge corrigé efface en quelque sorte le temps précédant le terme théorique de la naissance. L'annulation de ce temps qui n'est pas compté renvoie l'idée qu'il n'aurait pas dû avoir lieu. L'enfant aurait dû être dans le ventre de sa mère. Cette interprétation peut renforcer la culpabilité des mères qui auraient commis une « erreur » à corriger. Cette approche médicale modifie les repères. En ne les inscrivant pas dans une réalité temporelle commune, c'est comme si ces bébés étaient suspendus à un temps ni réel, ni social, dans l'attente soit de leur survie ou de leur décès. Interpellés par nos multiples interventions visant à resituer chronologiquement les faits, l'hypothèse d'une façon de se défendre d'un sentiment de chaos ou de hors temps dans leurs récits a fait sens pour nous. Cette modification du rapport au temps s'exprime clairement chez Barbara qui évoque un moment « hors-temps ». Cette distorsion du temps s'avère révélatrice du vécu psychique interne. Un temps entre parenthèse. Mais si les bébés « prémas » n'étaient pas de « vrais » bébés, leurs parents seraient-ils alors de « vrais » parents ? Nous repérons dans le discours des cinq femmes l'idée d'être initiées à la rencontre avec un bébé né prématurément par l'équipe des professionnels de soin. Elles sont préparées, formées et autorisées à faire tel ou tel geste. Les soignants donnent le rythme des soins et l'éventail des gestes possibles à faire. A quoi renvoie cette instance tierce dans la relation ? En quoi vient-elle spécifier la relation à l'enfant ? De quoi la mère

aurait-elle à se dépendre pour s'autoriser à se penser comme une mère comme « tout le monde » ?

#### 2.1.6.3.2. DE LA POSITION DE DEPENDANCE AU SURGISSEMENT DE LA POSITION DE MERE

Dans l'analyse des entretiens, nous retrouvons dans un premier temps un sentiment de dépendance vis-à-vis de l'équipe soignante et médicale. La survie de leur enfant dépend des soins prodigués par l'équipe médicale et soignante. A ce titre, les professionnels de soins seraient identifiés comme des experts, ceux qui savent comment s'occuper d'un bébé grand prématuré. Cette dépendance renforcerait un sentiment de vulnérabilité qui s'ajoute à la blessure et à la culpabilité. Sarah et Barbara évoqueront le sentiment d'être piégée, d'être emprisonnée. Le rapport au soin réactiverait en chacun la relation à l'objet précoce. Ainsi, dans chacune de ces situations, la façon dont elles prennent place peut aussi être interrogé à la lumière de leur relation à l'imgo maternelle.

Dans les cinq situations, la figure du soignant est idéalisée : « *des anges* », « *les bébés c'est leur truc* », « *elles savent y faire* », « *elles sont formidables* », « *elles sont là H 24* », ... Renforcée par la culpabilité et la profonde blessure narcissique de n'avoir pas pu mener leur grossesse à terme, l'idéalisation serait peut-être aussi un mécanisme de défense pour pouvoir supporter que les professionnels aient imaginaires autorité sur leur enfant. Dans leur récit, l'équipe soignante pourrait être perçue comme celle qui permet de s'approcher de l'enfant et en même temps celle qui les sépare. Indispensable, elle serait néanmoins celle qui empêcherait la rencontre intime. Entre dépendance et sentiment d'envahissement, un rapport ambivalent se construit. Chacune en fonction de son histoire singulière et de ses mécanismes de défenses vit ces relations à sa manière. Le transfert dans un autre hôpital symboliserait le passage à une « étape » supérieure vers le retour à domicile et serait l'occasion de modifications des relations transférentielles. De multiples mouvements psychiques visant à accéder à une identité de mère se mettent en branle : agressivité, clivage, rivalité, . .... Le fait de confier son enfant à une autre équipe peut être perçu comme une rupture, réactivant un vécu initial d'arrachement et de vide lié à la double séparation à la naissance. De l'opposition voire de l'agressivité à l'encontre de la nouvelle équipe soignante et médicale serait repérable, excepté dans celui de Martine. Ce moment de bascule correspondrait à celui où elles se positionnent en tant que mère, où

elles se sentent prêtes à « arracher » ce qui en quelque sorte leur revient. Quelque chose d'un arrachement à une position passive et/ou d'un surgissement d'une position maternelle se ferait entendre de façon concomitante avec un récit autour de la reconnaissance de cet enfant comme le leur.

**Barbara** se défendrait dans cette dépendance en clivant les deux hôpitaux qui ont accueilli sa fille. Le premier hôpital vécu sous le sceau de la dépendance serait idéalisé. En revanche, le deuxième serait perçu comme négligeant. Ce clivage permettrait de ne pas avoir à détruire le premier objet. L'hôpital aurait sans doute fonctionné comme un substitut de la mère primordiale. Ces mouvements psychiques peuvent s'interpréter à la lumière de son histoire marquée par le décès de sa mère, de sa grand-mère et le sentiment d'abandon de son conjoint qui lui a menti au cours de cette période d'hospitalisation d'Axelle.

**Juliette** serait parvenue à construire un sentiment fiable, sécuritaire et bienveillant avec les professionnels. Ce lien aurait fonctionné comme un repère solide pour tisser des liens de bonnes qualités avec son bébé. L'hospitalisation aurait été investie comme un espace transitionnel pour pouvoir se séparer psychiquement de son enfant. Un mouvement agressif serait repérable à l'occasion d'un scotch arraché. Précédant le retour à domicile, l'expression de cette agressivité peut s'entendre comme le mouvement nécessaire semblable à celui du rejet du doudou dont on se sépare car on en n'a plus besoin.

**Sarah** se vit comme piégée et pas reconnue dans cet univers médical. En difficulté dans le lien à son enfant, elle se sent « forcée » par les professionnels. Après le transfert de sa fille, soutenue par son mari, Sarah s'oppose à la façon dont ils nourrissent sa fille car elle le vit comme un forçage. Le passage d'elle-même à sa fille comme sujet du forçage ferait rupture dans le lien de confiance aux professionnels de soins, ce qui renforcerait le lien mère enfant en lui occupant un rôle protecteur vis-à-vis de son enfant face à ce qu'elle perçoit comme une menace. La désidérialisation de la figure du soignant ferait chuter l'autorité et lui permettrait de venir occuper la place de mère qui décide pour son enfant.

**Sophie**, traumatisée par son accouchement, confie la responsabilité de son enfant, « *on pense qu'il est entre de bonnes mains* ». En creux, se dessine dans son discours le difficile investissement de son enfant qu'elle projette dans un sentiment d'impuissance à l'hôpital,

« on a l'impression qu'on a le droit de rien faire ». La peur de le perdre une seconde fois ferait l'effet d'un électro choc qui la ferait sortir d'une position passive, « j'ai commencé à moins écouter et à plus m'en mêler ».

**Martine**, quant à elle, serait dans une position infantile par rapport à la médecine. Son histoire d'enfant malade serait en lien avec ce positionnement. Dans son récit, nous ne repérons pas ce mouvement de bascule. La persistance de cette dépendance serait en lien avec l'état de santé encore préoccupant de son fils. Elle aurait encore besoin d'eux. Encore traumatisée et trop fragile, Martine ne parviendrait pas à s'arracher de cette position de dépendance pour advenir en tant que mère en se réappropriant notamment ses capacités de contenances et protectrices maternelles. La situation de Martine illustre à quel point l'état de santé de l'enfant et les éventuelles séquelles physiques de la naissance prématurée de l'enfant fragilisent la construction du sentiment maternel.

La rencontre avec l'enfant serait mise à mal par l'état prématuré du bébé qui ne permettrait d'en prendre soin comme un bébé né à terme au sens du « holding » winnicottien : portage, allaitement, soins... et par le contexte d'hospitalisation. Ces premiers temps sont à inventer à trois : parents- bébé- équipe soignante. Les professionnels de soins occuperaient-ils pour autant une fonction tierce au sens d'une instance séparatrice entre la mère et l'enfant ? Dans ces situations rencontrées, il apparaîtrait davantage que l'équipe soignante serait investie comme une instance surmoïque qui autorise ou interdit, qui donne l'exemple à suivre au nom d'un savoir-faire. A l'endroit même où le sujet s'apprêterait à accéder à une nouvelle place générationnelle, il serait en quelque sorte imaginairement « renvoyé » à une position infantile. Dans ce contexte de naissance, l'accès au statut de mère serait rendu plus difficile, d'autant plus dans un contexte où l'investissement libidinal de l'enfant peut déjà être mis à mal. Mais l'équipe soignante pourrait prendre aussi le visage de la mère archaïque au sens où elle contiendrait, rassurerait et serait présente de façon permanente, imaginairement sans failles ce qui permettrait la création d'une enveloppe contenante. Cependant, la poursuite des projections imaginaires serait une ressource intrapsychique compensant la mise à mal de la relation intersubjective avec l'enfant prématuré. Juliette répète : « j'ai terminé ma grossesse là-bas avec lui ». En pratiquant le peau à peau : « c'est comme s'il était encore

*dans, enfin j'peux pas dire qu'il était encore dans mon ventre parce que c'était pas le cas, mais c'était moins frustrant de pouvoir le prendre sur soi* ». L'hôpital aurait eu une fonction d'enveloppe psychique dans laquelle elle semble s'être « lovée » afin de terminer psychiquement sa grossesse dans un corps à corps avec son fils. Cette représentation aurait préservé une continuité fantasmatique permettant la libidinisation de celui qu'elle reconnaît comme son enfant.

## 2.2. DEUXIÈME GROUPE

### 2.2.1. ANALYSE DES ENTRETIENS DE RECHERCHE AVEC SAFIA

#### 2.2.1.1. Contexte de la rencontre

Hospitalisée depuis deux jours en service de grossesses à risques pour MAP à la suite du diagnostic d'une pré-éclampsie lors d'un contrôle à la fin du 7<sup>ème</sup> mois de grossesse, Safia est enceinte de 32 SA + 4 jours lorsque je vais à sa rencontre dans sa chambre d'hôpital. La proposition de participation à ma recherche a été introduite par la psychologue du service qui m'a présentée comme une collègue faisant une étude. Safia, qui est la deuxième femme que je rencontre dans le cadre de ma recherche, me confirme son accord en disant : « *de toute façon je suis ici j'ai pas le droit de bouger (..) l'essentiel si ça vous aide pour votre travail et pour les autres femmes* ». Nous convenons de réaliser le premier entretien l'après midi-même. Safia motive son accord par une valeur de solidarité et d'entraide. Safia est une femme très chaleureuse, qui parle posément d'une voix douce en prenant le temps de réfléchir. Elle a une très bonne maîtrise de la langue française, ce qui lui permet d'avoir un très bon niveau d'élaboration. Son accent marocain entraîne un défaut de prononciation notamment entre « il » et le « elle » et sur certaines syllabes. Après l'analyse des entretiens avec Safia, la décision de participer à cette étude peut s'entendre comme étant sous tendue par des valeurs humanistes et son goût pour les études mais aussi surtout par son besoin de « se dire ». A la fin de l'enregistrement du premier entretien difficile à arrêter, Safia confie que cela lui a fait du bien de pouvoir

parler de sa grossesse. Nous convenons d'un deuxième entretien de recherche la semaine suivante. La pertinence de ce choix se discute. A ce moment-là de ma démarche, mon cadre de recherche était encore en construction. Cette décision commune repose davantage sur la rencontre entre mon désir de réaliser un second entretien pendant la grossesse et son besoin de parler.

En arrivant au service de grossesse à risques pour notre second rendez-vous, la sage-femme qui s'occupe de Safia m'annonce qu'elle a accouché d'une fille nommée Nora il y a deux jours par césarienne. Je partage alors avec elle mon hésitation à aller la voir par peur de la déranger à la suite de cet évènement. La sage-femme me propose alors de simplement lui signifier que je suis « dans la maison » lorsqu'elle ira dans sa chambre, ce que j'accepte. Elle me rapporte que Safia lui a répondu qu'elle était justement en train de chercher mon numéro ou celui de la psychologue du service car elle a besoin de parler. La réponse de Safia souligne son sentiment urgent d'avoir besoin de parler à une psychologue. Me sentant alors autorisée à aller à sa rencontre, Safia me confirme vouloir maintenir ce deuxième entretien. Safia est en détresse psychique ce jour-là. Elle tente de faire face au traumatisme qu'elle vient de vivre. Dans cette situation, je n'ai pas pris suffisamment le temps d'en penser les possibles effets. Sans doute aurait-il été plus pertinent de lui proposer de rencontrer la psychologue du service afin de répondre à sa demande d'entretien clinique. A la fin de ce second entretien, nous convenons que je la rappelle dans une semaine pour convenir ensemble d'un troisième entretien.

Lors de cet appel téléphonique, Safia me dit que sa fille est hospitalisée « jusqu'au terme ». Je lui demande alors combien de temps cela représente. Elle répond « un mois (...) elle a huit mois je crois ». Le fait de faire référence au terme de la grossesse exprimerait quelque chose d'une difficile symbolisation de la naissance de Nora comme si sa fille n'était pas encore tout à fait née. Par ailleurs, le repérage en référence aux normes médicales serait assez flou car si Nora sortait de l'hôpital à la date théorique du terme, ce serait dans deux mois. Comment Safia se représentait-elle la prématurité de sa fille ? Nous convenons du jour et de l'heure du rendez-vous sans préciser le lieu car elle ne sait pas si elle sera à l'hôpital ou chez elle. Je la rappelle trois jours avant la date du rendez-vous pour convenir ensemble du lieu mais elle ne décroche pas. Je lui laisse un message vocal en lui indiquant le lieu (service d'échographie de l'hôpital de Hautepierre) où je l'attendrai mais elle ne

vient pas. Elle me rappelle le soir même en évoquant un dysfonctionnement de son téléphone pour justifier son absence de réponses et me propose de me recevoir pour le dernier entretien à son domicile dans 10 jours. Lors de ce troisième entretien de recherche, Safia est plus apaisée. Le déploiement de sa problématique liée à la perte de sa mère apporterait un éclairage sur les deux premiers entretiens. Nora, un mois, est rentrée à domicile seulement depuis une semaine et c'est le premier jour où elle se retrouve seule avec elle. Pendant tout l'entretien, Nora est couchée dans sa chambre. Safia va à plusieurs reprises vérifier que sa fille va bien mais ne me la présente pas. Comment interpréter cette non présentation de l'enfant ? Est-ce une manière de préserver sa représentation de la façon dont cet entretien doit se dérouler ? Est-ce indicateur de son rapport à cet enfant peut être pas encore tout à fait né ? Est-ce une manière de le protéger du monde social ? Au cours de l'entretien, Safia est embarrassée par les visites des membres de sa belle-famille à qui elle aurait demandé de ne pas venir. Il semble difficile pour Safia de supporter qu'ils viennent s'occuper de Nora en son absence. Son mari est également présent et interviendra en m'interpellant au sujet de leurs conflits conjugaux.

#### 2.2.1.2. Anamnèse

Safia, âgée de 40 ans, est marocaine. Elle est la dernière enfant d'une fratrie de 9 enfants. La relation avec sa mère est très investie. Morte soudainement après un mois d'hospitalisation il y a deux ans et demi, Safia ne semble pas avoir fait le deuil de la perte de sa mère. Safia parle beaucoup de sa relation à sa mère qu'elle admire, elle qui « *n'a pas mis les pieds à l'école* ». Son père est mort plusieurs années avant sa mère. Elle qualifie sa relation avec son père de satisfaisante mais sa disparition ne l'aurait pas autant bouleversée. Sa grand-mère maternelle est décédée quand sa mère était enfant et son grand-père maternel est décédé peu après le mariage de ses parents. Sa grand-mère paternelle est décédée lorsqu'elle était âgée de 6 ans et elle n'a pas connu son grand-père paternel. Elle dit avoir de bonnes relations avec ses frères et sœurs mais n'en dit rien de particulier.

Ayant fait des études supérieures, Safia a un diplôme de droit. Au Maroc, elle a renoncé à devenir avocate car défendre quelqu'un qui « *mérite un châtiment* » semble incompatible avec les valeurs de sa religion musulmane. Elle a alors choisi de devenir institutrice, métier

qui lui convenait. Elle se décrit comme une femme très active, engagée politiquement dans sa ville et se sentant libre et en confiance dans son environnement familial et social. Safia a rompu des fiançailles avec un marocain pour des raisons qu'elle ne semble pas vouloir évoquer. Mariée depuis deux ans et quatre mois à Erkan qu'elle a rencontré sur internet. Au bout de quatre mois, il est venu lui rendre visite au Maroc. Pendant un mois, ils ont fait connaissance à la suite de quoi ils ont décidé de se fiancer. Quatre mois plus tard, ils se sont mariés, « *en ce moment il est le mari que je voulais épouser* » dit-elle au premier entretien. Un an plus tard, elle a choisi de venir le rejoindre en France. Ce pays semble incarner des valeurs démocratiques qu'elle valorise. Sensible à la dimension de l'humain et à l'idée de liberté, la devise républicaine « Liberté égalité et fraternité » la ferait rêver. Elle fait cependant part de son regret de ne pouvoir bénéficier de cette liberté autant qu'elle l'aurait voulue à cause de la culture familiale de son mari. Son mari a trois garçons, âgés respectivement de 8, 13 et 18 ans d'un premier mariage « arrangé » avec une femme dont il a divorcé et travaille dans le bâtiment. Safia entretiendrait de bonnes relations avec ses deux plus jeunes enfants. En revanche, l'aîné, opposé à une nouvelle union de son père, resterait distant. Safia est enceinte quatre mois après son arrivée en France vraisemblablement sans difficultés particulières. Sa grossesse s'est déroulée sans particularités médicales jusqu'à la découverte d'une pré-éclampsie lors d'un contrôle gynécologique à la fin du 7<sup>ème</sup> mois de grossesse. Hospitalisée pour MAP à 32 SA+ 2 jours, elle accouche quatre jours plus tard par césarienne de Nora, née à 1k500. Nora n'a pas eu besoin d'être réanimée et n'aurait qu'une aide respiratoire. Son hospitalisation en pédiatrie dure 25 jours avant de rentrer à domicile en bonne santé physique.

### *2.2.1.3. Analyse thématique des entretiens et hypothèses générales*

Au premier entretien, Safia commence par parler son désir d'enfant et de la joie d'attendre une fille. L'énonciation du décès de sa mère dont elle ne semble pas encore avoir fait le deuil est mise en avant. Le caractère soudain de l'annonce de la pré-éclampsie viendrait réactiver le traumatisme de la mort de sa mère. L'investissement de sa grossesse serait noué avec le deuil encore non élaboré de sa mère. Safia poursuit sur la façon dont sa grossesse s'inscrit dans la rencontre amoureuse avec son mari. Vécu comme la réalisation de son désir de devenir mère comme sa mère, Safia associe sur la vie de sa mère au Maroc

et sur son décès brutal. Après m'être saisie de ses propos sur le choix du prénom de l'enfant pour tenter de recentrer l'entretien sur le vécu de sa grossesse, elle évoque sa vie de femme libre au Maroc qui contraste avec un vécu d'enfermement et de dépendance en France. A ce moment-là, elle serait dans un sentiment de profonde désillusion générant peut-être des affects dépressifs. Les raisons de son choix de migrer restent peu explicites. Lorsque je l'invite à nouveau à parler du vécu de sa grossesse, Safia parle de son inquiétude que sa fille soit atteinte de trisomie 21. En raison de son âge, à quatre mois de grossesse, une amniocentèse lui a été indiquée, ce qu'elle et son mari ont refusé pour des motifs religieux. Son évitement à parler du vécu de sa grossesse serait-il en lien avec son angoisse liée à la suspicion d'un handicap ou à une difficulté d'objectalisation du bébé ? Elle poursuit sur le contexte précédant son hospitalisation pour MAP marqué par des difficultés conjugales en lien avec des soucis financiers. Safia tente de se raccrocher au fantasme que sa fille va renforcer leur lien conjugal et qu'elle pourra réaliser ce qu'elle-même n'a pas pu vivre. Elle finit l'entretien sur sa peur d'une anomalie se nouant à la question de savoir si elle a fait le bon choix de refuser de faire le dépistage préconisé par les médecins. Serait-ce un déplacement de l'angoisse sous-jacent à son choix d'être venue vivre en France ?

Au second entretien, Safia commence par évoquer son sentiment qu'elle ne va pas s'en sortir. Safia serait traumatisée par la réalité de cet accouchement qu'elle ne parviendrait pas à intégrer, ce qui la précipiterait dans des angoisses de mort obsédantes. Débordée psychiquement par sa détresse, Safia ne serait pas disponible psychiquement pour sa fille. Confiante dans les soins médicaux, elle ne serait pas inquiète pour sa fille qu'elle se représente forte et courageuse. Elle poursuit longuement sur sa déception liée au fait que son mari ne soit pas présent à ses côtés comme elle le souhaiterait, ce qu'elle vivrait sur un mode abandonnique.

Au troisième entretien, Safia peut élaborer quelque chose de l'angoisse qu'elle a eue de ne pas sortir vivante de l'hôpital. Le traumatisme du risque de mort serait entré en collusion avec le traumatisme du décès de sa mère, ce qui aurait entraîné la peur de la répétition du même scénario. Safia n'était ni préparée à ce que sa mère meure, ni à accoucher. A un niveau plus inconscient, devenir mère c'est faire mourir sa mère symboliquement. Est-ce que la peur fantasmatique de mourir de Safia serait-elle aussi l'expression métaphorique

de sa peur de mourir à sa place de fille en lien avec de difficiles remaniements psychiques identitaires ? Lorsque je l'interroge sur sa relation avec sa fille, Safia exprime sa peur de lui faire mal, ce qui serait l'expression d'un difficile traitement de la haine, de la réactivation de pulsions hostiles non élaborées en lien peut être avec des identifications inconscientes à la figure maternelle difficilement remaniables. Au fil de son discours, Safia construit fantasmatiquement une relation fusionnelle avec sa fille, après ce qu'elle vit comme un échec de sa relation amoureuse avec son mari. Dans l'économie psychique de Safia, sa fille aurait une fonction d'étayage narcissique, servant à soutenir son identité de mère. Devenir mère serait une manière de retrouver l'amour maternel perdu. Safia serait dans une double identification : à sa mère en étant enceinte au même âge qu'elle et à sa fille en cherchant à réanimer en quelque sorte la mère qu'elle a eue, l'enfant qu'elle a été et le lien qui les unissait. Elle finit l'entretien sur les changements pour une femme qu'implique une grossesse et le besoin d'être entourée, notamment par le père de l'enfant qui devrait pouvoir supporter que la future mère se centre sur l'enfant.

#### 2.2.1.3.1. CONSTRUCTION DU MATERNEL

Safia s'inscrirait davantage dans un désir d'être mère que dans celui d'avoir un enfant. Par cette grossesse, elle donnerait corps au lien qui l'unit à sa mère.

##### 2.2.1.3.1.1. RELATION A L'IMAGO MATERNELLE

Safia est la cadette de sa famille. Elle devient mère à l'âge auquel sa mère l'a elle-même portée. Que représente pour Safia le fait de devenir mère ? Ne pouvait-elle psychiquement devenir mère qu'une fois sa mère morte ? Elle parlerait de sa mère comme de « la Mère » : « *ma mère heu était quelqu'un de trop gentil / trop maman / trop proche de ses enfants des gens (...) mais c'était une femme vraiment ... formidable (...) elle a quand même réussi à nous donner une heu éducation parfaite* » (l. 129-133, 1<sup>er</sup> entretien). Safia ne peut prendre de distance face à cette imago maternelle idéalisée. Safia ne parviendrait pas à penser cette femme comme une mère et non comme « la Mère », ce qui lui permettrait de pouvoir se penser mère à son tour. Safia décrit une relation que nous pouvons qualifier de fusionnelle dans le sens où elle évoque une relation empreinte de fantasme de complétude : « *elle était toujours là nous étions vraiment trop trop trop proche*

(...) *c'est une relation ... presque ... amies ... intimes que maman et fille / je lui dis tout ... / elle m'aide quand j'ai besoin d'aide sans le demander / et l'on comprend beaucoup sans parler / elle est là quand j'ai besoin d'elle / elle est / elle est loin quand je lui demande d'être ... de me laisser seule* » (l. 173-180, 1<sup>er</sup> entretien). Elle serait entravée dans ses remaniements psychiques par une difficile conflictualisation de l'ambivalence. L'emploi du temps présent dans son récit témoignerait d'une difficulté d'intégration psychique du décès de sa mère. L'idéalisation de la figure maternelle serait-elle un mécanisme de défense contre l'agressivité liée au sentiment d'abandon dans une relation de type anaclitique, voire symbiotique ? À travers ses lapsus : *mes/ses et belle-mère/ mère*, se dit une confusion entre sa mère et elle : « *c'est vraiment si vous entendez mes belles / ses belles-filles elles ... elles ont plus d'amour pour ma belle-mère que pour leur propre maman* ». Au sujet du décès de sa mère, Safia exprime une perte d'une partie d'elle-même : « *Mais quand ma mère est morte c'est ... c'est comme une partie de moi qui est morte / j'essaie de construire cette partie* » (l. 207). Sa grossesse serait-elle un représentant de cette partie en construction ? Notons également une identification à sa mère sur le fait d'être seule et incomprise loin de sa famille.

#### 2.2.1.3.1.2. VECU DE LA GROSSESSE

##### *Annonce de la grossesse*

Safia vit l'annonce de sa grossesse comme quelque chose qu'elle méritait « *c'était drôle pour lui / et pour moi aussi / je sais pas c'était comme si j'ai eu quelque chose heu ... que je méritais* » (l. 112, 1<sup>er</sup> entretien). Son récit inscrit cette découverte de la grossesse dans une joie partagée avec son mari. Néanmoins, nous n'avons que peu d'éléments sur le désir du couple d'avoir un enfant. Dans son récit, Safia écarte très rapidement la question du couple pour parler de son désir de devenir mère. Devenir mère est pensé du côté de la réalisation d'un rêve pour elle, « *Enfin je peux être la mère que je veux être* » (l. 121, 1<sup>er</sup> entretien). Pour elle, être mère, c'est être « *presque comme ma mère* » (l. 129, 1<sup>er</sup> entretien). Cette grossesse serait une façon de réaliser le rêve de sa mère : « *j'ai hâte de qu'elle soit là / que je sois une maman enfin / c'est un souhait que j'avais / que ma mère ... / elle a toujours adoré de/ avoir un enfant de à moi / et comme il est morte ... / c'est comme je je fais réaliser*

*mon rêve et le rêve de maman* » (l. 18, 1<sup>er</sup> entretien). Une confusion entre elle et sa mère donne à entendre comment elle ferait couple avec sa mère. Psychiquement, elle serait fille de sa mère avant tout.

#### *Découverte du sexe de l'enfant*

Dès le début du premier entretien, Safia met en avant « *la joie totale* » (l. 15, 1<sup>er</sup> entretien) d'attendre une fille. Dans la réalité, avoir une fille serait une manière de satisfaire son mari qui n'a que des garçons et de se différencier ainsi de la première femme de son mari. Fantasmatiquement, avoir une fille serait une certaine façon de faire revivre sa mère en se reproduisant elle-même. Le fantasme serait si intense qu'elle ne peut envisager de l'appeler comme sa mère : « *tout le monde me dit vous pouvez donner vos le son prénom à sa à ... votre fille / ça je peux pas / c'est trop pour moi / j'peux pas appeler ma fille avec le même prénom de ma mère toute la journée* » (l. 198, 1<sup>er</sup> entretien).

#### *De l'effet d'une annonce d'un risque de trisomie à l'hospitalisation pour MAP*

La grossesse de Safia se serait déroulée sans particularités médicales jusqu'à l'hospitalisation pour MAP à 32 SA+2 jours. Afin de tenter de mettre du sens sur cette hospitalisation qui surgit, Safia ferait un lien entre l'élévation de sa tension et les difficultés qu'elle rencontre dans un contexte de migration. Elle décrit un sentiment de solitude associé à celui de s'être perdue dans un monde qui n'est pas le sien et, ce, précisément la semaine précédant son hospitalisation : « *c'était la semaine la plus dure la plus pire depuis que je suis arrivée en France* » (l. 343, 1<sup>er</sup> entretien). Le fait d'être enceinte l'empêcherait de réagir comme elle le souhaiterait face à la déception et la frustration ressenties. En conflit entre son idéal et la réalité, elle ressent une perte d'indépendance et un sentiment d'enfermement : « *c'est pas la vie que je voulais* » (l. 480, 1<sup>er</sup> entretien). Les éléments donnés ne nous permettent pas de saisir les raisons de son choix de migrer. Néanmoins, nous pouvons faire l'hypothèse que ce choix de quitter son pays était en lien avec le fait de devenir mère. Cette hospitalisation qui surgit réactiverait l'angoisse liée au risque de trisomie 21, annoncé au 4<sup>ème</sup> mois de grossesse, pour lequel elle a choisi de ne pas réaliser d'analyse : « *on n'a pas le droit de vraiment de supprimer la vie de/d'un être*

*parce que on soupçonne qu'il va être qu'il va pas être normal* » (l. 709, 1<sup>er</sup> entretien). Accepter de réaliser l'analyse serait accepter de renoncer à son projet d'enfant du fait de son âge.

A 32 SA, dans son discours, seul le bébé imaginaire, et plus précisément le bébé narcissique dont parle S. Freud, celui qui est censé tout accomplir, tout réparer, tout combler existerait. Dans son discours, celle qu'elle nomme « ma fille » serait investie fantasmatiquement dans un désir de transmission. Mais Safia ne parle à aucun moment de l'expérience subjective de sa grossesse, ce qui donne l'impression d'un discours désincarné. Safia n'évoque aucun éprouvé corporel du phénomène gestationnel. Elle ne parle pas des changements corporels, de la perception des mouvements du fœtus, ni des échographies. Serait-ce un effet sidérant de l'annonce de la pré-éclampsie qui entraînerait un désinvestissement de la grossesse ou est-ce l'expression d'une difficile représentation de l'être enceinte et de l'objectalisation du fœtus ?

#### 2.2.1.3.1.3. VECU DE L'ACCOUCHEMENT

##### *Une naissance physique mais pas psychique*

Safia n'énonce pas avoir accouché. Elle prononce seulement deux mots isolés non liés au récit : « accouchement » et « césarienne » : « *un accouchement prématuré / césarienne / alors tout ça s'est venu subitement et soudainement / j'étais pas préparée ni moralement / j / c'est comme si on m'a enlevée d'un ... / j'sais pas d'un univers pour me mettre d'un autre sans préparation* » (l. 26, 2<sup>ème</sup> entretien). Son discours évoque un traumatisme dans une non-intégration de l'évènement, dans l'expression d'un état de sidération avec l'irruption du réel du corps qui la laisse sans représentation. Cet évènement s'inscrirait dans un traumatisme déjà constitué provoqué par l'annonce d'un risque de mort. Tout au long de cet entretien, Safia ne prénomme pas sa fille. Elle ne parle pas de l'accouchement, de la rencontre avec le nouveau-né, ni ne verbalise d'inquiétudes par rapport à l'état de santé de sa fille. Elle peut juste dire quand je lui demande comment s'est passé l'accouchement : « *j'ai pas vu j'avais une seconde et ils m'ont dit voilà ton enfant / ils l'ont pris après / en ce moment-là j'ai pensé qui qu'il est né vivante / c'est ça qui important pour moi* » (l. 439, 2<sup>ème</sup> entretien). Safia ne semble pas avoir d'affect à ce moment-là comme si seul importait le fait que sa fille soit vivante. Lorsque je l'invite à parler de sa fille, Safia reste accrochée à

une dimension imaginaire : « *il est là je la vois il est mignonne il est / c'est une très petite fille malgré sss qu'elle est trop petite / elle est **comme je l'avais imaginée dans ma tête** » (l. 159, 2<sup>ème</sup> entretien), « *à part sa petite taille et son p'tit poids / **elle est vraiment la fille dont j'ai rêvé avoir toujours** » (l. 427, 2<sup>ème</sup> entretien). Safia réduirait la prématurité de sa fille à une question de taille et de poids, dans un déni du risque de survie. Elle poursuivrait ses projections fantasmatiques au sujet de son bébé imaginaire sans prendre conscience de la naissance de son bébé dans la réalité. Elle resterait davantage rivée à un investissement fantasmatique. Dans un mécanisme défensif de déni, Safia ne semble pas avoir conscience de la dépendance de sa fille. Safia est-elle déconnectée de la réalité de sa fille ? Safia resterait centrée sur elle-même sidérée par des angoisses de mort : « *j'aurais pas l'occasion de voir ce tableau comme ça très joli avec ma fille dedans / j'crois j / je mérite ... / vraiment je mérite / je mérite de l'avoir / d'être là avec elle* » (l. 483, 2<sup>ème</sup> entretien). A nouveau se formule le sentiment de mériter avoir un enfant : serait-ce l'expression d'une culpabilité inconsciente à devenir mère ?**

#### *Traumatisme de la confrontation de la vie et de la mort*

Safia commence ce deuxième entretien en évoquant sa peur de mourir : « *De perdre ma fille / de laisser ma fille toute seule / après tout c'que j'ai fait pour elle / je ... je l'aime* » (l. 17, 2<sup>ème</sup> entretien). Cette formulation laisse entendre qu'elle s'inquiéterait pour la survie de sa fille « peur de perdre ma fille » or elle parle de sa propre survie et de l'idée afférente de la laisser orpheline. Elle poursuit en rapportant les propos des professionnels de soin qui lui disent que sa fille s'en sort très bien. Safia fait de cette nouvelle rassurante sur l'état de santé de sa fille, une annonce inquiétante pour elle : « *j'me regarde moi je me dis pourquoi / est-ce que c'est un signe que elle va s'en sortir et je vais la laisser toute seule* » (l. 39, 2<sup>ème</sup> entretien). Safia serait-elle dans une logique inconsciente que seule une des deux pourrait s'en sortir vivante ? Elle confie ne pas savoir pourquoi elle pense de cette manière : ces pensées lui échappent. A quel niveau se situerait ce fantasme ?

Dans le troisième entretien, Safia associe la peur de la répétition du scénario dans une identification à sa mère qui n'est pas sortie vivante de l'hôpital : « *il est sorti de l'hôpital morte* » (l. 505, 3<sup>ème</sup> entretien). Safia serait traumatisée par cet accouchement prématuré. Elle parle de l'irruption du réel : « *on croit qu'on est / qu'on est là / qu'on est*

les maîtres de ... de notre vie mais heu en réalité c'est pas nous hein / et je sais que je peux rien contrôler » (l. 181, 2<sup>ème</sup> entretien). Elle exprime un sentiment de rupture qui la sidère : « tout était normal / et là soudainement ... / c'est comme si je / tout s'écroule sur ma tête / c'que j / tout c'que j'avais eu / combien / je suis en train de de le perdre » (l. 152, 2<sup>ème</sup> entretien). Ce hors sens la précipiterait dans une intense angoisse de mourir : « j'arrive pas à faire sortir cette idée de ma tête / je veux vraiment la faire sortir / je sais que c'est elle qui qui ... / qui fait cette **barrière** entre moi et ... profiter de la présence de ma fille / je veux vraiment la faire sortir » (l. 169, 2<sup>ème</sup> entretien). Cette « barrière » exprimerait ce mouvement psychique qui l'empêche de rencontrer sa fille. Ce mouvement de « faire sortir de sa tête » entre en résonance avec le mouvement psychique de l'accouchement où il s'agit de la faire sortir de son corps, comme si précisément, sa fille n'était pas encore née dans sa tête. Dans cette situation, la naissance coïnciderait avec la mort de façon traumatique.

#### 2.2.1.3.1.4. NOUAGE DES LIENS PRECOCES

##### *Relation à son mari et au père de l'enfant*

Au fil des trois entretiens, Safia exprime de plus en plus de ressentiments à l'égard de son mari qui n'occupe pas la place qu'elle souhaiterait. Elle ne le prénomme jamais. C'est un mari et un père. Il s'inscrirait davantage au titre d'une fonction à ses côtés que dans un partage émotionnel et affectif. Après l'accouchement, dans son discours, il ne prendrait pas la mesure de son état traumatique à l'idée de mourir. « Vidée » de son bébé intérieur et sans son bébé à l'extérieur, Safia serait dans une grande détresse psychique ne supportant pas de rester seule. Elle implore son mari d'être à ses côtés mais sa manière d'être là pour elle ne correspondrait pas à ses attentes : « pour moi c'est des jours critiques / alors il faut qu'il soit à côté de moi / qu'il laisse tomber tout / son travail il / tout / autre chose que moi et son bébé / c / il doit être là / sa présence elle me confort / elle me donne du confort elle me donne du ... / c'est pas / j'ai besoin qu'il soit là / mais lui il vient quand ça lui convient » (l. 254, 2<sup>ème</sup> entretien). Dans ce deuxième entretien, Safia parle énormément de sa relation à son mari. Dans son discours (cf. § 1 : 260-272, 2<sup>ème</sup> entretien), la répétition du verbe « reste » fait entendre le vécu abandonnique dans lequel elle se trouve. « Rester » entrerait en résonance avec différentes problématiques : son

accouchement prématuré « *j'aurais aimé ... **rester** enceinte jusqu'à neuf mois* » (l. 400, 3<sup>ème</sup> entretien), « *j'aurais aimé **ré rester** / continuer ma grossesse jusqu'à neuf mois* » (l. 415, 3<sup>ème</sup> entretien), la naissance prématurée de sa fille : « *le moment qui où sont venus au monde c'est un moment que ils devaient **rester** encore heu ... dans le ventre de leur maman* » (l. 207, 3<sup>ème</sup> entretien), le décès de sa mère qui n'est pas « restée » et sa migration, elle qui n'est pas restée chez elle dans son pays. La séparation serait vécue sur un mode abandonnique. Safia s'inscrirait dans une relation d'objet de type anaclitique : « *si je ne suis pas tout pour toi, alors tu n'es plus rien pour moi* ». Ce qu'elle vivrait comme une profonde blessure narcissique entraînerait un mouvement de rejet. Safia désinvestirait le lien à son mari pour investir celui avec sa fille : « *j'ai dit c'est pas important lui son comportement / là maintenant c'est ma fille / c'est moi / je dois faire tout pour ma fille ... / tout* » (l. 335, 2<sup>ème</sup> entretien). Safia emploie le terme « ma fille » ce qui exclut le père ouvrant la voie à la répétition de la relation fusionnelle qu'elle aurait connue avec sa mère. Au troisième entretien, Safia parle de sa fille dans une relation fantasmatique duelle qui ne laisse pas beaucoup de place au père. Néanmoins, le père serait présent dans la réalité et tenterait d'apaiser ses angoisses. Elle finit sur la promesse de l'amante en demandant de la compréhension de son homme pour que conclut-elle : « *ça va revenir/ ça va devenir comme avant* » (l. 1061, 3<sup>ème</sup> entretien). Une équivoque s'entend dans cet « avant ». De quoi s'agit-il : de sa relation amoureuse ? de sa vie avant la mort de sa mère ?

#### *De la difficulté de la rencontre avec Nora*

Safia n'aurait pas encore noué de lien intime avec sa fille depuis sa naissance. Dès le début de troisième entretien, Safia évoque sa difficulté dans la relation à sa fille : « *quand je la touche ou que je la prends dans mes bras / j'ai peur de la / d'lui faire du mal* » (l. 49, 3<sup>ème</sup> entretien). Safia serait dans une attention anxieuse : « *dès que je vois que une goutte qui sort bah je me m'alarme / je dis c'est quelque chose qui marche pas bien / j'ai fait quelque chose / j'ai j'ai pas bien fait* » (l. 31, 3<sup>ème</sup> entretien). La culpabilité viendrait à la place de pulsions hostiles non élaborées. Elle commencerait à rencontrer son bébé réel qui lui serait encore étranger seulement depuis le retour à domicile. Elle évoque ce manque de reconnaissance : « *au début c'était ... / j'crois ça se renforce heu ... de jour en jour / je suis*

*plus heu consciente que c'est ma fille / que je suis une maman ... / qui a qui a une autre personne ... dans ma vie* » (l. 288, 3<sup>ème</sup> entretien).

Pendant l'entretien, Safia supporte difficilement la présence des membres de sa belle-famille auprès de son enfant en son absence, ce qui témoignerait d'une position symbolique encore peu assurée tout en révélant un investissement libidinal dans la réalité. La scène avec sa belle-mère pendant l'entretien l'illustrerait. Sa belle-mère lui demande l'autorisation de nourrir Nora car elle ouvre la bouche, ce qu'elle interprète comme une manifestation de faim. Safia refuse en appliquant le conseil qui lui a été donné à l'hôpital : nourrir l'enfant toutes les trois heures. Serait-ce une manière de se positionner en tant que mère en faisant limite à sa belle-mère qu'elle peut vivre comme une rivale en s'étayant sur le discours de l'hôpital ? Dans cette tentative de garder un certain contrôle, Safia ne paraît pas sensible à ce qu'exprime sa fille à ce moment-là. La première fois qu'elle prénomme sa fille, c'est lorsqu'elle évoque sa difficulté à la prendre dans les bras : *« mais avec ma Nora non / c'est le fait qu'elle est née ... avant »* (l. 135, 3<sup>ème</sup> entretien). A certains moments, elle rationaliserait sa difficulté à être en lien avec sa fille par sa prématurité : *« j'ai dans ma tête toujours qu'il est préma ... et et qu'il n'est pas comme toutes tous les tous les bébés qui sont nés à terme »* (l. 175, 3<sup>ème</sup> entretien). A d'autres moments, elle semble pouvoir être plus apaisée dans la relation : *« quand je la prends dans mes bras non / pour moi c'est un bébé comme tous les bébés qui vient de naître / vraiment j'oublie qu'il est né préma »* (l. 237, 3<sup>ème</sup> entretien). Quand le sentiment maternel défaille, la catégorisation des « bébés prémas » viendrait boucher le trou de l'étrangeté.

#### *De la poursuite des projections fantasmatiques comme support au lien*

Lorsque je l'interroge sur la façon dont se passe le retour à domicile, Safia serait dans des projections fantasmatiques : *« j'crois il s'est adapté vite avec heu ... chez elle avec la maison / oh j'crois il est bien ici / je crois / apparemment il est bien / il a aimé (rire) rentré chez elle (rire) elle aussi »* (l. 149, 3<sup>ème</sup> entretien). Dans ce « elle aussi » accompagné d'un rire, Safia entendrait quelque chose de la projection de son propre désir. En difficulté dans la relation avec sa fille, ses projections fantasmatiques soutiendraient l'investissement libidinal de sa fille. Lorsque je l'interroge sur le lien entre la naissance de sa fille et le décès de sa mère, Safia répond : *« La continuation ... / pour moi c'est une continuation de la*

*famille (...) l'amour que j'ai pa / que ma mère m'a donné j'veux l'donner à ma fille (..) Nora c'est c'est / il fait la / c'est comme si la continuation de de ma mère et / et ma mère il est là (...) même si j'ai pas donné le même prénom / mais je j'ai l'impression que Nora ... représente ... ma mère (...) c'est la présence de Nora / ça va m'aider à ... à faire mon deuil .../ la p'tite ça va me donner cette chance ... de repartir à nouveau / et de revivre cet amour perdu avec elle » (l. 762-788, 3<sup>ème</sup> entretien). Safia resterait psychiquement dans une position de fille, attendant de sa fille qu'elle lui apporte l'étayage perdu avec le décès de sa mère. La permutation symbolique serait difficile. Il est intéressant d'entendre qu'elle revient sur le choix du prénom de sa fille. Le fait de ne lui avoir pas donné celui de sa mère générerait de la culpabilité comme s'il s'agissait là d'un manque de reconnaissance envers sa mère. Or, précisément, donner le même prénom que sa mère ou un autre ne change rien à l'affaire. Ce prénom resterait le représentant de sa difficulté à accepter la perte de sa mère.*

Dans les échanges intimes avec son bébé, Safia projette son désir de retrouver l'amour de sa mère : « regarder son visage (...) qu'il fait des ... p'tits sourires qu'il me me sourit / je sais pas si c'est à moi ou pas / ça ça c'est / l'impression de voir le le même sourire de ma mère / le le même amour de ma mère heu / ... / que ça va être heu ... sans conditions comme celui de ma mère / c'est comme ça je je vois la ... ma fille / elle va me donner de l'amour ... sans conditions / et ça me fait plaisir / je sais quand je la regarde je sais qu'on va être complice / j'ai ce pressentiment c'est ... qu'on va être heu / comme moi j'étais avec ma mère / je suis sûre même / j'espère quand même qu'on va être comme moi j'étais avec ma mère / des amies plus que ... une mère et une fille (..) on disputait des pfff desfois on / mais dans même dans nos disputes chacune de nous elle sait que l'autre / elle l'aime à fond elle l'aime à mourir » (l. 880-888, 3<sup>ème</sup> entretien). Confusion et indifférenciation des places prédominent. Cette difficulté à prendre une position symbolique de mère met en lumière les difficiles remaniements psychiques identitaires et identificatoires peut être en lien avec une impossible séparation avec la figure maternelle. Ce scénario fantasmatique serait-il une construction pour faire face au traumatisme l'empêchant d'investir libidinalement son enfant ?

### 2.2.1.3.2. RAPPORT SUBJECTIF AU DISCOURS MEDICAL ET AU MONDE HOSPITALIER

Dans cette situation, il apparaît également difficile de mesurer l'impact du contexte culturel dans le vécu psychique de Safia. De manière générale, elle semble restée étrangère à cet univers hospitalier ce qui aurait peut-être renforcé une certaine solitude dans le vécu subjectif de cet évènement.

#### 2.2.1.3.2.1. SUIVI DE LA GROSSESSE

Safia dit avoir été très soucieuse du suivi de sa grossesse et n'avoir raté aucun rendez-vous. Elle ne le précise pas mais il semblerait que l'accompagnement de sa grossesse se soit effectué à l'hôpital de Hautepierre. Safia ne parle pas des examens médicaux, des échographies, de sa relation à son gynécologue. En revanche, elle évoque l'effet du discours médical lorsque lui a été dit qu'elle était, étant donné son âge, dans une « catégorie à risques » en ce qui concerne le dépistage de la trisomie 21 : « *ils avaient peur les médecins de ... d'la trisomie 21 (...) ce y'avait tout heu / y'avait un j'étais dans heu la catégorie à risques* » (l. 307, 3<sup>ème</sup> entretien). Safia parle « des médecins ». Elle ne s'inscrit pas dans une relation particulière. Elle peut élaborer l'effet que ces paroles ont eu sur son vécu de la grossesse : « *Vous perdez confiance sur le champ / et même si vous vous essayez de ... ne pas penser ça vient tout seul (...) à un moment ou à un autre / quand tu dors / quand tu ... tu sens quelque chose qui part bien / mes pensées vont toujours heu ... trisomie 21* » (l. 782-788, 3<sup>ème</sup> entretien). Safia parle de l'impact sur le sentiment de confiance en son bébé. Dans l'énonciation de ce risque, c'est peut-être comme si la peur de l'anomalie, expression de l'ambivalence inhérente à la transmission de la vie, devenait envahissante car la rencontre entre le fantasme et la réalité pourrait avoir lieu. La culpabilité prendrait le relais de l'angoisse : « *pendant quelques minutes je me dis est-ce que j'fais le bon choix / parce que j'avais j'avais la possibilité de savoir s'il est atteint/ atteinte ou non / est-ce que j'avais heu le ch / est-ce que j'avais pris le bon choix / de refuser de faire heu l'a/ l'analyse* » (l. 694, 1<sup>er</sup> entretien).

#### 2.2.1.3.2.2. HOSPITALISATION POUR MAP

Safia semble être sidérée par cette hospitalisation pour MAP à laquelle elle ne s'attendait pas. Venue pour un contrôle gynécologique du suivi de sa grossesse, elle se retrouve

hospitalisée. L'hospitalisation ne semble pas lui avoir permis de se préparer psychiquement à l'idée d'accoucher prématurément. Elle semble subir la situation et être spectatrice : *« j'ai reçu beaucoup de visites des médecins / des des sages-femmes / tout ça il me dit qu'il y a quelque chose qui cloche / trop de ... / les analyses de sang ... / je sais il sort ils rentrent ils sortent ils rentrent / tout ça me veut dire quelque chose qui qui va pas / et l'samedi c'est ... c'est arrivé »* (l. 213, 2<sup>ème</sup> entretien).

En après coup, Safia peut prendre de la distance pour dire : *« cette période / cette période depuis que / pour moi de ... / aller pour une simple consultation et arriver au point que on me garde à l'hôpital / qu'on me dit j'ai cccette heu maladie que c'est la première fois qu' j'entends (...) et que ça peut être dangereux pour moi et pour le bébé / que après des jours je vais accoucher / la césarienne heu / ça c'était comme une petite tornade / ... / c'est c'était vraiment ça / ça m'a bouleversée / ça a bouleversé ma vie / je crois je suis plus la même / qu'avant qu'après la césarienne / l'hospitalisation »* (l. 316-323, 3<sup>ème</sup> entretien). Safia aurait des symptômes post traumatiques de peur de la répétition : *« dès que je ressens heu une petite douleur heu bah je panique vraiment (...) encore je vais tomber malade (petit rire) / encore ça va arriver »* (l. 333-338, 3<sup>ème</sup> entretien).

#### 2.2.1.3.2.3. HOSPITALISATION EN NEONATOLOGIE DE NORA

Safia dit très peu de choses concernant ce temps d'hospitalisation de sa fille. Son récit donne le sentiment qu'elle n'a pas créé de relations avec les professionnels de soin. Aucune personne en particulier n'est nommée. Elle aurait confié sa fille aux professionnels de soin : *« Bah je savais que il est entre des mains des professionnels / des pédiatres / des infirmiers / des sages-femmes qui s / leur métier / ils savent comment ... traiter un enfant à qui soit à terme ou un prima / j'avais confiance en eux »* (l. 63, 3<sup>ème</sup> entretien). Safia ne dit rien de comment elle a vécu toutes ces semaines d'hospitalisation de sa fille. Elle semble avoir été très peu présente : *« il est tout le temps avec moi / c'est pas comme à l'hôpital / je vais une heure le matin / une heure le l'après-midi / c'est pas la même chose / la plupart du temps je ... je trouve qu'il est / qu'ils ont déjà fait les soins / ils ont déjà pris son biberon heu / et il dort / c'est pas la même chose / c'est moi qui lui donne son biberon / c'est moi qui lui donne son bain / c'est c'est pas la même chose »* (l. 151-154, 3<sup>ème</sup> entretien). Safia semble n'avoir pu réussir à trouver sa place de mère dans cet univers

hospitalier qui agirait à sa place. Ne ressentait-elle pas le besoin d'être auprès d'elle par une difficulté d'investissement libidinal de sa fille ou s'est-elle sentie empêchée par un univers culturel qu'elle ne comprenait pas ? Si dans notre culture, il est reconnu que le nouveau-né a besoin de la présence de sa mère, qu'en est-il de ses représentations des besoins psychiques d'un nouveau-né dans sa culture ? Dans son lien à sa fille, elle garderait des traces du discours social sur les bébés nés prématurés. Elle se représente les bébés nés prématurés comme étant plus fragiles : « *pour moi c'est ça la différence / ils sont plus fragiles que les autres* » (l. 228, 3<sup>ème</sup> entretien). Safia s'étayerait sur le discours des professionnels de soin sur les nouveau-nés prématurés lorsqu'elle se sent en difficultés dans le lien avec sa fille.

#### 2.2.1.4. Conclusion

De manière générale, il apparaît difficile de repérer si Safia est « déconnectée » de la relation avec sa fille qu'elle ne parvient pas à rencontrer dans la réalité par défaut d'investissement libidinal (en lien avec le traumatisme vécu associé aux difficultés de remaniements identificatoires) ce qui entraverait l'entrée dans un état de préoccupation maternelle primaire ou si la mise à distance de son enfant qui a été confié aux mains de la médecine serait sous-tendue par des éléments socio-culturels.

## 2.2.2. ANALYSE ENTRETIENS DE RECHERCHE AVEC ALICE

### 2.2.2.1. Contexte de la rencontre

Hospitalisée pour MAP depuis cinq jours à la suite à une rupture prématurée des membranes (RPM) et un décollement des membranes du placenta à 31 SA + 1 jour, je vais à la rencontre d'Alice à la suite de la consultation de son dossier médical. Alice a une malformation utérine : un utérus bicorne uni cervical, et un placenta bas inversé qui nécessitera une césarienne à l'accouchement. Il est également précisé qu'elle souffre d'insomnies sévères depuis un mois et demi. Alice accepte facilement de participer à ma recherche et propose de nous entretenir l'après-midi. L'entretien de recherche se déroule dans un bureau de consultation gynécologique du service de grossesse à risques car elle est hospitalisée en chambre double. Très angoissée, Alice parle très facilement et de

manière parfois très détaillée. L'ensemble des trois entretiens, particulièrement longs, est imprégné d'une forte tonalité traumatogène en raison d'une part d'un contexte d'hospitalisation et d'autre part d'urgence mettant en jeu sa survie et celle de son bébé. Les deux premiers entretiens de recherche à 31 SA et à 33 SA ont duré plus d'une heure. Après l'arrêt de l'enregistrement, Alice continue à parler pendant respectivement une demi-heure et une heure, ce qui vient témoigner de l'intensité de son angoisse et de ce que j'ai interprété comme son besoin de parler. Ces temps d'écoute et de parole après la fin de l'enregistrement s'apparentent davantage à des temps cliniques dans le sens où j'ai choisi, par souci éthique, d'être à son écoute pour accueillir son angoisse, partant de l'hypothèse que cela pourrait lui apporter un apaisement dans son état de détresse psychique.

Dix jours plus tard, lorsque je me présente dans sa chambre pour le second entretien de recherche, Alice est d'abord étonnée : *« ah c'est aujourd'hui ? J'y ai pensé il y a deux jours »*, dit-elle. L'expression de ces différents mouvements psychiques témoignerait d'un moment désorganisation psychique. En effet, elle se montrera encore plus angoissée qu'au premier entretien, avec un renforcement de ses mécanismes de défenses appartenant au registre phobo-obsessionnels : angoisses face au Surmoi, isolation affective, annulation rétroactive, ruminations mentales, ... .

Six jours après ce second entretien, les médecins décident de procéder à une césarienne en raison du risque d'infection du bébé lié à la bactérie contractée. Après une semaine d'hospitalisation en service de réanimation néonatale, Alice et Thomas sont hospitalisés en chambre kangourou. Lorsque je me présente pour le troisième entretien, j'ignore qu'Alice a rompu la nuit même une artère utérine *« qui a pété 18 jours après »* à la suite de la césarienne : *« C'était une piscine il y avait du sang partout »*, dit-elle. Trois jours plus tard, Alice me recontacte. Lors de cet appel téléphonique, Alice évoque l'état traumatique dans lequel elle se trouve : *« J'arrive plus à faire confiance (..) quelques secondes de plus et ils enlevaient tout l'utérus (..) c'est un cas très rare (...) tout le monde m' a sauté dessus (...) le psychiatre m'a prescrit de l'Atarax car elle a peur que je fasse une dépression (...) j'ai peur de tout (...) j'ai l'impression que c'est pas fini qu'il va encore se passer quelque chose (...) j'ai peur de le rejeter parce que c'est un peu à cause de lui tout ça (...) en plus j'ai les boules parce que je peux pas m'en occuper (..) je me sens lessivée, épuisée (...) rien que de voir du sang*

*j'angoisse* ». Elle accepte ma proposition de la rappeler dans quinze jours pour convenir d'un nouveau rendez-vous. Quinze jours plus tard, le jour de son retour à domicile, elle me dit avoir toujours des angoisses et des cauchemars mais « *le moral est revenu* ». Nous convenons d'un dernier rendez-vous quinze jours plus tard à son domicile.

Au cours de ce dernier entretien, trois jours avant la date du terme théorique, Alice déroule presque sans discontinuer le récit de son histoire de façon très détaillée comme si elle la revivait, particulièrement la scène de la rupture de l'artère utérine. Peut-être est-ce une manière d'abrégier la succession d'évènements traumatiques afin de tenter de s'inscrire dans une continuité d'existence. Son mari, Éric, est présent dans la maison mais reste à distance sans intervenir. Il s'occupe de son fils Thomas qui dort à proximité de nous dans son couffin. Thomas est alors âgé d'un mois et demi et se porte bien.

#### 2.2.2.2. Anamnèse

Alice est une jeune femme de 27 ans, qui exerce une activité professionnelle et est en couple depuis huit ans avec Éric, 30 ans. Ils se sont mariés l'année dernière après la fin de la reprise d'études d'Alice. Leur parcours pour concevoir un enfant est très médicalisé. L'absence de fécondation au bout de cinq mois l'a amenée à consulter un gynécologue qui a découvert sa malformation utérine au cours d'une échographie. Une hystérogographie a été réalisée pour explorer l'ovulation. Des boosters ovariens ont été prescrits. Au bout d'une année, Alice est enceinte. En raison de sa malformation utérine, l'alitement a été préconisé pour éviter une fausse-couche. Tout en prenant beaucoup de précautions pour ne pas mettre en danger la grossesse, celle-ci s'est physiquement bien déroulée jusqu'à son hospitalisation pour MAP au milieu du septième mois de grossesse. À 33 SA, après deux semaines d'hospitalisation, une césarienne a été décidée en raison d'un trop fort taux d'infection mettant en danger la santé du bébé. Hospitalisée en chambre kangourou avec son fils Thomas, la rupture d'une artère utérine a entraîné une importante hémorragie nécessitant une embolisation en urgence dix-huit jours après l'accouchement. En raison des symptômes post-traumatiques d'Alice, une hospitalisation en Unité Mère Bébé lui a été proposée par la psychiatre de liaison. Alice a refusé et a négocié une hospitalisation à domicile en mettant en avant la présence de son environnement familial. L'hospitalisation de Thomas a duré un mois et celle d'Alice un

mois et vingt jours. De retour à domicile, Alice se sent mieux de jour en jour même si une fragilité psychique : angoisses, cauchemars et pleurs est toujours présente.

Au niveau familial, Alice est la troisième fille sur quatre. Elle est la dernière à avoir un enfant. La sœur aînée a trois enfants : deux filles et un garçon, la seconde, de deux ans son aînée, a une fille et la quatrième a également une fille. Alice se dit proche de ses parents et de ses sœurs, excepté avec sa deuxième sœur aînée avec qui elle est en conflit. Décrite comme celle étant « toujours un peu à part », Alice tient des propos plutôt dénigrants envers sa sœur. Une féroce rivalité autour de la question d'avoir des enfants se fait entendre au point de n'avoir aucune empathie vis-à-vis de sa sœur concernant sa maladie : une sclérose en plaques détectée après sa grossesse. Devenant alors l'objet de beaucoup d'attentions de la part de leurs parents, Alice le supporte difficilement. Éric, de son côté a un petit frère de l'âge d'Alice qui n'a pas d'enfants.

### *2.2.2.3. Analyse thématique des entretiens et hypothèses générales*

Alice commence ce premier entretien par la difficulté qu'elle a rencontré pour être enceinte. À la suite d'une période d'infertilité, la découverte d'une malformation utérine a entraîné la mise en place d'un traitement hormonal. Alice a très mal vécu cette annonce qui a réactivé une importante culpabilité liée à la pratique d'un IVG à l'âge de vingt ans car, en couple depuis seulement quatre mois, ils ne se sentaient pas prêts pour accueillir un enfant. Alice poursuit sur ses relations familiales et aborde son conflit avec sa deuxième sœur aînée. Sur mon invitation, Alice parle du moment de la découverte de la grossesse. A la joie se succède l'angoisse liée aux risques de fausse-couche annoncées. Alors que ses angoisses de perdre son bébé commençaient à s'apaiser peu à peu au fil de la progression de la grossesse, la RPM suivie de l'annonce de l'imminence d'une césarienne compliquée médicalement en raison de la présentation en siège de l'enfant et de la malformation utérine auraient fait effraction dans son psychisme. Le récit de cet épisode met en lumière le vécu traumatique qui entraîne un désinvestissement du fœtus, déjà difficilement investi narcissiquement. S'énonce alors une difficile représentation de son bébé comme si elle était restée suspendue à la première échographie. Éric serait présent mais introverti. Ils ne partageraient pas ensemble leur ressentis. Sur ma proposition de parler de sa relation à sa mère, Alice revient sur sa culpabilité liée à son IVG en lien avec

le fait qu'elle l'aurait caché à sa mère qui ne « tolère pas » cela. Elle finit par ses angoisses d'être contaminée par des microbes dans le milieu hospitalier. Après l'arrêt de l'enregistrement, elle parle de ses angoisses de mort concernant son bébé et/ou elle-même. Elle se dit terrorisée par l'idée d'une césarienne « *ça me traumatise* ». Elle préférerait être « *inconsciente pour ne rien voir et ne rien entendre si ça se passe mal* ». L'idée de demander une anesthésie générale génère un sentiment de culpabilité par rapport au regard supposé de son mari : « *il ne va pas me trouver forte* » et par rapport à son bébé : « *mais après j'ai peur de le regretter par rapport à mon bébé (...) quand ils vont me le présenter mais comment je saurais que c'est lui* ». Elle poursuit sur la discontinuité inhérente au fonctionnement hospitalier qui l'angoisse, en donnant l'exemple d'un épisode au cours duquel elle a failli prendre un médicament qu'elle ne devait pas prendre : « *on préférerait avoir un vrai docteur* ». Elle finit par parler de son dégoût par rapport à ce qu'elle vit comme un manque d'hygiène au point de décrire un environnement vécu comme hostile et dangereux. Ces événements de corps qui dévoilent le réel mettraient particulièrement à mal le fonctionnement psychique d'Alice qui cherche à contrôler. Le traumatisme subi prendrait place dans une organisation psychique de type phobo-obsessionnel et entrerait en résonance avec un fantasme d'être punie pour avoir transgressé l'interdit du meurtre en pratiquant un IVG.

Au second entretien, dix jours plus tard, Alice commence par parler de ses angoisses de mort associées à l'idée de la césarienne et de son sentiment de solitude associé au fait d'être isolée en raison de sa contagiosité, ce qu'elle vit comme une punition. Le fait d'avoir attrapé une bactérie semble majorer son état d'anxiété. Elle serait envahie par des ruminations mentales dans une tentative vaine de chercher à contrôler ce qui, par essence, échappe. Elle est aux prises d'un conflit psychique entre le vif désir de « rentrer à la maison » pour abaisser la tension et l'acceptation de la réalité de la situation qui nécessite son hospitalisation afin que le bébé reste le plus longtemps possible dans son ventre. En après-coup, Alice peut élaborer que, face au traumatisme de la RPM et de l'annonce d'un accouchement imminent, elle s'en est défendu en annulant son sentiment d'être enceinte. Alice aborde également la déception et la souffrance de ne pas partager ces moments avec son mari. Après l'arrêt de l'enregistrement, elle parlera énormément

de sa sœur mettant à jour l'expression d'une intense rivalité à son égard, tout en s'en défendant : « *pourquoi on a dévié sur ma sœur ?* ».

Au troisième entretien, Alice se dit beaucoup plus apaisée car elle est rentrée chez elle. A mon invitation à parler de la naissance et de la rencontre avec Thomas, Alice reprend le fil de son histoire à partir de notre dernier entretien : l'accouchement vécu de manière soudaine, l'absence du bébé à la naissance, l'étrange rencontre avec son bébé, ses malaises, le nouage du lien au premier peau à peau le troisième jour. Après avoir parlé de l'alimentation de Thomas, s'ensuit le récit très détaillé de la rupture de l'artère utérine. Cet évènement traumatique s'inscrit dans la suite de celui de la RPM et du décollement placentaire. Débordée psychiquement par la peur d'avoir été exposé au risque de sa propre mort, Alice souffre de symptômes post traumatique : dépression, insomnie, cauchemars, hypervigilance. Une hospitalisation en unité mère bébé lui est proposée par la psychiatre mais elle refuse tant elle souhaite rentrer à domicile. Même si elle repère une nette amélioration, Alice dit encore souffrir d'angoisses de mort, « *comme si j'étais en sursis* », dit-elle. Néanmoins, elle serait entrée dans un état de préoccupation maternelle tout en étant encore parfois envahie par des angoisses. Sur mon invitation, elle aborde ensuite comment elle pense que son mari a vécu cette situation. Elle pense qu'il serait lui aussi traumatisé par la peur qu'il a eu de la perdre. Elle finit sur la difficulté qu'aurait son mari à comprendre l'intensité traumatique de ce qu'elle a vécu.

### 2.2.2.3.1. CONSTRUCTION DU MATERNEL

#### 2.2.2.3.1.1. DESIR D'ENFANT : DU PROJET CONSCIENT SOUS « CONTROLE » A L'IRRUPTION DU REEL DU CORPS

Dans le premier entretien, Alice serait davantage inscrite dans un projet conscient d'enfant par rapport à des souhaits plus à l'intérieur d'un contexte de vie particulier sur le plan conjugal, familial, social et professionnel que dans un désir d'enfant. Aussi, la difficulté à être enceinte n'est pas comprise dans sa logique consciente : « *donc heu tout était OK / les conditions étaient réunies / donc on s'est dit c'est bon on peut y aller / et pis là ça marchait pas* » (l. 32, 1<sup>er</sup> entretien).

Dans un deuxième temps, l'annonce d'une malformation utérine viendrait mettre en péril son scénario imaginaire et menace sa capacité d'enfantement. Alice dit avoir vécu cette

annonce : « *un peu comme une claque (en riant) / c'est c'est vrai que bah quand on est jeune on s'imagine tout l'temps heu marié des enfants / et là quand on dit que heu y'a une malformation / bon après il m'a dit ce s'ra pas impossible heu d'avoir des enfants / j'suis pas stérile quoi mais c'est ça s'ra compliqué (...) quand ça nous tombe dessus c'est c'est/ faut encaisser quoi* » (l. 63-68, 1<sup>er</sup> entretien). Face au réel du corps, Alice tenterait de mettre du sens : « *pourquoi ça m'arrive à moi / qu'est-ce que qu'est-ce que / est-ce que est-ce que j'ai fait quelque chose de mal pour que mon utérus soit pas correct* » (l. 81, 1<sup>er</sup> entretien). La formulation hésitante laisse entrevoir l'émotion associée. La culpabilité attachée à une IVG passée, venant à la place du sentiment hostile envers ce premier fœtus, resurgit avec force dans cette crainte d'être privée de la possibilité d'être mère. Ce fantasme d'être punie pour avoir transgressé l'interdit du meurtre masque peut-être une rivalité fantasmatique avec la figure maternelle dont elle voudrait s'octroyer le pouvoir de procréation. Dans ce discours, la figure maternelle revêt une dimension très surmoïque. Au sujet de cet IVG, Alice n'en a pas parlé à sa mère : « *j'osais vraiment pas lui avouer la vé/ la vérité / j'avais trop honte* » (l. 987, 1<sup>er</sup> entretien). Alice serait dans une position assez infantile par rapport à la figure maternelle, ce qui interroge les processus de remaniements identificatoires. En revanche, une rivalité féroce s'exprime au sujet de sa sœur aînée de deux ans. Toujours au sujet de son choix d'avorter, Alice rationalise : « *j'me suis dit c'est la meilleure des solutions parce que pour l'instant j'ai rien à offrir au au bébé et donc heu / j'me suis dit le plus raisonnable c'est d'mettre un terme à la grossesse* » (l. 222, 1<sup>er</sup> entretien). C'est à cet endroit du discours que surgit l'expression du conflit avec sa sœur aînée qui elle a soutenu son désir d'enfant en poursuivant sa grossesse malgré des conditions pas raisonnables selon Alice. Ce choix, qui lui renvoie peut-être sa culpabilité d'avoir cédé sur son désir, paraît insupportable pour Alice. L'agressivité exprimée à l'égard de sa sœur serait peut-être aussi un déplacement de celle à l'égard de sa mère.

#### 2.2.2.3.1.2. VECU DE LA GROSSESSE

##### *Annonce de la grossesse*

La préhistoire de la grossesse d'Alice est marquée par cet IVG mais également par les paroles accompagnant son parcours médicalisé pour être enceinte : « *le gynécologue m'avait dit y'aurait des heu / enfin ça s'rait beaucoup plus difficile pour que l'œuf s'implante*

*/ et heu / et la particularité de l'utérus bicorne c'est que heu ... y'a fausse couche sur fausse couche en fait et donc heu / et donc heu même une fois que ... que ça aurait marché / je / c'était pas garantie de que la la grossesse arrive au bout quoi » (l. 46-50, 1<sup>er</sup> entretien). Alice décrit la joie spontanée à la découverte de sa grossesse tout de suite plombée par la crainte d'une interruption de grossesse : « j'ai croisé les doigts / j'y croyais (rire) et pis quand j'ai vu s'afficher enceinte sur le test bah là bah j'ai j'ai pas arrêté de pleurer (rire ensemble) / ça passait plus je pleurais et heu / et puis j'étais contente / mais après d'un coup c'est un peu retombé parce que j'me suis dit bon maintenant faut qu'ça tienne / vu qu'on m'avait dit que ça s'rait un peu compliqué » (l. 509-516, 1<sup>er</sup> entretien). Son mari ne la croyait pas tant que le gynécologue ne l'avait pas annoncée. Dès le début de la grossesse, le narcissisme de vie soutenant l'investissement narcissique de la grossesse serait empêché par la crainte de l'interruption du processus gestationnel.*

*De la difficulté de représentation à l'annulation du sentiment d'être enceinte : la haine du fœtus*

A travers l'analyse du discours du premier entretien se disent ses difficultés pour se représenter son bébé avant l'hospitalisation pour MAP. Au cours du premier entretien, Alice ne parle pas du tout des mouvements du fœtus. Elle semble s'appuyer sur le discours des professionnels qui lui expliquent qu'un bébé qui naît à 34 SA ne serait pas en danger de mort pour apaiser ses angoisses de mort. Alors enceinte de 31 SA, je l'interroge sur sa représentation d'un fœtus de 34 SA. Elle répond : « en fait j'me l'imagine pas heu ... pas un p'tit bébé quoi je / c'est encore comme les premières échographies en 3D où c'est un peu l'alien (grand rire) » (l. 914, 1<sup>er</sup> entretien). La découverte d'une anomalie utérine mettant en doute sa capacité de conception et prédisant un risque élevé de fausses couches semble avoir empêché le déploiement d'une vie fantasmatique permettant un investissement narcissique de la grossesse. La difficulté d'une représentation évolutive du processus gestationnel serait un effet du difficile investissement libidinal de la grossesse. Alice serait envahie par des angoisses de mort avec la réactivation de la culpabilité d'avoir fait une IVG. Cette représentation du fœtus comme d'un alien serait-elle aussi en lien avec l'impact psychique de l'IVG comme si elle était psychiquement restée suspendue à l'interruption de cette première grossesse ? L'emploi de ce terme « alien » évoque le difficile travail de

remaniement pulsionnel dans lequel elle se trouverait. La représentation d'un alien renvoie à un stade d'imaginarisation qui correspondrait davantage au premier trimestre de la grossesse qu'à celui du début du troisième trimestre. L'irruption d'une RPM et d'un décollement placentaire ne ferait que renforcer cette difficulté préexistante en faisant traumatisme dans le sens où cet événement l'aurait confrontée à la réalisation du fantasme de la mort du bébé. Le gel de toutes projections fantasmatiques jusqu'à l'annulation de son sentiment d'être enceinte serait une défense contre le risque de désorganisation psychique. L'objet source de déplaisir devient objet de haine. Dans un après-coup, dix jours plus tard, lorsqu'Alice aura pu à nouveau réinvestir sa grossesse, elle peut élaborer quelque chose de ce sentiment de haine vis-à-vis du fœtus : *« ça m'a rassurée d'le voir quoi parce que c'est vrai que ... heu tout était devenu tellement heu ... enfin i i pfff irréal pour moi / j'me su / enfin tout m'est tombée dessus là (...) et depuis j'étais ici c'était **comme coupée du monde / comme si j'étais plus enceinte** (...) du coup lui il (Éric) pensait à moi et pas du tout au bébé (...) j'pensais p'tet plus à moi que qu'au bébé quoi et heu et / du coup c'est comme si enfin ... j'l'avais un peu évincé quoi parce que (...) **comme un peu si j'lui en voulais parce que c'était d'sa faute que j'suis là quoi** »* (l. 261-295, 2<sup>ème</sup> entretien).

Après dix jours d'hospitalisation dans le service de grossesses à risques, la mise en attente d'une césarienne semble lui permettre de reprendre un peu son souffle par rapport à un contexte d'urgence. Les échographies et les monitorings quotidiens semblent lui avoir permis de se « reconnecter » avec son sentiment d'être enceinte, remettant en route ses projections imaginaires : *« Avec l'échographie heu / ça m'a tout remis heu les idées bien en place / que / bah qu'j'étais bien enceinte / le bébé allait venir que / et **puis d'le voir** ben ... y'a heu ... le le le / tout le / enfin pourquoi pourquoi j'suis là quoi / pourquoi j'ai j'ai fait ça / bah parce que j'veux un bébé et pis que / c'est **mon p'tit bébé qui grandit** / et pis enfin **tout l'amour maternel qui est remonté et du coup** »* (l. 341-344, 2<sup>ème</sup> entretien). Le « voir » lui permet de renouer avec l'investissement ultérieur de sa grossesse et le bébé imaginaire : « mon p'tit bébé ». Il est intéressant de repérer, dans ces alternances de mouvements psychiques de rejets et d'investissement libidinal du bébé qui participent au processus de maternalité, l'importance de la position de son mari dans son discours. Au fil de l'entretien, elle évoque le sentiment de solitude ressenti face à la difficulté de partager son vécu psychique avec son mari, *« j'voulais qu'il rentre dans cette bulle mais il veut pas il résiste »*

(l. 877, 2<sup>ème</sup> entretien) dit -elle en évoquant son invitation à partager la perception des mouvements du fœtus. Pour supporter cette altérité, elle fantasme qu'il ne lui avoue pas sa détresse. Il ne serait pas perçu comme étayant dans l'investissement de l'enfant. Selon elle, traumatisé par la peur de perdre sa femme, il rejeterait leur bébé : « *pour lui c'est c'est la faute du bébé que que j'suis là et s'il m'arrive qu'éq'chose* » (l. 305, 2<sup>ème</sup> entretien) « *si si j'meurs à l'accouchement il en veut pas lui du bébé* » (l. 301, 2<sup>ème</sup> entretien). Peut-être est-ce également une manière d'exprimer sa propre haine envers ce bébé qui la met en danger. S'autoriser à l'exprimer permettrait peut-être de l'investir narcissiquement : « *alors j'lui ai dit bah tu vas pas le laisser c'est c'est le le le seul morceau d'moi qui te restera quoi entre guillemets* » (l. 302, 2<sup>ème</sup> entretien). L'emploi du terme « morceau » ne renvoie pas à un bébé dans son altérité mais davantage à un prolongement narcissique. Alice n'a de cesse de s'accrocher à son scénario imaginaire : « *après on s'ra tellement heureux* » (l. 296, 2<sup>ème</sup> entretien), « *après tout s'ra fini / et puis qu'j'aurai mon p'tit bout et on en parlera plus* » (l. 353, 2<sup>ème</sup> entretien) « *maintenant j'suis pressée que qu'ça aille le plus vite possible qu'on puisse tous rentrer et ... / et commencer notre nouvelle vie à trois quoi* » (l. 399, 2<sup>ème</sup> entretien). Ce bébé imaginaire serait investi d'une puissance phallique pouvant combler son manque à être.

#### 2.2.2.3.1.3. VECU DE L'ACCOUCHEMENT

Pourtant hospitalisée depuis vingt, jours, Alice ne semble pas préparée à l'idée d'accoucher. Le récit d'Alice au sujet de son accouchement dévoile le caractère soudain de l'annonce : « *mercredi matin on vous fait la césarienne (...) j'étais un peu choquée parce que c'était super soudain (..) c'était pas prévu du tout (...) ils veulent pas prendre le risque heu que que l'bébé soit infecté par heu ... pour c'que j'ai attrapé (..) c'était vraiment un choc (...) on m'annonce ça (...) j'avais pas le choix en gros (...) on m'a fait cette césarienne* ». (l. 59-69, 3<sup>ème</sup> entretien).

Malgré ses appréhensions, Alice met en avant le fait que cela se soit bien passé. Il s'agissait pour elle davantage d'une opération chirurgicale que d'un accouchement. Dans son discours, le bébé n'est pas du tout présent. Seul le rapport à sa douleur semble compter. Elle conclut ce passage par : « *par contre la naissance j'lai moins bien vécue* » (l. 77, 3<sup>ème</sup> entretien).

## 2.2.2.3.1.4. NOUAGE PRECOCE

*Rencontre avec le nouveau-né : une impossible reconnaissance*

La scène de la naissance met en lumière l'importance du regard, du toucher et de la voix. L'absence de regard et de toucher crée un « blanc », une rupture dans la continuité d'existence. Le bébé « intérieur » de la grossesse avec lequel elle a construit une relation intime n'est pas ce bébé qu'elle voit « à l'extérieur » qui lui est étranger. Alice veut le voir mais face au bébé dans la réalité, elle le regarde mais ne le reconnaît pas et ne sent pas mère de cet enfant-là. Il n'y pas de regard auréolé. Alice passe de « pleine » à « vide » sans transition : elle se retrouve comme amputée. Ni ventre, ni bébé. L'écart entre le bébé réel et le bébé imaginaire, présent dans toute naissance serait redoublé par le vacillement de l'imaginaire en lien avec la manque de symbolisation de la naissance : « *c'était une voix féminine / qui v'nait de l'autre côté du drap que j'avais heu juste devant le visage / et elle me disait ... ah bah ça y'est heu le bébé est là / ah y'a la tête qui est dehors / les fesses qui sont dehors / ça y'est il est là / et paf / **et plus rien** / et donc bah **j'l'ai pas vu** / ils sont partis avec / heu **ils m'ont pas montré** / bon j'm'en doutais un peu vu que on savait pas dans quel état il s'rait / si si ça va au niveau respiratoire ou ... ou autre et / et donc mais / du fait qu'elle ait dit ça / ah ça y'est heu y'a y'a les fesses dehors et tout ça enfin / et **puis plus rien** / et donc heu / enfin / j'ai / moi j'étais là couchée sur cette table d'opération (...) j'me dis ouais enfin **j'l'ai pas vu (...)** **j'voulais l'voir** et heu et heu / bon mon mari avait pris une photo donc **il m'a montré la photo** / et heu / et l'soir le soir heu j'me heu suis levée (...) / et donc **j'ai pu enfin le voir** / mais alors c'est vraiment **étrange** heu la sensation / on approche de de c'grand aquarium / et pis heu et **on dit** bah voilà c'est votre fils / ééééé **je regarde** / je sais qu'cette p'tite chose c'est à moi / et / mais ce c'est c'est **bizarre** parce que j'ai enfin / **en même temps on aurait pu me présenter n'importe quel bébé heu j'l'avais pas vu quoi** / donc ça peut / c'est vraiment **étra/ étrange** comme sensation / et mmm ... / en fait j'ché pas **j'me sentais pas ... maman** / enfin c'est c'est **bizarre** / je sais pas comment expliquer ça / heu pff **quelques heures avant j'avais encore mon gros ventre / j'étais enceinte / je l'sentais bouger et puis / et puis là d'un coup paf on s'retrouve avec plus rien / on l'avait pas vu / là on nous présente quelqu'un / on dit c'est lui et / et on l'a pas touché***

*à la sortie / on l'a pas vu / enfin c'est c'est vraiment bizarre / et puis / et après de l'voir branché avec tous ces tuyaux »* (l. 86-118, 3<sup>ème</sup> entretien).

S'ensuit la vision de la réalité d'un nouveau-né prématuré et de tous ses branchements. Alice a peur de faire du mal à Thomas, ce qui peut s'entendre comme l'expression de ses pulsions destructrices envers ce bébé qu'elle ne reconnaît pas et qui ne correspond pas au bébé imaginaire : *« alors déjà / enfin mon mari tout l'temps qui m'engueulait mais pourquoi tu trembles comme ça / parce que j'avais la main vraiment qui tremblait heu quand j'le touchais et pis / parce que j'avais peur en fait si je enfin / si un p'tit tuyau s'déplaçait un peu ou bougeait un peu / j'me suis dit il va mourir »* (l. 127-130, 3<sup>ème</sup> entretien). Là encore, son mari est perçu comme ne pouvant accueillir sa peur. La projection d'une peur d'être rejetée par son fils parle de ce difficile investissement libidinal : *« j'me dis moi il m'voit pas / il m'entend pas / et j'me disais il va pas m'reconnaître / il va m'rej'ter / enfin c'était vraiment ça / pour moi il allait me rej'ter (...) du fait qu'ils m'ont pas montrée à la naissance / j'l'ai pas eu tout d'suite heu ... contre moi / enfin c'était vraiment heu / je pensais qui qu'il allait m'rej'ter »* (l. 192-194, 3<sup>ème</sup> entretien).

Le 3<sup>ème</sup> jour : le peau à peau comme moment fondateur du lien

La pratique du premier peau à peau est décrite comme celle qui a permis de nouer le lien, de composer avec l'écart entre le bébé imaginaire et le bébé réel. Plus précisément, le fait que Thomas s'arrête de pleurer au contact corporel de sa mère est interprété par Alice comme une reconnaissance permettant le nouage : *« quand ils l'ont sorti / donc il pleurait il pleurait il pleurait / et heu / et dès qu'ils m'ont mis heu / donc j'avais son ventre qui arrivait vers le mien /et donc il avait ses ses ses bras et ses jambes dans le vide / et je sais plus si c'est ses ses mains ou ses pieds qui m'ont touchée en premier mais / ça à peine effleuré dès qui a eu l'contact peau à peau / tout d'suite il a arrêté d'pleurer / et là il s'est levé contre moi / et et puis / enfin on était bien quoi / j'suis restée deux heures et demie heu avec le / en peau à peau avec lui sur moi / et heu / j'voulais plus bouger / c'était juste magique / là le lien il s'est fait mais instantanément quoi et c'est / c'est à partir de jour-là / du troisième jour où vraiment le / j'me suis sentie maman quoi »* (l. 200-207, 3<sup>ème</sup> entretien). Alice construit un scénario fantasmatique à partir de ce qui lui a manqué, de ce qui a fait rupture à l'accouchement à travers la dimension du toucher et du regard. La formulation « quand

ils l'ont sorti » tout en faisant l'ellipse sur « de la couveuse » évoque la métaphore de l'accouchement comme si c'était d'elle qu'il l'avait sorti. Cette scène pleine d'affects viendrait en réparation de la scène de la naissance traumatisante désaffectivée, voire déshumanisée. A partir du récit de ce moment fondateur du lien, Alice prénomme Thomas dans la suite de l'entretien de recherche, signe de la symbolisation de sa naissance. Né psychiquement, elle peut alors lui supposer du sujet pour pouvoir l'investir libidinalement : « *en fait il m'appelait pour qu'j'reviennne* » (l. 248, 3<sup>ème</sup> entretien). A partir de ce moment, une joie s'exprime dans la relation avec Thomas avec qui elle prend plaisir à être, notamment en peau à peau : « *chaque fois que j'faisais des peaux à peaux pendant heu deux heures deux heures et demie heu / et heu / c'était juste vraiment parce que des fois bon y'avait l'plateau repas ou quelqu'un qui d'vait v'nir me voir / donc heu fallait qu'j'redescende mais sinon heu / sinon heu je j's'rais restée encore heu (rire) des heures en plus quoi / c'était vraiment heu / c'était bien ...* » (l. 214-217, 3<sup>ème</sup> entretien).

#### *Hémorragie de l'artère utérine : un nouveau traumatisme*

Dix-huit jours après l'accouchement, la rupture de l'artère utérine la confronte à nouveau au risque de mourir. Le récit extrêmement détaillé nous met en place de spectateur de cette scène d'urgence vitale. Sa hantise qu'on lui rouvre le ventre fait entendre la réactivation du traumatisme de l'accouchement. La succession des traumatismes entraînant une désorganisation du Moi la plonge dans un état de sidération, d'effroi et de peur panique. Saisie par la peur de la répétition, elle est envahie par le fantasme de se vider de son sang. Cette idée que quelque chose sorte de son corps sans s'arrêter jusqu'à ce qu'elle meure fait écho avec le traumatisme de la scène de la RPM et du décollement placentaire. Selon elle, Éric, présent lors de cet épisode, aurait également été traumatisé par la peur de la perdre : « *et puis heu j'lui avais dit que / enfin qu'j'ai eu peur / que que j'pensais que que c'était fini et que que j'allais mourir quoi / et là il m'a répondu que ... lui aussi pensait ne plus jamais me revoir quoi donc c'est qu'il a vraiment eu très peur* » (l. 1233-1235, 3<sup>ème</sup> entretien). Peu à peu, Alice sombre dans un état dépressif : « *et j'voyais plus l'bout et en fait j'étais tellement traumatisée que / en fait pour moi c'était pas fini (...) j'me disais enfin je sortirai jamais d'là / y'aura ... toujours aut'chose qui va s'rajouter / et heu enfin j'mangeais plus heu / je j'étais l'moral à zéro quoi / j'parlais plus j'rigolais*

*plus je mangeais plus* » (l. 735-739, 3<sup>ème</sup> entretien). À ce moment-là de son récit, s'entend son indisponibilité psychique pour Thomas. En raison de ce risque dépressif, une hospitalisation en UMB a été proposée par la psychiatre de liaison mais Alice négocie une hospitalisation à domicile.

Malgré le traumatisme vécu, le lien tissé avec Thomas au cours de cet évènement semble avoir été préservé. De la haine du fœtus dont il faut se débarrasser avant qu'il nous détruise s'est construit le fantasme du bébé « sauveur » à qui on doit la vie : « *j'pense que ils aurait du rou/ m'rouvrir et sortir l'utérus / et mmm / et puis ouais comme dit j'me serais p't être heu vidée d'mon sang avant et ça aurait été trop tard pour faire quéqu'chose quoi / donc heu / donc j'me dis quelque part tout ce parcours / c'était p'tet terrible mais ... il fallait passer par là pour que pour heu pour que ... pour qu'on soit tous là aujourd'hui quoi* » (l. 1104-1107, 3<sup>ème</sup> entretien). Cette construction fantasmatique témoignerait du travail psychique de remaniement pulsionnel, du traitement de la haine qui a permis d'ouvrir à la relation objectale et à l'investissement libidinal de Thomas. En après coup, Alice souligne à plusieurs reprises : « *j'arrêtais pas d'me dire heu si si lui heu c'était pas bon au niveau santé mais j'aurais été détruite quoi* » (l. 944, 3<sup>ème</sup> entretien). Ce scénario traduit également l'acceptation de la réalité et dévoile un positionnement psychique autre. Alice serait davantage dans un détachement que dans une recherche de contrôle. A ce sujet, il est intéressant de repérer qu'elle poursuit son récit que la question de la castration : « *j'me dis autrement enfin **y'avait tout** / les p'tits ongles heu / ben il avait plein de cheveux en plus / et puis / enfin tout **tout était là quoi** heu / et j'me dis c'est dingue quand même parce que avec tout le temps qu'il aurait encore dû passer dans mon ventre* » (l. 1015-1018, 3<sup>ème</sup> entretien). Tout en reconnaissant qu'elle regrette de ne pas avoir pu vivre sa grossesse jusqu'au bout, Alice réalise un travail de narrativité en cherchant à adoucir l'impact de la question de la survie.

#### *Mise en place de la préoccupation maternelle primaire*

Lorsque je l'interroge sur sa relation actuelle avec Thomas, Alice répond : « *j'pense que ça s'passe bien / bon c'est sûr que comme pour chaque maman c'pas toujours évident quand il pleure / on s'dit mince est-ce qu'il va bien / j'espère qu'il a pas d'fièvre / j'espère qu'il tombe pas ma/ malade* » (l. 969, 3<sup>ème</sup> entretien). Alice se considère comme une maman comme

les autres, dans l'ambivalence entre des moments de joie et d'inquiétudes. Elle serait dans cette capacité de rêverie maternelle, propre à l'état de préoccupation maternelle primaire.

#### 2.2.2.3.2. RAPPORT SUBJECTIF AU DISCOURS MEDICAL ET A L'ENVIRONNEMENT HOSPITALIER

##### 2.2.2.3.2.1. LES PROFESSIONNELS DE SOIN : DES FIGURES SURMOÏQUES AUX FIGURES PERSECUTRICES

Au fil des trois entretiens, son rapport aux professionnels de soin évolue et s'intensifie à travers différents mouvements psychiques.

##### *Avant l'hospitalisation pour MAP*

Effractée par l'annonce d'une malformation utérine, Alice nourrit sans doute de l'agressivité envers le corps médical qui entrave la réalisation de son scénario imaginaire infantile sur lequel repose son désir d'enfant : « on s'imagine marié avec des enfants ». Toutefois, elle a besoin d'eux pour pouvoir réaliser son désir d'enfant. Ce désir réactiverait un conflit psychique non élaboré en lien avec les traces psychiques d'une IVG passé. Du fait de l'intense culpabilité, expression du conflit dû à l'ambivalence, Alice ne parviendrait pas à dépasser une position infantile par rapport à des figures vécues comme surmoïques, à l'image de son rapport à la figure maternelle.

##### *Vécu de l'hospitalisation pour MAP*

Dès le premier entretien, Alice évoque ses angoisses d'être contaminée par des microbes dans le milieu hospitalier et perçoit cet environnement comme hostile et dangereux. La discontinuité inhérente au fonctionnement hospitalier majore son angoisse de ne pas être bien prise en charge. La relation de soin produit une dépendance et de ce fait renforce un sentiment de vulnérabilité dont elle peut chercher à se défendre. Alice ne parvient pas à se « mettre dans les mains » des professionnels. Au contraire, un sentiment de méfiance voire de danger s'exprime. Au second entretien, une bactérie attrapée à l'hôpital nécessite une isolation. Cet évènement serait vécu comme la réalisation d'un fantasme venant donner raison à ses inquiétudes. L'agressivité ressentie à l'égard de l'environnement hospitalier qu'elle considère responsable de la bactérie qu'elle a contractée s'expriment à travers des sentiments paranoïaques : « j'comprends pas trop toutes ces précautions là (...)

*est-ce qu'ils me disent pas tout ou (rire) » (l. 55-102, 2<sup>ème</sup> entretien). Succède un mouvement de culpabilité réactivant à nouveau un fantasme d'être punie : « j'ai l'impression d'être heu ... d'être une bactérie (grand rire) (...) d'être punie dans ma chambre en fait comme une petite fille (en riant) » (l. 134, 2<sup>ème</sup> entretien). La réactivation d'un ressentiment infantile permet d'entendre la position surmoïque que représentent fantasmatiquement pour elle les professionnels de soin. L'expression d'une agressivité adressée à l'autre se retournerait contre elle-même. Dans ce voyage psychique qu'est la grossesse, Alice serait dans de difficiles remaniements identitaires et identificatoires en lien avec une difficile conflictualisation du lien avec la figure maternelle. Elle se dit proche d'elle mais ce qu'elle donne à entendre se situerait davantage du côté d'un collage dans une position très infantile. Une identification très forte au trait maniaque de sa mère prendrait beaucoup de place : « elle est très portée sur l'hygiène et heu / et puis c'est c'est des valeurs qu'elle m'a transmises (...) j'ai l'impression que si on fait pas heu les choses comme il faut les faire / comme elle m'a appris heu / c'est c'est je on va être malade / on va attraper des choses » (l. 479, 2<sup>ème</sup> entretien). En conflit avec le milieu hospitalier au sujet de ce qu'elle vit comme un manque d'hygiène, comme dans sa belle-famille, Alice déplacerait cette tentative de conflictualisation avec les professionnels de soin.*

#### *Vécu de l'hospitalisation en chambre kangourou*

Dans son récit très détaillé, Alice n'a de cesse de souligner tous les manquements de l'environnement hospitalier que ce soit tant au niveau du matériel : « de toute façon j'avais la chambre je crois la pire / y'avait y'avait plus rien qui fonctionnait dans cette chambre » (l. 242, 3<sup>ème</sup> entretien) qu'au niveau du personnel hospitalier afin d'illustrer comment l'environnement n'a pas été aidant avec elle voire malveillant : « ils s'disaient surement c'est pour la folle de de la chambre 75 qui qui croit qu'elle a d'la fièvre elle a elle a rien » (l. 1326, 3<sup>ème</sup> entretien). La scène très traumatique de la rupture de l'artère et de l'embolisation est décrite dans un vécu de solitude extrême presque désubjectivant. Alice décrit la scène comme si elle était observatrice. Dans son récit, elle se sent négligée « enfin rien à foutre de moi quoi » (l. 545, 3<sup>ème</sup> entretien) voire agressée par le personnel hospitalier. La désorganisation psychique liée au traumatisme vécu précipiterait Alice dans des

fantasmes archaïques de destruction et d'annihilation du sujet, qu'elle projetterait sur le milieu hospitalier.

#### *Retour à domicile*

L'hospitalisation à domicile semble lui permettre de construire des relations plus apaisées avec les professionnels de soin : la sage-femme qui a fait son suivi de grossesse et une puéricultrice de PMI. Alice évoque le bien-fondé de ce dispositif : « *c'était bien la présence parce que quand j'avais des des peurs sur quelque chose j'pouvais leur en parler / elles m'rassuraient* » (l. 780, 3<sup>ème</sup> entretien).

#### *2.2.2.4. Conclusion*

La situation d'Alice illustre comment un évènement traumatique s'inscrit dans une organisation psychique et comment il s'habille de fantasmes en lien avec l'histoire singulière du sujet. Avant même la conception, Alice peut difficilement soutenir le narcissisme de vie nécessaire à l'investissement narcissique de la grossesse et de l'enfant à venir. Elle n'a de cesse de se raccrocher à ses projections imaginaires empêchées par différents traumatismes mettant en péril sa vie ou celle de son bébé. Malgré la succession d'épisodes traumatiques, Alice a su trouver les ressources psychiques en elle pour nouer un lien avec son fils et l'investir libidinalement. L'étayage narcissique de la relation imaginaire construite avec le bébé imaginaire pendant sa grossesse, la construction d'éprouvés relationnels à partir d'éprouvés corporels dans la pratique du peau à peau à peau semble avoir permis de symboliser la naissance de Thomas et de lui supposer du sujet. L'expression de la haine envers le fœtus aurait aussi participé au processus de maternalité, en tant qu'affect primaire qui sert à l'étayage des pulsions libidinales. La projection sur le fonctionnement hospitalier de son sentiment de discontinuité aurait permis de déplacer son agressivité. Finalement, parce que le lien s'est noué et que tout le monde se porte bien, Alice peut se positionner psychiquement autrement en élaborant une nouvelle lecture de son histoire : c'est son bébé qui l'a sauvée. Elle peut alors « injecter » de l'imaginaire dans ce moment du nouage fondamental au troisième jour de vie de Thomas par la dimension de la reconnaissance : « *Parce qu'il pleurait avant / et ...*

*donc là j'me suis dit c'est bon il m'a r'connue (...) c'est pour ça qu'j'ai dit le lien s'est fait (...) spontanément quoi / c'est / ouais c'était juste magique » (l. 1157, 3<sup>ème</sup> entretien).*

## 2.2.3. ANALYSE DES ENTRETIENS DE RECHERCHE AVEC CAROLE

### 2.2.3.1. Contexte de la rencontre

Carole a été hospitalisée trois jours pour HTA (hypertension artérielle gravidique) à 25 SA dans un hôpital de proximité. Quinze jours plus tard, elle a, à nouveau, été hospitalisée dans ce même hôpital à la suite d'un diagnostic de pré-éclampsie. Six jours plus tard, Carole a été transférée au service de grossesses à risque à Hautepierre à la suite du repérage d'une anomalie du rythme cardiaque fœtal et d'un RCIU (retard de croissance in-utéro). À la suite de la consultation de son dossier dans lequel sont précisés son anxiété et le fait qu'elle a subi un IVG, je vais à la rencontre de Carole, alors enceinte de 29 SA+ 1 jour et hospitalisée depuis trois jours, dans sa chambre d'hôpital. Lorsque j'entre dans la chambre, Carole, alors en présence de sa mère, énonce qu'elle a son « *sac à vider* ». Cette expression n'est pas sans évoquer la métaphore de sa grossesse. Elle dit avoir demandé une consultation avec une psychologue pour « *parler une fois une heure ou deux et puis c'est bon* ». Je l'invite à prendre contact avec la psychologue du service et lui présente ma recherche en expliquant la différence. Elle accepte d'y participer et nous convenons du premier entretien de recherche quatre jours plus tard. A la fin du premier entretien, nous convenons de réaliser le second entretien dans un mois. Quelques heures suivant ce premier entretien de recherche, une césarienne a été réalisée en urgence en raison d'une souffrance fœtale trop importante. Léa est née avec un poids de 860 grammes et 34 centimètres. Apprenant cette nouvelle par le service, je me permets de lui envoyer un message. Carole propose d'avancer le second entretien de quinze jours.

Dix-sept jours plus tard, je rencontre Carole dans la bibliothèque de la maison Mac Donald. Carole et son mari, Julien bénéficient de cet hébergement à proximité de l'hôpital pendant l'hospitalisation de Léa en service de réanimation néonatale. A la fin de ce second entretien, nous convenons que je la rappelle dans six semaines afin d'attendre le retour à domicile de Léa pour réaliser le troisième et dernier entretien. Lorsque je l'appelle, Carole n'est pas disponible et me dit qu'elle rappellera plus tard mais elle ne le fera pas. Inquiète

de son silence qui contraste avec l'engagement dont elle a fait preuve, je me suis assurée par l'intermédiaire du service de pédiatrie que Léa se portait bien avant de lui envoyer un courrier pour la remercier d'avoir participé à ma recherche.

Au cours de ces deux entretiens d'une heure, Carole, est une jeune femme de bon contact qui parle facilement. Elle présenterait des difficultés d'élaboration. Très angoissée au premier entretien, Carole ne paraît pas comprendre ce qui lui arrive. Son récit peu structuré, serait entrelacé de détails ayant valeur de défenses de type obsessionnel. Au second entretien, elle semble plus apaisée.

#### 2.2.3.2. Anamnèse

Carole, 24 ans, vendeuse en boulangerie de formation, ne travaille plus depuis 5 ans. A la maison, elle dit faire beaucoup de ménage : « *des fois j'me levais il était huit neuf heures jusqu'à vingt heures vingt-deux heures je ... j'faisais l'ménage / tous les jours tout l'temps / et ça me manque ça maintenant* » (l. 544, 1<sup>er</sup> entretien). Elle a mis un an à être enceinte. Jusqu'à la découverte d'une pré éclampsie à la suite d'une prise de sang mensuelle, la grossesse se serait déroulée sans particularités médicales exceptée sa tension qui était surveillée depuis un mois. Rencontré sur un site internet, Carole est en couple avec Julien, carrossier peintre depuis trois ans. Ils sont mariés depuis un an « *pour être sûre* » dit-elle. Le mariage serait pour Carole une manière de se rassurer sur l'engagement de son mari avant d'avoir un bébé. Elle qualifie leur relation de fusionnelle. Dans son discours, Julien serait comme un double. Elle s'inscrirait dans une relation d'objet par étayage : « *on fait tout ensemble ... / on s'douche ensemble heu / enfin on mange ensemble* » (l. 467, 1<sup>er</sup> entretien). Carole décrit une relation a-conflictuelle : « *la baignoire c'était un p'tit peu le l'endroit où où on faisait tout / c'est-à-dire heu on réglait nos conflits on ... on heu / on papotait de tout / vraiment de tout et de rien* » (l. 498, 1<sup>er</sup> entretien). Dans un espace régressif prévenant du danger de la séparation, les conflits pourraient être abordés. Carole et Julien vivent actuellement chez la grand-mère maternelle de Carole après avoir été expulsés de leur appartement alors qu'elle était enceinte. Depuis « *toujours* », sa grand-mère maternelle, qui l'a élevée jusqu'à l'âge de ses cinq six ans, serait investie comme une figure maternelle, « *c'est plus ma mère que ma grand-mère (...) j'ai son/ sa date de naissance tatouée dans mon poignet* » (l. 594, 1<sup>er</sup> entretien). Le décès de son grand-père

maternel d'un cancer de l'estomac en 2012 l'aurait bouleversée : « là aussi c'était heu un p'tit peu un choc » (l. 610, 1<sup>er</sup> entretien).

Fille unique, l'enfance de Carole est marquée par des ruptures. À l'âge de ses dix ans, ses parents seraient séparés quand son père aurait été emprisonné : « Mon père a fait une grosse connerie il s'est retrouvé en prison / et ma mère l'a quitté lâchement quand il était en prison » (l. 763, 1<sup>er</sup> entretien). Sa mère serait devenue alcoolique, entretenant des relations éphémères et se situant davantage comme une copine, « elle sortait un peu comme moi je sortais » (l. 783, 1<sup>er</sup> entretien). Souvent livrée à elle-même, Carole aurait été négligée. Elle dit entretenir aujourd'hui des relations conflictuelles avec sa mère contre qui elle exprime beaucoup de colère : « elle m'a fait beaucoup souffrir elle a fait beaucoup d'choses qu'on fait pas » (l. 646, 1<sup>er</sup> entretien). Elle la décrit comme dépressive et addictive aux médicaments : « elle s détruit heu ... d'elle-même (...) en fait elle brûle la vie par les deux bouts j'peux pas dire autrement" (l. 648, 1<sup>er</sup> entretien). A l'annonce de sa grossesse, "tout l'monde était vraiment content sauf elle quoi" car « elle ne voulait pas être grand-mère » (l. 851, 1<sup>er</sup> entretien). Carole serait blessée narcissiquement au point d'imaginairement ne pas la reconnaître en tant que grand-mère en lui refusant l'accès à sa petite fille : "j'suis même au point que si c'bébé devait naître maintenant / rapidement / que j'interdirais qu'elle aille en haut voir le bébé " (l. 813, 1<sup>er</sup> entretien). Elle rationaliserait cette interdiction par le danger que représenterait sa mère pour son bébé : « elle est malpropre » (l. 818, 1<sup>er</sup> entretien). A travers son discours sur sa mère, un dégoût s'exprimerait par rapport à une figure maternelle déchue. Adolescente, Carole n'aurait pas pu compter sur son père qui a été emprisonné pour avoir fait « une grosse bêtise ». Aujourd'hui atteint du cancer du poumon et du cerveau, elle décrit une relation plus apaisée. Carole aurait également des relations très conflictuelles avec ses beaux-parents et plus particulièrement avec sa belle-mère décrite comme suicidaire et possessive avec Julien, son fils unique.

### 2.2.3.3. Analyse thématique des entretiens et hypothèses générales

Au premier entretien, Carole commence l'entretien en parlant de sa difficulté à comprendre le sens de cette hospitalisation qu'elle vit comme un enfermement. Souffrant d'être séparée de son mari et de sa grand-mère maternelle, elle voudrait rentrer chez elle.

Sur mon invitation, Carole raconte comment elle a été hospitalisée pour MAP. Sans doute en réaction à l'absence psychique de son enfant dans son discours, je l'interroge sur l'inscription de cette grossesse dans son histoire et sur son désir d'enfant. Lorsque que Carole fait le lien entre la répétition des conditions de sa naissance prématurée et ce qu'elle est en train de vivre, je l'invite à parler de sa naissance. Confrontée à une angoisse trop intense liée à la situation, Carole s'apaiserait en parlant de sa relation avec son mari dans laquelle en mettant en avant un fonctionnement qu'elle qualifie de fusionnel. Elle poursuit sur sa relation avec sa grand-mère maternelle, figure maternelle d'étaillage et d'identification avant d'aborder la relation conflictuelle avec sa mère dont elle dépeint une image très dégradée. A mon interrogation sur la façon dont sa mère a accueilli l'annonce de sa grossesse, Carole parle des diverses réactions de son entourage familial. Prétextant un potentiel danger pour le bébé, Carole réglerait ses comptes en décidant d'interdire ou d'autoriser les visites en néonatalogie : *« moi j'trouve que c'est tuer mon bébé si maintenant j'les / j'leur laisse toucher c'bébé »* (l. 995, 1<sup>er</sup> entretien). Elle finit sur son ambivalence entre son désir d'accoucher et celui de rester enceinte et énonce sa difficulté à se représenter être mère d'un bébé prématuré : *« j'vois pas maintenant le le le fait des câbles ou la perfusion ou n'importe quoi »* (l. 1065, 1<sup>er</sup> entretien). Carole boucle l'entretien : *« y'a des moments comme ce matin où j'me suis dit qui coupent/ qui m'la sortent / c'est fini (...) et puis y'a des moments comme ce soir ou demain matin ou ... dans l'après-midi j'vais m'dire encore heureux on a gagné une journée quoi »* (l. 1131-1135, 1<sup>er</sup> entretien).

Le désir de Carole serait de sortir de l'hôpital et de reprendre sa vie comme si de rien n'était. Carole ne semble pas comprendre ce qui lui arrive. L'angoisse serait telle qu'elle déploierait des mécanismes de défense archaïques comme le déni ou le clivage de l'objet. Carole dévoile un rapport au corps particulier du côté du réel comme si son ventre devenait un objet détachable de son corps. Désinvesti fantasmatiquement, son ventre ne serait plus qu'un morceau de chair à « couper » sans l'existence d'un bébé à l'intérieur. Cette représentation entre en résonance avec l'épisode de la péritonite au cours duquel il s'agissait également de couper un bout dans le ventre. Cette situation réactiverait peut la peur de mourir qu'elle a dû ressentir à ce moment-là sans pouvoir peut-être l'élaborer. Ce discours désaffectivé et cru interroge son vécu psychique de l'être enceinte et son rapport au corps avant l'hospitalisation pour MAP. Serait-ce un épisode de fragilité

psychique dans un moment d'intense angoisse qui entraînerait le déploiement de mécanismes de défenses archaïques afin de lutter contre une menace de désorganisation psychique ou serait-ce en lien avec une fragilité plus globale de la personnalité ? Carole semble être dans un moment de vacillement au niveau de l'image du corps. Cette hospitalisation précipiterait-elle une angoisse déjà présente pendant la grossesse, liée à une difficile représentation de l'être enceinte ?

Au second entretien, Carole reprend le fil de son histoire depuis notre dernière rencontre. De façon très détaillée, elle raconte comment s'est passé l'accouchement et la naissance. Carole exprime un sentiment d'irréalité dans cet accouchement trop rapide et sa difficulté face à la vision de ce bébé appareillé peu gratifiant qui ne correspond pas à sa représentation d'un bébé. Elle raconte le quotidien dans ce service de réanimation avec le temps qu'il lui a fallu pour s'approcher de la couveuse, pour la « prendre en mains ». Après avoir élaboré ce qui lui manque et ce qu'elle ne peut pas faire dans la relation avec sa fille : la toucher, la porter la nourrir, ... se dit peut-être en même temps que se construit une libidinisation du lien. A mon invitation, elle évoque comment, selon elle, Julien a vécu sa naissance et ces premiers temps. Tout en soutenant son narcissisme de vie, Carole dit sa hâte qu'elle grandisse. Carole serait dans une difficulté à se représenter ce qu'est un nouveau-né. Face à l'irreprésentable, Carole ne pourrait que se projeter fantasmatiquement avec une enfant de « deux trois ans ». Elle finit sur le choix de son prénom l'inscrivant dans l'histoire transgénérationnelle et réglant une dette de vie imaginaire à sa grand-mère maternelle. Carole serait moins angoissée. Elle aurait trouvé les ressources psychiques pour inventer quelque chose et investir ce bébé. Serait-ce le bébé dans la réalité qui lui permettrait de se représenter quelque chose ?

### 2.2.3.3.1. CONSTRUCTION DU MATERNEL

#### 2.2.3.3.1.1. DESIR D'ENFANT OU DESIR DE GROSSESSE ?

Lorsque je l'interroge sur son désir d'enfant, Carole répond sans réfléchir : *« J'ai toujours voulu un bébé / mais à douze ans j'me suis dit c'est beaucoup trop tôt (...) à seize ans j'me suis dit c'est pas l'moment / j'ai pas d'boulot / j'ai pas ... de diplôme / c'est trop tôt et puis j'me suis dit si j'rentre enceinte heu ... mes parents ils vont m'tuer / à dix-huit ans j'étais*

*encore en train de faire mon apprentissage / à vingt ans j'avais personne / à vingt-deux ans j'ai rencontré mon copain* » (l. 365-397, 1<sup>er</sup> entretien). Cette manière de formuler interroge la représentation de ce désir d'enfant, énoncé comme intemporel, dont la réalisation dépendrait des événements extérieurs. Ce désir ne serait ni génitalisé, ni inscrit dans une relation conjugale. Associé à son plaisir enfantin de jouer aux poupées, il s'agirait davantage d'un désir de grossesse, issu d'un conflit désir œdipien peu élaboré : « *Ouais comme ça heu j'me suis dit oh maintenant j'ai envie de d'avoir un bébé / peut-être que quelqu'un avait un bébé / j'peux pas vous dire non plus / peut-être parc'qu'ma mère travaillait en crèche et qu'elle avait des bébés / peut-être / bah j'aimais jouer avec la poupée heu quand j'étais p'tite aussi j'aimais bien jouer avec les poupées / mais c'est vrai que j'peux pas vous dire pourquoi* » (l. 388, 1<sup>er</sup> entretien).

#### 2.2.3.3.1.2. VECU DE LA GROSSESSE

##### *Annonce de la grossesse*

Carole décrit un mouvement de lâcher prise par rapport à une tentative de maîtrise du processus fécondation : « *j'calculais heu ... la période d'ovulation / chaque mois / chaque fois / j'avais vraiment l'calendrier / j'notais tout / tout tout tout / jusqu'au jour où j'ai dit hop / ... j'laisse et pis ... ça viendra quand ça viendra et puis heu / et puis **c'est venu d'un coup** / et pis j'l'ai appris le heu ... le jour d'la fête des/ ma grand-mère* » (l. 336, 1<sup>er</sup> entretien).

La formulation « c'est venu d'un coup » ne nomme pas symboliquement ce qui reste du côté de l'irreprésentable. Comme beaucoup d'événements dans sa vie, Carole semble vivre les choses comme si elles lui « tombaient dessus ». Dans un deuxième mouvement, Carole inscrirait fantasmatiquement cette grossesse comme un cadeau fait à sa grand-mère maternelle. Plus tard dans l'entretien, Carole précise la joie associée au fait de se « reproduire » : « *puis j'étais contente parce que du coup quand j'suis allée chez l'gynéco la première fois / il m'dit c'est un bébé pour le seize novembre / et il y a exactement vingt-quatre ans c'est ma maman qui était enceinte / parce que moi j'suis du vingt-quatre novembre (...) donc du coup j'vis ma grossesse un peu comme elle elle l'a vécue / parce que je suis aussi moi née prématurée* » (l. 407, 1<sup>er</sup> entretien). Après un mouvement de rejet de la

figure maternelle, s'exprimerait un mouvement d'identification ce qui traduirait les remaniements psychiques à l'œuvre dans ce devenir mère.

Son « être-enceinte »

Carole ne parle pas du vécu de la grossesse avant l'hospitalisation, excepté pour dire qu'elle était tranquille parce qu'elle ne ressentait pas de désagréments physiques : « j'ai j'ai j'ai pas eu les symptômes de la grossesse / j'ai / franchement j'ai pas eu à m'plaindre / et puis ... jusqu'à jusqu'à que j'entre ici j'ai pas eu à m'plaindre / j'me suis / je dis suis bien / j'prends pas trop d'poids / je gonfle pas / heu j'ai pas tous les symptômes que les autres mamans ont / moi **j'suis tranquille** et tout ça va bien s'passer puis du jour au lendemain bah / tension et ... voilà / c'est pas ». Carole ne parle pas de sa grossesse en tant qu'expérience subjective. Elle n'évoque pas de perception des mouvements du fœtus, de changements corporels ce qui interroge sa représentation de l'être enceinte : comment vivait-elle sa grossesse avant cette hospitalisation ? Comment se représentait-elle cet autre en elle ? qu'en est-il de l'impact psychique de l'IVG subie quelques années auparavant ? Au cours du premier entretien, Carole n'utilise jamais le mot « enfant ». Elle emploie majoritairement les termes : « le /un/ du/ ce bébé » exprimant la difficile objectalisation du fœtus qu'elle maintient à distance. A trois reprises, Carole peut dire « mon bébé » quand elle s'inscrit dans une fonction de protection : « chaque jour passé heu est un jour gagné pour **mon bébé** » (l. 219), « j'essaye de préserver **mon bébé** » (l. 993) « moi j'trouve que c'est tuer **mon bébé** si maintenant j'les / j'leur laisse toucher c'bébé ». La projection des pulsions agressives serait une tentative de construction d'une relation imaginaire. L'expression du déplacement d'une culpabilité inconsciente liée à l'IVG passée peut aussi s'entendre. Au second entretien, elle évoquera des moments de partage avec son mari : « pendant qu'**j'étais enceinte** il voulait m'accompagner partout / pas pour me surveiller ou quoi / parce qu'y en a beaucoup qui disent ouais il veut t'surveiller / non parce qu'il voulait être là » (l. 972, 2<sup>ème</sup> entretien). Elle relate l'émotion de sa mari à la première échographie et à la découverte du sexe.

*Annnonce de l'hospitalisation pour MAP*

Carole avait déjà été hospitalisée à deux reprises pour hypertension artérielle (HTA) et retard de croissance in-utéro (RCIU). Néanmoins, l'annonce de cette hospitalisation ferait effraction. Elle semble ne pas comprendre ni ce qui lui arrive, ni parvenir à se représenter ce que signifierait d'accoucher à ce moment-là : « *c'est un bébé heu ... qui va devoir aller en néonatalo/ néonatalogie j'pense/ enfin j'suis pas trop sûre mais bon* » (l. 451, 1<sup>er</sup> entretien). Carole met en avant la difficulté des échanges entre son bébé et elle. La polysémie des termes permet d'entendre la valeur signifiante de ces propos qui entrent en résonance avec sa difficulté à construire une relation avec un bébé imaginaire et ses difficultés relationnelles avec sa mère : « *j'arrive aux urgences et puis là on m'dit qu'il faut être hospitalisée parce que ça va pas / **les échanges** / heu y'avait la tension après j'confonds peut-être je sais plus / c'est c'est tellement ... tellement d'choses / que **les échanges entre le bébé et moi se font mal*** » (l. 203, 1<sup>er</sup> entretien). Lorsque je l'interroge sur son désir, Carole exprime celui de sortir de l'hôpital pour rentrer chez elle et retrouver son mari : « *J'espère qu'ils **ouvrent** encore cette après-midi comme ça **je suis débarrassée** je suis tranquille/ Comment ça /*

*Débarrassée d'la grossesse et que j'me dis que que au moins le bébé s'ra ... sorti / s'ra en couveuse / heu **peut-être mieux que heu dans mon ventre encore** / et que si moi j'veux sortir je peux sortir (...) et je sais que si j'ai une césarienne environ cinq sept jours après j'suis dehors / j'peux ren ren / vous savez reprendre un peu ma vie / même si je sais qu'il faut qu'je vienne ici pour les soins du bébé / j'peux m'dire j'aurais de nouveau mon lit mon chez moi / et puis j'ai aussi un peu l'manque de mon mari hein c'est ça » (l. 455-465, 1<sup>er</sup> entretien).*

Dans un quasi déni de sa grossesse, Carole formule de façon crue le désir qu'on lui sorte le bébé du ventre qui serait fantasmatiquement mieux dans une couveuse. Le caractère cru d'un corps parlé dans sa chair révèle la dimension archaïque de ses fantasmes en excluant toute dimension désirante. Le bébé n'existerait pas en tant qu'autre. Il s'agirait davantage d'un objet source de déplaisir dont il faudrait se débarrasser pour pouvoir retrouver un sentiment de sécurité interne. Un vécu de violence et d'insécurité affective se traduirait par un sentiment d'étrangeté qui la menacerait dans son intégrité psychique dans une confusion des corps et des psychés. La seule solution serait d'expulser l'objet interne avant qu'il ne nous nuise en termes de « lui ou moi » dans une absence de

vectorisation objectale. L'angoisse serait telle qu'elle réactiverait un vécu archaïque provoquant une désintringement des pulsions libidinales et des pulsions agressives entraînant une violence fondamentale qui s'exprimerait à travers un instinct primaire de défense vitale.

Après avoir parlé longuement de l'inscription de sa fille dans la filiation, Carole aurait des propos moins crus et plus ambivalents : « *J'ai un peu hâte heu ... qu'elle vienne / mais de l'autre j'me dis faut qu'elle reste encore heu un peu au chaud et puis ... / j'suis mitigée voilà* » (l. 1033, 1<sup>er</sup> entretien). « Le bébé » devient « elle » et « qu'on me la sorte » devient qu'elle « vienne ». L'identification à une figure maternelle contenante soutiendrait une position d'accueil dans son giron de l'enfant alors reconnu comme autre : « rester au chaud » viendrait à la place d'« être tranquille ». Néanmoins, Carole resterait dans cette difficulté à faire coexister dans son psychisme deux représentations séparées : « *si elle sort j'me dis bon bah ... c'est un peu plus compliqué pour elle / mais c'est la belle vie pou/ enfin la belle vie façon d'parler plus ou moins pour moi / parce j'peux sortir j'peux / j'peux faire un peu plus de choses / et j'me dis bah si elle reste c'est mieux mais si elle sort c'est bien aussi mais pas trop enfin / j'suis perdue* » (l. 1116, 1<sup>er</sup> entretien). Carole ne peut pas se représenter un nouveau-né : « *c'est quand même la curiosité de voir un bébé enfin ... / apparemment oui / un nouveau-né j'en ai jamais eu un ... en mains / enfin j'sais pas si on peut dire ça comme ça mais / un nouveau-né c'est c'est spécial hein* » (l. 1124, 1<sup>er</sup> entretien) et encore moins un bébé prématuré : « *je sais pas à quoi ça ressemble là-haut / j'suis montée au septième j'ai r'gardé j'ai pas trouvé j'me suis dit j'repars* » (l. 1085, 1<sup>er</sup> entretien), « *j'vois pas maintenant le le le fait des câbles ou la perfusion ou n'importe quoi* » (l. 1164, 1<sup>er</sup> entretien). Ses projections fantasmatiques correspondraient à celles avec un enfant de trois ans : « *voilà j'me j'me vois déjà heu j'sais pas lui apprendre à faire du vélo / faire des p'tits pots et qu'elle fasse 'pprrr'* » (l. 1063, 1<sup>er</sup> entretien). Carole serait en difficulté dans le processus d'objectalisation du fœtus sans doute en lien avec un difficile traitement des pulsions destructrices. Dans ce retour aux origines, les mouvements de régression narcissique la confronteraient à des angoisses trop archaïques en lien avec une relation insécure à une figure maternelle. La figure d'identification que serait la grand-mère maternelle lui permettrait de soutenir une représentation d'elle-même entant que mère. Carole se défendrait de son imago maternel par une forme de clivage de l'objet. Elle construirait

fantasmatiquement une chaîne générationnelle : arrière-grand-mère maternelle/ grand-mère maternelle/ elle et sa fille, investies comme bon objet et en excluant sa mère investie comme mauvais objet. Son mari n'est pas présent dans son discours en tant que père de l'enfant à venir.

#### 2.2.3.3.1.3. VECU DE L'ACCOUCHEMENT

En raison de la souffrance fœtale, une césarienne a été réalisée en urgence : « *le cœur du bébé a commencé à ralentir (...) on m'a refait une échographie heu d'urgence pour voir les liaisons entre l'bébé et moi / donc ça s'faisait plus et puis l'bébé grossissait plus à l'intérieur de moi* » (l. 47, 2<sup>ème</sup> entretien). L'accouchement en tant que tel s'inscrirait dans un traumatisme déjà constitué par l'annonce d'un risque de mort associé au diagnostic de pré-éclampsie.

Dès le début du second entretien, Carole exprime la position subie avec laquelle elle a vécu son accouchement : « *on s'est vue l'jour où ... où on m'a accouchée* » (l. 11, 2<sup>ème</sup> entretien). Carole n'a pas accouché, « on » l'a accouchée. Elle évoque la peur d'avoir mal et la préoccupation pour la survie de sa fille, « *même si on m'avait dit qu'il y avait des chances de survie* » (l. 78, 2<sup>ème</sup> entretien). Elle raconte le récit de ce qu'elle nomme une « *intervention* » qu'elle semble avoir vécu sans comprendre. La présence rassurante de sa grand-mère maternelle à ses côtés aurait été un étayage important lui permettant de mettre du sens sur ce qui se passait : « *alors ma grand-mère elle m'a tout racontée* » (l. 90, 2<sup>ème</sup> entretien). Carole emploie à nouveau le mot « *couper* » pour parler de la césarienne : « *maintenant ils coupent* » (l. 91, 2<sup>ème</sup> entretien), « *ils m'ont racon/recou enfin / oui recousu heu à l'intérieur parce qu'ils ont coupé plusieurs fois* » (l. 94, 2<sup>ème</sup> entretien). Dans ces mots, le réel du corps ne serait pas voilé.

La description de la scène de la naissance donne une impression d'irréalité. Elle ne l'a pas vu, elle ne sait pas exactement ce qui s'est passé : « *ils l'ont sortie ils l'ont emmenée / moi j'l'ai pas vu heu (...) j'l'avais pas vu quoi / donc je savais pas à quoi elle ressemblait* » (l. 141, 2<sup>ème</sup> entretien). Carole exprimerait peut-être une peur du surgissement d'un monstre, figure des pulsions de mort à l'œuvre.

Elle évoque la rapidité du moment : « *ça s'est passé trop vite / c'est beaucoup trop rapide* » (l. 170, 2<sup>ème</sup> entretien) et la sidération : « *on la prend on la sort / fini* » (l. 150, 2<sup>ème</sup> entretien).

Plus loin dans l'entretien, Carole exprime la blessure narcissique de ne pas avoir pu accoucher comme elle l'imaginait : « *c'qui manque aussi c'est d'avoir / ne pas avoir pu accoucher normalement (..) moi j'me voyais dégoulinante à pousser à crier et tout / et finalement bah non ... j'ai pas eu l'droit quoi* » (l. 775-780, 2<sup>ème</sup> entretien) et de ne pas avoir pu mener sa grossesse à terme : « *j'ai dit à mon mari plus jamais plus jamais / j'arrête / j'recommenc'rai pas une deuxième fois / et là ça manque et puis j'me dit bon bah / peut-être un p'tit frère ou une p'tite sœur / pas maintenant tout d'suite mais peut-être d'ici deux trois ans* » (l. 758, 2<sup>ème</sup> entretien). Ce manque représenterait la castration la renvoyant à son manque à être. Cette confrontation à une intense castration entraînerait le désir d'un deuxième enfant pour avoir un « vrai bébé » dans une tentative de recoller le désir et son objet. « Deux trois ans », comme l'âge de l'enfant avec lequel elle arriverait à se projeter, correspondrait à la représentation d'un possible pour elle.

#### 2.2.3.3.1.4. NOUAGE DU LIEN PRECOCE

La question de Carole ce ne serait pas la prématurité de sa fille, mais comment faire avec ce « bout de réel » sorti de son corps qu'est un bébé. À quatre reprises, Carole fait référence à un « enfant de deux trois ans » comme pour dire sa difficulté à se représenter ce qu'être mère d'un bébé.

#### *Rencontre avec le nouveau-né*

Après être restée un certain temps sans nouvelles, dans l'angoisse de savoir comment se portait sa fille, Carole a pu voir sa fille quatre heures après la naissance. Pressée de la rencontrer, elle semble être restée sidérée face à elle : « *j'suis allée voir ma p'tite fille voilà / j'suis pas restée longtemps j'suis restée ... cinq dix minutes environ / et puis voilà* » (l. 108, 2<sup>ème</sup> entretien). Face à cette absence d'affect, je l'interroge sur son ressenti : « *J'me souviens plus trop mais c'est vrai qu'elle était / elle est pas plus grande que ça à peu près / elle fait 34,4 centimètres* » (l. 113, 2<sup>ème</sup> entretien). Carole aurait-elle refoulé des pulsions de mort face à la vision de ce bébé qui ne correspond en rien à son bébé imaginaire ? Elle se raccrocherait alors à une donnée objective : sa taille. Elle verbalise également la peur de

la toucher et l'étrangeté de la vision : « j'voulais pas trop mettre les mains dans la couveuse vu qu'je savais pas (...) c'est vrai que quand on la voit ah c'est moi qui ait fait ça c'est ... c'est **magique** » (l. 117, 2<sup>ème</sup> entretien).

De sa difficulté face à un pas « vrai » bébé à la supposition de sujet

Carole exprime une difficulté dans la rencontre avec Léa, qu'elle nomme tard dans l'entretien : « j'ai même pas eu l'temps dire ouf que que c'était d'jà fini quoi (...) ouais en quatre heures quoi heu / j'ai eu l'temps d'réaliser qu'j'étais maman (...) mais j'étais / **j'me sentais pas maman** (...) pour moi j'avais / **je savais qu'j'avais une césarienne / mais j'étais pas maman** / parce que bah j'ai pas entendu mon bébé vraiment ... pleurer / j'ai pas pu la voir au moment où » (l. 824-840, 2<sup>ème</sup> entretien). Dans cette formulation, s'entend la levée du déni de son accouchement : elle a eu une césarienne mais elle n'avait pas d'enfant. Carole réaliserait l'écart entre la réalité et son déni de la prématurité : « j'me suis dit si elle arrive heu / ... j'me j'me suis un peu voilée la face j'me suis dit si elle arrive j'peux l'accueillir quoi » (l. 854, 2<sup>ème</sup> entretien). Dans le même mouvement, la réalité met à jour la difficulté qu'elle avait à être enceinte. Carole identifierait le premier peau à peau comme un moment fondateur dans le nouage du lien, dans l'émergence du sentiment maternel : « Le premier peau à peau / ça a commencé j'me suis dit là ... faut qu'je gère / là je suis maman / mais encore maintenant y'a des moments où j'me sens moins maman / je je sais (...) c'est-à-dire que j'suis-je sais que j'ai une petite fille / j'dis toujours ma fille ou machin / mais heu j'me sens pas maman parce que j'peux pas faire les ... les les choses heu comme une vrai maman » (l. 882-888, 2<sup>ème</sup> entretien).

Carole construirait une logique subjective : vrai bébé / vrai maman. La difficulté d'investissement libidinal de l'enfant serait rationalisée dans l'écart entre ses représentations et la réalité. Sa fille ne correspondrait pas à un « vrai bébé », figure du bébé idéal : « Pour moi un bébé doit pleurer ... / enfin doit chuiner faire du bruit quelque chose / elle non / mais bon c'est normal / mais elle non **elle fait rien hein ... rien** » (l. 375, 2<sup>ème</sup> entretien). Or Léa ne « crie pas comme un comme un bébé » (l. 567, 2<sup>ème</sup> entretien). Carole exprime une gêne : « ça manque un peu elle pleure pas assez / mais ça va v'nir / mais elle pleure pas assez » (l. 367, 2<sup>ème</sup> entretien). Pour Carole, entendre les pleurs serait une manière d'être assurée de l'existence de l'enfant : « parce qu'elle braille parce qu'on

sait qu'elle est là » (l. 555). L'absence de pleurs de Léa serait-elle source d'angoisse pour Carole dans le sens où cela ferait vaciller le sentiment d'existence déjà fragile de sa fille ? Les pulsions hostiles face à ce bébé non gratifiant s'exprimeraient dans la peur de lui faire mal : « j'me dis si j'la serre jjj je brise les os » (l. 137, 2<sup>ème</sup> entretien). Face à un « pas vrai bébé », Carole ne se sentirait pas être « une vraie maman » car elle ne pourrait pas faire ce qu'elle se représente qu'une mère fait comme porter son enfant dans les bras, le nourrir, lui faire des câlins : « j'aimerais bien un peu déjà l'emmenner à la maison (raclement de gorge) / tous les p'tits trucs qu'on fait **normalement** avec un bébé ... ou je sais pas faire un bisou ou ou / moi j'peux pas trop parce qu'elle a/ elle a cette Sipap (...) enlever ça / pouvoir / oui déjà qu'elle est petite / pouvoir lui faire un bisou ou / bon j'lui fait mais bon / faut faire doucement faut faire attention / et puis heu ou j'sais pas jouer avec les mains faire ainsi font font font ou j'sais pas des / faire comme on fait avec un **vrai bé** enfin un **vrai bébé** / c'est **un vrai bébé** mais faire comme heu / pouvoir heu oui changer la couche heu » (l. 385-399, 2<sup>ème</sup> entretien). Face à la privation de la mère réelle, Carole ne se ressent pas mère de cet enfant-là : « c'est vrai qu'à part les doudous j'peux rien lui donner quoi / peux pas la / oui j'peux lui donner un biberon ni l'sein / j'peux pas la laver / c'est tout ça / ça manque un p'tit peu quoi / pouvoir lui mettre du Mustela qu'elle sente le bébé / là elle sent l'odeur heu du ... du désinfectant » (l. 868-870, 2<sup>ème</sup> entretien). Au-delà de la prématurité de sa fille, Carole serait en difficulté face à ce bout de réel qu'est un bébé. En opposant les deux représentations : « bébé à terme »/ « bébé préma », serait-ce une manière pour Carole de maintenir l'illusion de l'enfant idéal, imaginaire, du désir ?

Néanmoins, Carole a du désir pour elle, elle a envie de la voir : « dès qu'on peut y'aller on y court hein » (l. 156, 2<sup>ème</sup> entretien). Elle s'accroche à lui supposer du sujet : « j'ouvre la couveuse / alors j'dis coucou ma chérie / j'lui parle j'lui raconte des fois n'importe quoi / mais heu au moins j'lui parle » (l. 1098, 2<sup>ème</sup> entretien). Elle interprète les mouvements de son bras comme un jeu : « elle s'amuse comme ça en fait déjà / on a l'impression que ... qu'elle le fait exprès des fois / pour que / pour faire déplacer les infirmières quoi (...) c'est rare mais dès qu'elle sourit heu ... c'est **magique** alors je lui raconte des bêtises alors elle sourit » (l. 360, 2<sup>ème</sup> entretien), scène qui fait écho à la scène de sa naissance : « mon père m'a raconté (...) il m'a dit quand t'es venue dans ta couveuse j't'ai dit hé c'est ton père / et j'ai souri » (l. 431, 1<sup>er</sup> entretien). Elle valorise sa fille par rapport aux autres bébés

prématurés : « puis j'suis une des seules qui heu / enfin ma fille est une des seules qui a réussi à fermer heu / enfin ça s'est fermé tout seul quoi » (l. 348). Dans cette confusion entre elle et sa fille, s'entend une identification qu'elle formule à nouveau dans : « ben moi c'est une battante » (l. 342, 2<sup>ème</sup> entretien). Carole se soutient de l'idée que sa présence auprès de sa fille lui est bénéfique et exprime son attachement : « Et j'le remarque parce que dans la chambre ils sont quatre / et puis y'a d'autres parents qui ne viennent pas ou très peu et puis l'bébé est ... est mal au point hein j'le r'marque (...) et en fait ça bip toujours chez les trois enfants / ma fille c'est celle qui bipe vraiment le moins (..) il faut être là pour eux / si on les a fait c'est c'est pour être là ... voilà / c'est pas parce qu'ils sont prématurés qu'ils sont ... malades ou handicapés ou n'importe / ma fille elle pourrait être handicapée de d ... / elle pourrait être déformée / ressembler à un chewing-gum j'm'en fous / ça s'rait ma fille (...) moi il faut qu'j'y aille / c'est c'est comme ça il faut qu'j'y aille (...) c'est vrai que j'y vais un maximum hein / c'est c'est pour moi / parce que j'ai envie d'y'aller / j'ai envie d'la voir / j'ai envie / voilà / et et j'le fais aussi pour elle » (l. 1115-1151, 2<sup>ème</sup> entretien). À plusieurs reprises, Carole emploie le mot « magique » face à la vie qui s'éveille : « C'est **magique** / parce qu'elle est là alors elle est couchée alors (...) alors elle est là alors elle regarde » (l. 472, 2<sup>ème</sup> entretien). Elle précise également faire beaucoup de photos comme pour fixer et faire exister ces moments-là. S'entendrait là la dimension imaginaire qui permet de voir ce qui n'est pas encore advenu : le regard auréolé. Ces moments seraient partagés avec son mari, présent pendant l'hospitalisation.

Carole raconte comment ce qu'elle ressent comme un apitoiement sur la réalité de l'état prématuré de sa fille de la part de son entourage la blesse : « c'est vrai qu'ça donne une claque mais j'me dis ils sont tous là oh la pauvre et tout / j'me dis hè ... elle se bat / elle arrive à ... à prendre du poids / donc c'est c'est déjà une chose de gagnée » (l. 1079, 2<sup>ème</sup> entretien). Carole soutiendrait le narcissisme de vie de sa fille, signe de l'investissement libidinal.

### 2.2.3.3.2. RENCONTRE SUBJECTIVE AVEC LE DISCOURS MEDICAL ET LE MONDE HOSPITALIER

#### 2.2.3.3.2.1. SUIVI DE LA GROSSESSE

A l'image de l'absence de récit sur le vécu subjectif de sa grossesse avant l'hospitalisation pour MAP, Carole ne parle pas du suivi de sa grossesse, ni des premières hospitalisations pour HTA.

#### 2.2.3.3.2.2. VECU DE L'HOSPITALISATION POUR MAP : UN VECU D'ENFERMEMENT

L'hospitalisation pour MAP ne semble pas avoir permis de se préparer à l'éventualité d'un accouchement prématuré. Carole serait restée aux prises d'une angoisse sidérante. Avant la naissance de Léa, Carole décrit l'hôpital comme un monde mortifère sans odeurs, sans bruits, sans vie : *« mais il me faut de l'air il me faut / faut faut qu'j'vois du monde / parce qu'ici on voit personne / y'a pas beaucoup d'monde dans les couloirs (...) j'ai l'impression vraiment d'être en prison »* (l. 95-99, 1<sup>er</sup> entretien). Carole se défendrait de cette situation qu'elle dénie avec beaucoup d'agressivité : *« moi j'le vis comme un enfermement / parce qu'on me dit faut / en fait ... / tous les jours y'a autre chose / au début j'avais un traitement maintenant j'en ai deux (...) mais c'est justement en m'enfermant que j'ai l'impression qu'la tension elle est ... elle est plus haute / j'ai eu l'repas d'midi j'y ai pas touché / j'me suis énervée j'ai jeté l'plateau »* (l. 46-49, 1<sup>er</sup> entretien). Carole justifie ce sentiment d'enfermement par une mauvaise expérience passée : *« quand j'ai été hospitalisée ici en 2009 / c'était exactement pareil »* (l. 140, 1<sup>er</sup> entretien). Faisant dans un premier temps ellipse sur le motif de cette précédente hospitalisation, elle évoque dans un deuxième temps le une appendicite qui n'aurait pas été diagnostiquée, entraînant une péritonite. Elle poursuit en disant : *« j'me suis jurée que si j'étais enceinte je viendrais pas dans cet hôpital »* (l. 210, 1<sup>er</sup> entretien). Cette hospitalisation pour MAP réactiverait-elle une angoisse de mort peut être non élaborée ressenti lors de cet épisode ? En référence aux théories infantiles, cette opération au cours de laquelle il s'agirait d'« enlever un petit bout » ferait peut être écran au refoulement d'une IVG subie dont elle ne parle précisément pas ? L'équivalence symbolique : péritonite-IVG-grossesse permet d'en émettre l'hypothèse.

Cette situation d'hospitalisation génèrerait des angoisses de nature persécutive. La position de dépendance qu'introduit la relation de soin la renverrait peut-être à sa

relation à l'objet précoce dont elle se défendrait de manière agressive face à ce qui pourrait être vécu comme menaçant. Elle attribuerait l'augmentation de sa tension au monde hospitalier : « elle me dit qu'la tension était trop haute donc automatiquement ... bah ça m'a stressée » (l. 76, 1<sup>er</sup> entretien). Carole s'en défendrait par un mécanisme de dénégation de la réalité : « si j'm'écoutais j'ouvrirais mon placard j'frais mes affaires et j'partirais (...) j'couper'ais le bracelet » (l. 129, 1<sup>er</sup> entretien). Ce désir de s'extraire de cette situation pourrait s'entendre comme une tentative subjective face à l'insupportable « effacement » de la femme au profit de la mère. Dans son discours, se construit l'idée d'un dedans et d'un dehors de l'hôpital dans un clivage de l'objet : « être dedans/dans l'enceinte' » de l'hôpital serait angoissant versus « être dehors » permettrait de reprendre sa vie « comme avant ». Serait-ce une projection de sa difficulté à se représenter psychiquement cet « être enceinte » ? La difficulté à supporter la dépendance inhérente au processus gestationnel serait projetée dans un vécu d'enfermement qu'elle attribuerait à la volonté du monde hospitalier. « Couper le bracelet » entrerait en résonance avec « qu'on me coupe » en parlant de la césarienne. La formulation crue de « couper », au-delà de la mise à distance d'un corps désincarné, parle aussi de la séparation. L'impossible symbolisation d'avoir un autre en soi s'exprimerait dans une tentative d'introduire une coupure dans le corps. Son désir de sortir de l'hôpital peut-il s'entendre comme le déplacement du désir d'expulsion de l'objet interne dans une logique : sortir = expulser et rester = garder ? La difficile symbolisation des enveloppes corporelles : dedans/dehors se déplacerait sur l'« enceinte » de l'hôpital : rentrer/sortir. Si elle n'a pas compris ce qui lui arrivait, il semble que Carole ait beaucoup le sentiment d'être un objet que l'on mesure, pique qui doit se soumettre à l'autorité d'un autre. Son opposition serait peut-être une façon de se positionner autrement au risque de prendre des risques ?

Au second entretien, Carole revient sur son appréhension à être hospitalisée à Haute-pierre en lien avec sa peur de la répétition d'une mauvaise expérience. A ce moment-là, elle revisite son hospitalisation en service de grossesses à risques et évoque le sentiment qu'on ait pris soin d'elle. La naissance de Léa aurait fait chuter les enjeux transférentiels. Ne se sentant plus menacée par sa grossesse, Carole peut se positionner subjectivement autrement par rapport à l'hôpital et aux professionnels de soin.

## 2.2.3.3.2.3. VECU DE L'HOSPITALISATION DE LEA : A LA RENCONTRE D'UN BEBE « PREMA »

Hospitalisée depuis 17 jours, Carole raconte son quotidien dans le service de réanimation néonatale. A la découverte de ce service, elle est impressionnée par tout cet appareillage : « *c'est vrai qu'ça fait beaucoup ... beaucoup d'tuyaux (...) beaucoup beaucoup ... trop / beaucoup trop* » (l. 191, 2<sup>ème</sup> entretien). Carole cherche sa place de mère en étant très à l'écoute du discours des professionnels de soin pour pouvoir s'adapter à cette situation. S'entend un accompagnement dans une juste distance. Carole se soumettrait à l'autorité des professionnels de soin garants de la survie de sa fille tout en évoquant sa frustration liée à la privation de la mère réelle : « *tout ce qu'on peut faire* » ou « *tout ce qu'on a le droit de faire* », dit-elle à plusieurs reprises. Elle leur fait confiance et se dit rassurée par le fait qu'elle soit prise en charge dans cet hôpital. La perspective du changement de service lui permet de se projeter dans un « après » : « *si là là elle pourrait d'jà être aux soins intensifs mais c'est bouché / y'a plus d'place / donc heu c'est déjà aussi une étape de plus / vu qu'les / d'abord c'est la réanimation ensuite les soins intensifs et ensuite la médecine ... et après la maison* » (l. 1077, 2<sup>ème</sup> entretien).

## 2.2.3.4. Conclusion

Dans cette rencontre avec son enfant, Carole se soutiendrait de cette catégorisation médicale des « prémas ». En difficulté de reconnaissance de cet enfant comme le sien associée à sa difficile représentation d'un nouveau-né, Carole aurait recours au vocable « prémas » pour désigner sa fille. Penser Léa comme appartenant à une catégorie de bébés différents serait une tentative d'humanisation face à l'inquiétante étrangeté de ce pas « vrai bébé ». L'appropriation subjective de cette catégorie médicale permettrait de penser l'impensable, le hors sens en le nommant afin de construire une représentation de son enfant. En ce sens, le discours médical opérerait telle une « greffe » symbolique afin de sortir de la sidération pour pouvoir l'investir libidinalement.

## 2.2.4. ANALYSE DES ENTRETIENS DE RECHERCHE AVEC EMMA

### 2.2.4.1. Contexte de la rencontre

Hospitalisée pour MAP depuis un mois dans ce service, Emma 22 ans, est enceinte de 29 SA lors du premier entretien de recherche. Avant d'être transférée dans ce service, elle a été hospitalisée à 24 SA dans l'hôpital à proximité de son domicile pendant une semaine pour fissures de la poche utérine. Ma recherche a été préalablement présentée à Emma par la psychologue stagiaire du service de grossesses à risques. Lorsque je vais à sa rencontre pour lui proposer d'y participer, elle accepte volontiers. Nous prenons rendez-vous la semaine suivante dans sa chambre d'hôpital. Les deux premiers entretiens, réalisés à deux semaines d'intervalles se dérouleront dans sa chambre d'hôpital. Au cours du premier entretien, Nicolas, son conjoint, est resté dans le couloir tout au long de l'entretien. A la fin du premier entretien, c'est Emma qui suggère de nous revoir dans deux semaines : *« je pense qu'il faut pas prévoir trop dans le temps parce qu'il peut arriver à tout moment comme ça vous aurez les deux entretiens avant la naissance »*. J'accepte et l'invite à me recontacter si elle souhaite changer de date. Est-ce le désir d'accoucher d'Emma qui l'amène à formuler cette proposition ? Après un mois et demi d'hospitalisation dans ce service, Emma est retransférée dans l'hôpital à proximité de son domicile jusqu'au déclenchement de l'accouchement en raison d'un risque d'infection. Emma accouche par voix basse à 36 SA de son fils Romain qui naît en bonne santé. Le troisième rendez-vous, qui a lieu une semaine avant la date théorique de l'accouchement, a lieu au domicile de sa mère, en présence de Romain, alors âgé de trois semaines et demie, qui dort sur le canapé près de nous.

Emma est une jeune femme qui parle d'une voix douce et calme. Elle parle facilement de son histoire au fil de ces trois entretiens. Il me semble important de préciser qu'Emma est la 1<sup>ère</sup> femme que je rencontre pour ma recherche. La question de construire une position de chercheur clinicien était alors très aiguë pour moi : comment se positionner éthiquement en tant que chercheur clinicien face à la souffrance exprimée ? Comment ne pas laisser la personne dans une solitude face à ce qu'elle exprime sans être dans une position thérapeutique ? Dans ce souci, lorsqu'après l'arrêt de l'enregistrement, je lui demande si cela a été pour elle, elle me répond : *« ça ne me fait rien de négatif ni me soulage*

*de parler à un psychologue* ». Elle m'identifierait davantage comme une psychologue que comme une chercheuse. A travers cette question, je pense que je cherchais à savoir si mes questions n'avaient pas été trop dérangeantes ou « coûteuses » psychologiquement. Ce qu'Emma a entendu puisqu'elle me renvoie que cela ne lui fait rien de parler avec un psychologue. Ma demande interroge ma représentation d'un entretien de recherche comme s'il ne devait pas « déranger » psychologiquement le sujet car il n'est pas en demande, contrairement à un entretien clinique qui vise à mettre au travail le patient. Elle ajoute avoir consulté un psychologue il y a un an sans en préciser le motif, mais ne mentionne pas les entretiens cliniques qu'elle a eus avec la psychologue du service depuis son admission. En après-coup de l'ensemble de l'analyse des entretiens, il me semble avoir été avec Emma, davantage qu'avec les autres femmes, dans une position de soutien face à ce que je ressentais comme une fragilité narcissique. Par exemple, je souligne la naissance presque à terme : *« quand vous voyez tout le chemin que vous avez parcouru »* (l. 362, 3<sup>ème</sup> entretien). A d'autres moments, s'entend ma difficulté à entendre son difficile investissement de son bébé en l'appelant à une fonction maternelle de protection comme, par exemple, lorsqu'elle évoque son désir d'accoucher :

*« J'arriverais beaucoup plus à supporter l'fait d'être hospitalisée en tant qu'maman et pas en tant qu'patiente c'est un peu bizarre comme euh/ comme système mais j' préférerais qu'mon enfant soit/*

Mais vous êtes déjà maman

*Oui mais là je suis aussi patiente (rire)* » (l. 600-604, 2<sup>ème</sup> entretien).

Dans cette formulation, il est aussi intéressant d'entendre qu'elle emploie le terme de « patiente » et non de « malade » au moment où elle évoque l'insupportable position d'attente.

#### 2.2.4.2. Anamnèse

Emma, 22 ans, est actuellement sans emploi et vit chez sa mère. Pendant deux ans, elle a travaillé comme serveuse dans la restauration rapide. Elle n'a pas été embauchée à la fin de la période d'essai de son deuxième emploi en raison de sa grossesse. Elle est en couple avec Nicolas, 20 ans, depuis un an et ont le projet de s'installer ensemble. Ils se sont rencontrés lors d'un séjour commun en service de psychiatrie. Emma a été hospitalisée

trois mois à la suite d'une deuxième tentative de suicide par absorption médicamenteuse. Nicolas, lui, aurait eu une hospitalisation transitoire pour apaisement familial à la suite de violentes altercations avec son père. À l'âge de quatre ans, Nicolas a été placé en foyer à la suite de la maltraitance physique de son père et l'abandon de sa mère. Il présenterait une déficience intellectuelle légère. Il est le dernier enfant d'une fratrie de trois. Sa sœur, âgée de 25 ans vivrait avec leur mère et son frère, âgé de 32 ans, est décrit comme alcoolique et violent avec sa femme. Nicolas ne serait plus en relation ni avec sa mère, ni avec ses frères et sœurs. Actuellement agent d'entretien, Nicolas a pu s'installer dans un appartement après avoir été hébergé chez les parents d'Emma.

Née avec un fémur court congénital, l'enfance d'Emma a été marquée par 30 opérations de l'âge de 3 à 17 ans avec des hospitalisations qui pouvaient durer jusqu'à trois mois. Au niveau familial, Emma a une petite sœur de 6 ans de moins qu'elle. Ses parents se sont séparés lorsqu'elle était âgée de 9 ans, ce qu'elle motive par la relation extraconjugale de sa mère avec le fils du voisin, alors âgé de 16 ans, qui était également le baby-sitter d'Emma. De cette nouvelle union est né un petit demi-frère, âgé aujourd'hui de 7 ans. Emma décrit une relation conflictuelle avec sa mère, diagnostiquée bipolaire, qui aurait fait plusieurs tentatives de suicide et une relation plus apaisée, mais plus distante, avec son père. Du côté paternel, Emma a également un demi-frère âgé de 6 ans. Après une difficile acceptation de la nouvelle union de son père, sa belle-mère serait devenue une figure bienveillante pour Emma, notamment avec l'annonce de sa grossesse.

#### *2.2.4.3. Analyse thématique des entretiens de recherche et hypothèses générales*

Au premier entretien, Emma, enceinte de 29 SA, commence l'entretien en parlant de sa difficulté d'investissement de cette grossesse non désirée qu'elle présente comme liée à une « erreur de pilule ». Le choix d'avorter se serait posé de façon aiguë pendant deux semaines. Cette décision serait essentiellement sous tendue par des enjeux relationnels avec sa mère. Elle poursuit sur les réactions de son environnement familial qui ne la soutiendrait pas dans ce choix. A ma demande, elle contextualise l'hospitalisation pour MAP qui a surgi au moment où Emma pose l'acte de quitter le domicile de sa mère pour aller s'installer chez Nicolas. Elle exprime également un désir d'accoucher, ce qu'elle rationalise en mettant en avant sa difficulté à supporter d'être hospitalisée en raison de

la réactivation d'un vécu douloureux lié aux multiples hospitalisations pendant son enfance. Emma n'exprime pas d'inquiétudes pour l'état de son bébé s'il venait à naître prématurément. Lorsque je l'interroge à ce sujet, elle l'écarte et revient sans cesse sur sa relation avec sa mère au cœur de la réactivation d'intenses conflits œdipiens venant ricocher sur une problématique prégénitale. Ces difficultés de symbolisation de la grossesse s'articuleraient à de difficiles remaniements psychiques identitaires et identificatoires. Au fil de l'entretien, s'élabore la tentative de construction d'une représentation d'elle-même en tant que mère, à travers des mouvements d'identifications et de rejets d'avec sa propre mère.

Au second entretien, Emma, enceinte de 31 SA, commence par exprimer son impression de l'imminence de l'accouchement, ce qu'elle justifie par l'interprétation de différents symptômes en lien avec le discours des autres femmes enceintes hospitalisées. Elle poursuit sur le récit de ses rêves, signe de travail psychique à l'œuvre. S'ensuit ce que nous pourrions percevoir comme la découverte d'un autre en elle à travers la perception des mouvements fœtaux. Des premières représentations de séparation suscitent des angoisses d'abandon. Emma associe sur ses tentatives de suicides et revient sur le contexte de sa grossesse. Sur ma proposition, elle évoque le contexte de sa naissance éclairant sa décision de ne pas avorter. Je l'interroge sur l'histoire familiale de son conjoint et sur la façon dont, selon elle, il vit le fait de devenir père. Emma conclut cet entretien de recherche sur son ambivalence à être enceinte.

Au troisième entretien, j'introduis le sujet sur lequel nous nous étions quittées : la peur de l'accouchement. Emma évoque la difficulté qu'elle a eu à supporter d'être hospitalisée jusqu'à la naissance de Romain, ce qu'elle a vécu comme un enfermement. Elle poursuit par le récit de l'accouchement qui ne ressemblait pas à ce qu'elle s'était imaginé et par la rencontre avec Romain qui a suscité un sentiment d'étrangeté. Pendant les trois premiers jours, Emma se défendrait d'une difficulté d'investissement libidinal en projetant des fantasmes de rapt. La découverte d'une jaunisse aurait eu l'effet d'un « dé clic » permettant le nouage du lien autour d'une prise de conscience que son bébé avait besoin d'elle. La difficulté à être seule en présence de son bébé témoignerait de la confrontation à la dépendance absolue du bébé au cours des premières semaines. S'entend l'accès à un état de préoccupation maternelle primaire avec l'expression d'une hyper vigilance anxieuse.

La projection de sentiments hostiles à l'égard de son bébé s'énoncerait dans un fantasme de se battre pour le faire naître contre la volonté de tous, justifiant la résurgence d'une féroce rivalité. Emma revient sur la peur qu'elle a ressentie lorsqu'une interne lui a annoncé le danger vital pour son bébé. Elle poursuit sur son vécu de l'hospitalisation pour MAP dans laquelle s'expriment différents mouvements transférentiels participant au processus de maternalité. Je finis par l'interroger sur le vécu du père de l'enfant, ce qu'elle écarte rapidement pour parler de l'écart entre sa représentation du bébé à l'intérieur et celui de la réalité. Emma finit sur la naissance de Romain, son étonnement face à son développement et sur la blessure de Nicolas face au rejet de sa propre mère alors qu'il vient de devenir père.

#### 2.2.4.3.1. CONSTRUCTION DU MATERNEL

##### 2.2.4.3.1.1. ANNONCE DE LA GROSSESSE

###### *A la recherche du père...*

Quand Emma découvre qu'elle est enceinte, elle appelle Nicolas, son conjoint pour lui annoncer : « C'... c'était la la panique totale je savais plus quoi faire je savais plus où aller vers qui me tourner/ donc ben j'ai /j'ai tout' suite appelé **le papa** et j'l'ai mis au courant que bah euh j'étais enceinte/ alors il a dit que ben... il... **il ferait c'que j'veux** / si j'veux l'garder ben il accepte si j'veux pas ben il accepte aussi / qu'y s'rait là dans tous les cas pour euh pour m'épauler » (l. 47- 50, 1<sup>e</sup> entretien).

Emma nomme son conjoint « le papa ». Dans ce moment où elle « ne sait plus vers qui se tourner », Emma fait appel au père de l'enfant. Nicolas n'exprimerait pas son désir et lui laisserait le soin de prendre sa décision. Ainsi, le choix de poursuivre ou non cette grossesse lui reviendrait. Emma se tourne alors vers un Autre : le monde social. Un vacillement interne transformerait la question d'« être capable d'être mère » en termes d'autorisation : « avoir le droit » dans un déplacement : « Et après ouais j'étais total'ment perdue euh... alors j'ai été voir euh des as'tantes sociales la CAF tout ça histoire de m'renseigner sur euh ben c'que **j'avais l'droit et pas l'droit** pour voir si ben justement euh **j'allais être capable de l'élever** ou si j'allais droit dans l'mur » (l. 55, 1<sup>er</sup> entretien). Emma ne ferait pas couple avec son conjoint au sens d'un futur couple parental. Le choix de garder

l'enfant a été le sien. Il ne semble pas avoir une parole qui compte pour elle : il pense comme elle, il aime ce qu'elle aime. Au sujet du choix du prénom de l'enfant, lorsque je lui demande ce qu'il en pense, elle répond : « Oh y... *il aime beaucoup bon lui il aime bien tout c'que j'dis (rire)* » (l. 668, 1<sup>er</sup> entretien). Un décalage se repère entre un scénario idéalisé dans lequel son conjoint est attendu à une place de père : « *j'ai rencontré **le papa de mon bébé** et j'ai eu un enfant* » (l. 320, 2<sup>ème</sup> entretien), pris dans un fantasme de relation fusionnelle : « *bon on a décidé d'se laisser une chance et d'voir c'que ça pouvait donner / et depuis bah on s'est pas on s'est pas quittés* » (l. 332, 2<sup>ème</sup> entretien) et la façon dont elle se positionne subjectivement par rapport à lui. Emma serait davantage dans une position maternelle vis-à-vis de son conjoint. Son conjoint ne serait pas investi comme un homme mais comme un enfant : « ***j'ai deux enfants** j'ai mon bébé et j'ai lui comme y commence seulement à avoir d'argent à bah y y veut s'acheter plein d'choses comme il a pas eu d'enfance et euh le fait **qu'il lui donne un bébé qu'il lui mets un bébé dans les bras** y... y retombe lui-même en enfance* » (l. 522-525, 2<sup>ème</sup> entretien). Fantasmatiquement, Emma chercherait à réparer ses blessures : « *comme il n'a jamais vraiment eu d'famille qu'il a tout l'temps été abandonné tout l'temps mis d'foyer en foyer bah là en fait **j'lui donne une famille*** », (l. 530, 2<sup>ème</sup> entretien). Emma serait dans un fantasme d'auto-engendrement en annulant le père dans la conception de cet enfant. Ce choix d'objet amoureux peut également s'interroger à la lumière de ses relations avec ses imagos parentaux. La figure paternelle serait relativement absente dans le discours d'Emma. Elle parle très peu de la relation avec son père excepté en ce qui concerne l'annonce de sa grossesse. Elle relate la joie qu'aurait ressenti son père : « *Donc mon père l'a très bien pris avec toute sa famille ils sont aux anges* » (l. 105, 1<sup>er</sup> entretien) qui fait écho à la joie à la naissance d'Emma, ce qui semble la rassurer narcissiquement. Emma précise également que son père l'aurait encouragée à s'autonomiser pour assumer financièrement cet enfant à venir. Néanmoins, la figure paternelle ne semble pas faire tiers dans la relation fusionnelle avec sa mère. Choisir un « homme-enfant » serait une manière de ne pas mettre en danger sa relation à sa mère.

#### *Désir d'enfant ou désir de grossesse ?*

Dès le début de l'entretien, Emma énonce la difficulté éprouvée à l'annonce de sa grossesse : « *euh du coup **j'avais du mal avec cet enfant** / c'est pas qu'il le détestais mais*

*j'avais... j'avais du mal à l'aimer euh correctement et plus les jours passent euh... au plus j'l'accepte euh totalement et maintenant j'ai envie d'avoir euh... » (l. 10, 1<sup>er</sup> entretien). Cette grossesse serait venue faire effraction pour elle : « je ne m'y attendais pas », répètera-t-elle à plusieurs reprises. Emma avait peut-être davantage un **désir de grossesse** qu'un désir d'enfant. L'absence de relation conjugale va dans le sens de cette hypothèse. Ce désir inconscient de grossesse pourrait répondre à un besoin de restauration narcissique afin de vérifier sa fertilité : « En fait c'était euh une erreur une erreur de pilule et du coup ben il a... il est arrivé comme ça sans sans prév'nir » (l. 17, 1<sup>er</sup> entretien). Je formule cette hypothèse car sa grossesse surgit cinq mois après sa deuxième tentative de suicide : « j'avais énormément d'mal à sortir de Erstein pac'que j'm'y sentais en sécurité après j'avais peur du monde extérieur et euh donc on a commencé à m'laisser sortir un peu plus souvent tous les week-ends j'rentrais chez moi au début c'tait dur et vraiment j'avais envie c'était de retourner à Erstein et d'me planquer sous ma couette mais mais après ça allait je j'me suis un peu forcée tout et j'ai repris une vie normale et hum j'ai rencontré le le papa d'mon bébé et j'ai eu un enfant » (l. 316-321, 2<sup>ème</sup> entretien). Emma passe de l'évocation d'une phase de régression narcissique liée à un sentiment dépressif au fait d'avoir un enfant sans transition. Sa formulation laisse entendre une problématique des limites comme si l'hôpital psychiatrique faisait enceinte de protection contre un environnement vécu comme hostile.*

Cette grossesse s'entendrait davantage comme un passage à l'acte adolescent. Il est intéressant d'interroger la survenue de cette grossesse à la lumière de son histoire familiale. Emma est enceinte au même âge que sa mère l'a été pour sa grossesse : « Ben ma mère est tombée enceinte à vingt-et-un an donc à peu près comme moi » (l. 341, 2<sup>ème</sup> entretien) et au même âge que son beau-père pour la naissance de son petit demi-frère. Comment Emma a pu vivre cette union extraconjugale venant brouiller les pistes de la différence générationnelle ? La répétition d'une grossesse à un jeune âge serait-elle un acting-out adressé à sa mère en lien avec une rivalité fantasmatique en voulant s'octroyer le pouvoir de procréation ?

### *Conflit de l'ambivalence : le garder ou avorter ?*

Cette grossesse ne s'inscrit pas d'un projet de couple : « Ça fait un an qu'on est ensemble c'est arrivé très vite ça f'sait... quelques mois qu'on était ensemble euh quand c'est arrivé » (l. 672, 1<sup>er</sup> entretien). La question d'avorter semble se poser d'emblée : « Pac'que vraiment j'hésitais j'étais ben moi-même perdue je savais pas quoi faire j'm'y attendais pas du tout / mais au final j'me **ça aurait été trop dur pour moi d'avorter** / j'l'au... **j'l'aurais pas supporté psychologiquement** / donc bah j'ai décidé d'le garder » (l. 72, 1<sup>er</sup> entretien). Il s'agirait davantage d'un choix de ne pas avorter qu'un désir de garder l'enfant : « j'pense qu'un avortement j'n'aurais pas réussi à le supporter psychologiquement j'pense que j'aurais craqué c'est pour ça qu'j'l'ai que j'l'ai pas fait en fait psychologiquement **c'était plus facile de garder cet enfant et d'assumer plutôt que d'enlever** » (l. 399-401, 2<sup>ème</sup> entretien). Emma répète plusieurs fois son choix de le garder : « Mais au final j'ai j'ai décidé ben d'le garder » (l. 70, 1<sup>er</sup> entretien), « Maint 'nant j'le garde et c'est tout » (l. 75, 1<sup>er</sup> entretien), « J'ai j'ai explosé littéralement et j'ai dit c'est mon choix j'le garde » (l. 80, 1<sup>er</sup> entretien), « Donc bah j'ai décidé d'le garder » (l. 85, 1<sup>er</sup> entretien). Ces répétitions résonnent comme l'expression d'une tentative d'une affirmation de soi, en opposition au désir des autres. Ce choix s'inscrit-il dans une tentative de subjectivation ? Paradoxalement, en s'opposant au désir de sa mère, elle répète également le même scénario. Au sujet de son conjoint, elle dira : « Il était content **il m'a avoué qu'il aurait aimé que j'le garde** mais qu'y voulait pas m'le dire avant pour pas influencer sur ma décision » (l. 85, 1<sup>er</sup> entretien). L'ambiguïté de cette formulation laisserait à entendre qu'elle aurait fait le choix de ne pas le garder. Nous pouvons y entendre la trace de l'ambivalence et du conflit psychique.

Au second entretien, Emma dévoilera les raisons qui sous-tendent son choix de ne pas avorter. Lorsque je l'interroge sur sa naissance, Emma évoque la difficulté dans laquelle s'est retrouvée sa mère lorsqu'on lui a proposé de faire une IMG à la suite du dépistage d'une malformation à trois mois de grossesse. S'entend alors une identification dans la répétition du même scénario : « c'était dur pac'qu'elle s'est retrouvée un peu toute seule p'ce que euh les euh les parents d'mon père euh ne voulaient pas qu'elle me garde euh y voulaient que/ qu'elle avorte et qu'elle refasse un bébé après (...) elle a décidé d'me garder » (l. 351-361, 2<sup>ème</sup> entretien). A noter qu'il s'agit de la même personne : la grand-mère paternelle d'Emma

qui lui aurait également conseillé d'avorter. Cet épisode interroge le désir qui a préexisté à sa naissance. L'idée qu'elle aurait pu ne pas compter et être effacée par un autre semble être inscrite comme une blessure narcissique. La double identification à sa mère dans le fait d'avoir décidé seule de garder l'enfant et à l'enfant qu'elle pense avoir été pour sa mère se dit. Elle poursuit : « elle a été à l'hôpital euh longtemps pendant ma grossesse fin pendant sa grossesse pac'que euh **son corps ne v... voulait pas trop d'moi** comme j'avais un problème euh elle avait tendance à avoir beaucoup d'contractions tout au long d'sa grossesse » (l. 363-365, 2<sup>ème</sup> entretien). Emma interprète les contractions de sa mère comme l'expression d'un rejet. Est-ce une manière de parler d'un désir de mort qu'elle aurait ressenti chez sa mère ? Est-ce une manière de parler de son propre rejet de sa grossesse par identification projective ? Emma se rassurerait sur son « aimabilité » en même temps qu'elle exprimerait un doute quant au désir de sa mère pour elle : « au final nan il s'est avéré que y avait que la jambe qui avait pris et **pas moi** / donc j'pense qu'elle a dû être soulagée quand elle a appris euh qu'elle avait fait l'bon choix au final » (l. 358, 2<sup>ème</sup> entretien). A travers cette grossesse, la répétition d'un scénario dessinant une place fantasmatique pour cet enfant qui ne serait ni désiré, ni accueilli par la famille : « La famille c'était un peu autre chose tout l'monde m'a tourné le dos » (l. 55, 1<sup>er</sup> entretien) serait aussi une manière de réparer sa propre blessure narcissique, de soigner son propre sentiment d'exclusion. Ce processus d'identification au bébé fantasmatique qu'elle seule accueille en réparation de l'enfant décevant qu'elle croit avoir été soutiendrait l'investissement de cette grossesse. Emma s'inscrirait alors dans un double mouvement d'identification en s'identifiant à sa mère qui a fait le même choix qu'elle de garder son bébé.

#### 2.2.4.3.1.2. VECU DE LA GROSSESSE

*De la difficulté des remaniements identitaires et identificatoires en lien avec l'émergence d'une figure maternelle prégénitale*

Emma décrit la relation à sa mère comme ayant été fusionnelle et devenue conflictuelle depuis deux ans en raison de « changements » qu'elle semble avoir du mal à penser : « Ben c'était une relation très très dure / j'ai t'jours eu beaucoup d'mal avec elle euh et j'étais très fusionnelle avec elle au début (...) et ensuite ben j'ai apparemment j'ai changé » (l.140, 1<sup>er</sup> entretien). Emma évoque un basculement dans sa relation à sa mère qui viendrait d'un

dire de l'autre : « *apparemment j'ai changé* ». Lorsque je lui demande de préciser ce moment de bascule, elle écarte cette question en mettant en avant la pathologie de sa mère : « *J'sais pas moi elle a un peu du mal pac'qu'elle est bipolaire* » (l.150, 1<sup>er</sup> entretien). La bipolarité de sa mère semble être une manière pour Emma de parler de sa souffrance dans son lien à sa mère. Emma se décrit dans une position maternante avec sa mère déprimée qu'il faut soutenir pour qu'elle ne se suicide pas. Emma se serait construite dans un lien mère-enfant insécure. La relation est aujourd'hui qualifiée de très difficile, remplie de reproches et de non acceptation des choix d'Emma : son travail, ses petits copains, le père de l'enfant et enfin sa grossesse. Sa mère ne lui donnerait pas le crédit d'être une mère suffisamment bonne : « *Elle arrête pas d'me dire que j'vais m'planter que j'suis incapable de l'élever* » (l. 435, 1<sup>er</sup> entretien). Emma s'inscrit dans un double mouvement empreint d'ambivalence entre le désir d'une réconciliation avec sa mère sous doute sous tendu par un besoin d'étayage et celui de se différencier d'elle pour pouvoir se construire une représentation d'elle-même en tant que mère, source de culpabilité : « *J'voulais essayer un peu de réparer tout ça (...) essayer de mieux m'entendre avec ma mère et qu'elle accepte ma grossesse euh qu'tout s'passe bien* » (l. 240, 1<sup>er</sup> entretien). Ce besoin de mise à distance serait sous tendu par la crainte d'une imago maternelle prégénitale. La représentation de sa mère intérieure aurait le visage d'une « sorcière » qui voudrait lui voler son enfant : « *J'ai l'impression que du coup après **elle s'approprie plus mon enfant** / 'ce que des fois elle vient m'voir elle m'touche le ventre elle euh elle m'dit oui tu m'le gardes au chaud tout ça... **c'est c'est MON enfant c'est pas le sien** (...) j'me dis qu'elle a déjà eu des enfants et qu'là c'est mon bébé c'est PAS l'SIEN et qu'j'ai pas envie qu'elle s'en mêle c'est euh elle arrête pas d'me dire que j'vais m'planter que j'suis incapable de l'élever et d'un côté elle fait ça donc **j'me dis qu'est-ce qu'elle veut elle veut m'le prendre*** » (l. 425-435, 1<sup>er</sup> entretien). L'investissement libidinal dont témoignerait sa mère à l'égard de son bébé lui serait insupportable dans le sens où cela lui renverrait sa propre difficulté d'investissement. Emma exprimerait un fantasme de rapt de son enfant à l'endroit où elle ne parviendrait pas à symboliser ce devenir mère. Si elle n'occupe pas sa place de mère, sa mère l'occupera. Psychiquement, Emma resterait avant tout la fille de sa mère et ferait couple avec la mère prégénitale dans une non-différenciation générationnelle. Notons qu'Emma ne nomme pas ses grands-parents. Les formulations : « *Les parents de mon père* » ou plus loin dans l'entretien « *les*

parents de ma mère » annulent les liens familiaux comme si elle ne s'inscrivait pas dans une filiation transgénérationnelle. Emma parle de son bébé comme si c'était celui du couple mère-enfant : « j'étais très contente **mais ma mère n'était pas contente du tout pac'qu'elle voulait une fille** et... elle était persuadée qu'ça allait être une fille tout...(...) j'étais très heureuse d'abord pac'que ben j'avais un garçon en premier et aussi pac'que ben **comme ma mère voulait une fille** j'étais contente que ce soit un garçon (rire) c'est un peu méchant mais euh... j'étais contente ouais qu'ça soit un garçon », (1 : 653-658, 1<sup>er</sup> entretien). Lorsque j'introduis le père, elle l'écarte pour parler à nouveau de sa mère : « Et le papa qu'est-ce qu'il en pensait ? Bah il est content hm... ç'aurait été une fille un garçon il était content / mais j'me dis un garçon c'est... **ce s'ra plus MON garçon** tandis qu'si ça aurait été une fille bah ma mère parlait déjà euh euh de coiffure de vêtements de prénom de choses comme ça donc j'me suis dit ç'aurait été la poupée d'la famille et euh j'aurais pas pu empêcher ma mère de jouer à la poupée tandis qu'un garçon **j'me dis qu'ce sera plutôt mon enfant que l'sien** / c'est p't-êt' un peu méchant mais... » (l. 655, 1<sup>er</sup> entretien). Emma s'appuierait sur la réalité sexuée de l'enfant pour tenter d'introduire une coupure dans la relation mère-fille. La formulation « la poupée de la famille » exprime une angoisse d'emprise. Emma s'inscrit dans une position de rivalité vis-à-vis de la figure maternelle. La réactivation du conflit œdipien viendrait ricocher sur une problématique prégénitale. L'enfant serait plus à elle qu'à sa mère comme s'il s'agissait de se le « partager ». Emma serait à la recherche d'un étayage narcissique qu'elle ne cesse de ne pas trouver. Dès que la figure du père est avancée que ce soit celle de son propre père ou celui du père de l'enfant : Emma l'écarte ou reste silencieuse. Le manque de fonction symbolique l'empêcherait d'arrimer ses angoisses et les pulsions destructrices au symbolique, ce qui générerait une fantasmatique au caractère envahissant et destructurant.

#### *De la difficulté de porter un autre en soi à la peur de la solitude*

Emma rationaliserait son ambivalence en exprimant une difficulté de porter un « autre » en soi : « Ben nan j'suis son enveloppe corporelle donc si moi j'me fais renverser par une voiture lui aussi / et c'est ça qui est c'est ça qui est embêtant pac'que j'me sens pas cap... j'le sens pas protégé quoi » (l. 585, 1<sup>er</sup> entretien). Expulser l'objet intérieur menaçant son intégrité psychique serait la seule solution : « J'aimerais bien accoucher sincèrement je sais

qu'c'est c'est p't-être pas correct à dire pac'que mon bébé s'ra en difficulté et qu'y s'ra en réanimation mais d'un côté j'préfère que... j'préfèr'rais qu'on m'déclenche l'accouchement (...) il peut mourir et du coup j'préfèr'rais oui qu'on l'sorte quand ça va bien plutôt qu'on l'sorte en urgence et que j'risque de l'perdre (...) j'préfèr'rais accoucher MAINT'NANT tant qu'y a pas d'risques d'infection et comme ça ben euh ils peuvent s'en occuper et moi aussi j'peux m'en occuper euh correctement euh pc'que là il est de.. dans moi et euh du coup j'suis ... il est vachement dépendant quoi c'est » (l. 550-569, 1<sup>e</sup> entretien). Dans son discours, ne se repère pas d'inquiétudes pour l'état de l'enfant s'il venait à naître prématurément. Emma se représente-t-elle un autre en soi ? Ne serait-elle pas en deçà de la question de l'altérité ? Ne serait-ce pas davantage la confrontation à des angoisses prégénitales la menaçant dans une confusion des corps et des psychés qui serait insupportable ? Emma se défendrait de l'expression de pulsions agressives contre cet objet intérieur qui « prend » dans une fantasmatique sans séparation entre elle et lui : « dès qu'y un p'tit truc qui va pas ben c'est lui qui prend hein il est en lien direct et pareil je fume j'arrive pas à pas fumer mais je sais qu'c'est lui qui prend » (l. 597, 1<sup>er</sup> entretien). Emma rationaliserait sa haine pour le fœtus par le fait qu'elle ne se sente pas être une bonne mère qui peut protéger son bébé. Cette formulation « il prend » qu'elle répète plusieurs fois : « si j'fais des chutes de tension ben c'est lui qui prend... si j'ai une infection c'est lui qui prend si j'tombe par terre c'est lui qui prend » (l. 580, 1<sup>er</sup> entretien) entre en résonnance avec « c'est ma jambe qui a tout pris pas moi » lorsqu'elle évoque sa malformation diagnostiquée en anténatal. Ce fantasme qu'« il prenne » exprimerait quelque chose de ces pulsions destructrices à l'œuvre. Au second entretien, Emma associe ce fantasme au fait qu'elle-même se faisait du mal en se scarifiant : « j'ai une époque où j'm'ouvrais les veines fin les veines plutôt les bras que les veines mais euh le fait de... de m'faire du mal en fait sur l'moment j'avais pas mal ça m'faisait du bien j'avais l'impression qu'toute la souffrance que j'avais elle sortait ça ça m'soulageait le fait d'voir mon sang couler le fait de m'faire du mal bah j'allais mieux après » (l. 244-247, 2<sup>ème</sup> entretien). Dans cette association s'entend le même mouvement de faire sortir de soi pour se soulager. Son « objet intérieur » serait-il un représentant de sa souffrance qu'elle cherche à expulser de soi ? Par ailleurs, Emma exprimerait un clivage de cet objet intérieur : « mais d'un côté j'ai l'impression qu'ça m'a sauvé la vie » (l. 208, 2<sup>ème</sup> entretien) dit-elle au sujet du fait d'être enceinte. Etre enceinte ferait barrage à ses idées suicidaires :

« je m'dépêche d'enlever ces idées noires et j'me dis t'as pas l'droit d'y penser tu vas êt' maman maintenant tu dois vivre pour deux » (l. 214, 2<sup>ème</sup> entretien). La difficile objectualisation de ce bébé traduirait l'impossible conflictualisation de l'ambivalence, du traitement de la haine du foetus qui vient interroger la représentation d'un autre en soi. Emma projetterait-elle à l'extérieur une séparation qui n'advient pas à l'intérieur d'elle en raison de cette fragilité des limites, de la différenciation contenu/contenant, Moi/ non-Moi ?

Inexistant dans son discours à 29 SA, à 31 SA la perception des mouvements fœtaux serait interprétée de manière agressive : « maintenant c'est tout l'temps il donne des coups » (l. 11, 2<sup>ème</sup> entretien) ou « il tape » (l. 136, 2<sup>ème</sup> entretien). Pour le calmer, elle lui chante des berceuses : « y a des fois quand il est énervé ben je j'essaie de l'calmer j'lui chante une berceuse et euh ben ça l'calme un peu / même le fait d'lui parler y s'calme » (l. 136, 2<sup>ème</sup> entretien). Emma s'étonnerait des échanges qu'elle peut avoir avec lui malgré tout ce qui les « sépare » : « Et j'pensais pas qu'ça f'sait cet effet-là d'êt' enceinte (...) j'pensais pas euh l'sentir bouger... euh ou alors juste à la fin mais j'pensais pas qu'y qu'y réagissait autant euh à c'qui l'entourait (...) ouais il est réactif à c'qui s'passe à l'extérieur et j'pensais pas que c'était aussi fort (...) pac'qu'ya quand même **d'la peau** y a quand même plein d'choses quoi et c'est petit un bébé donc j'pensais pas que à ce stade-là il pouvait déjà euh ressentir les bruits... les contacts avec la peau pac'que y suffit juste qu'on caresse le ventre et hop il bouge alors qu'y a quand même une sacrée épaisseur et lui il... y a du liquide y... c'est même pas en lien direct avec lui donc comment y fait pour euh pour ressentir justement euh les caresses enfin c'est... (Rire) ça m'a toujours épatée euh... » (l. 147-160, 2<sup>ème</sup> entretien). Dans ce discours plus ancré dans la réalité de l'expérience, la représentation d'un autre émergerait. La confrontation à l'altérité susciterait des angoisses de séparation : « j'me dis qu'c'est mon bébé à moi qu'ça m'appartient / et c'est là qu'c'est un peu délicat quand bah quand j'imagine que bientôt y s'ra dehors y s'ra plus à moi (...) que tout l'monde pourra faire un peu c'qu'y veut euh avec lui » (l. 164, 2<sup>ème</sup> entretien). L'irruption du registre de la possession témoignerait de ce manque de tiers subjectivant. Ce manque d'ancrage symbolique susciterait un imaginaire menaçant : « j'ai peur que quelqu'un vienne prendre ma place » (l. 176, 2<sup>ème</sup> entretien). A défaut d'être symbolisée dans le lien à l'autre, la limite se représenterait au niveau corporel : « à l'intérieur, il est à moi » versus « à l'extérieur, il est à l'autre ». Plus précisément, la peau serait identifiée comme ce qui les sépare : « y a quand même d'la

peau ». Or, la peau est un sens réceptif : on ne peut toucher sans être touché. La peau est le sens de la rencontre, ce qui fait interface entre le dedans et le dehors. L'anticipation de la perte d'un fantasme de complétude imaginaire la confronterait à la question de la solitude. A travers le récit de ses rêves, s'exprime la peur abandonnique associée à l'idée de la séparation. Dans un processus de régression narcissique, être enceinte serait aussi une manière de ne pas être seule, de combler son manque à être. L'investissement de cet objet intérieur comme un représentant de l'objet manquant répondrait-il à une identification à la mère phallique ? Pourrions-nous y entendre une tentative d'accès à la sexualité du côté féminin ? Son désir de ne pas être seule serait adressé à un Autre.

### *Impact psychique de la MAP*

Avant son hospitalisation pour MAP, Emma n'a pas identifié les contractions qu'elle interprétait comme un « mal de ventre ». Aux urgences gynécologiques, une interne lui annonce un risque de mort du fœtus : « une p'tite jeunette euh nous a fait un peu peur en nous disant oui y a des risques de perdre le bébé » (l. 324, 1<sup>er</sup> entretien). Dans les deux entretiens réalisés pendant la grossesse, Emma ne cesse de parler de son désir d'accoucher pour pouvoir sortir de l'enceinte de l'hôpital comme dans une métaphore de sortir de cet état gestationnel sans évoquer d'inquiétudes pour l'enfant. Au troisième entretien, Emma revient sur l'annonce d'un danger vital pour son bébé lorsqu'elle a été hospitalisée pour MAP : « moi j'avais pas peur j'veux dire j'avais été à l'hôpital juste pour avoir des médicaments pac'que j'avais affreusement mal au ventre et d'un coup on m'dit bah écoutez euh vous avez rompu la membrane euh l'bébé peut arriver d'un moment à l'autre euh vous pouvez l'perdre vous pouvez avoir des infections tout on s'y attend pas ça fait un choc » (l. 438 -441, 3<sup>ème</sup> entretien). S'exprime alors une peur dévoilant un investissement libidinal pour son bébé qui ne s'entendait pas au cours des deux premiers entretiens. L'émergence de ces affects en après coup nuancerait-elle l'hypothèse d'un difficile investissement de la grossesse ? La menace d'un risque de mort aurait-elle suspendue l'investissement de l'enfant pour tenter de se protéger de son éventuelle perte ? Ou est-ce une reconstruction possible en après-coup car le lien s'est noué ? La formulation : « vous avez rompu » exprime une position active dans cette rupture. Le fait de répéter ces propos à

plusieurs reprises serait-il une tentative d'énoncer quelque chose de sa participation fantasmatique à cet « accident » de grossesse ?

#### 2.2.4.3.1.3. VECU DE L'ACCOUCHEMENT

Emma évoque son sentiment d'être perdue à l'idée d'accoucher : « *pac'qu'au début j'ai j'ai quand même j'vous avais dit j'étais perdue dans l'sens où je n'savais pas euh quoi faire euh où aller* » (l. 47, 3<sup>ème</sup> entretien), ce qui rappelle sa manière de formuler l'annonce de sa grossesse : « *je savais plus quoi faire je savais plus où aller vers qui me tourner* » (l. 47, 1<sup>er</sup> entretien) et l'angoisse générée par le fait de ne pas arriver à se représenter le passage du bébé dans le bassin : « *j'm'imaginai alors le le passage du bébé dans l'bassin j'me suis dit mais c'pas possible jamais ça peut passer (...) j'veux dire faut s'imaginer quand-même euh c'est inconc'vable* » (l. 79-83, 3<sup>ème</sup> entretien). Là encore, Emma décrit cette même difficulté d'imaginarisation par rapport au réel de l'évènement : « *s'dire qu'on a quelqu'un dans l'ventre c'est... faut faut savoir s'l'imaginer* » (l. 145, 2<sup>ème</sup> entretien). Ses difficultés de projections fantasmatiques rendent peut-être davantage aiguë la confrontation au réel de ces évènements de corps que sont l'état gestationnel et l'accouchement.

Son récit de l'accouchement dévoile ensuite l'étrangeté ressenti face à ce qui ne correspondait pas à ce qu'elle s'était imaginée. Emma revit la scène quand le sage-femme lui annonce le début de la phase d'expulsion : « *j'me suis dit mais c'est pas possible fin j'suis en train d' dormir j'ai eu aucune contraction (...) j'm'attendais pas du tout à un accouchement comme ça moi (...) pour moi ça c'est pas un accouchement (...) j'l'ai sorti comme si j'allais aux toilettes* » (§ : 67-91, 3<sup>ème</sup> entretien). L'expression d'un sentiment d'expulsion d'un déchet fécal du corps peut exprimer quelque chose de cette difficulté de symbolisation de la grossesse. Alors qu'elle énonçait depuis son hospitalisation son désir d'accoucher, elle dit ne pas se sentir prête : « *je savais qu'il allait v'nir mais j'tais pas prête à c'qui vienne tout d'suite maintenant comme ça* » (l. 87, 3<sup>ème</sup> entretien). Emma souligne le manque d'éprouvés corporels pour expliquer cette difficile symbolisation de la naissance : « *comme ça s'est passé vite que j'me suis pas j'ai pas vraiment vécu l'accouchement comme ça s'est passé très vite que j'ai eu aucune douleur euh bah j'l'ai pas vécu à cent pour cent donc du coup j'ai pas eu l'impression qu'c'tait l'mien* » (l. 146-148, 3<sup>ème</sup> entretien). Il est intéressant de repérer que les femmes ayant accouché avant 33 SA en urgence peuvent formuler les mêmes ressentis.

## 2.2.4.3.1.4. NOUAGE DES LIENS PRECOCES

*Rencontre avec le nouveau-né*

Emma qualifie ce moment de « bizarre » : « Ben ça a fait bizarre bah je j'me suis mise à pleurer mais bon ça f'sait ouais plutôt bizarre » (l. 109, 3<sup>ème</sup> entretien) ou encore : « ça m'a fait ouais ça m'a fait bizarre mais j'étais super contente d'avoir enfin dans mes bras p'c'que j'me suis vraiment battue pour lui » (l. 126, 3<sup>ème</sup> entretien). Ce fantasme de s'être battue pour lui semble soutenir l'investissement narcissique du lien à son enfant.

Le terme « bizarre » renverrait au sentiment d'étrangeté face à l'écart entre le bébé réel et le bébé imaginaire. La reconnaissance n'aurait pas été immédiate. Les trois premiers jours, Romain n'aurait pas été son objet de jouissance. Emma se défendrait de cette difficulté d'investissement libidinal en projetant sur l'autre un fantasme de rapt comme pendant la grossesse : « tout l'monde me l'a pris ils l'ont tous pris dans les bras tout et moi ben j'dormais hein et j'ai pendant quelques temps j'ai pas eu l'impression qu'c'était mon bébé (...) j'avais l'impression qu'c'était un... bébé et que on pouvait v'nir me l'chercher et... et l'prendre quoi (...) j'avais pas l'impression qu'c'était l'bébé qu'j'avais dans l'ventre » (l. 135-138, 3<sup>ème</sup> entretien).

*Moment fondateur du nouage du lien précoce*

Emma met en avant l'importance de l'intimité, du sentiment de l'« avoir à soi » pour rencontrer Romain et le reconnaître comme le sien. La découverte de sa jaunisse semble être un élément déclenchant du nouage : « quand il a eu la jaunisse là ça m'a fait j'sais pas quequ'chose dans ma tête (...) j'me suis mise à pleurer j'me suis dit mais j'suis vraiment une mauvaise mère j'ai même pas vu qu'mon bébé il avait la jaunisse » (l. 202-205, 3<sup>ème</sup> entretien). Confrontée à l'idée que son bébé était en danger, une fonction de protection maternelle émergerait : « et donc là ça m'a fait un déclic (...) et après j'l'ai plus jamais laissé en pouponnière pac'que j'culpabilisais à chaque fois (...) le fait qu'il ait besoin d'moi / j'me suis sentie utile j'me suis sentie ben sa mère quoi l'envie d'le protéger d'le rassurer d'êt' là pour lui et d'l'aider euh... et après ben j'l'ai pu jamais laissé et... et voilà c'était l'déclic eu qui m'fallait » (l. 208-216, 3<sup>ème</sup> entretien).

*A la rencontre du bébé dans la réalité...*

Emma parle assez peu de Romain spontanément. Elle exprime son besoin d'étayage dans sa difficulté à être seule avec Romain. Sa difficile symbolisation de l'absence l'amène à projeter un vécu abandonnique de son fils rendant la séparation difficile : *« j'avais l'impression d'abandonner j'me suis dit y va m'en vouloir euh y va m'chercher je s'rai pas là »* (l. 295, 3<sup>ème</sup> entretien).

Emma décrit un état de préoccupation maternelle avec l'expression de rêveries maternelles afin de s'adapter à ses besoins. L'expression d'une rivalité fantasmatique, *« c'est l'fait que soit y s'éveille et du coup ma mère ou ma sœur saute sur lui pour l'aider »* (l. 326, 3<sup>ème</sup> entretien) témoignerait de la poursuite des remaniements des conflits œdipiens. Emma s'en défendrait par une hyper vigilance anxieuse traduisant une difficile élaboration des sentiments hostiles à l'égard du bébé : *« la première nuit j'voulais pas dormir pac'que j'me suis dit mais vous imaginez si... y s'étouffe et qu'y meurt pendant son sommeil »* (l. 333, 3<sup>ème</sup> entretien).

Au sujet du remaniements des relations dans le couple conjugal et parental, sur ma sollicitation, Emma peut dire : *« avec mon compagnon on a plus trop d'vie hein c'est Romain qui prend vraiment euh toute la place »* (l. 676, 3<sup>ème</sup> entretien) ou encore : *« pour l'instant on est vraiment tous les deux focalisés sur Romain euh à répondre au moindre d'ses besoins euh bah pour qu'y soit bien et pis quand on a l'temps d'temps en temps on pense à nous »* (l. 694, 3<sup>ème</sup> entretien). Romain semble investi dans le discours mais on ne repère pas de regard auréolé. Il ne serait pas l'objet de sa jouissance. Emma semble davantage surprise par l'écart entre le bébé qu'elle imaginait porté et celui de la réalité. Elle imaginait *« un gros bébé (...) en pleine forme tout et là il était tout petit tout rikiki j'veux dire y f'sait pitié dans son grand lit euh dans ses grands vêtements »* (l. 748, 3<sup>ème</sup> entretien). L'interprétation fantasmatique des mouvements fœtaux : *« il me tape », « il me fait mal », il est lourd »* participerait de cette représentation d'un bébé « costaud ». Elle se retrouve surprise face à un bébé perçu comme fragile : *« il était tout léger euh et on avait l'impression qu'il était tout innocent et sans défense »* (l. 709, 3<sup>ème</sup> entretien).

### 2.2.4.3.2. RAPPORT SUBJECTIF AU DISCOURS MEDICAL ET AU MONDE HOSPITALIER

#### 2.2.4.3.2.1. LES PROFESSIONNELS DE SOIN : DES FIGURES PARENTALES

Au fil des deux premiers entretiens, Emma exprime son impatience à sortir de l'hôpital qu'elle vit comme un enfermement, source de pulsions agressives. Les professionnels hospitaliers seraient investis comme des figures parentales avec lesquels Emma répèterait des conflits familiaux. Emma serait davantage dans une position adolescente : « *Ouais nan nan c'tait euh c'tait dur même psychologiquement j'en pouvais plus euh j'pleurais souvent j'en avais marre euh j'voulais rentrer euh c'est euh pis tout l'monde m'embêtait* » (l. 488, 3<sup>ème</sup> entretien) ou encore : « *j'comprendais pas hein pourquoi elles râlaient et du coup à chaque fois j'me prenais la tête avec elles* » (l. 501, 3<sup>ème</sup> entretien). Emma se plaint d'être considérée de manière infantile tout en jouissant de transgresser les limites : « *on aurait dit qu'étais vraiment un bébé et et voilà et si je j'aurais dit qu'mon chat était v'nu aussi euh (rire) elle aurait râlé j'crois* » (l. 525, 3<sup>ème</sup> entretien).

#### *Fonction tierce dans une relation fusionnelle mère-enfant*

Emma se fait hospitalisée pour MAP à 24 SA, quelques jours après avoir emménagé chez son conjoint et juste avant de partir en vacances avec sa famille. Cette hospitalisation résonne comme un compromis entre l'affirmation de son propre désir et une impossibilité à se séparer de sa mère : « *J'ai j'ai eu ma claque et du coup j'lui ai dit j'fais écoute j'le vois toujours c'est le père de mon enfant j'vais vivre a'ec lui et après ben j'ai été chez lui euh pendant quelques jours et euh bah j'me suis retrouvée à l'hôpital (rire)* » (l. 285, 1<sup>er</sup> entretien). En ce qui concerne sa relation à sa mère, Emma précise : « *Mais depuis qu'j'suis hospitalisée ça va mieux* » (l. 130, 1<sup>er</sup> entretien) comme si cette hospitalisation avait permis d'abaisser la tension entre elles. L'hospitalisation mettrait Emma à l'abri des conflits suscités par sa grossesse. Dans sa difficulté à se représenter en tant que mère de cet enfant, l'hôpital viendrait faire tiers par rapport à sa relation à sa mère intérieure.

#### *Figure maternelle bienveillante*

L'hôpital est un lieu associé à de mauvais souvenirs de son enfance et son adolescence, mais c'est aussi un lieu familier dans lequel on prend soin d'elle, on la

« garde », on ne la « laisse pas partir » : « donc j'ai fini par aller à l'hôpital et là ben y m'ont dit ben vous partez pas on vous garde on vous hospitalise jusqu'à la fin d votre grossesse » (l. 310, 1<sup>er</sup> entretien). Dans sa difficulté à supporter d'être enceinte, Emma se déchargerait fantasmatiquement sur l'équipe soignante : « ... j'préfer'rais accoucher MAINT'NANT tant qu'y a pas d'risques d'infection et comme ça ben euh ils peuvent s'en occuper » (l. 575, 1<sup>er</sup> entretien). L'idée que l'équipe médicale s'occupe de son bébé l'apaise et lui permettrait de retrouver son intégrité physique et psychique : « Il s'ra dehors mais du coup l'équipe médicale pourra vraiment prend' soin d'lui ». Ce scénario fantasmatique se retrouve également au sujet de son hospitalisation en hôpital psychiatrique : « j'avais énormément d'mal à sortir d'Erstein pac'que j'm'y sentais en sécurité après j'avais peur du monde extérieur (...) vraiment j'avais envie c'était de retourner à Erstein et d'me planquer sous ma couette » (l. 316-319, 2<sup>ème</sup> entretien). L'hôpital serait investi comme une figure maternelle archaïque bienveillante au sein de laquelle on pourrait régresser sans danger de mort. Après la naissance de l'enfant, Emma met en avant ce qu'elle ressent comme une valorisation narcissique de son image de mère par le personnel hospitalier : « j'ai vu justement cette interne qui est v'nue m'dire bonjour comme euh tout l'monde et y sont tous venus voir euh bah c'que j'étais d'venue hein et l'interne euh m'a dit euh on a eu vraiment peur pour vous/ donc c'tait juste sa peur était justifiée sur l'moment après ça a t'nu et même encore maintenant hein tout l'monde m'a dit j'étais la celle qu'était hospitalisée le plus longtemps pour l'instant euh c'est rare euh les cas comme moi qui z'ont vus et y z'ont tous dit qu'j'avais fait un super parcours et qu'jamais y avaient imaginé qu'ça aurait tenu autant » (l. 443-448, 3<sup>ème</sup> entretien). Ce passage résonne comme une reconnaissance de son statut de mère. Dans un après-coup, Emma construirait un clivage entre les deux hôpitaux dans lesquels elle a été hospitalisée. L'hôpital de proximité serait décrit comme étant très surmoïque : « les infirmières elles sont vraiment sèches elles nous laissaient rien faire (...) elles nous surveillaient » (l. 534, 3<sup>ème</sup> entretien), « le fait de m'sentir observée » (l. 555, 3<sup>ème</sup> entretien) à tel point qu'elle dit détester cet hôpital contrairement à l'hôpital d'Hautepierre « pac'qu'Hautepierre on pouvait un peu faire c'qu'on voulait et c'tait bien » (l. 532, 3<sup>ème</sup> entretien). Ce clivage semble lui permettre de remanier ses mouvements transférentiels dans une tentative de symbolisation de l'ambivalence.

#### 2.2.4.3.2.2. LES FEMMES HOSPITALISEES : DES FIGURES D'IDENTIFICATION

Emma serait dans une recherche d'étayage. Les femmes hospitalisées en service de grossesses à risques seraient investies comme des figures d'identification qui lui apporteraient le sentiment d'appartenir à un groupe de mères : « *les mamans tout ça j'ai créé certains liens d'amitié avec euh on se soutenait mutuellement j'les soutenais elles me soutenaient toutes* » (l. 636, 3<sup>ème</sup> entretien). Emma les appelle les « mamans ». Se sentir soutenue et entendue par elles lui étayerait son sentiment de devenir mère et d'être reconnue comme telle par des pairs. Être enceinte serait peut-être aussi une manière de renforcer une identité fragile.

#### 2.2.4.4. Conclusion

Malgré la difficile subjectivation de sa grossesse en lien avec des remaniements psychiques difficiles, Emma aurait trouvé des ressources psychiques pour investir libidinalement son enfant par identification à l'enfant qu'elle croit avoir été. Sa fragilité narcissique l'aurait confrontée à une fantasmatique envahissante et déstructurante, source de haine contre le fœtus. Son désir d'accoucher était peut-être la traduction d'un désir de mettre un terme à ces bouleversements psychiques. Sa longue hospitalisation pour MAP semble avoir eu une fonction symbolisante dans le sens où elle aurait fait tiers pour Emma. Le déplacement de ses conflits relationnels dans un environnement perçu comme bienveillant participerait du processus de maternalité. Néanmoins, sa fragilité narcissique et la façon dont Romain prend fantasmatiquement place dans son histoire et dans celle de leur couple tisseraient des liens complexes.

### 2.2.5. ANALYSE DES ENTRETIENS DE RECHERCHE AVEC INES

#### 2.2.5.1. Contexte de la rencontre

Sur les cinq dernières années, Inès a fait sept fausses couches spontanées<sup>12</sup>. Pour cette grossesse, un cerclage a été réalisé à 15 SA. Hospitalisée à 25 SA pour MAP sur

---

<sup>12</sup> Deux fausses-couches précoces à 5 SA et 6 SA en 2009, une précoce à 6 SA en 2010, une tardive à 14 SA en 2011, une précoce à 3 SA en 2012, une précoce à 8 SA en 2013 et une tardive à 17 SA en janvier 2014, soit l'année dernière.

incompétence cervicale, je rencontre Inès quatre jours après son hospitalisation dans le service de grossesses à risques. Lorsque je lui présente la recherche, Inès accepte facilement. Pour elle, participer à cette recherche serait une manière d'aider les autres femmes qui pourraient vivre le même parcours procréatif en ayant à cœur de leur dire qu'*elles ne sont pas seules et qu'elles ne sont pas responsables*". Inès adresserait ainsi son sentiment de solitude et de culpabilité. Cette première parole entre en écho avec la dernière parole qu'elle m'adresse lorsque je m'apprête à partir de chez elle. Sur le pas de sa porte, Inès me demande : *« vous en avez vu beaucoup des femmes comme moi qui ont fait beaucoup de fausse-couches ? »*. Inès resterait traumatisée par ce hors sens : *« suis-je la seule à vivre cela ? Suis-je différente des autres femmes ? »* Autrement dit : *« quel Autre se joue de moi ? »*. Le réel du corps ferait énigme.

À la suite de cette sollicitation, nous convenons d'un rendez-vous la semaine suivante pour réaliser notre premier entretien de recherche. Inès est alors enceinte de 26 SA + 15 jours. A la fin de l'enregistrement, Inès précise ses « objectifs » : *« gravir les semaines pour arriver entre 30 et 33 SA »*. En référence aux étapes de développement du fœtus, elle énonce : *« 28 SA c'est bien avant c'est trop tôt par rapport aux poumons, 30 SA le pédiatre a dit c'est génial, à 33 SA ils sont forts c'est juste une question de poids »*. Nous prévoyons de nous revoir dans un mois pour le second entretien de recherche, soit à 30 SA. Cette prise de rendez-vous dans un mois serait-elle aussi une manière de se soutenir dans la progression de sa grossesse ?

Après l'arrêt de l'enregistrement du second entretien de recherche, Inès me dit : *« j'attends avec impatience de voir sa petite frimousse »*. Elle précise alors ce que représente pour elle le fait d'avoir *« franchi l'étape des 30 SA »* : *« c'est qu'il est là »* dit-elle. Avant 30 SA, Inès serait dans l'angoisse que *« tout s'arrête »*, dans la peur de la répétition : *« que le sort s'acharne sur moi que j'arriverais jamais à être heureuse à avoir ma famille »*. Elle annonce alors sa prochaine étape : 34 SA *« pour ne pas être séparée du bébé et être en unité kangourou »*. Inès finit cette deuxième rencontre en disant en riant : *« à 37 SA, je leur dirais : déclenchez-moi ! »*. Je lui propose de la rappeler vers 39 SA pour pouvoir, à ce moment-là, envisager un troisième et dernier entretien de recherche.

A 31 SA, Inès a pu rentrer à domicile. Une tension et un taux d'infection élevés ont nécessité une nouvelle hospitalisation six jours plus tard. A 34 SA, un accouchement provoqué a failli avoir eu lieu. De retour à domicile à 36 SA, Jules est né par voie basse à 37 SA + 3 jours avec un poids de 2 kg 790. Une légère détresse respiratoire liée à l'ingestion trop rapide de liquide amniotique au moment de l'expulsion a nécessité une hospitalisation de trois jours en service de néonatalogie. Deux semaines après, Inès m'appelle pour m'annoncer la naissance de son fils et nous convenons d'un rendez-vous trois semaines plus tard à son domicile. A mon arrivée, Inès est très fière et heureuse de me présenter son fils alors âgé d'un mois et neuf jours. Installées sur le canapé du salon, Jules est à côté de nous dans son transat. A la fin de l'entretien, elle me donnera un faire-part de naissance.

#### 2.2.5.2. Anamnèse

Née en Martinique, Inès, 33 ans, est la troisième enfant d'une fratrie de quatre. Elle a deux sœurs aînées et un petit frère. Sa grande sœur, qui a trois enfants, et son petit frère, sans enfant, habitent dans le sud de la France. Sa mère et sa deuxième sœur, qui a deux enfants, vivent toujours en Martinique. Son père est décédé d'une tumeur foudroyante deux ans avant qu'elle décide de partir vivre en métropole à l'âge de 21 ans pour travailler en tant que conductrice de transport en commun. Deux ans après son arrivée à Paris, elle rencontre un homme originaire de Nouvelle Calédonie avec qui elle entretient une relation amoureuse pendant six ans. Avec lui, elle vit deux fausses-couches précoces qui auraient participé à la fragilisation de leur lien amoureux. Quelques temps avant leur séparation, il l'invite à partir avec lui en Nouvelle Calédonie. Se sentant isolée affectivement, elle décide de repartir seule et choisit l'Alsace comme destination pour se rapprocher de sa sœur aînée qui y vit à ce moment-là. Arrivée en Alsace à 29 ans, elle rencontre un homme avec qui elle subit des violences conjugales. Avec lui, Inès vit sa première fausse-couche tardive qu'elle n'attribue pas aux violences physiques mais qui serait le déclencheur de sa décision de le quitter : « *c'est être inconsciente de faire un bébé avec un homme qui nous frappe* », dit-elle. Deux ans plus tard, elle rencontre Henry sur internet. Henry, chauffagiste, est divorcé d'une première union dont est née Julie, 6 ans. Au début de leur relation, il ne souhaite pas avoir d'enfant. Il serait très éprouvé par ce

qu'il aurait vécu, selon Inès, comme un « enlèvement » de sa fille par son ex-compagne. A la suite de leur séparation conjugale, elle serait partie avec Julie, alors âgée de 3 ans, en empêchant Henry de revoir sa fille pendant un certain temps. Néanmoins, Inès ne renonce pas à son désir d'enfant et poursuit ses traitements pour être enceinte. Elle traverse trois fausses-couches : deux précoces et une tardive à 17 SA. La douleur générée par la dernière fausse-couche tardive les auraient rapprochés et unis dans un projet d'enfant. Six mois plus tard, elle est enceinte par PMA.

### *2.2.5.3. Analyse thématique des entretiens et hypothèses générales*

Au premier entretien, Inès parle de son incapacité psychique à se projeter dans sa grossesse. Traumatisée par la succession des fausses-couches, elle vit dans l'angoisse permanente de perdre son bébé à chaque instant. Inès lutte contre ses projections fantasmatiques face à une angoisse d'anticipation afin de se défendre de l'effroi ressenti. Suspendue à l'angoisse, l'imaginaire serait « écrasé ». Elle raconte de façon détaillée son parcours médical en mettant en avant la force de son désir d'avoir un enfant qui ne cède pas à la douleur de la répétition des pertes successives. Sur mon invitation, elle raconte son parcours de vie qui l'a menée de la Martinique à Strasbourg. Elle revient sur la souffrance psychique de ces multiples fausses-couches. A mon ouverture sur l'environnement familial, Inès évoque les grossesses de ses sœurs. Elle finit l'entretien sur sa profonde blessure narcissique de ne pas être capable de mener une grossesse à terme associée à un fort sentiment de culpabilité.

Au deuxième entretien, Inès apparaît moins angoissée. Le fait d'avoir atteint 30 SA semble lui permettre psychiquement de se projeter en tant que mère de cet enfant à venir. A l'angoisse de perdre son enfant, succède la peur d'être séparée de lui à la naissance. Sur mon invitation, Inès poursuit sur la façon dont cette grossesse se vit dans sa relation conjugale. Lorsque je l'interroge sur le contexte de leur rencontre amoureuse, surgit le récit de violences conjugales passées avec son compagnon précédent qui l'a frappée alors qu'elle était enceinte. Elle poursuit sur la manière dont le projet d'enfant s'est tricoté dans son couple actuel. Je l'interroge alors sur le nouage entre son désir d'enfant avec son compagnon précédent, la fausse-couche tardive et les violences conjugales subies. Autour

d'un narcissisme détruit, résonne son sentiment d'échec dans sa vie amoureuse et dans sa capacité d'enfantement.

Au troisième entretien, à ma demande, Inès retrace son parcours depuis le second entretien réalisé en service de grossesses à risques jusqu'au déclenchement de son accouchement. Elle poursuit sur son vécu de la séparation avec Jules à la naissance. Le retour à domicile est marqué par sa peur de ne pas être capable d'assurer sa survie, ce qui peut s'entendre comme un difficile traitement de la haine. La réactivation de pulsions hostiles la condamnerait à un excès d'attention au bébé, en lien avec la violence vécue pendant la grossesse. Inès finit l'entretien sur une tentative d'élaboration autour de la séparation avec son fils et conclut sur le sentiment de complétude narcissique que lui apporte la naissance de son fils : « *c'est que du bonheur* » répète-t-elle.

### 2.2.5.3.1. CONSTRUCTION DU MATERNEL

#### 2.2.5.3.1.1. DESIR D'ENFANT

##### *Inscription du désir d'enfant dans l'histoire conjugale*

Initialement, le désir d'enfant d'Inès ne s'inscrirait pas dans une rencontre amoureuse, dans une histoire de couple. Depuis l'âge de 28 ans, elle le porterait seule quel que soit son conjoint. Néanmoins, au fil de leur histoire, Inès et Henry semblent s'être réunis autour de ce projet d'enfant à la suite d'une fausse-couche tardive. La douleur d'Inès confrontée à la perte de cet enfant à venir aurait permis à Henry de prendre la mesure de l'importance du désir d'enfant d'Inès : « *c'est là qu'il a vraiment vu que euh... être maman pour moi c'était important/ en fait il a/ il a totalement changé on va dire (...) c'est la la fausse couche la pire de cet.../ de ce bébé à dix-sept semaines ça nous a rapproché encore deux fois plus et lui ça lui a permis de/ de comprendre ma douleur plus ou moins* » (l. 480, 1<sup>er</sup> entretien). Ce drame aurait modifié la position subjective d'Henry : « *il prenait vraiment sa journée pour m'accompagner pour vraiment être présent à deux cent pour cent/ donc c'est.../ il a tout chang.../ça a tout changé...* » (l. 512, 1<sup>er</sup> entretien).

### *Racine infantiles de son désir d'enfant*

Les racines infantiles de son désir d'enfant s'entendent à travers ce qui s'apparenterait à la revendication d'une promesse œdipienne : « pour moi dans ma tête c'était je veux avoir un bébé d'ici... j'ai commencé en 2009 2010 j'aurai mon bébé ben non on est en 2014 et j'ai toujours pas mon bébé quoi » (l. 429, 1<sup>er</sup> entretien). A travers son désir d'enfant, Inès exprime avant tout un désir de devenir mère : « quand j'suis arrivée à douze semaines c'est-à-dire l'écho du premier trimestre le médecin m'avait dit euh... maintenant c'est bon vous êtes écartée de tout danger et ce jour-là **je m'voyais maman** / une semaine après j'ai / je l'ai perdu... » (l. 96, 1<sup>er</sup> entretien) ; « en fait y a des moments où... je me dis allez **bientôt je s'rai maman** et tout ou même ben... même s'il est pas là je suis déjà maman... mais après la réalité elle nous rattrape » (l. 116, 1<sup>er</sup> entretien) ; « Est-ce que ça va pas se passer comme les fois précédentes euh... donc voilà c'est... / on a envie / j'ai envie de m'projeter j'ai envie de dire que... **bientôt j'vais être maman** c'est... une des plus belles choses que franchement que j'attends quoi mais euh... trop peur / trop peur de trop m'régouir et après... / désillusion quoi... » (l. 128, 1<sup>er</sup> entretien). Devenir mère semble être un représentant de ce qui viendrait combler son manque à être. Elle énonce le souhait de « tout donner » à son enfant pour qu'il ne « manque de rien ».

#### 2.2.5.3.1.2. REMANIEMENTS IDENTITAIRES ET IDENTIFICATOIRES

### *Relations aux imagos parentaux*

Inès dévoile peu d'éléments sur sa relation à la figure maternelle. Lorsque je l'interroge sur sa relation à sa mère, elle écarte le sujet à plusieurs reprises. Inès annule ce lien filiatif en situant sa mère sur le même axe générationnel que sa fratrie : « que ce soit avec ma maman ou avec mes sœurs on est très proches très proches parce qu'on a quand même perdu notre papa assez jeune donc même si on est loin » (l. 807, 1<sup>er</sup> entretien). Le décès de son père serait identifié comme un évènement marquant de sa vie. Au troisième entretien, à travers des dénégations, se dit en creux une relation distanciée : « ma maman alors c'est pas que j'suis pas / je suis proche d'elle mais voilà sans / sans plus / on va dire je suis proche d'elle mais on va dire j'étais un peu plus proche de mon papa que de ma maman (...) mais en même temps je dirais pas que je suis pas proche d'elle / on est proche sans être proche (en riant) »

(l. 608-621, 3<sup>ème</sup> entretien). Contrairement à la relation avec son père qui semble très investie affectivement : « *c'est aussi pour ça que je veux me marier parce que euh le fait de savoir que pour lui le mariage c'était important je veux vraiment qu'il soit plus ou moins fier de moi quoi au final* » (l. 583, 3<sup>ème</sup> entretien). Sa grande sœur semble être une figure d'identification comme le signifie ce lapsus : « *j'ai juste dit à ma maman / fin pas à ma maman mais à ma sœur* » (l. 790, 1<sup>er</sup> entretien). Au troisième entretien, Inès formulera la relation privilégiée qu'elle entretient avec sa grande sœur : « *en fait quand j'ai commencé à faire mes fausses couches la seule personne qui euh avec qui je discutais énormément et ben c'est ma sœur ma grande sœur (...) donc elle était au courant de tout / donc euh à chaque fois que ça n'allait pas elle était au courant de tout euh je lui disais tout* » (l. 629, 3<sup>ème</sup> entretien).

#### Fragilité narcissique

Dans cette traversée psychique de la grossesse, les processus de régression narcissique amenant à réinvestir son narcissisme confronteraient Inès à sa fragilité narcissique. Au second entretien, lorsque, interpellée par le silence qui plane à ce sujet, je l'interroge sur sa rencontre avec son conjoint actuel, la narration de violences conjugales passées surgit : « *j'ai un passé qu'est quand même assez difficile parce que on m'a quand même frappée j'étais une femme / ben voilà avec mon ancien compagnon / on m'a quand même frappée (...) j'avais hon' j'ai même toujours honte de dire à par exemple à mes proches de dire que ben la personne avec qui je vivais avant ben me frappait quoi (...) il m'a même frappée que j'étais enceinte* » (l. 755-773, 2<sup>ème</sup> entretien). Les traces psychiques de ces violences conjugales seraient nouées avec la question conjugale et celle d'être enceinte : « *quand je suis tombée enceinte je pensais que tout allait arrêter parce que moi j'étais quand même enceinte (...) mais en même temps je m'suis sentie un peu piégée on va dire parce que j'étais enceinte je savais pas où partir j'avais honte* » (l. 1302, 2<sup>ème</sup> entretien). Dans ses représentations, être enceinte aurait dû la protéger de la violence physique de son ex-conjoint. L'expérience douloureuse de l'arrêt de sa grossesse à 14 SA semble lui avoir permis de prendre peut-être davantage conscience de la pulsion destructrice de son ex-conjoint : « *quand ça a repris oui j'en ai eu j'en ai eu marre quoi et parce que lui il voulait que je reprenne les médicaments pour retomber enceinte mais je m'voyais pas (...) même si là par contre le désir*

**d'enfant il était là mais pas avec un homme violent (...)** parce que moi c'est quelque chose mon enfant c'est autre chose » (l. 1312, 2<sup>ème</sup> entretien). Elle poursuit : « parce que j'me dis aujourd'hui c'est moi mais demain ce s'ra ce s'ra le bébé parce que si il peut m'frapper il peut aussi frapper l'enfant quoi et là c'était plus possible donc il m'a suppliée suppliée suppliée c'était non parce que faire ça c'est c'est être inconsciente aussi » (l. 1517, 2<sup>ème</sup> entretien). La mobilisation d'une fonction maternelle de protection lui aurait permis de se positionner subjectivement autrement dans la relation à l'objet amoureux. Néanmoins, Inès ne semble pas pouvoir interroger la maltraitance faite au fœtus : « même si j'ai eu des coups ça a rien à voir avec lui parce que je sais que le médecin il avait détecté une béance de col » (l. 1330, 2<sup>ème</sup> entretien). Elle se défend fortement de cette idée lui paraissant insupportable : « on va dire que c'est clair que ça n'a rien à voir avec lui » (l. 1352, 2<sup>ème</sup> entretien). Une culpabilité inconsciente s'exprimerait. Comment résonne fantasmatiquement pour elle ces bébés qui ne s'« accrochent » pas dans son corps meurtri ? A ce sujet, son conjoint serait celui qui l'aiderait à se reconstruire narcissiquement : « après quand j'ai connu mon/ mon conjoint actuel et que je lui ai raconté parce que/ voilà je voulais vraiment qui sache mon passé tout comme moi j'savais l'sien/ et c'est là qu'il m'a dit euh/ tu es c'que tu es il avait pas à te frapper » (l. 10451, 2<sup>ème</sup> entretien).

#### 2.2.5.3.1.3. VECU PSYCHIQUE DE LA GROSSESSE

##### *Annnonce de la grossesse*

Au regard de son parcours procréatif, l'annonce de cette grossesse s'inscrit dans la peur de la répétition. Inès ne peut plus se réjouir de cette annonce qui est davantage associée à l'angoisse de la perte qu'à la promesse d'une naissance. L'équivoque de sa formulation « j'ai peur que **ça** se reproduise » dirait-elle, en même temps que sa crainte de l'interruption de la grossesse, une peur inconsciente de se reproduire ? Que recouvre inconsciemment ce « ça » ?

##### *De l'impossibilité de se projeter à la remise en route de l'activité fantasmatique*

A 27 SA, Inès n'a plus aucune confiance en sa capacité procréatrice : « Est-ce que je vais arriver à tenir/ est-ce que mon bébé il sera là (...) j'ai peur quoi/ donc et c'est pour ça chaque

jour que j'gagne et ben c'est une petite victoire au final mais euh... tant qu'j'aurais pas mon p'tit bébé à côté de moi/ en parfaite santé ben... la peur elle s'ra toujours là... » (l. 215, 1<sup>er</sup> entretien). Toujours sidérée, elle ne parvient plus à se projeter : « j'arrive pas encore à dire que ben peut-être que dans quelques quelques semaines/ parce que j'ai encore quelques semaines à...à...à faire/ que je s'rai maman j'arrive même pas encore à dire ça/ je sais qu'y a le p'tit bout qui tient en moi qui grandit en moi mais est-ce que j'vais vraiment être maman » (l. 1207, 1<sup>er</sup> entretien). L'impossibilité psychique d'être dans des projections fantasmatiques la fait souffrir : « ça m'tue parce que j'ai toujours dit que pour mon premier bébé ben j'lui offrirai tout ce qui y a de plus beau et pourtant j'y arrive pas/ j'arrive pas à lui acheter des des trucs et du coup ben...ça m'tue... » (l. 1192, 1<sup>er</sup> entretien). Le vécu psychique de sa grossesse resterait suspendu à la succession des traumatismes au fil de la répétition des fausses-couches. Sa première fausse-couche a heurté sa représentation de la grossesse : « Pour moi une fois qu'on était enceinte on était enceinte quoi... je pensais pas qu'on pouvait perdre un enfant comme ça » (l. 645, 1<sup>er</sup> entretien). Sa quatrième fausse-couche à 14 SA, nouée à un contexte de violences conjugales, serait un deuxième traumatisme : « ben c'est bon maintenant voilà c'est... je vais avoir mon bébé/ et ben non (...) je savais pas que la fausse couche tardive existait » (l. 658-670, 1<sup>er</sup> entretien). Sa dernière fausse-couche à 17 SA écraserait totalement la dimension imaginaire : elle ne peut plus y croire. Plus aucune représentation ne peut venir border son angoisse : le vivant peut toujours s'arrêter à tout moment. Face au traumatisme que crée l'irruption du réel, Inès reste sidérée dans un hors sens. Pour tenter de faire advenir du sens, elle construirait un scénario fantasmatique. Elle serait plus manquante que les autres, soumise à la volonté d'un Autre qui se jouerait d'elle pour l'empêcher de devenir mère : « au jour d'aujourd'hui moi j'la (la vie) vois d'une façon et je me dis que le Bon Dieu y m'a pas gâté (...) voilà si aujourd'hui on m'accorde déjà cet enfant ça s'ra déjà... » (l. 1113, 1<sup>er</sup> entretien). Elle finit par se penser comme étant différente des autres femmes : « après on s'dit on n'est pas comme tout l'monde moi des fois j'dis à mon conjoint j'lui dis voilà j'suis pas j'suis pas comme tout l'monde » (l. 992, 1<sup>er</sup> entretien). Ce scénario plongerait-il ses racines dans sa place fantasmatique dans sa famille ? Lorsque je l'interroge sur ses relations familiales et notamment sur les enfants de ses frères et sœurs, Inès raconte que sa grande sœur a accouché très prématurément à 27 SA d'un de ses trois enfants. Elle pourrait s'identifier à

elle mais, au contraire, elle s'en différencie en minimisant cet évènement : « *c'était pas l'arrivée d'un bébé où tout le monde était inquiet (...) il était juste dans la couveuse pour prendre du poids* » (l. 933, 1<sup>er</sup> entretien). Elle conclut : « *On va dire que dans ma famille personne a/ a vraiment eu de soucis euh... par rapport euh/ à la grossesse (...) j'suis vraiment la seule quoi* » (l. 968, 1<sup>er</sup> entretien). Inès s'identifierait à celle qui serait la seule à être privée d'un droit légitime. Au second entretien, Inès évoque l'image d'elle-même avec laquelle elle s'est construite pour justifier le fait d'avoir accepté ces violences conjugales : « *dans ma famille/ dans mon entourage/ on disait toujours que celle qui a le plus mauvais caractère c'était moi et donc du coup moi j'l'ai pris comme ça je m'suis dit t'as ton caractère peut-être c'est dû à ça* » (l. 1467, 2<sup>ème</sup> entretien). Ne pas arriver à mener une grossesse à terme et être battue s'inscrirait dans la même logique subjective : « *c'était dur dur pas parce que c'était c'est lui qui m'manquait non loin d'là mais dur parce que dire que c'est encore un échec (...) on vit échec sur échec autant niveau bébé autant niveau de sa vie amoureuse ça c'est quand même un échec* » (l. 1542-15487, 2<sup>ème</sup> entretien). Dans une grande fragilité narcissique, Inès exprimerait le fantasme d'être coupable : « *moi j'suis une incapable au final (...) parce que le problème y vient vraiment de moi quoi (...) si j'arrive pas à garder un enfant c'est moi c'est moi et moi seule (...) je suis dans l'incapacité de euh/ de de faire un enfant (...) c'est c'est mon corps mon corps qui rejette tout ça* » (l. 1027- 1059, 1<sup>er</sup> entretien). Malgré le cerclage, le col s'est ouvert. Comment peut-elle vivre psychiquement ce corps qui ne cesse de s'ouvrir et de laisser s'échapper le bébé qui devrait être contenu ? Dans cette formulation « *c'est mon corps qui rejette tout ça* », s'exprimeraient des mouvements inconscients de rejet de ce qui ferait intrusion dans son corps. S'agirait-il d'un difficile traitement de la haine du fœtus ou d'un déplacement de la haine lié à l'intrusion psychique des violences subies dans son corps ?

A 30 SA, Inès apparaît moins angoissée. Se référant aux normes médicales des étapes développement physiologique du bébé, Inès parvient à se rassurer sur la survie de son bébé : « *je me projette maintenant je me dis voilà/ on a passé les trente/ je vais l'avoir mon p'tit loulou quoi alors que avant non/ avant j'avais encore peur* » (l. 98, 2<sup>ème</sup> entretien). Ce mouvement psychique lui permet d'être dans de sommaires projections fantasmatiques. Dé-sidérant peu à peu, le rapport au temps se modifie : « *dans le cap des vingt c'était voilà/ c'était l'angoisse et je voyais pas passer* » (l. 189, 2<sup>ème</sup> entretien). Dans un après-coup, elle

peut verbaliser la « mise entre parenthèses psychique » dans laquelle elle était : « pour moi j'étais là/ mais c'/ voilà j'attendais/ je savais pas ce qui allait se passer/ mais on vit pas quoi/ on vit dans l'angoisse on est là » (l. 284, 2<sup>ème</sup> entretien). Au fil de l'hospitalisation, la perception des mouvements fœtaux associée aux examens médicaux qui lui permet d'entendre les battements du cœur et de le voir, Inès prend peu à peu confiance dans le vivant même si cela reste fragile. Dans cette remise en mouvement de la vie fantasmatique, un bébé imaginaire peut se dire : « lui à l'intérieur il va/ il va bien/ j'espère que ça va continuer d'ailleurs mais je sais que lui il va bien (...) il bouge bien/ il grandit bien euh il est dans la courbe/ il a bon poids (...) je sais qu'il est là qu'il est bien » (l. 130-141, 2<sup>ème</sup> entretien). Inès peut alors historiciser sa grossesse en intégrant l'identité sexuée de son enfant : « pour moi j'étais persuadée qu'il était un p'tit loulou quoi (...) ben on va dire que j'suis tombée enceinte au départ euh voilà/ à douze treize semaines j'lui ai dit je sûre que c'est un p'tit garçon » (l. 632, 2<sup>ème</sup> entretien). Les modifications corporelles sont énoncées : « on voit qu'il grossit même quand je me regarde dans le miroir/ que je vois que le ventre y s'est arrondi » (l. 259, 2<sup>ème</sup> entretien). Inès nomme son enfant « mon p'tit bout » à plusieurs reprises ce qui n'est pas sans évoquer une complétude imaginaire de son manque à être. Inès se réjouit d'enfin « l'avoir » : « je vais l'avoir mon p'tit loulou » (l. 99, 2<sup>ème</sup> entretien). Proche de ce qu'elle pense être l'objet de son désir, l'angoisse se déplace : Inès a peur qu'un Autre lui prenne : « j'ai trop peur qu'on me le/ qu'on me sépare de lui au départ/ ça c'est/ ça va être une frustration si on le prend et on l'emmène (...) je veux encore euh passer euh ce cap là parce que j'ai envie d'avoir mon bébé avec/ j'veux pas qu'on m'le prend » (l. 339, 2<sup>ème</sup> entretien). L'objet de son angoisse prend la figure de la séparation à la naissance : « y a un truc qui me frustre c'est que si j'accouche et qu'on me le donne pas/ et qu'on le prend pour l'emmener au service en haut » (l. 304, 2<sup>ème</sup> entretien). Son conjoint partagerait cette évolution : « il avait peur et tout/ et lui aussi il commence aussi euh voilà à s'dire bon ben le p'tit loulou il s'ra là dans/ voilà dans quelques semaines/ et euh oui c'est/ il est comme moi on revit quoi on va dire » (l. 362, 2<sup>ème</sup> entretien). Néanmoins, Inès ne peut parler de son conjoint dans une altérité. Il serait davantage celui qui l'accompagne dans le vécu de sa grossesse : « il a souffert de ça et c'est pour ça que pour celle-là/ sachant que c'est pas une grossesse naturelle/ vu qu'il est une PMA/ hé ben il m'a accompagnée de A à Z » (l. 1018, 2<sup>ème</sup> entretien).

## 2.2.5.3.1.4. VECU DE L'ACCOUCHEMENT

Arrivée au terme de 37 SA, Inès voulait accoucher. Elle raconte avec amusement qu'à partir du moment où elle souhaitait accoucher : « *lui il voulait plus venir* » (l. 109, 3<sup>ème</sup> entretien). L'emploi de l'adverbe « plus » laisse entendre, qu'avant 37 SA, le bébé voulait sortir de son ventre. Cette projection exprimerait la dimension fantasmatique attachée de cette grossesse nouée à un désir d'expulsion.

Son rapide récit de l'accouchement met en avant le fait qu'il soit arrivé trop rapidement. Inès fait l'ellipse sur le moment de la naissance. Lorsque je l'invite à parler de ce moment, elle le qualifie de « *magique* ». Elle décrit un moment d'irréalité : « *il y a le bébé qui était là mais en même temps je me posais encore la question est ce que c'était vraiment mon bébé* » (l. 171 3<sup>ème</sup> entretien). A ce moment-là, elle s'appuierait sur l'attestation de son conjoint : « *en fait pendant ce jour-là je regardais mon mari j'disais mais t'es sûr c'est notre bébé t'es sûr parce que (rire) il me regardait ben oui tu as accouché oui mais voilà c'est* » (l. 196, 3<sup>ème</sup> entretien). L'énonciation « le bébé » et « mon bébé » dirait quelque chose de cet écart entre le bébé réel et le bébé imaginaire. Inès se défendrait de ce sentiment d'étrangeté en rationalisant par son vécu : « *après tout ce que j'ai vécu* », dit-elle à plusieurs reprises.

La séparation à la naissance aurait renforcé ce sentiment d'irréalité : « *est ce que j'ai pas rêvé est ce que je suis pas dans un rêve (..) il y a eu beaucoup de stress parce que il était pas avec moi comme dit il est parti même si il est parti il était bien mais il était quand même pas avec moi* » (l. 203, 3<sup>ème</sup> entretien). La formulation « *il est parti* » attribuerait à l'enfant la responsabilité de la séparation, ce qui peut s'entendre comme l'expression d'un ressentiment à son égard de l'avoir privée de ce qu'elle attendait depuis si longtemps : avoir un enfant à soi. Les formulations « *il était en permission en quelque sorte* » (l. 224, 3<sup>ème</sup> entretien) ainsi que : « *j'préfère quand même avant de me le donner qu'on est sûr qu'il ait rien du tout* » ou encore : « *c'est un p'tit peu frustrant de de d'entendre les bébés pleurer à côté et que nous le nôtre ben on l'a pas* » (l. 232, 3<sup>ème</sup> entretien) situerait l'enfant comme un don soumis à la volonté de l'Autre, dont le visage serait ici celui de la médecine. Cette façon de vivre les choses serait la continuité de la façon dont elle a vécu sa grossesse : « *si aujourd'hui on m'accorde déjà cet enfant ça s'ra déjà...* » (l. 1113, 1<sup>er</sup> entretien). Dans son récit,

Inès parle davantage de sa frustration de ne pas l'avoir eu à elle et de la peur qu'on lui prenne que de la rencontre avec le bébé réel.

#### 2.2.5.3.1.5. NOUAGE DES LIENS PRECOCES

##### *De la continuité fantasmatique entre la grossesse et la naissance*

De retour à domicile, Inès parle de sa peur ressentie dans les premiers temps passés avec son enfant : peur de le toucher, de lui faire mal. Elle s'inscrirait dans une sollicitude anxieuse exagérée qui évoquerait un difficile traitement de l'ambivalence, liée à la violence vécue de son parcours procréatif. Inès doit l'avoir constamment sous son regard comme si seul le regard pouvait permettre de soutenir le vivant : *« en fait tout ce que je fais il est/ voilà il est vraiment/ voilà et si si je dois faire un truc et que euh j'ai pas l'œil sur lui et ben j'attends que son père soit rentré »* (l. 740, 3<sup>ème</sup> entretien). Ce besoin de réassurance par la vision viendrait pallier une défaillance de la symbolisation, fragilisée par le traumatisme vécu. Elle fait alors appel au père de l'enfant pour apaiser ses angoisses. Il est intéressant de repérer que la première fois dans l'entretien où elle prénomme son fils, c'est lorsqu'elle évoque la place qu'elle fait au père : *« j'attends le soir on lui donne le bain le soir tous les deux lui ça pour le papa ça permet aussi d'être aussi euh de faire un p'tit truc avec euh avec Jules »* (l. 264, 3<sup>ème</sup> entretien). À ce sujet, le choix du prénom mérite d'être relevé : Jules est le masculin de Julie, la fille d'Henry. Comment entendre ce choix manquant de différenciation entre les deux enfants ? Envahie par des angoisses de mort : *« même si je sais que tout va bien on était chez le pédiatre elle m'a dit que tout va bien c'est un beau bébé il est quand même/ voilà il mange bien il y a pas de soucis mais il y a toujours cette petite peur (...) c'est toujours la peur de le perdre ça c'est clair et net »* (l. 760-782, 3<sup>ème</sup> entretien), Inès essaie peu à peu d'apprendre à faire confiance au processus de vie : *« hier même je me suis même étonnée parce que j'ai repassé il a pleuré un p'tit peu et il me restait encore quelques vêtements et j'me suis dit ben non maintenant c'est pas grave il va pleurer un tout petit peu mais je vais finir mon repassage »* (l. 770, 3<sup>ème</sup> entretien). Inès semble se tourner vers son conjoint pour être accompagné dans la construction du maternel.

### *De la préoccupation maternelle primaire à l'angoisse de la séparation*

Inès serait dans une préoccupation maternelle primaire. Totalement centrée sur son enfant, elle ferait couple avec lui : « *mon conjoint ben il est resté on va dire jusqu'à la fin de semaine avec nous* » (l. 290, 3<sup>ème</sup> entretien). « Nous » représente la dyade : mère/enfant. Inès serait pleinement centrée sur son enfant : « *la seule chose que j'ai envie moi c'est d'être à cent pour cent avec Jules parce que j'ai attendu ça tellement longtemps que voilà il y a que Jules au jour d'aujourd'hui/ il y a que lui / vraiment qui compte* » (l. 646, 3<sup>ème</sup> entretien). Propos qu'elle renforce : « *depuis qu'il est là ben j'm'en fous quoi (en riant) j'm'en fous c'est/ il y a que Jules qui compte/ le reste je m'en fous* » (l. 860, 3<sup>ème</sup> entretien). Libidinalement investi, Jules serait son objet de jouissance : « *quand je regarde Jules je me dis voilà / je revis* » (l. 477, 3<sup>ème</sup> entretien). Il lui permet de réaliser son désir de devenir mère ce qui semble réanimer son narcissisme de vie : « *Je revis parce que voilà c'est mon/ quand je le vois lui j'me dis jamais j'aurais pensé un jour pouvoir / j'aurais jamais/ même là j'regarde euh / j'regarde euh la date de la fête des mères et tout j'me dis c'est la première fois que je vais euh je vais / je vais faire euh voilà je vais fêter cette fête (...) aujourd'hui je revis alors que il y a un moment euh j'étais là mais être là* » (l. 891, 3<sup>ème</sup> entretien). L'anticipation de la séparation à venir liée à la reprise de son travail susciterait des projections maltraitantes : « *j'ai peur qu'on l'enferme dans une pièce et qu'on le laisse pleurer* » (l. 693, 3<sup>ème</sup> entretien). Inès serait en difficulté dans l'élaboration de la séparation symbolique avec son enfant réactivant des angoisses de perte.

## 2.2.5.3.2. RENCONTRE SUBJECTIVE AVEC LE DISCOURS MEDICAL ET LE MONDE HOSPITALIER

### 2.2.5.3.2.1. FIGURE DU MEDECIN DANS SON PARCOURS PROCREATIF

Au cours de son adolescence, Inès a subi une kystectomie ovarienne par coelioscopie. A l'occasion de cette intervention, un gynécologue a prononcé une parole concernant sa capacité procréatrice : « *si un jour j'voulais avoir des enfants ben fallait passer par un traitement* » (l. 413, 1<sup>er</sup> entretien). A 28 ans, Inès a commencé à faire des traitements pour être enceinte par recours aux stimulations ovariennes. Inès attend de la médecine qu'elle pallie son « *incompétence* » procréative. Après six fausses-couches, Inès décide « *d'arrêter avec ce médecin et d'aller en PMA* » (l. 279, 1<sup>er</sup> entretien). Cette formulation

équivoque évoque une relation de couple : ce médecin qui ne lui permettrait pas d'être enceinte serait quitté. La mise en perspective avec son désir d'enfant qui n'aurait pas besoin de se soutenir d'un désir conjugal renforcerait cette hypothèse.

Investie d'un savoir absolu, être confrontée au savoir barré de la médecine s'avère difficilement supportable pour Inès : *« je pose toujours... tous les jours les médecins viennent me voir et tous les jours je leur pose la même question/ mais j'aurai jamais la réponse parce que eux-mêmes y savent pas... »* (l. 210, 1<sup>er</sup> entretien). Dans une non acceptation de ce savoir manquant, elle exprime son sentiment de ne pas être suffisamment renseignée par les médecins, ce qui justifie les recherches et les démarches entreprises. Des mouvements agressifs s'expriment : *« faut pas faire espérer une femme quoi faut pas lui dire des choses parce que... voilà on peut pas dire »* (l. 676, 1<sup>er</sup> entretien).

Dans son discours, la figure du médecin serait clivée en fonction de sa capacité à soutenir ou non son désir d'enfantement. Elle rapporte des propos d'un médecin vécus de façon violente : *« quand j'ai fait ma sixième fausse-couche un médecin un professeur m'a dit euh... quand j'suis arrivée ouais mais y a un moment faudrait peut-être penser à adopter parce que voilà vous arrivez pas vous arrivez pas »* (l. 249, 1<sup>er</sup> entretien). À contrario, elle met en avant l'accompagnement d'une gynécologue qui aurait eu une fonction d'étayage narcissique en mettant en avant la croyance qu'elle avait en elle : *« elle était sûre que j'allais y arriver (...) elle a abandonné ses patientes pour être auprès de moi (...) ça m'a beaucoup touchée »*.

#### 2.2.5.3.2.2. VECU DE L'HOSPITALISATION POUR MAP

Face à l'annonce de l'hospitalisation pour MAP, Inès ressentirait de l'ambivalence : *« d'un côté je me dis voilà c'est bien parce que je suis entourée d'une équipe médicale ici et que s'il se passe quelque chose le fait d'être sur place donc ça me rassure/ mais d'un autre côté je m'dis si j'suis ici c'est qu'y a un souci »* (l. 186, 1<sup>er</sup> entretien). Cette formulation exprime le conflit psychique entre sa manière de vivre sa grossesse dans la réalité et son idéal. En après-coup, un mois après, elle peut exprimer l'angoisse ressentie au moment de l'hospitalisation à 25 SA : *« Quand je suis rentrée c'était euh le stress total parce que quand*

*je suis rentrée je pensais que j'allais accoucher dans les quarante-huit heures qui suivaient »* (l. 229, 2<sup>ème</sup> entretien).

Ne pouvant difficilement subjectiver sa grossesse, Inès semble ne pouvoir que se raccrocher à une norme médicale objectivante qui aurait valeur de vérité. La représentation de sa grossesse serait pensée en référence aux étapes de développement physiologique du fœtus. De façon défensive, son discours ne se réfère qu'à la succession des semaines d'aménorrhées pour tenter de dire son vécu psychique de la grossesse.

Après un mois d'hospitalisation, les examens quotidiens : échographie, monitoring lui auraient permis d'apaiser ses angoisses : *« au fil du temps bon ben euh toutes les choses que j'avais pas à la maison/ tous les jours j'ai un tracé/ je l'entends/ je le sens plus bouger/ tout ça rassure aussi »* (l. 124, 2<sup>ème</sup> entretien). Cette surveillance quotidienne associée aux paroles rassurantes des professionnels de soin : *« on me dit que tout va bien au final je sais que y a juste une question de col »* (l. 130, 2<sup>ème</sup> entretien) l'accompagnent dans sa capacité à soutenir le narcissisme de vie de l'enfant qu'elle porte afin de pouvoir être dans des projections fantasmatiques. Inès n'a finalement pas pu rester à domicile avant l'accouchement : *« en gros j'ai fini ma grossesse quasi à l'hôpital quoi »* (l. 71, 3<sup>ème</sup> entretien). La longue hospitalisation d'Inès aurait eu une fonction d'étayage narcissique et d'enveloppe psychique pour l'aider à contenir l'enfant.

#### 2.2.5.4. Conclusion

Son témoignage permet d'entendre l'importance des éprouvés corporels pour soutenir des éprouvés relationnels dans le vécu psychique de la grossesse. En difficulté de symbolisation, Inès se serait étayée sur le voir, le sentir, l'entendre venant de l'extérieur pour parvenir à construire une représentation interne de son enfant, mise à mal par le traumatisme vécu des fausses-couches à répétition. Il illustre également la continuité fantasmatique pendant la grossesse et après la naissance. L'angoisse de perte qui n'a pu être élaborée se rejouerait dans la relation à l'enfant. La suspension des projections fantasmatiques aurait entravé la construction de la relation imaginaire avec l'enfant pendant la grossesse. Face au bébé réel, la dimension fantasmatique serait alors difficilement bordée par cette fonction qu'aurait pu avoir la relation imaginaire.

## 2.2.6. SYNTHÈSE

### ANALYSES DES ENTRETIENS DE RECHERCHE DU GROUPE DE FEMMES HOSPITALISÉES POUR MENACE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ (MAP)

#### 2.2.6.1. *Contexte du terrain de recherche*

Familière des services hospitaliers par mon travail de psychologue clinicienne en service de pédiatrie, je découvre l'univers de ce service dans lequel sont hospitalisées des femmes qui se retrouvent confrontées à l'annonce d'un risque parfois vital pour l'enfant qu'elle porte ou pour elle-même. Plus ou moins traumatisante, une hospitalisation pour MAP vient à minima en rupture avec le déroulement d'une grossesse. Au lieu d'être gratifiante, la grossesse devient menaçante pour la femme qui se sent blessée dans son narcissisme. Je suis en train de construire mon cadre de recherche lorsque je rencontre ces femmes dans ce moment de leur vie très chargé émotionnellement, et je suis touchée par l'intensité de l'expérience subjective qu'elles traversent. Ces entretiens de recherche sont le fruit de nos rencontres. Très soucieuse de l'impact psychique que pouvaient avoir ces entretiens de recherche sur le vécu de leur grossesse, le cadre de ces entretiens en termes de durée, d'intervalle entre les rencontres, se serait construit dans la rencontre au risque parfois de n'être pas suffisamment directive. Il en résulte des entretiens plus longs que les autres en au cours desquels je m'autorise moins à intervenir. Cette observation émerge en après-coup de l'analyse de l'ensemble des entretiens qui met en lumière une évolution et une différence dans ma façon de me positionner au fil des rencontres mais aussi et surtout en fonction de leur contexte.

#### 2.2.6.2. *Analyse longitudinale et comparative*

L'approche longitudinale de ce deuxième groupe permet de repérer l'évolution des processus psychiques au cours de la grossesse et après la naissance de l'enfant pour chaque femme rencontrée. L'approche comparative vise à explorer l'impact psychique d'une hospitalisation pour MAP dans la construction du maternel que la naissance soit très prématurée ( $\leq 33$ SA) ou à terme ( $\geq 37$  SA). La présentation des résultats de l'analyse des cinq situations singulières est synthétisée et articulée en fonction des hypothèses de recherche.

Dans ce deuxième groupe, trois d'entre elles : **Safia**, **Carole** et **Alice** accouchent très prématurément à respectivement 32 SA, 29 SA et 33 SA après une hospitalisation pour MAP d'une semaine pour Safia et Carole et de deux semaines pour Alice. Les deux autres : **Emma** et **Inès** mènent leur grossesse quasiment à terme, respectivement à 36 SA et à 37 SA après une hospitalisation pour MAP de trois mois. Dans un souci de clarté, je vais présenter les résultats en fonction du terme de la naissance de l'enfant en distinguant celles qui ont accouché très prématurément et celle qui ont accouché à terme.

### 2.2.6.3. *Construction du maternel*

#### 2.2.6.3.1. VECU DE LA GROSSESSE

De manière générale, les femmes de ce groupe parlent peu du vécu de leur grossesse que ce soit celui avant ou pendant l'hospitalisation pour MAP. L'effraction psychique de l'annonce d'une menace sur le déroulement de leur grossesse écraserait l'imaginaire et suspendrait les projections fantasmatiques. Lorsqu'un risque de mort ou d'anomalies serait évoqué, la représentation du bébé s'effacerait face à un risque de désorganisation psychique liée à d'intenses angoisses venant menacer l'intégrité corporelle et psychique. Le repérage de l'émergence de processus défensifs archaïques : clivage de l'objet, déni (...) visant à annuler le sentiment d'être enceinte en attesterait. À l'instar du déni de grossesse, ce mouvement défensif mettrait en lumière la primauté de la dimension psychique de la grossesse sur sa dimension physiologique.

Dans les situations de naissances très prématurées, **Carole** et **Safia** ne parlent pas de bébé imaginaire, ni de l'expérience subjective relative au ressenti des mouvements du fœtus ou aux examens médicaux (échographie, monitoring). Comparativement aux femmes enceintes du groupe témoins, au même âge gestationnel, la différence est saisissante. Pour celles qui ne sont pas en difficulté dans la traversée psychique de la grossesse, un sentiment de plénitude qui nourrit le déploiement d'une relation imaginaire avec le bébé est sur le devant de la scène. Pour Carole et Safia, la survenue de la naissance prématurée de leur enfant rend impossible la réalisation d'un second entretien pendant leur grossesse, ce qui aurait pu permettre de repérer une éventuelle évolution des processus psychiques. Cette absence narrative sur le vécu de la grossesse est-elle le reflet d'un

désinvestissement instantané de la grossesse liée à l'impact psychique de l'annonce d'une menace sur le déroulement de la grossesse ou est-ce en lien une difficile objectalisation du fœtus précédant l'hospitalisation ? **Alice** serait dans une difficulté d'une représentation évolutive du processus gestationnel en lien avec un difficile investissement libidinal de la grossesse dès la conception de son bébé. L'annonce d'une probable imminence de son accouchement aurait gelé toutes projections fantasmatisques jusqu'à l'annulation de son sentiment d'être enceinte. Après dix jours d'hospitalisation, Alice aurait trouvé les ressources psychiques pour réinvestir sa grossesse et remettre en route ses projections imaginaires en s'accrochant à son scénario imaginaire dans lequel le bébé imaginaire serait investi d'une puissance phallique pouvant combler son manque à être, ainsi qu'en s'étayant sur les examens médicaux. Dans le groupe de femmes ayant accouché prématurément (1<sup>er</sup> groupe), nous retrouvons le même effacement du vécu de la grossesse dans leur discours, ce qui irait dans le sens de l'hypothèse d'un désinvestissement de la grossesse liée à l'effraction de la menace d'un risque de mort. Dans ce premier groupe, la difficulté de repérage et d'identification des signes avant-coureurs d'une anomalie dans le déroulement de la grossesse interroge : serait-elle un effet d'un récit en après-coup ou l'indicateur d'un rapport particulier au corps ? Dans ce deuxième groupe, nous retrouvons également un difficile repérage des signes avant-coureurs d'une anomalie pour deux d'entre elles. Emma n'identifie pas les contractions et Carole minimise les éventuels effets de son hypertension artérielle. Ces éléments ne permettent cependant pas d'approfondir l'hypothèse d'un rapport particulier au corps.

Dans les situations de naissances à terme, se repère une évolution des processus psychiques à l'œuvre dans le discours **d'Emma** et **Inès** entre les deux entretiens réalisés au cours de l'hospitalisation respectivement à 15 jours et à 1 mois d'intervalle. Peu à peu, émergerait la représentation d'un bébé imaginaire. A 29 SA, Emma serait aux prises d'angoisses prégénitales la menaçant dans une confusion des corps et des psychés qui serait insupportable, ce qui générerait un désir d'expulsion de l'objet interne. Cette difficile objectalisation du bébé serait davantage en lien avec des remaniements psychiques difficiles qu'avec un effet traumatique. A 31 SA, plus ancrée dans la réalité de l'expérience de sa grossesse, Emma peut évoquer la perception des mouvements fœtaux et la surprise de pouvoir être en relation avec cet autre en elle. Les projections

fantasmatiques resteraient ambivalentes avec une tonalité parfois persécutrice. A 26 SA, Inès est dans la sidération en lien avec la peur de la répétition des fausses-couches précédentes et n'est plus en capacité psychique de se projeter. A 30 SA, au fil du temps qui passe et des expériences corporelles via la perception des mouvements fœtaux associée aux examens médicaux qui lui permettent d'entendre les battements du cœur et de le voir, Inès s'autorise psychiquement à penser ce bébé à venir en se dégageant peu à peu de ses angoisses concernant la survie de son bébé.

#### 2.2.6.3.2. VECU DE L'ACCOUCHEMENT

Dans les situations de naissances très prématurées, ce ne serait pas tant l'accouchement en tant qu'évènement de corps mais davantage le moment de l'annonce d'une anomalie qui ferait effraction. L'accouchement ne ferait pas rupture. Contrairement aux femmes ayant accouché prématurément sans MAP qui commencent par le récit traumatique de l'accouchement il s'inscrirait dans la continuité d'un vécu déjà traumatique. Le fait de les avoir rencontrées avant la naissance donnerait accès à l'état d'angoisse intense qui précède l'accouchement en cas de MAP. Le traumatisme se logerait davantage par l'effraction du réel contenu dans une parole annonçant une MAP. Dans le premier groupe, l'analyse des entretiens de Barbara et Juliette, hospitalisées pour MAP, mais rencontrées rétrospectivement, souligne qu'elles ne semblent pas avoir été traumatisées par la naissance très prématurée de leur enfant. Etant les seules de ce groupe à avoir été hospitalisées pour MAP, l'hypothèse que l'hospitalisation aurait préservé la dimension fantasmatique par l'anticipation qu'elle permet, contrairement à un accouchement en urgence, a été avancée. Or, l'analyse des entretiens d'Alice, de Safia et de Carole met en lumière un envahissement des angoisses de mort pour le bébé ou pour elle-même. Elles semblent être dans un état de sidération qui leur empêche toute anticipation de l'accouchement vécu alors de façon soudaine et traumatisante. Ces analyses invalident donc l'hypothèse d'une fonction de protection de la dimension fantasmatique par l'hospitalisation. Ce n'est pas parce qu'un évènement peut être pensé qu'il prépare le psychisme à le supporter. Pour **Safia, Alice** et **Carole**, la naissance serait vécue dans un sentiment d'irréalité. Le mouvement défensif précédent l'accouchement, visant à annuler le sentiment d'être enceinte pour faire face à une menace de désorganisation interne, renforcerait ou ferait peut-être le lit de ce sentiment d'irréalité. Si elles ne sentent plus

enceintes, comment peuvent-elles faire naître un enfant ? Notons que toutes les trois ont eu une césarienne. Le manque d'éprouvés corporels suivi d'une absence de l'enfant : ne pas le voir, ne pas le toucher, ne pas l'entendre, ... participerait à la difficile symbolisation de la naissance.

Dans les situations de naissances à terme, pour **Inès** et **Emma**, l'accouchement est attendu. Pour toutes les deux, l'accouchement a été déclenché à la suite d'un risque d'infection. Inès a accouché par césarienne et Emma par voix basse. Inès met en avant avec amusement la projection qu'au moment où elle souhaitait accoucher : « *lui ne voulait plus sortir* ». Peut-être que fantasmatiquement à avoir tant désiré le garder en elle, accepter de le laisser sortir n'était pas simple pour elle ? Inès parle davantage de la séparation des corps et de sa frustration de ne pas avoir pu le garder avec elle dans sa chambre en raison de l'hospitalisation de Jules en néonatalogie. À ce moment-là de l'entretien, Inès est préoccupée psychiquement par la perspective de la séparation à venir avec son enfant en lien avec la reprise du travail. Sans doute cela est à l'œuvre dans son récit. **Emma** est surprise de l'écart entre ce qu'elle s'était imaginée et la réalité de son accouchement. Alors qu'elle exprime avec force son souhait d'accoucher depuis le début de son hospitalisation, au moment de l'accouchement, elle dit paradoxalement ne pas se sentir prête. Par manque d'éprouvés corporels, elle exprime le sentiment de ne pas avoir vécu son accouchement, propos qui s'apparentent à ceux des femmes qui ont accouché prématurément.

#### 2.2.6.3.3. RENCONTRE AVEC LE BEBE REEL ET NOUAGE DES LIENS PRECOCES

Dans les situations de naissances très prématurées, **Carole et Safia** seraient celles qui seraient le plus en difficulté dans la rencontre avec le bébé réel. Pour **Safia**, l'investissement de sa fille serait pris dans le deuil de sa propre mère. Envahie par sa propre détresse, elle ne pourrait être disponible psychiquement pour sa fille. Eloignée de la réalité de sa fille, Safia resterait porteuse de l'enfant fantasmatique qui lui permettrait de retrouver l'amour maternel perdu. Pour **Carole**, la confrontation à un bébé prématuré redoublerait sa difficulté à se représenter un bébé. Dans une difficulté à supporter le lien de dépendance absolue qu'impose un nouveau-né, ses projections fantasmatiques portent sur un enfant de trois ans. Ainsi, elles soutiendraient l'investissement libidinal de l'enfant

par la promesse narcissique qu'elles contiennent mais elles ne revêtiraient pas une fonction d'adaptation à la réalité du bébé. Quelles fonctions psychiques peuvent alors revêtir ces projections fantasmatiques ? Comment penser l'articulation entre les projections fantasmatiques nécessaires à la création d'un berceau psychique pour l'enfant et la nécessité d'une relation qui s'ancre dans la réalité pour pouvoir s'adapter aux besoins de l'enfant et entrer dans un état de préoccupation maternelle primaire ? Les projections fantasmatiques pourraient s'envisager comme les prémisses aux rêveries maternelles. La naissance de l'enfant dans sa confrontation au bébé réel opèrerait un changement de registre en passant d'une dimension intrapsychique à une dimension intersubjective. La persistance des angoisses de mort après la naissance entraverait l'entrée dans un état de préoccupation maternelle primaire mettant à mal le nouage des liens précoces.

A la naissance de son fils, **Alice** aurait traversé un moment de vacillement imaginaire ne pouvant reconnaître cet enfant comme le sien. L'absence de regard, de toucher et de voix aurait créé un « blanc » faisant rupture dans le sentiment de continuité d'existence. Contrairement à Safia et Carole, **Alice** semble avoir pu, dans un deuxième temps, s'appuyer sur la relation intime tissée pendant la grossesse et sur les éprouvés corporels au cours de la pratique du « peau à peau » pour se « reconnecter » à la trace de ce lien intime. Ce serait donc davantage la capacité psychique à construire un scénario fantasmatique offrant la possibilité de s'inscrire dans une continuité d'existence faisant ainsi face au traumatisme qui trouble le symbolique. La relation construite en anténatal aurait alors toute son importance. Le bébé imaginaire aiderait à amortir le choc de la rencontre avec le bébé réel. L'absence ou le désinvestissement du bébé imaginaire pendant la grossesse intensifierait-il la complexité de la rencontre avec le bébé dans la réalité ?

Comme pour les femmes du 1<sup>er</sup> groupe, nous retrouvons pour Alice et Carole ces deux temps successifs. Le premier temps traumatique de l'hospitalisation et de l'accouchement associé à l'empêchement de la rencontre intime mettrait à mal la rencontre entre la mère et son enfant. Impressionnées par la vision de l'enfant prématuré appareillé, elles ont peur de toucher leur enfant qu'elles peinent à reconnaître comme le leur. Il n'y a pas de regard auréolé. Dans un deuxième temps, la construction du maternel passerait à travers la mise en circulation du pulsionnel : éprouvés corporels, pulsion scopique, pulsion invoquante.

Ces expériences corporelles rendraient alors possible des éprouvés relationnels, ce qui permettrait d'investir libidinalement l'enfant, mouvement psychique nécessaire à sa phallicisation afin de pouvoir le supposer sujet et d'entrer dans une préoccupation maternelle primaire.

La pratique du peau à peau participerait à l'investissement libidinal de l'enfant. Cette pratique, valorisée par la plupart des services de néonatalogie contemporains, opèrerait telle une réparation de ce qui aurait été vécu comme un arrachement à la naissance. Le toucher, sens réflexif, permettrait de renouer dans un corps à corps afin de pouvoir symboliser la naissance de l'enfant. Ces temps d'échanges avec le bébé seraient aussi ceux au cours desquels la mère peut être seule avec son enfant sans l'intermédiaire des professionnels de soin. A travers la nudité de l'enfant, c'est toute la dimension de l'intime qui est alors convoquée. Pris dans un discours médical et social valorisant, l'investissement de cette pratique serait aussi une manière de restaurer le narcissisme blessé de n'avoir pu mener leur grossesse à terme. En prenant appui sur cette pratique et s'étayant par une identification possible avec la figure de la grand-mère maternelle sur l'inscription de sa fille dans la chaîne des générations, **Carole** trouverait le chemin pour investir libidinalement sa fille. Néanmoins, sa difficile représentation d'un nouveau-né renforcée ici par la prématurité de sa fille se traduit par le sentiment que sa fille n'est pas encore un vrai bébé et qu'elle n'est pas encore une vraie maman. Parmi l'ensemble des femmes ayant accouché prématurément que j'ai rencontrées, **Safia** est la seule femme qui ne parle pas de la pratique du peau à peau. De manière générale, Safia serait restée à distance de l'univers hospitalier leur confiant sa fille. La dimension culturelle serait à prendre en compte dans cette situation. Si dans notre culture, il est reconnu que le nouveau-né a besoin de la présence de sa mère, qu'en est-il de ses représentations des besoins psychiques d'un nouveau-né dans sa culture ? Avant le retour à domicile de Nora, Safia n'aurait pas encore noué de lien intime avec elle. Safia serait dans une attention anxieuse. Quand le sentiment maternel défaille, la catégorisation des « bébés prémas » viendrait boucher le trou de l'étrangeté. Se soutenant de ses projections fantasmatiques, elle essaie peu à peu de construire une relation encore fragile. Comparativement à celles qui rencontrent des difficultés de nouage des liens précoces dans le 1<sup>er</sup> groupe, se retrouve, pour Carole et Safia, le recours à la catégorisation médicale des « prémas ». La

représentation d'un bébé fragile, issue du discours social et médical, imprimerait sans doute une tonalité anxieuse dans l'attention portée à l'enfant, ce qui aurait un effet dans le nouage des premiers liens.

Dans les situations de naissances à terme, un sentiment d'étrangeté s'énonce dans la confrontation avec le bébé réel. Le discours d'**Emma** et d'**Inès** s'apparente alors à celui des femmes ayant accouché à terme dans le groupe témoin. Emma s'étonne et s'amuse de l'écart entre sa représentation du bébé à l'intérieur et celui de la réalité. Le bébé imaginaire était un bébé costaud qui n'était pas serein dans son ventre et qui la tapait pour lui exprimer son malaise. Le bébé qui naît est en réalité « tout rikiki » et lui fait de la peine flottant dans son grand pyjama. Dans les trois premiers jours, Emma se défendrait d'une difficulté d'investissement libidinal en projetant des fantasmes de rapt. La découverte d'une jaunisse aurait eu l'effet d'un « dé clic ». Autour d'une prise de conscience que son bébé avait besoin d'elle et d'un mouvement d'identification autour de la solitude, quelque chose du lien s'arrimerait. Néanmoins, l'absence de regard auréolé associée à la façon dont cette naissance prend place fantasmatiquement dans son histoire singulière et dans son histoire de couple inscrirait une fragilité dans le nouage des liens précoces. Inès se demande si ce bébé est vraiment le sien. Après le retour à domicile, toutes les deux seraient dans une difficulté à être seule en présence de leur enfant. Elles auraient besoin de l'étayage d'un autre : son mari pour Inès et sa mère pour Emma. Au fil des jours, Inès prend peu à peu confiance dans ses capacités maternelles. Tellement pétrie d'angoisses de mort pendant sa grossesse, elle s'inscrirait dans une sollicitude anxieuse exagérée qui évoquerait un difficile traitement de l'ambivalence. Inès doit avoir constamment son fils sous son regard comme si seul le regard pouvait soutenir le vivant. Ce besoin de réassurance par la vision viendrait pallier une défaillance de la symbolisation, fragilisée par le traumatisme vécu. Des angoisses de séparation impacteraient la relation à son fils.

#### *2.2.6.4. Rencontre subjective avec la médecine et son discours*

##### **2.2.6.4.1. PARCOURS PROCREATIF**

Trois femmes de ce groupe ont des antécédents gynécologiques et obstétricaux et/ou médicaux. **Carole** a une expérience douloureuse dans cet hôpital dans lequel une

péritonite passée n'aurait pas été détectée. Quelques années plus tard, elle aurait subi une IVG dont elle ne parle pas au cours des entretiens de recherche. Pour **Alice** et **Inès**, leur désir d'enfant serait marqué par des paroles de médecins leur prédisant des difficultés pour avoir un enfant. A l'âge de 20 ans, Alice subit une IVG dont elle exprime son intense sentiment de culpabilité et de honte liées à cette décision. Quelques années plus tard, la découverte d'une malformation utérine présageant d'un risque élevé de fausses-couches viendrait mettre à mal son scénario imaginaire infantile sur lequel repose son désir d'enfant et la fragiliser dans sa confiance en sa capacité d'enfantement. Inès, dès son adolescence, à la suite d'une kystectomie ovarienne, s'impose l'idée de devoir recourir à des traitements d'aide à la procréation au moment où elle désirerait avoir un enfant. **Inès** a vécu sept fausses-couches avant cette grossesse sous PMA au cours de laquelle elle resterait sidérée par la peur de la répétition. La grossesse suivant une interruption de grossesse qu'elle soit volontaire ou non peut réactiver le deuil non élaboré du fœtus disparu et la peur de la répétition de l'histoire précédente.

#### 2.2.6.4.2. VECU DE L'HOSPITALISATION POUR MAP

Pour **Alice** et **Inès**, l'annonce de l'hospitalisation pour MAP viendrait donner corps à un fantasme menaçant leur désir d'enfant. Cet évènement viendrait s'inscrire dans une trame fantasmatique dans laquelle les paroles médicales passées pourraient prendre valeur d'oracle. Pour Alice, les difficultés rencontrées pendant le déroulement de la grossesse seraient interprétées dans un fantasme d'être punie pour avoir transgressé l'interdit du meurtre en pratiquant un IVG. Les difficultés de représentation évolutive de la grossesse serait-elle aussi en lien avec l'impact psychique de l'IVG comme si Alice était psychiquement restée suspendue à l'interruption de cette première grossesse ou dans un désir inconscient de renouer avec le bébé de cette grossesse précédente ? Pour Inès, cette hospitalisation pour MAP renforcerait son sentiment d'être incapable de mener une grossesse à terme avec peut-être la réactivation d'un fantasme d'interdit de procréer. Pour **Carole**, être hospitalisée dans le lieu réactiverait une expérience douloureuse dans laquelle sa survie était en jeu. Que la naissance soit très prématurée ou à terme, le fait d'être hospitalisée pour MAP s'inscrirait comme une blessure narcissique de ne pouvoir mener une grossesse idéale. Elles expriment toutes le regret de ne pas avoir pu « profiter » de leur grossesse, terme se référant au discours social idéalisant la grossesse.

Le sentiment d'avoir été privées de la promesse d'un bonheur comblant s'exprimerait. Pour **Emma et Safia**, cette hospitalisation est inattendue. Pour Emma, elle viendrait faire tiers dans une situation conflictuelle. Pour Safia, elle ferait effraction et réactiverait le deuil traumatique de sa mère qui n'est pas sortie vivante de l'hôpital.

Dans les situations de naissances très prématurées, Carole et Safia sont hospitalisées pour MAP pendant une semaine et Alice pendant deux semaines. Aux prises de difficiles remaniements identitaires et identificatoires avec la figure maternelle, **Alice** déplacerait transférentiellement sur les professionnels de soin cette tentative de conflictualisation. **Carole**, en colère contre les professionnels de soin, aurait un sentiment d'enfermement suscitant des angoisses de nature persécutive. Elle s'en défendrait avec beaucoup d'agressivité en ne se soumettant pas aux injonctions médicales pour peut-être chercher à se positionner subjectivement autrement. L'intensité de l'angoisse mobiliserait des défenses archaïques comme le déni et le clivage de l'objet contre une menace de désorganisation interne. **Safia**, quant à elle, serait dans l'effroi, terrorisée à l'idée de mourir mais elle ferait confiance aux discours des professionnels de soin qu'elle investit comme sachants. L'hospitalisation pour MAP ne leur aurait pas permis de se préparer psychiquement à l'idée d'accoucher prématurément, événement qu'elles vivent de façon soudaine et traumatisante. Alice et Safia aurait un sentiment de solitude par rapport à leur conjoint qui minimiserait l'impact psychique de cette hospitalisation. Elles souffrent de ne pas se sentir comprises par eux. Pour le conjoint d'Alice, le danger encouru pour sa femme entraînerait des sentiments de rejets envers le bébé, ce qui déstabiliserait Alice sur son désir d'avoir cet enfant. Carole, quant à elle, s'appuierait beaucoup sur l'étaillage que lui apporte la relation à son conjoint pour supporter cette situation d'hospitalisation qu'elle vit comme un enfermement.

Dans les situations de naissances à terme, **Inès et Emma** sont hospitalisées sur une durée de trois mois. Le vécu de l'hospitalisation ne serait pas traumatique. Au contraire, l'hospitalisation aurait davantage une fonction protectrice et contenante qui les aiderait dans la subjectivation de leur grossesse. Pour Inès, le discours rassurant des professionnels de soin associé à l'étaillage des examens médicaux apaise peu à peu ses angoisses afin de pouvoir reprendre peu à peu confiance dans le vivant afin de pouvoir soutenir le narcissisme de vie de son bébé. Emma projette différents mouvements

transférentiels sur les professionnels de soin ce qui participerait au processus de maternalité. Dans leur discours, elles se sentent accompagnées par leur conjoint, ce qui participe à un sentiment de contenance dans ce moment de fragilité psychique.

#### 2.2.6.4.3. VECU DE L'HOSPITALISATION DE L'ENFANT

Dans les situations de naissances très prématurées, une évolution des mouvements projectifs se repèrerait avant et après la naissance de l'enfant. Au moment du troisième entretien, la fille de Carole est hospitalisée en service de réanimation néonatale depuis 17 jours. Pour Carole, la naissance de Léa aurait modifié les enjeux transférentiels : ne se sentant plus menacée par sa grossesse, Carole peut se positionner subjectivement autrement par rapport aux professionnels de soin en reconnaissant le caractère bienveillant des soins qui lui ont été prodigués. Elle serait encore dans une grande angoisse de l'évolution de l'état de santé de sa fille, encore dépendante des soins pour sa survie. Accompagnée par son mari, ils se construisent peu à peu dans une identité de parents. Alice, quant à elle, après un mois d'hospitalisation avec son fils en chambre kangourou est de retour à domicile depuis seulement deux semaines. Trois jours avant la date du terme théorique, Alice est encore très « engluée » dans son histoire au cours de ce troisième entretien. Que ce soit avant ou après la naissance de son fils, Alice s'inscrirait dans des liens transférentiels intenses en projetant son agressivité sur les professionnels de soin jugés défaillants afin peut être de préserver son lien à son enfant. Alice paraît avoir vécu ce temps d'hospitalisation dans une certaine solitude malgré la présence de son mari. Lorsque je rencontre Safia à domicile, sa fille n'est rentrée que depuis une semaine, après un mois d'hospitalisation. Dans son discours, Safia ne paraît pas avoir été en lien avec les professionnels de soin. Restant à distance au cours de l'hospitalisation de sa fille, elle dit leur avoir confié sa fille.

Comparés à l'analyse des entretiens de recherche des femmes rencontrées dans le 1<sup>er</sup> groupe, les mouvements psychiques d'idéalisation et de clivage par rapport à l'équipe médicale et soignante ne se repèrent pas. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées. Le fait de les avoir rencontrées entre deux semaines et un mois et demi après la naissance de l'enfant, contrairement à six mois plus tard pour le 1<sup>er</sup> groupe introduit la dimension importante de la temporalité. Elles ne sont sans doute pas encore suffisamment à distance

pour avoir pu élaborer les liens avec les professionnels de soin et les inscrire dans leur histoire. En effet les enfants de Safia et d'Alice viennent de rentrer à domicile, la fille de Carole est encore hospitalisée en service de réanimation, ces femmes sont dans d'autres enjeux que celles rencontrées six mois plus tard. Le processus d'idéalisation, présent chez les femmes du 1<sup>er</sup> groupe, adviendrait peut-être secondairement quand le lien avec l'enfant serait plus assuré. Pour ces trois femmes, il n'y a pas eu de déplacements de l'enfant dans d'autres hôpitaux comme pour les quatre femmes du premier groupe. Or, ceux-ci réactivant un vécu initial d'arrachement et de vide lié à la double séparation à la naissance, seraient des moments de modifications des relations transférentielles.

Comparée à l'analyse des entretiens de recherche des femmes du groupe témoin, le rapport subjectif avec cet autre qu'est le monde hospitalier serait beaucoup plus investi. Lorsqu'une naissance se déroule sans particularités médicales et que l'enfant se porte bien, les relations avec les professionnels de soin n'auraient que peu d'impacts psychiques sur le vécu de la grossesse et de la naissance. Le fait que la survie soit sur le devant de la scène participerait de manière intime à l'investissement de ces liens dont la femme se retrouve dépendante. Dans le cas d'une naissance très prématurée, le fait de ne pouvoir s'étayer sur des identifications familiales contribuerait également à des mouvements d'identifications avec ceux qui seraient identifiés comme des « experts » des bébés nés prématurément, et ce peut être d'autant plus lorsqu'il s'agit d'un premier enfant.

Dans les situations de naissances à terme, le récit d'Inès et d'Emma au sujet du séjour à la maternité s'apparente de manière générale à ceux des femmes du groupe témoin. Notons tout de même que face à l'hospitalisation de trois jours de son fils en service de néonatalogie, Inès vivrait la séparation dans la continuité fantasmatique de sa grossesse. Le fait d'avoir son enfant serait soumis à la volonté de l'Autre, dont le visage serait ici celui de la médecine. Son conjoint était convoqué dans le processus de reconnaissance de cet enfant-là comme le leur. Emma, quant à elle, se serait sentie à la maternité à l'abri de ce qu'elle vit comme une tentative de main mise par certaines figures féminines familiales. Pour elle aussi, le rapport à cet autre qu'est l'hôpital s'inscrirait dans la continuité du scénario fantasmatique de la grossesse. Emma n'évoque pas la présence de son conjoint dans ce temps-là si ce n'est pour dire qu'elle ne s'est pas sentie comprise lorsqu'elle lui a

confié son désarroi de ne pas avoir envie de s'occuper de leur enfant pendant les trois premiers jours.

L'analyse des entretiens du groupe de femmes hospitalisées pour MAP que l'enfant naisse prématurément ou à terme apporterait des éléments sur les différents impacts psychiques que peut avoir une hospitalisation pour MAP sur le vécu de la grossesse (blessure narcissique, deuil de la grossesse idéale) et dans le nouage des liens précoces (préoccupation anxieuse liée à l'annonce d'une menace de la survie de l'enfant et/ou de la femme).

La confrontation à la menace de mort suspendrait l'investissement psychique de la grossesse et les projections fantasmatiques, ce qui mettrait à mal le nouage des liens précoces d'autant plus lorsque la femme enceinte rencontrait déjà des difficultés d'objectalisation du fœtus. L'hospitalisation en soi ne préparerait pas psychiquement à anticiper la survenue d'un accouchement prématuré, mais une hospitalisation de longue durée pourrait davantage assurer une fonction de contenance et participer à la subjectivation de la grossesse par le discours rassurant des professionnels de soin associés aux examens médicaux soutenant l'ancrage corporel de la réalité du processus gestationnel. Ces fonctions seraient davantage portées par le groupe au sens de l'équipe de soignants que par des relations intersubjectives particulières. Dans les récits, les professionnels de soin ne sont pas individualisés : « ils/elles » sont la façon de les nommer. Malgré le nombre limité de femmes dans ce groupe de femmes primipares hospitalisées pour MAP qui ne permet pas d'en inférer des généralités, la fragilité narcissique de quatre d'entre elles associée aux difficultés de remaniements identitaires et identificatoires dans la relation à la figure maternelle pour chacune d'elle mérite d'être soulignée. Le conjoint était présent dans chacune des cinq situations. Pour celles qui ont eu le sentiment de pouvoir partager cette expérience avec leur conjoint comme Inès ou Carole, le vécu de l'hospitalisation pour MAP (Inès) ou de l'enfant (Carole) semble aidant. Pour Safia ou Alice, le fait de ne pas se sentir comprises par leur conjoint semble majorer l'angoisse et la difficulté à vivre cette situation.

## 2.3. TROISIÈME GROUPE

### 2.3.1. ANALYSE ENTRETIENS DE RECHERCHE AVEC CLOTHILDE

#### 2.3.1.1. *Contexte de la rencontre*

Je rencontre Clothilde le jour de son échographie à treize semaines d'aménorrhées au service d'échographie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg à Hautepierre. Allant spontanément à sa rencontre en salle d'attente, je les invite, elle et son mari, Pedro, à m'accompagner dans un bureau de ce service. Lors de la présentation de ma recherche, Clothilde annonce d'emblée être plutôt encline à accepter de participer par solidarité avec ses collègues étudiants qui peinent à trouver des participants pour leurs recherches. C'est à ce sujet qu'elle précise être actuellement interne en service de psychiatrie infanto-juvénile et de ce fait sensible à ma recherche. Pedro l'encourage à participer. Clothilde accepte d'y réfléchir et me recontacte quelques semaines plus tard pour me faire part de son accord. Nous convenons alors d'un premier rendez-vous dans son bureau sur son lieu de stage en pédopsychiatrie à vingt-et-une semaine d'aménorrhées, soit à cinq mois de grossesse. Le deuxième et le troisième entretien de recherche auront lieu dans le même bureau de la faculté de psychologie. A trente-trois semaines d'aménorrhées, soit huit mois de grossesse, Clothilde est alors en congé de maternité depuis une semaine. Pour le troisième entretien, Clothilde choisit de venir accompagnée de sa fille Lucile, alors âgée d'un mois et demi. D'abord installée dans sa poussette, Lucile est rapidement prise dans les bras par Clothilde jusqu'à la fin de l'entretien, si bien qu'elle y participe à sa manière.

#### 2.3.1.2. *Anamnèse*

Clothilde, âgée de vingt-huit ans, est une jeune femme de très bon contact. Elle parle volontiers avec des capacités d'élaborations qui laissent entendre son travail d'analyse en cours chez un psychanalyste. Avec humour, elle peut aborder ses conflits psychiques. Son enfance est marquée par sa maladie : un syndrome de la « queue de cheval » qui est une compression médullaire entraînant des « petites paralysies » au niveau de la marche et au niveau sphinctérien. Aînée d'un frère qui n'a pas d'enfant, Clothilde entretient des relations conflictuelles avec sa mère et apaisées avec son père. Elle fait des études de

médecine au cours desquelles elle rencontre Pedro, ingénieur de formation. Après quelques années, ils décident de se marier. Pedro, d'origine italienne, est l'aîné d'un frère qui n'a pas d'enfant. Les parents de Pedro sont divorcés. En lien avec son père, il est en revanche en rupture avec sa mère avec qui il aimerait renouer contact en lien avec l'arrivée de leur enfant, ce qu'il fera après la naissance de sa fille. Enceinte quelques mois après leur mariage, Lucile sera la première enfant de la nouvelle génération pour les deux filiations maternelles et paternelles.

### 2.3.1.3. Analyse thématique des entretiens et hypothèses générales

Clothilde parle avec enthousiasme de sa grossesse. Elle commence l'entretien en énonçant la variabilité de son état psychique : en alternance entre des moments d'anxiété et de joie liée à la vision de son ventre qui grossit, « tous les jours je saute de joie en regardant mon ventre qui s'arrondit devant devant le miroir quoi » (l. 9, 1<sup>er</sup> entretien). La joie suscitée par sa capacité d'enfantement serait sur le devant de la scène. Elle aborde ensuite l'anxiété des premiers mois de la grossesse, majorée par l'incertitude de l'impact d'une grossesse sur sa pathologie neurologique. Après avoir parlé de son suivi médical de grossesse, Clothilde poursuit sur leur choix de couple de ne pas vouloir connaître le sexe de l'enfant. À la suite de mes questions, elle évoque la façon dont son mari et ses parents vivent l'annonce de cette grossesse. Associant sur ses relations conflictuelles avec sa mère, Clothilde se demande : « qu'est-ce que je vais faire avec ma mère maintenant que j'ai un bébé ? » (l. 520, 1<sup>er</sup> entretien). Elle conclut l'entretien sur ce qu'elle sait de sa propre naissance et sur la réjouissance à l'idée de pouvoir être en position passive, centrée sur son bébé.

A huit mois de grossesse, Clothilde se dit plus apaisée. Elle met en avant l'évolution de l'investissement affectif de son mari dans la grossesse. En congé de maternité depuis une semaine, elle parle de son plaisir d'« avoir la tête vide » mais le ventre plein. Ses projections fantasmatiques la plongeraient dans un état de plénitude. Dans ses projections en tant que mère, Clothilde aborde à nouveau ses conflits avec sa mère qui la déçoit de ne pas se réjouir de devenir grand-mère. Au fil de ces deux premiers entretiens, Clothilde serait dans l'élaboration de remaniements œdipiens afin de construire une représentation d'elle-même en tant que mère.

Au troisième entretien, Clothilde évoque comment l'arrivée de sa fille, née à trente-huit semaines d'aménorrhées, est venue « balayer » la crainte que l'état de grossesse lui manque, « *c'est passé à la trappe* » (l. 14, 3<sup>ème</sup> entretien). Elle poursuit sur la difficulté d'avoir été séparée de sa fille pendant les six heures suivant la naissance. Après avoir décrit la scène de la rencontre avec sa fille, Clothilde parle de la découverte du sexe à travers les mots de Pedro. A travers le choix du prénom de l'enfant se dit la poursuite des conflits générationnels avec sa mère. Clothilde revient sur la séparation précoce au moment de l'accouchement en associant avec un surinvestissement de l'allaitement « *je suis devenue une intégriste de l'allaitement* » (l. 173, 3<sup>ème</sup> entretien). Sur mon invitation, elle parle de la façon dont Lucile a été accueillie dans sa famille et sa belle-famille. Elle continue son récit sur la façon dont s'est noué le lien avec leur fille dans leur fonctionnement de couple. Enfin, en réponse à ma question, elle parle du suivi de sa grossesse et ouvre sur la projection des temps de séparation évoquant son besoin d'investir d'autres objets que sa fille. Clothilde aurait posé d'emblée un regard auréolé sur sa fille. La séparation précoce aurait renforcé cet investissement libidinal avec un surinvestissement de l'allaitement en réparation de la coupure de la césarienne, redoublée en quelque sorte par la séparation. La rencontre avec leur fille s'inscrirait dans leur désir d'enfant pris dans leur histoire de couple. Elle serait inscrite comme l'enfant du couple. Accompagnée, soutenue par son mari, Clothilde serait entrée dans un état de préoccupation maternelle primaire.

### 2.3.1.3.1. CONSTRUCTION DU MATERNEL

#### 2.3.1.3.1.1. DESIR D'ENFANT OU EST-CE QUE MON CORPS PEUT PORTER UN ENFANT ?

Clothilde évoque un désir d'enfant ayant émergé depuis une dizaine d'années qu'elle ressent comme exacerbé par une fonction de maternage très idéalisée exercée avec son filleul depuis l'âge de dix-sept ans. Son désir d'enfant se renforcerait avec la possibilité concrète de pouvoir réaliser ce projet, « *après le mariage ça s'est un peu transformé parce que ça devenait tout d'un coup possible* » (l. 42, 1<sup>er</sup> entretien). Au fil de l'entretien, s'énoncent peu à peu ses angoisses quant à sa capacité d'enfantement liés aux effets fantasmatiques de sa maladie, « *comme j'ai eu des soucis de santé quand j'étais petite / j'étais là / est-ce que j'en suis capable de faire un bébé est-ce qu'on va y arriver* » (l. 46-48, 1<sup>er</sup> entretien). L'inquiétude de son père par rapport aux effets négatifs d'une grossesse sur l'évolution de

son syndrome de la queue de cheval serait renforcée par celle des neurologues qui ont préconisé des examens. En refusant de s'y soumettre, Clothilde tenterait-elle de « sauver » son désir d'enfant de sa prise dans l'effet anxiogène du discours médical ?

#### 2.3.1.3.1.2. VÉCU DE LA GROSSESSE : DE L'ANGOISSE DE LA PERTE AU SENTIMENT DE PLENITUDE

De manière générale, le vécu de sa grossesse s'avère plus simple que ce qu'elle craignait « *c'est même incroyable pour moi parce moi je pensais pas que ce serait fin que ce serait aussi simple / franchement* » (l. 293, 1<sup>er</sup> entretien).

##### *Annonce de la grossesse*

Clothilde se dit très impatiente de « tomber enceinte » si bien que l'annonce est source d'émotions intenses : « *c'était assez explosif comme sensation / j'ai tout de suite appelé mon mari / pour lui dire que j'étais enceinte / j'étais en larmes* » (l. 89, 1<sup>er</sup> entretien). Elle qualifie ce moment de « *grand moment* » (l. 92, 1<sup>er</sup> entretien). Clothilde s'inscrit dans un partage immédiat avec son mari.

##### *Ambivalence fondamentale*

Les premières semaines sont marquées par une majoration de l'anxiété qui se traduit par la peur d'une grossesse non évolutive. Son savoir médical alimente ses angoisses : « *fausse-couche, grossesse extra-utérine, œuf clair, môle hydatiforme* » sont autant de termes qu'elle décline pour donner un visage à ses angoisses qui peuvent s'entendre comme l'expression de son ambivalence dont elle a conscience : « *fin y a une petite ambivalence quelque part qui est... qui est cachée et je pense qui s'exprime aussi comme ça* » (l. 165, 1<sup>er</sup> entretien). Ce désir refoulé d'« évacuer », Clothilde l'associe au discours de sa mère qui a comparé l'accouchement à la défécation lorsqu'elle était enfant « *puis elle m'avait dit [qu'accoucher] c'est comme faire un gros caca ça soulage* » (l. 184, 1<sup>er</sup> entretien). Discours qui a laissé des traces sans doute par un effet de rencontre avec des théories sexuelles infantiles, dans le sens où Charlotte a le fantasme que le fœtus pourrait sortir d'elle comme une selle, « *je sais bien que je/ qu'il va rien se passer si je vais à la selle... voilà mais... n'empêche (rire)* » (l. 187, 1<sup>er</sup> entretien). Vers six mois de grossesse, Clothilde a des contractions qui lui font craindre d'accoucher prématurément, expression du même

mouvement d'évacuation du fœtus. L'expression de cette ambivalence se dit également à la frontière intérieure et extérieure du corps : *« je suis aussi dans une ambivalence euh... tant qu'il est à l'intérieur il risque de sortir trop tôt mais quand il sera à l'extérieur euh... il sera peut-être moins protégé fin... donc à la fois j'ai hâte à la fois je me dis non il faut qu'il reste encore un peu »* (l. 687-690, 1<sup>er</sup> entretien). S'expriment également les angoisses de « perdre la tête », c'est-à-dire de ne pas savoir s'occuper de son enfant ou de « perdre pieds », autrement dit de tomber dans une dépression du post-partum.

### *Perception des mouvements fœtaux*

Clothilde évoque la peur de perdre le fœtus comme précédant la prise de conscience véritable de la réalité qu'elle allait avoir un bébé, *« puis tout d'un coup je me suis rendue compte effectivement qu'on allait avoir un bébé... et... bon ça faisait un petit moment que je le sentais bouger »* (l. 193, 1<sup>er</sup> entretien). Le conflit entre le Moi et le désir inconscient de détruire cet étranger en elle qui viendrait menacer son intégrité corporelle et psychique serait dépassé pour pouvoir construire la représentation d'un autre. Au sujet de son ressenti des mouvements fœtaux, elle peut dire : *« ça me fait toujours penser un peu à alien mais pas en mode effrayant en mode trop mignon quand quand on voit le bébé bouger quoi carrément à travers la peau parce qu'il est suffisamment haut »* (l. 687, 1<sup>er</sup> entretien). Clothilde se projette dans une impatience à pouvoir être en position passive : *« j'avais hâte de passer les prochains temps à me peloter le ventre en pensant à rien d'autre qu'au bébé (...) où y aura plus que ça (...) j'aimerais juste me concentrer sur le bébé »* (l. 663- 667, 1<sup>er</sup> entretien). Elle exprime son souhait de partager ces moments avec son mari : *« j'ai hâte que Pedro sente enfin le bébé »* (l. 682, 1<sup>er</sup> entretien). Le fait que son mari aurait formulé sa hâte de porter son enfant dans les bras la réjouit. A huit mois de grossesse, Clothilde souligne spontanément l'évolution de l'investissement de son mari *« y a aussi mon mari qui invest fin qui investit plus qui se rend plus compte de ce qui se passe euh... de la grossesse quoi que y a un bébé qui va débarquer / il le sent bien il le... même une fois le bébé il est venu contre lui quand il posait sa main sur le ventre et... et fin ça fait plaisir »* (l. 16-18, 2<sup>ème</sup> entretien). Elle raconte avec plaisir les moments qu'elle partage avec son bébé : *« globalement j'adore quand il bouge hein / c'est trop bien (rire) alors c'est difficile à verbaliser parce que... c'est c'est tout nouveau fin ça existe à aucun autre moment... la*

sensation je trouve ça fait un peu comme une écho de l'intérieur (...) pis je me rends compte qu'il sait faire plein de trucs le bébé» (l. 165-169) ; « c'est agréable quoi parce qu'il y a le bébé qui bouge et pis / il est tout le temps avec moi et on fait des trucs et tout (rire) » (l. 141, 2<sup>ème</sup> entretien). La perception des mouvements foetaux soutiendrait les rêveries maternelles participant à la création d'un lien avec ce bébé fantasmé.

*De l'angoisse au sentiment de plénitude...*

A huit mois de grossesse, Clothilde se dit moins angoissée qu'au dernier entretien. Les contractions moins nombreuses s'avèrent moins « menaçantes » dans le sens où la question de la survie serait écartée « si jamais il a l'idée de sortir un peu trop tôt » (l. 13, 2<sup>ème</sup> entretien). Clothilde est contente d'être en congé maladie mais précise les enjeux émotionnels liés à la séparation d'avec sa vie professionnelle : « j'étais bien là où je travaillais hein j'ai eu un petit pincement au cœur en disant au revoir » (l. 27, 2<sup>ème</sup> entretien). Puis, elle exprime un état qui lui procure du plaisir « je plane vraiment (...) j'oublie pleins de trucs » (l. 485, 2<sup>ème</sup> entretien), « d'avoir la tête vide comme ça c'est plutôt bien en fait » (l. 505, 2<sup>ème</sup> entretien). Cette dernière parole évoque le désinvestissement de la sphère intellectuelle pour être davantage dans un accueil serein du processus gestationnel. Dans un processus maturatif, la question de la séparation s'amorce avec la prise de conscience de l'accouchement à venir et de la perte de cet état de grossesse.

Après la naissance de sa fille, Clothilde évoque une certaine rupture entre ses craintes de perdre cet état : « je me disais oh j'aurai de nouveau le ventre tout plat je m'étais habituée à mon ventre tout rond avec un bébé dedans ça va faire bizarre est-ce que ça va pas me manquer » (l. 8, 3<sup>ème</sup> entretien) et la naissance de Lucile qui ont « balayé » ces questions : « une fois qu'elle était née y avait plus rien une fois qu'elle était née y avait plus rien » (l. 10, 3<sup>ème</sup> entretien). La polysémie des termes laisse également entendre le sentiment de vide dans ce « rien ».

## 2.3.1.3.1.3. REMANIEMENTS PSYCHIQUES INHERENTS A LA GROSSESSE

*Remaniement du conflit œdipien*

Clothilde traverse des remaniements psychiques importants dans sa relation à la figure maternelle. Entre mouvements d'identification et de rejets, Clothilde élaborerait une représentation d'elle-même en tant que mère. Clothilde dit ne pas se sentir proche de sa mère et leurs relations sont décrites comme conflictuelles. Pour des raisons énoncées comme appartenant à un registre narcissique : la peur de vieillir, la mère de Clothilde aurait des difficultés à accepter de sauter une génération, ce qui mettrait à mal l'accès de Clothilde à un statut de mère comme si fantasmatiquement sa mère refusait de lui céder sa place. Clothilde élabore : « *qu'est-ce que je vais faire avec ma mère maintenant que j'ai un bébé je pense que c'était un peu ça le... ouais c'était un peu ça la question...* » (l. 520, 1<sup>er</sup> entretien). Enigme de cette parole qui tombera sous le sceau du refoulement car, au deuxième entretien, à huit mois de grossesse, elle dit ne pas se souvenir d'avoir dit cela lorsque je lui demande comment cette question a cheminé pour elle. Au-delà de l'expression des remaniements psychiques de sa relation à sa mère, cette parole permet d'élaborer l'hypothèse suivante : à la lumière de la problématique œdipienne, ce bébé pourrait être le représentant de l'enfant fantasmatique, soit l'enfant héritier du complexe d'Œdipe. Clothilde utilise le verbe « avoir » un bébé, ce qui peut résonner comme l'accomplissement du désir infantile d'avoir un enfant du père. La question afférente serait alors : que devient ma mère destituée ainsi de sa place ?

Clothilde dit avoir des relations apaisées avec son père qui est perçu dans une position qu'elle qualifie de tierce entre sa mère et elle, « *Ouais / mon père se retrouve souvent en... à la place du tiers sur lequel on fait pression pour / enfin sur laquelle ma mère fait pression pour...* » (l. 554, 1<sup>er</sup> entretien). Dans son discours, il s'agirait davantage d'une position d'arbitrage entre deux femmes rivales. Il est également reconnu comme bienveillant : « *il a comme ça aussi un rôle protecteur* » (l. 559, 1<sup>er</sup> entretien).

*De la perte du statut de fille*

Puis, Clothilde rapporte les propos de sa mère qui lui demande si elle sera toujours son bébé. Clothilde s'en agace dans le sens où elle l'interprète comme si le fait de devenir mère

allait lui faire perdre son statut de fille. Elle essaie alors de dire son besoin de se rappeler à sa mère en tant que fille mais elle bute sur le mot « fille » à deux reprises : « *lui resignifier que moi j'étais sa f/* » (l. 527, 1<sup>er</sup> entretien) et « *je sais pas quelle place elle était en train de prendre et là moi je lui ai dit moi je suis ta f / 'fin c'est de moi que tu dois t'occuper c'est moi ta fille* » (l. 531, 1<sup>er</sup> entretien). La difficulté à énoncer serait l'expression de résistances ; signe d'un conflit psychique au sujet du passage des générations. En effet, elle finit par dire : « *qu'elle avait l'air de s'intéresser plus au bébé qu'à moi* » (l. 534, 1<sup>er</sup> entretien). L'expression d'une rivalité surgit à l'adresse du bébé qui deviendrait l'objet de toutes les attentions, elle qui en tant qu'enfant malade était au centre des préoccupations de sa mère. Clothilde semble aux prises d'un conflit entre faire limite à la jouissance de sa mère pour protéger l'enfant à venir et l'enfant qu'elle a été : « *elle voulait faire aussi/ elle voulait faire plein d'expériences sur le bébé qu'elle a fait avec moi et mon frère genre nous faire sucer du cornichon à la place de la tétine quand on était petits et d'autres trucs sympathiques dans le genre pour voir quelle tête on faisait* » (l. 527-530, 1<sup>er</sup> entretien), tout en voulant rester l'objet d'attention de sa mère. Clothilde poursuit sur la position de sa mère qu'elle qualifie d'intrusive : « *elle transgresse elle se met pas là où j'aimerais qu'elle soit* » (l. 535, 1<sup>er</sup> entretien). La référence à la limite des places de chacun est clairement énoncée. Elle finit par dire : « *j'ai pas supporté que le tiers ce soit le bébé* » (l. 492, 1<sup>er</sup> entretien). Cette parole contiendrait une équivoque : l'expression consciente de ne pas supporter l'agressivité de sa mère qui pourrait être adressée à son bébé dans un mouvement d'identification à son bébé tout en formulant un sentiment inconscient de rivalité face à ce bébé qui la sépare de la mère.

#### *De la position psychique d'être mère*

A huit mois de grossesse, Clothilde aborde à nouveau le sujet en parlant de la difficulté de sa mère à supporter le passage des générations : « *je vous avais sans doute dit qu'elle assumait pas trop d'être grand-mère hein* » (l. 237, 2<sup>ème</sup> entretien). Les remaniements psychiques s'énoncent alors au sujet de qu'est-ce qu'être mère plus précisément par rapport à la dépendance de l'enfant. Sa mère lui aurait transmis qu'« *être mère comprend le risque de devenir l'esclave de son enfant* » en lien avec son rapport avec sa propre mère. Ainsi apparaît la dimension transgénérationnelle : la grand-mère maternelle de Clothilde

serait perçue comme dévouée à ses enfants et ses petits-enfants. La mère de Clothilde serait décrite en position d'opposition à sa propre mère : « *alors je comprends qu'elle veut pas être l'esclave de ses petits-enfants* » (l. 381, 2<sup>ème</sup> entretien). Position psychique à laquelle elle s'identifie : « *j'ai pas non plus envie d'être esclave des des de mes seins et du bé/* » (l. 334, 2<sup>ème</sup> entretien) lorsqu'elle évoque son souhait d'allaiter sa fille. Le fait de ne pas finir sa phrase laisse entendre le conflit psychique dans lequel Clothilde est prise entre la peur de l'assujettissement et le désir de se différencier de sa mère. Clothilde partagerait avec sa mère le besoin de limites dans la relation mère-enfant mais serait contrariée par les limites posées par sa mère, « *son dévouement envers ses enfants a ses limites* » (l. 441, 2<sup>ème</sup> entretien). Elle en attendrait davantage et vit difficilement le fait que sa mère ne satisfasse pas ses demandes. Dans la perspective des relations avec son enfant, une ambivalence s'exprime à nouveau dans le sens où elle craint que sa mère soit trop proche : « *ce qui me perturbait pas mal c'est que... ma mère elle a déjà des idées pour le bébé quoi 'fin va falloir que je la tiennne à distance* » (l. 362, 2<sup>ème</sup> entretien), « *va falloir qu'elle reste à sa place* » (l. 371, 2<sup>ème</sup> entretien) tout en lui reprochant de ne pas pouvoir compter sur elle, « *c'est la mamie qui va venir profiter quand tout va bien* » (l. 377, 2<sup>ème</sup> entretien). A la fin de l'enregistrement, Clothilde confie qu'elle préférerait avoir un garçon parce que sa mère et sa grand-mère maternelle espèrent une fille pour poursuivre la « tradition » de la fille aînée depuis quatre générations. En désirant s'inscrire en rupture avec le schéma familial, Clothilde tenterait de se différencier de sa mère et sa grand-mère maternelle.

#### 2.3.1.3.1.4. VÉCU DE L'ACCOUCHEMENT

Clothilde a accouché par césarienne programmée en raison de son syndrome : « *parce que j'ai des soucis neurologiques et donc pour pas pour pas / éventuellement pas les aggraver* » (l. 31, 3<sup>ème</sup> entretien). Il est intéressant de noter qu'elle ne l'avait pas évoqué dans les précédents entretiens même si elle le savait dès le début du deuxième trimestre. Taire la programmation de cette intervention chirurgicale était peut-être une façon de laisser ouverte la possibilité d'une autre issue ? Au sujet de cette décision, elle dit : « *c'était pas mon rêve* » (l. 39, 3<sup>ème</sup> entretien). Clothilde semble s'interdire de s'en plaindre dans le sens où elle s'estime « chanceuse » de pouvoir mener une grossesse à terme, « *je me disais c'est vraiment / je chipote quoi* » (l. 41, 3<sup>ème</sup> entretien). Toutefois, elle « admettra » la charge

psychique afférente à cette décision : « *n'empêche ça a été j'ai mis un peu de temps à / à l'accepter sereinement* » (l. 43, 3<sup>ème</sup> entretien). Une culpabilité à espérer un accouchement comme elle l'aurait souhaité pour elle s'exprimerait : « *je suis allée voir si ça pouvait pas être autre chose que ça* » (l. 46, 3<sup>ème</sup> entretien). C'est à ce moment-là de l'entretien que Clothilde prend sa fille dans les bras comme dans une manière d'exprimer corporellement une réparation face à cette séparation des corps qu'elle a été obligée de subir.

#### 2.3.1.3.1.5. NAISSANCE DE LUCILE

Clothilde parle d'emblée de la séparation à la naissance d'avec Lucile pendant ses six premières heures qui a été difficile psychologiquement. Elle écarte rapidement ce moment pour évoquer le premier regard : « *ils avaient sorti Lucile de la... de la pouponnière / avec son papa à côté / et je l'ai vue et pis j'avais plus mal nulle part / du coup-là je chialais mais c'était plus pour la (rires) pour la même raison / parce qu'elle était trop belle* » (l. 29). Le regard auréolé semble avoir été immédiat. La connaissance du sexe passera par la parole du père qui lui dévoilera le prénom. Cette parole du père qui vient nommer leur fille s'inscrit dans la continuité de la grossesse. C'est lui qui a choisi ce prénom. Il est intéressant de repérer qu'au sujet du choix du prénom, resurgit la problématique de la relation à sa mère : Clothilde a eu à se défendre de ce qu'elle a vécu comme une tentative de « *prise de pouvoir* » de la part de sa mère qui la prénommait autrement. Clothilde ne se sentirait pas reconnue en tant que mère par sa mère qui ne pourrait la percevoir que comme une enfant, « *ma mère par contre elle essaie de me faire de la régression à moi (...) elle essaie de maintenir les générations comme elles étaient avant l'arrivée de Lucile mais... mais ça marche plus / hein va falloir qu'elle s'y fasse* » (l. 132-138, 3<sup>ème</sup> entretien). Elle repère également la difficulté de sa mère à s'adresser à Lucile « *bon déjà il est toujours pas question de l'appeler grand-mère* » (l. 113, 3<sup>ème</sup> entretien).

#### 2.3.1.3.1.6. NOUAGE PRÉCOCE AVEC LUCILE

A ma question au sujet des premiers temps avec Lucile, Clothilde peine à trouver les mots d'un sentiment puissant et indicible dans lequel s'entend un fort investissement libidinal. Lucile semble avoir été rapidement objet de jouissance de sa mère : « *j'étais complètement hypnotisée évidemment je la trouvais belle mais... c'était autre chose encore / j'étais*

*complètement hypnotisée par elle je pouvais pas la lâcher des yeux je pensais qu'à elle (...) c'est même autre chose que de l'amour je pense c'est un... c'est un espèce d'attachement très bizarre très... comment dire... pas très formulé comme ça (...) ça virait à l'obsession » (l. 71-88, 3<sup>ème</sup> entretien).*

A la fin de l'entretien, elle reviendra sur ce sentiment pour tenter de le qualifier : *« c'est reptilien comme sentiment fin c'est... ça passe justement ça passe euh... en deçà de ce qui se formule fin... c'est je sais pas un attachement comme ça qui est très animal (rire) je pense... qui du coup qui est pas intellectualisé qui est pas intellectualisable de/d'une certaine manière » (l. 557-562, 3<sup>ème</sup> entretien)*

Ce nouage se tisse avec son conjoint : *« au début on était tous les deux azimutés par elle » (l. 209, 3<sup>ème</sup> entretien).* Tout en disant qu'actuellement, elle ressent le besoin de la voir au bout de deux heures, Clothilde peut penser la séparation. Parce que le lien est bien arrimé, elle peut s'autoriser à désirer ailleurs et supporter l'absence pour pouvoir se retrouver : *« je m'imaginai pas être une maman qui serait euh... enfin... qui serait à cent pour cent du temps et à cent pour cent du cerveau juste pour le bébé / parce qu'il y a d'autres choses qui me plaisent dans la vie et que je pense que... c'est des choses que j'ai envie de partager avec avec ma fille donc j'ai pas envie non pl fin / si ma seule préoccupation c'était elle j'aurais plus ça à partager on aurait d'autres choses à partager » (l. 503-509, 3<sup>ème</sup> entretien).*

#### 2.3.1.3.2. RAPPORT SUBJECTIF A LA MEDECINE ET AU DISCOURS DES PROFESSIONNELS DE SOIN RENCONTRES

Le rapport de Clothilde au discours médical et à la médecine ne peut se comprendre qu'à la lumière de son histoire singulière marquée par son syndrome de la « queue de cheval ».

##### 2.3.1.3.2.1. RAPPORT SUBJECTIF A SA MALADIE

Clothilde a eu à composer avec la logique objectivante de la médecine depuis son enfance. Elle s'identifie à une enfant malade. L'impact de ce statut sur la façon dont se sont tissés les liens familiaux se dessine au fil des entretiens, notamment avec sa mère : *« comme j'ai eu des soucis de santé quand j'étais petite / elle son grand fantasme c'était de m'enfermer dans une bouteille avec du coton et que surtout il il ne m'arrive rien » (l. 505, 1<sup>er</sup> entretien).* Son choix de devenir médecin n'est sans doute pas sans lien avec son statut d'enfant

malade. Toutefois, elle se spécialise en psychiatrie. Cet intérêt pour la prise en compte de la subjectivité peut s'entendre comme une solution de compromis entre une identification projective au médecin et un choix réactionnel à son vécu d'enfant malade. Son identification à la logique du discours médical semble être une position défensive pour tenter de contrôler l'angoisse sous-jacente. Néanmoins, consciente que ce discours n'est pas tout puissant, Clothilde paraît en conflit entre ce qu'elle nomme sa « moitié médecin » et sa « moitié patiente » ou « en tant que maman ». Cette dénomination évoque les effets de la division du sujet, autrement dit Clothilde parle de ce qui lui échappe, de ce qu'elle ne parvient pas à contrôler par la logique médicale.

#### 2.3.1.3.2.2. RAPPORT SUBJECTIF ENTRE SA MALADIE ET SA GROSSESSE

##### *Effet anxiogène de l'annonce de la grossesse*

A travers l'effet de l'annonce de sa grossesse au niveau familial, Clothilde cherche à se positionner subjectivement entre la réactivation d'angoisses de mort et son désir de préserver sa grossesse. Son père « *était inquiet à l'idée que je tombe enceinte à cause de mes antécédents médicaux donc il voulait absolument que je vois... un... un neurologue avant* » (l. 258-260, 1<sup>er</sup> entretien). Clothilde a alors rencontré quatre médecins qui ignoraient l'impact que pouvait avoir une grossesse sur sa maladie. Le dernier aurait dit « *ouh là là on sait pas il faut faire plein d'examens* » (l. 274, 1<sup>er</sup> entretien). Clothilde est allée trouver refuge chez son psychanalyste : « *donc là je suis arrivée en pleurs chez mon psy en lui disant que j'avais pas du tout envie de faire tous ces examens / et... que j'ai pas fait... parce que bon c'était euh... en tant que médecin on peut comprendre ce genre de raisonnement* » (l. 275-277, 3<sup>ème</sup> entretien). Tout en justifiant cette logique médicale qui s'inscrit dans une démarche exploratrice, Clothilde trouve la force de ne pas s'y soumettre en trouvant refuge dans son travail analytique qui ferait tiers entre la médecine à laquelle elle s'identifie et son désir.

##### *Effet de sa grossesse sur son rapport au corps*

La grossesse vient mettre à rude épreuve une image du corps qui a des fragilités. L'inquiétude de savoir si son corps va supporter la grossesse peut être l'expression d'une

partie non intégrée de l'ambivalence. Clothilde s'aperçoit au fil de sa grossesse que ses craintes seraient davantage fantasmatiques que réelles, ce qui lui fait dire « *pour l'instant ma grossesse se passe bien et... c'est même incroyable pour moi parce moi je pensais pas que ce serait fin que ce serait aussi simple franchement* » (l. 293, 1<sup>er</sup> entretien).

#### 2.3.1.3.2.3. SUIVI MEDICAL DE LA GROSSESSE

Au cours des trois entretiens, nous pouvons repérer que Clothilde évite ce sujet. Elle n'en parle pas spontanément. Elle répond à mes questions mais à chaque fois elle poursuit sur sa relation avec son mari. Clothilde définit le suivi de sa grossesse comme étant très médicalisé : « *c'était très médicalisé euh c'était pas angoissant en soi mais c'était pas non plus rassurant* » (l. 359, 3<sup>ème</sup> entretien). Depuis le début de la grossesse, Clothilde lutte contre ses angoisses qu'elle ne peut formuler que dans un après coup. A huit mois de grossesse, elle énonce : « *je voulais juste que tout le monde arrive vivant et en bonne santé à la fin* » (l. 113, 2<sup>ème</sup> entretien). Cette parole permet d'entendre l'impact anxiogène de la suspicion de risques et d'incertitudes qui a plané sur sa grossesse par rapport à sa maladie, se traduisant dans une peur de « *défaillance de mon corps* » (l. 118, 2<sup>ème</sup> entretien) tout en évoquant un certain refoulement, « *j'ai du mal à me souvenir* » dit-elle à plusieurs reprises.

#### *Figure du médecin versus figure de la sage-femme*

A travers sa manière de parler du son vécu de l'accompagnement de sa grossesse, se dessinent deux figures opposées : celle du médecin ou du gynécologue et celle de la sage-femme.

Clothilde s'identifierait à la figure du médecin peut-être pour en faire un semblable afin peut être de s'extraire d'une position passive de « malade ». Face au non savoir, Clothilde n'est pas collée à ce processus d'objectivation qui maintient l'angoisse et dont elle essaie de se dégager. La figure du médecin s'apparenterait à celle de sa figure paternelle bienveillante mais anxiogène. De l'autre côté, la figure de la sage-femme serait celle sur qui on ne pourrait pas compter : « *c'était vraiment le côté sauve qui peut qui m'a gênée* » (l. 385). La répétition du scénario d'avec sa mère à qui elle reproche de ne pas être à l'endroit où elle l'attend, « *c'est la mamie qui va venir profiter quand tout va bien* » (l. 378) s'entendrait-elle ?

### *La figure du mari comme refuge*

Au cours des trois entretiens, Pédro est très présent dans son discours tant en tant que compagnon qu'en tant que père de l'enfant. Il est décrit comme très présent, rassurant et bienveillant : « *c'est Pédro qui s'occupe de tout* » (l. 271, 2<sup>ème</sup> entretien).

Son mari serait venu faire tiers en lui apportant la confiance nécessaire. Elle le nomme comme la personne la plus importante dans l'accompagnement de sa grossesse : « *le côté un peu plus euh... un peu plus cool un peu plus on se projette et ça va être bien et tout va bien se passer c'était avec mon mari / pas avec les sages-femmes la gynéco* » (l. 358, 3<sup>ème</sup> entretien). Dès le début de la grossesse, Pédro amène une autre dimension plus « poétique ». En proposant de garder le mystère sur le sexe de l'enfant, il s'agit de « *garder la surprise* » à l'endroit où précisément l'objectif médical est d'explorer au maximum pour « *essayer de voir que tout va bien* ». Cette proposition de ne pas connaître le sexe de l'enfant surprend Clothilde qui se laisse « embarquer » dans cette idée, faisant par la même place au père de l'enfant à venir. Dans ce mouvement de surprise, c'est aussi comme si la dimension de la réalité sexuée de l'enfant introduisait du concret l'aidant à se représenter un bébé imaginaire en donnant un contour imaginaire. Cette proposition peut s'entendre comme réactionnelle à l'exploration médicale qui peut être vécue comme intrusive. Une façon de garder intime ce qui est soumis à un désir de transparence. L'intimité se dit aussi dans cette prise dans la langue d'origine du père lorsque Clothilde évoque la façon qu'ils ont de nommer l'enfant en italien en fonction du sexe. De la même manière concernant ses projections, Pédro serait celui qui l'apaise : « *il savait que j'allais assurer donc il voyait pas pourquoi il s'inquiéterait* » (l. 302, 2<sup>ème</sup> entretien).

Après la naissance de Lucile, c'est aussi son couple qu'elle met en avant. Clothilde ne parle pas de son rapport à l'équipe soignante et médicale pendant son séjour à la maternité. Seuls les moments partagés avec son mari autour de leur enfant feraient trace, « *c'était plus euh ouais le fonctionnement de couple c'était s'occuper à deux de la petite* » (l. 210, 3<sup>ème</sup> entretien). Son mari serait comme son refuge, son rempart face au savoir médical dont elle sait qu'il ne sait pas tout.

## 2.3.2. ANALYSE DES ENTRETIENS DE RECHERCHE AVEC CHARLOTTE

### 2.3.2.1. Contexte de la rencontre

Je rencontre Charlotte, alors enceinte de quatorze semaines d'aménorrhées, au service d'échographie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg à Hautepierre. Elle a rendez-vous ce jour-là pour faire un dépistage prénatal de la trisomie 21. Allant spontanément à sa rencontre en salle d'attente, je l'invite à m'accompagner dans un bureau de ce service pour lui présenter ma recherche. Elle accepte d'y réfléchir et je lui propose de la rappeler la semaine suivante afin de prendre connaissance de sa décision. Charlotte accepte sans énoncer de raisons particulières. Nous convenons d'un premier rendez-vous un mois plus tard, ce qui correspond à la fin de son quatrième mois de grossesse. Charlotte annule le matin même notre deuxième rendez-vous, prévu à trente-cinq semaines d'aménorrhées, car elle doit consulter en urgences à la maternité pour des symptômes qui s'avéreront être ceux de la cholestase. Elle me rappelle pour convenir d'un nouveau rendez-vous deux semaines plus tard, soit à la fin du huitième mois de grossesse. Pour le troisième rendez-vous, Paul, né à quarante semaines d'aménorrhées, est âgé de deux semaines et cinq jours. Pendant l'entretien, Paul est dans la même pièce que nous mais à distance. Il dort dans son transat et se réveille au bout d'une demi-heure d'entretien. Son réveil mettra fin à l'entretien cinq minutes plus tard en raison de ses pleurs. Selon la préférence de Charlotte, les trois entretiens se dérouleront à domicile. Son conjoint sera présent à domicile à chaque entretien. Très discret, travaillant dans son bureau, il n'interviendra qu'à la fin du troisième entretien sur la sollicitation de Charlotte pour donner son avis au sujet de l'accompagnement de la grossesse.

### 2.3.2.2. Anamnèse

En couple avec Frédéric depuis plusieurs années, Charlotte est une femme âgée de trente-et-un an. Contrôleuse de gestion, elle est très investie dans son métier. Dans le cadre de ses études, elle a été amenée à beaucoup voyager ce qui lui aurait énormément plu. Elle s'est installée « dans le coin » depuis six ans. Au niveau familial, Charlotte est la benjamine d'un frère âgé de trente-sept ans qui a trois enfants dont le dernier vient de naître et d'une sœur, âgée de trente-deux ans, qui est enceinte, de son deuxième enfant, son premier

enfant étant une fille âgée de cinq ans. Elle précisera que depuis l'enfance, elles espéraient être enceintes ensemble. Sa relation avec sa mère est décrite comme très proche contrairement à celle avec son père décrite comme « distante ». Cette grossesse est très attendue par les deux familles, elle en tant que « petite dernière » et lui en tant que fils unique. Paul est né à quarante semaines d'aménorrhées par voix basse. L'accouchement a été déclenché à la suite du diagnostic d'une cholestase qui met en danger la vie de l'enfant.

### *2.3.2.3. Analyse thématique des entretiens de recherche et hypothèses générales*

A la fin du quatrième mois, Charlotte commence l'entretien en mettant en avant ses maux de grossesses en disant « j'ai tout eu ». Sa préoccupation de savoir comment concilier l'idée de devenir mère avec celui d'être une femme cadre serait appréhendée comme une équation à résoudre. Charlotte serait en conflit entre son désir de devenir mère « comme sa mère » et son désir de pouvoir continuer à satisfaire aux mêmes exigences professionnelles par peur d'être destituée par sa cheffe. Sur mon invitation, elle parle de l'annonce de la grossesse à sa famille et à sa cheffe, respectivement bien attendue par l'une et redoutée par l'autre. Charlotte ne se sentirait pas enceinte et serait bousculée dans ses représentations. Après avoir abordé ses relations avec ses parents, Charlotte évoque spontanément son sentiment d'être perdue et laisse entendre qu'ils ont eu recours à une démarche d'aide à la procréation médicalement assistée. Elle termine sur son inquiétude de ne pas sentir son bébé bouger alors qu'une sage-femme semblait s'en étonner, ce qui lui donna l'impression d'être une « mauvaise mère ». Très angoissée face à cette grossesse qui ne correspond pas à ce qu'elle s'était imaginée, Charlotte se « raccrocherait » à une vision normative. Elle ne parviendrait pas à subjectiver cette expérience. Serait-ce un effet traumatique du dévoilement du réel par l'intervention de la médecine au cœur de leur intimité qui aurait exclu toute dimension désirante ou est-elle confrontée à des remaniements psychiques identificatoires difficiles ?

A la fin du huitième mois de grossesse, Charlotte évoque la difficulté avec laquelle elle vit sa grossesse, la profonde déception qu'elle ressent au point de ne pouvoir envisager une autre grossesse. La peur de mettre en danger sa grossesse a justifié un arrêt de travail à cinq mois et demi de grossesse. Charlotte verbalise clairement son incapacité à se représenter psychiquement son bébé et à construire une relation fantasmatique avec lui.

Elle parle des angoisses qu'elle a éprouvées à l'idée d'accoucher prématurément autour du sixième mois de grossesse, de sa peur actuelle d'accoucher et développe sa difficulté à devoir « prêter » son corps. Charlotte souffre de vivre sa grossesse avec angoisse, prise dans des fantasmes mortifères qui l'inquiètent pour la rencontre à venir avec son enfant. Malgré l'avancée du processus gestationnel, Charlotte semble être restée dans une impasse subjective qui ne lui permet pas d'entrer dans des processus d'imaginarisation.

Au troisième entretien, Charlotte raconte comment une cholestase a été finalement diagnostiquée lors de son dernier examen mensuel. L'annonce de la nécessité de déclencher l'accouchement l'a blessée narcissiquement, « *du début à la fin j'ai eu besoin d'avoir des piqûres pour que ç'marche* ». Au cours de son accouchement vécu comme extrêmement douloureux, Charlotte ne s'est pas sentie entendue et aurait été négligée par les sages-femmes. Au fil de l'entretien, un travail d'élaboration autour de cet événement semble se produire, notamment par la prise de conscience de l'enjeu vital pour Paul. Le récit de sa naissance met en lumière l'étrangeté ressentie. Charlotte poursuit sur les difficultés qu'elle a rencontrées pour l'allaiter. Elle termine l'entretien en évoquant un deuil de son scénario idéal et en parlant avec plaisir de sa relation actuelle avec son fils.

#### 2.3.2.3.1. ANALYSE DE LA RELATION TRANSFERENTIELLE ET CONTRE-TRANSFERENTIELLE

Au cours de ces trois entretiens, Charlotte se montre très disponible et investie. Pour autant, ces entretiens me paraissent éprouvant dans le sens où j'ai le sentiment de devoir énormément soutenir sa parole et de devoir prendre beaucoup de précautions pour ne pas lui paraître intrusive car elle ne me paraît pas « habituée » à se dire. Charlotte est une jeune femme qui paraît très réservée et angoissée. Son élocution n'est pas aisée. Elle s'exprime avec des phrases courtes et présente un léger bégaiement. Des rires saccadés ayant valeur défensive feraient curieusement lien.

Un moment du premier entretien me paraît très important à analyser dans ce qui a pu se jouer au niveau transférentiel et contre transférentiel. Après l'avoir interrogée sur ce qu'elle sait de sa propre naissance et sa place dans sa fratrie, je l'invite à parler de ses relations avec ses parents. Charlotte évite de parler de la relation avec son père. J'insiste en lui redemandant : « *et avec votre père ?* ». Elle répond de façon assez directe qu'ils ne se parlent pas. Etonnée par cette manière de dire, j'essaie d'en saisir quelque chose mais

Charlotte se ferme au sujet de l'hypothèse d'une souffrance ressentie. La sensation d'être allée au-delà de ce qu'elle pouvait entendre me fait ouvrir l'entretien sur une invitation à évoquer des événements importants dans son histoire avant de penser clore ce qui m'apparaît trop éprouvant pour elle. Or, à mon grand étonnement, Charlotte poursuit l'entretien en abordant spontanément son sentiment d'être perdue dans le déroulement de sa grossesse et de ne pas pouvoir compter sur un Autre sachant. Au moment même où je me « retire » subjectivement de cette relation, elle semble pouvoir se dire. Puis, tout en parlant de l'oubli de son gynécologue d'avoir prescrit le dépistage prénatal de la trisomie 21, elle laisse entendre qu'ils ont eu recours à démarche d'aide médicale à la procréation à la suite d'un diagnostic d'infertilité. Prise dans l'effet de ce sentiment d'avoir été intrusive, je prends des précautions pour lui demander si elle accepte de parler de leur difficulté pour concevoir : « *Ah d'accord/ mais euh... est-ce que euh vous acceptez de...est-ce que vous seriez d'accord de parler de...de justement de cette euh... difficulté qu'vous avez eu euh...à concevoir...* » (l. 926, 1<sup>er</sup> entretien). Sans gêne apparente, Charlotte explique dans un rapport au corps désubjectivé les raisons médicales de leur infertilité en parlant de glaires cervicales, de spermatozoïdes. Ce dévoilement du réel aurait-il eu un effet traumatique dans le sens d'un effet de sidération entravant l'assomption de son désir ? Nous pouvons nous demander dans quelle mesure ne se rejoue pas dans le lien transférentiel quelque chose d'un effet de sentiment d'intrusion non élaborée lié à l'intervention de la médecine dans son intimité. Le désir pourrait advenir lorsque l'autre cesse de demander. Après l'arrêt de l'enregistrement, Charlotte me fera effectivement part de sa gêne lorsque nous avons abordé ses difficultés relationnelles avec son père sans pouvoir dire en dire quelque chose. Après relecture des entretiens, je m'étonne de ne l'avoir pas interrogée sur des sujets importants comme leur histoire de couple. L'absence psychique de son conjoint en tant que père interroge et résonne avec celle de son propre père. Ce moment de l'entretien condenserait la problématique de la relation à son père qui se rejouerait dans la relation à son conjoint en tant que père et l'effet de l'intervention de la médecine dans son rapport à sa grossesse.

### 2.3.2.3.2. CONSTRUCTION DU MATERNEL

#### 2.3.2.3.2.1. DÉsir D'ENFANT

Dans son récit, le désir d'enfant ne s'entend pas. Charlotte s'inscrirait davantage dans un projet conscient d'enfant à l'intérieur d'un contexte de vie particulière sur le plan conjugal, familial, social et professionnel : « *j'me suis dit ben maintenant on/ on est/ on a une maison/ tous les deux on a un travail/ on est/ on est bien/ on est posé/ c'est... 'fin ça doit marcher là* », (l. 977- 979, 1<sup>er</sup> entretien). De manière générale, Charlotte s'inscrirait dans une position subjective de maîtrise qui laisserait peu de place à l'affect. Or, confrontée à la non réalisation de leur projet, sa logique consciente serait remise en question : « *« on s'est dit on voulait d'abord une maison pour avoir d'la place/ pour accueillir un enfant et de s'dire ben finalement/ on aurait dû p'tête commencer avant* » (l. 961-962, 1<sup>er</sup> entretien). Avoir un enfant correspondrait à une étape dans un scénario imaginaire de vie. L'imprévu la déstabiliserait sans pour autant faire émerger la dimension désirante.

#### 2.3.2.3.2.2. VÉCU DE LA GROSSESSE

##### *Annnonce de la grossesse*

Charlotte décrit le moment de la découverte de sa grossesse pourtant tant attendue dans une absence de réactions émotionnelles : « *rien parce que je m'suis dit à mon avis ça doit pas être juste euh/ doit y avoir une erreur* » (l. 116, 1<sup>er</sup> entretien). Au deuxième entretien, l'annonce de son parcours de PMA semé de déceptions apporte un nouvel éclairage sur la façon dont elle a pu vivre cette annonce. Charlotte serait dans une position défensive d'étouffement de sa vie émotionnelle. Charlotte précise attendre la fin du premier trimestre de grossesse pour l'annoncer à son entourage familial : « *j'l'ai annoncé à mes parents et mes beaux-parents et mes frères et sœurs y a... y a un mois à peu près/ donc au bout des tr/ des... trois mois on va dire* » (l. 134, 1<sup>er</sup> entretien). L'intégration du discours social renforcerait sa difficulté d'investissement de sa grossesse : « *Ben pour être/ pour être/ pour être sûre que voilà hein/ que/ parce que comme on dit toujours qu'y a toujours*

*un risque de/ de fausse couche avant les trois mois donc euh/ pour être sûre » (l. 140, 1<sup>er</sup> entretien).*

*De l'impossible représentation d'un autre en soi à l'effondrement de la grossesse idéale*

A la fin du quatrième mois, Charlotte commence l'entretien en parlant de son inquiétude : « *Dans quel état je vais sortir de cette grossesse ?* ». Ses fortes inquiétudes, par rapport à une image de son corps peut être fragilisée par la découverte d'une « défaillance » liée à l'infertilité, seraient l'expression d'une partie de l'ambivalence non intégrée et d'une difficulté à se confronter à la « folie » d'être deux dans le même corps. Charlotte serait en difficulté pour se représenter le fait qu'un autre grandit en elle : « *c'est vrai que j'ai un p'tit peu de mal à me dire que/ qui/ qu'il est là/ quand même quoi* » (l. 219, 1<sup>er</sup> entretien) au point de ne pas parvenir à nommer le fœtus. Elle s'interrompt et parle des transformations du ventre : « *j'ai quand même hâte que le ventre commence à se... à prendre forme* » (l. 218, 1<sup>er</sup> entretien). Les échographies ne semblent pas l'avoir aidée dans la construction d'une représentation : « *on a vu une image et pour moi c'était pas... mon bébé/ j'avais l'impression que c'était l'image de la femme qu'était là encore avant* » (l. 240, 1<sup>er</sup> entretien). Elle parle d'une image d'une femme et non de la représentation de son bébé comme s'il n'y avait pas de projections possibles entre ce qu'elle voyait et ce qu'elle vivait. L'impossible projection ferait retour dans une impression d'étrangeté. Le cheminement par rapport au choix de connaître le sexe de l'enfant traduirait une tentative d'appropriation de l'étranger en soi : « *avant d'être enceinte j'me suis dit le jour où ça arrive euh d'avoir une **chose** en moi j'ai besoin de savoir si c'est une fille ou un garçon et finalement j'me dis il est là (...) j'ai pas besoin de savoir si c'est une fille ou si c'est un garçon quoi...et puis d'm'dire que tous les gens autour veulent déjà commencer à acheter des choses soit pour une fille soit pour un garçon/ ça me/ j'me dis non/ on a le temps* » (l. 292-296, 1<sup>er</sup> entretien). Dans cet énoncé, trois mouvements psychiques se repèrent : une tentative de nommer cette « chose » en la sexuante, puis un mouvement d'acceptation de l'autre en soi en l'humanisant et enfin un mouvement de mise à distance des autres créant par la même un première forme d'intimité dans le lien à l'enfant.

A la fin du huitième mois de grossesse, Charlotte commence à nouveau l'entretien en mettant en avant les impacts de sa grossesse sur son corps : « *j'ai dû perdre une dent* »

(l. 8, 2<sup>ème</sup> entretien). L'emploi du verbe « devoir » ou « de ne pas avoir le droit » laisse entendre la position subie avec laquelle elle vit sa grossesse. En difficultés d'élaboration, le corps de Charlotte s'exprimerait : « *migraines, douleurs atroces, arthrite dentaire, contractions, ça me gratte* ». Autant de maux de grossesses à la place d'un dire impossible ? Au sujet de son rapport au bébé, elle formule qu'« **en fait il n'se passe rien** quoi/ moi j'ai/ j'crois j'ai besoin de le voir... pour m'dire qu'il est/ qu'il est là quoi (...) ok je l'sens/ **il m'tape** euh... mais... j'ai pas très envie de parler à mon ventre comme ça donc euh/ chais pas/ donc/ j'crois qu'j'ai besoin de vraiment/ d'accoucher/ pour me dire que je/ que je/ que je suis mère quoi » (l. 149-156, 2<sup>ème</sup> entretien). Charlotte ne parvient pas à faire exister psychiquement son bébé et ne peut se construire une relation fantasmatique comme si cette grossesse ne prenait pas sens. Les mouvements fœtaux seraient interprétés dans une intention presque maltraitante : « *il me tape* » dirait-elle à plusieurs reprises. Cet appel à pouvoir se le représenter se dit également au sujet des échographies : « *j'ai quand même du mal à... à m'imaginer en fait où il s'trouve/ et c'est pour ça qu'on va toujours faire une échographie/ j'demande toujours mais il est où/ il est où/ ça c'est quoi ce que je sens* » (l. 193-195, 2<sup>ème</sup> entretien). En fin d'entretien, son rapport à son corps de femme enceinte se précise : « *on a plus notre propre corps on le prête en fait à notre enfant* » (l. 635, 2<sup>ème</sup> entretien), « *on subit* » (l. 646, 2<sup>ème</sup> entretien) ou encore la sensation de ne « *plus maître* » (l. 656, 2<sup>ème</sup> entretien) en sa demeure. Ce sentiment de dépossession de son propre corps voire d'envahissement d'un corps étranger évoquerait la réactivation de processus archaïques menaçant son sentiment d'intégrité corporelle. Charlotte évoque alors sa profonde déception éprouvée face à l'écart entre le vécu de sa grossesse : « *je pensais en fait que c'était une période heureuse/ j'pensais que pendant les neuf mois d'grossesse c'était que du bonheur/ alors qu'en fait en huit mois d'grossesse j'ai plus pleuré que dans tout le reste... d/ d/ de ma vie (...) j'devrais être heureuse/ j'devrais hein mais... non* » (l. 669-686, 2<sup>ème</sup> entretien) et l'idée qu'elle s'en était construite à partir des discours sociaux : « *C'est quand on voit tous les..... magazines... people avec les stars euh qui sont avec leur beau ventre et que elles ont l'air heureuse* » (l. 704, 2<sup>ème</sup> entretien). La comparaison avec sa sœur enceinte renforcerait sans doute ses difficultés « *en fait on a presque le/ le / le même ventre/ donc du coup c'est assez amusant quoi/ parce que bon sur le coup j'me disais comme elle a quand même trois mois de moins donc normalement elle doit avoir un ventre un p'tit peu plus...euh*

petit » (l. 226-229, 2<sup>ème</sup> entretien). Enfin, elle confie ses inquiétudes quant à la projection de la relation avec son fils : « *j'ai aussi peur de ce qui va se passer après (...) après avoir accouché y aura une chute d'hormones et donc du coup y a peut-être le b/ baby blues/ (...) alors j'me dis si d'jà maintenant chuis pas heureuse/ qu'est c'qui va s'passer après* » (l. 713-715, 2<sup>ème</sup> entretien). Là encore, Charlotte s'appuie sur un discours médical qui vient nourrir ses angoisses. Charlotte revient sur des vœux inconscients de mort au sixième mois de grossesse qui se sont traduits par une angoisse d'accoucher prématurément : « *si y s'passe quequ'chose... si y faut accoucher ben on perd euh l'enfant* » (l. 733, 2<sup>ème</sup> entretien). La peur de le perdre aurait entraîné une prise de conscience : « *mais là je m'suis dit y a une période dans ma vie j'dois... d'abord faire passer... l'enfant avant...* » (l. 797, 2<sup>ème</sup> entretien). Par ailleurs, la formulation « *si y s'passe quequ'chose* » entrerait en résonance avec celle énoncée au sujet de ses ressentis par rapport au bébé : « *il se passe rien* ». Dans le premier énoncé : « *si y s'passe quequ'chose* » signifierait la mort. Dans le deuxième énoncé : « *il se passe rien* » signifierait l'absence de relation. Enfin, dans ce que nous pouvons considérer comme un lapsus au sujet des consultations à la maternité en cas d'inquiétudes : « *comme ça on sait au moins qu'il ne se passe rien/ fin que tout est..... est normal quoi* » (l. 515, 2<sup>ème</sup> entretien) : s'il ne se passe rien, ce serait aussi la preuve que tout se passe bien. L'expression du vivant, du pulsionnel serait perçue comme dangereuse à l'image de l'enfant trop vivant qui dérange son père.

#### 2.3.2.3.2.3. DE LA DIFFICULTE DES REMANIEMENTS PSYCHIQUES

*De l'impossible mise à distance de l'imagen maternelle à la difficulté du changement de statut*

Au quatrième mois, Charlotte serait vraiment très préoccupée par ce qui apparaîtrait comme une insoluble représentation : comment devenir mère tout en restant une excellente professionnelle ? « *donc c'est pas vraiment hum...compatible on va dire avec une vie euh personnelle j'dirais (...) quand on est cadre pour une femme avoir en plus un/ un/ un enfant/ ça va pas forcément ensemble* » (l. 17-21, 1<sup>er</sup> entretien). D'un côté, Charlotte s'identifie pleinement à sa figure maternelle comme modèle maternel : « *Ben j'me dis j'aimerais bien faire comme/ comme/ comme ma mère parce que bon elle s'est occupée quand même très très bien de nous/ de tous les trois/ bon elle était à la maison/elle*

*travaillait pas mais...de pouvoir faire aussi plein plein d'choses comme/ comme elle quoi »* (l. 697-699, 1<sup>er</sup> entretien). Cependant, être mère serait synonyme de rester à la maison. Charlotte serait en conflit psychique entre des instances surmoïques : « il faut être à la maison pour être un bonne mère comme sa mère » et son désir d'être épanouie professionnellement. Elle ne parviendrait pas à mettre à distance pour remanier cette représentation. Et de l'autre côté, Charlotte paraît également aux prises d'une relation surmoïque avec sa cheffe, décrite comme très autoritaire, exigeante et peu bienveillante. Elle tiendrait à rester tout aussi « performante » et investie qu'aujourd'hui de peur d'être destituée si elle ne satisfait plus aux attentes de l'autre. Charlotte serait dans l'attente d'une parole qui n'advient pas. Une parole lui permettrait de s'apaiser quant à sa crainte de perdre sa place afin de pouvoir investir cette fonction maternelle. Comment investir ce devenir mère si le prix à payer serait de perdre le reste ? Charlotte opèrerait une forme de clivage de l'objet maternel entre sa mère et sa cheffe, traduisant sa difficulté à faire coexister deux représentations séparées : « être une bonne mère » et « être une bonne professionnelle ». Serait-ce l'expression d'une difficulté à « lâcher prise » ou d'un déplacement sur la sphère professionnelle d'un conflit psychique concernant le changement de statut difficilement symbolisable ?

#### *De la répétition de l'angoisse de l'enfant monstrueux*

Charlotte appréhende le fait d'avoir un enfant qui la déborde, « *Et donc c'est vrai qu'j'aimerais bien avoir un enfant calme/ parce que tous les deux on est assez calmes/ on aime pas le bruit (...) ça nous fait un p'tit peu peur* » (l. 375, 1<sup>er</sup> entretien). S'exprimerait la figure de l'étrangeté du bébé qui viendrait les bousculer par sa pulsionnalité. Dans ce fantasme peut s'entendre la répétition de ce qui fait énigme dans sa relation à son père. Charlotte évoque une relation très distante avec son père. Elle précisera « *on se parle pas* » (l. 710, 1<sup>er</sup> entretien) et « *on a jamais joué ensemble* » (l. 730, 1<sup>er</sup> entretien). Lorsque Charlotte a interrogé sa mère sur cet apparent manque d'investissement affectif qui semble faire énigme pour elle, sa mère lui aurait répondu : « *il ne sait pas quoi dire tu sais/ il aime pas trop jouer/ il aime bien s'poser* » (l. 746, 1<sup>er</sup> entretien). Charlotte se formule l'hypothèse : « *c'est pas trop son truc p't'être d'être...papa* » (l. 125, 1<sup>er</sup> entretien). Elle se défend d'avoir souffert et peut être de souffrir de cette relation même si elle énonce l'attente d'une

réparation lorsqu'elle dit : « *c'est pour ça que j'ai toujours dit à mon conjoint que je veux que lui il soit un bon papa* » (l. 731, 1<sup>er</sup> entretien). Cette énigme se rejouerait dans ce fantasme à l'œuvre de l'enfant monstrueux. L'indisponibilité psychique du père se répèterait également dans sa relation à son conjoint. Fantasmatiquement, Charlotte se pense seule à devoir s'occuper de son enfant, justifiant que son conjoint est souvent en déplacement. Au fil des trois entretiens, peu d'éléments se disent au sujet de la façon dont son conjoint vit la grossesse et se projette dans en tant que père. Charlotte ne peut qu'énoncer : « *bon j'pense que c'est pareil/lui aussi il voudra lui montrer plein plein d'choses/ l'électricité (...) /il/ c'est pareil il est comme moi (...) il veut qu'on reste tous/ tous les trois ensemble* » (l. 601-604, 1<sup>er</sup> entretien). Charlotte convoque des représentations sociales pour tenter de construire une représentation. Rester ensemble ferait famille.

#### 2.3.2.3.2.4. VÉCU DE L'ACCOUCHEMENT

A la fin du huitième mois de grossesse, Charlotte relate sa peur de l'accouchement dont elle redoute la douleur, la dimension pulsionnelle et ce qui pourrait être attaché au corps : les branchements, les piqûres... Au troisième entretien, elle rappelle le désir d'accoucher qui l'animait : « *j'avais envie euh... d'accoucher euh assez vite parce que... j'commençais à être euh/ ben c'est vrai qu'les nuits je dormais très très peu... j'ai la peau qui m'grattait toujours donc euh c'est vrai qu'j'commençais à en avoir marre et à m'dire euh/ vivement que ça/ que ça/ que ça arrive quoi/ et en plus ben que tout était prêt/ qu'la chambre était prête/ tout était prêt* » (l. 34-37, 3<sup>ème</sup> entretien). Charlotte n'évoque pas un désir de rencontrer son enfant mais celui que la grossesse s'arrête : « que ça arrive ». Elle rationalise en mettant en avant sa logique consciente : la chambre était prête donc l'enfant peut naître, excluant là aussi toute dimension désirante.

Puis, Charlotte raconte l'annonce du diagnostic de cholestase lors de son dernier examen mensuel de suivi de grossesse. Elle le formule ainsi : « *c'est quand/ en fait c'est quand le foie de/ de la mère ne supporte plus les/ les hormones de grossesse (...) et donc du coup y a un risque pour euh... l'enfant en fait... un risque de... de mort en fait* » (l. 53-57, 3<sup>ème</sup> entretien). Du début à la fin, c'est comme si son corps exprimait quelque chose de l'ordre d'un insupportable de cette grossesse. Dans le fil de cette hypothèse, Charlotte poursuit sur le fait d'avoir très mal vécu l'annonce de la nécessité de déclencher l'accouchement,

non pas en raison de la peur de perdre son bébé mais en raison de la blessure narcissique alors réactivée : « *de comment chuis tombée enceinte où/ où/ où on nous/ où j'ai eu besoin aussi d'avoir des... piqûres pour que voilà/ pour qu'ça marche/ d'me dire du début à la fin* » (l. 87-89, 3<sup>ème</sup> entretien). La mise à mal de sa capacité d'enfantement serait sur le devant de la scène au point d'occulter le risque de mort pour son fils : « *ben oui y **aurait** eu un risque que Paul euh... meure... oui oui... bon* » (l. 232, 3<sup>ème</sup> entretien). L'emploi du conditionnel traduit son incertitude. Il est intéressant de repérer que c'est à ce moment-là que Charlotte prénomme son fils pour la première fois. Lorsque je l'interroge sur ce qui été difficile pour elle dans le fait d'avoir été « aidée » par la médecine, Charlotte précise sa difficulté à supporter le caractère impératif : « *C'est vraiment qu'on m'laisse/ qu'on m'laisse... pas/ qu'on m'laisse... pas l'choix et que voilà/ et que c'est... et c'est comme ça/ c'est aujourd'hui* » (l. 227, 3<sup>ème</sup> entretien) et soudain de cet évènement : « *c'était pas du tout le jour où on s'disait bon ben voilà c'est... c'est pour aujourd'hui quoi* » (l. 267, 3<sup>ème</sup> entretien), elle qui s'imaginait depuis toujours ce jour où elle perdrait les eaux à la maison. Cette blessure narcissique serait peut-être renforcée par un sentiment de rivalité avec sa grande sœur enceinte de trois mois de moins qu'elle. Au premier entretien, Charlotte précise au sujet de la conception : « *comme ma sœur elle est tombée enceinte au bout de un mois euh... et puis bon je pensais pas qu'ça allait prendre... autant de temps* » (l. 977, 1<sup>er</sup> entretien). Au second entretien, elle raconte : « *parce que bon sur le coup j'me disais comme elle a quand même trois mois de moins donc normalement elle doit avoir un ventre un p'tit peu plus...euh petit/ et là on a exactement le même ventre/ donc c'est... c'est... c'est amusant* » (l. 227-229, 3<sup>ème</sup> entretien). Cette formation réactionnelle « c'est amusant » exprimerait sa blessure de ne pas correspondre à une norme que sa sœur elle suivrait.

Charlotte décrit le déroulement de l'accouchement comme un scénario catastrophe : « *Donc j'ai eu très très très mal et vraiment euh/ l'accouchement j'pense j'y ai pensé encore une semaine et demie après l'accouchement/ tous les soirs/ avant d'aller au lit et... j'ai d'nouveau pensé à... à tout ça et... voilà/ c'est pour ça j'me dis y aura un seul enfant et y en aura pas un autre* » (l. 119-121, 3<sup>ème</sup> entretien). En raison d'un très grand nombre d'accouchements ce jour-là et à partir de l'idée des sages-femmes que l'ouverture du col allait mettre du temps, Charlotte aurait été « *totalelement zappée* » (l. 152, 3<sup>ème</sup> entretien). Le bégaiement témoignerait de l'intensité de sa détresse d'avoir eu le sentiment d'être

abandonnée : « du coup ils m'ont/ ils m'ont/ ils m'/ ils m'/ ils m'/ ils m'ont/ ils m'ont mis dans une pièce... seule/ donc avec euh les/ les branchements et tout... et voilà ils m'ont oubliée... dans une pièce » (l. 150, 3<sup>ème</sup> entretien). Charlotte décrit une scène au caractère traumatique au cours de laquelle elle a appelé au secours mais personne ne l'entendait : « donc j'ai crié à l'aide au secours le plus fort que j'ai pu/ que j'ai pu/ donc euh voilà/ donc j'a/ j'avais le portable sur moi donc j'ai appelé mon conjoint qu'était en train de v'nir » (l. 161-163, 3<sup>ème</sup> entretien). La répétition d'un scénario de négligence au cours duquel elle ne serait pas entendue s'entendrait. Il s'agirait presque d'un sentiment punitif en lien peut être avec sa culpabilité de n'avoir pas avoir vécu sa grossesse comme elle se le représentait. Énoncée lors du premier entretien, sa crainte fantasmatique de ne pas être bien prise en charge, à la suite de l'oubli du gynécologue de prescrire le dépistage de la trisomie 21, se serait actée.

#### 2.3.2.3.2.5. NOUAGE PRÉCOCE AVEC PAUL

##### *Naissance de Paul ou le sentiment d'étrangeté*

Après avoir succinctement énoncé en début d'entretien : « c'est allé assez vite hein/ parce que le travail a commencé à v/ à vingt-trois heures trente et... et quatre heures après **il était là** quoi donc du coup ça » (l. 98-100, 3<sup>ème</sup> entretien), Charlotte éprouverait des résistances à parler de la naissance de Paul. Après son récit détaillé de son accouchement, elle s'arrête « au bord » de la naissance.

Sur mon invitation : « et quand il est né alors comment euh » (l. 296, 3<sup>ème</sup> entretien), Charlotte se lance dans le récit de la naissance dans lequel s'entend le caractère soudain : « donc euh j'ai dû pousser... trois fois **et hop il é/ il était là**/ alors que/ ben que Frédéric mon conjoint ben lui pareil il s'était dit aussi oh là là maintenant ça va durer des/ des heures/ **et en fait il était là**/ donc elle me/ elle me/ elle me l'a mis sur le ventre et d/ c'est vrai qu'tous les deux on était un peu... oh **déjà là** quoi (rire) c'est un peu euh... voilà quoi/ Ouais/ déjà là/

Ouais/ ouais (rire) voilà...donc euh ouais c'était un/ c'était un p'tit peu **bizarre** alors qu'c'est vrai qu'moi je m'suis dit le moment-là qu'on allait être euh émus ou je sais pas et en fait **rien** parce que... c'est allé trop trop vite » (l. 305-311, 3<sup>ème</sup> entretien).

Cette formulation « *et en fait rien* » ferait écho au « *il ne se passe rien* » éprouvé pendant la grossesse. Ce « rien » évoquant la vacuité, l'absence traduirait-il un sentiment d'étrangeté ne correspondant pas là encore à ce qu'elle s'était imaginée : « *être émus* ».

#### *Les premiers temps avec Paul ou de la difficulté de l'allaiter*

Alors âgé de deux semaines et cinq jours, les deux premières semaines sont marquées par des difficultés rencontrées au cours de l'allaitement. Charlotte qualifie ces moments de « *dur dur* » car il ne voulait pas téter : « *il avait vraiment PAS envie quoi* » (l. 336, 3<sup>ème</sup> entretien). Elle décrit un sentiment de forçage des sages-femmes face au refus de téter de Paul. Sa mère lui a rapporté qu'elle ne voulait pas non plus téter lorsqu'elle était bébé. Cette identification autour du refus de téter aurait fait lien et lui aurait permis de dépasser la frustration de ce qui aurait pu être vécu comme un échec supplémentaire dans sa logique normative. En effet, le souhait d'allaiter Paul était sous-tendu par ses valeurs : « *Parce que je suis très... bio... et j'me dis que euh...de... de prendre le lait ben c'est/ c'est m... c'est meilleur pour euh... l'enfant* » (l. 384, 3<sup>ème</sup> entretien) et non par un désir. Charlotte a tiré son lait pendant deux semaines comme sa mère. Aujourd'hui, elle se sent mieux d'avoir arrêté parce qu'alors « *on ne se sent plus vraiment femme* » (l. 420, 3<sup>ème</sup> entretien).

#### *Rencontre avec le bébé réel*

Dans la rencontre avec Paul, le nouage d'un lien semble lui avoir permis de se positionner psychiquement autrement, ce qui lui permet de conclure sur le constat que rien ne s'est déroulé comme prévu : « *c'était pas comme je me l'imaginais/ l'accouchement non plus/ l'allaitement non plus... mais au final euh c'est pas trop grave hein/ il est là/ il est en forme euh donc euh... et il est beau donc euh ça va (rire)* » (l. 540-542, 3<sup>ème</sup> entretien).

Il est intéressant de repérer le changement d'attitude de Charlotte lorsque son enfant se réveille. Elle se montre très attentive et partage sa joie d'être avec lui. Lorsque j'évoque le baby blues, elle se tourne vers lui et rit de ne pas l'« *avoir vu passer celui-là* ». Avec l'arrivée de l'enfant réel, l'angoisse semble avoir suffisamment diminué pour permettre au désir d'émerger. Elle finit l'entretien en parlant avec plaisir de son enfant qu'elle qualifie de « *drôle* » et de « *chou* » tout en s'adressant à lui.

A la fin de l'enregistrement, Charlotte parle de la joie d'« *avoir mon corps d'avant (...) tout de suite après l'accouchement j'ai retrouvé mon ventre comme avant ouf (...) je me sens de nouveau femme et pas juste femme enceinte (...) de pouvoir faire le ménage je suis rentrée j'ai fait les vitres ce que je pouvais plus faire* ». Elle précise que sa peau lui gratte encore mais « *c'est bon maintenant il est là* ». Cette parole vient souligner le soulagement lié à l'angoisse de mort de son bébé associé à ce symptôme. Ainsi, nous pouvons entendre comment les changements corporels ont été difficilement vécus pour elle. Repérons qu'elle évoque son ventre d'avant qu'elle a retrouvé : ce ventre qui a été investigué, examiné, piqué.

### 2.3.2.3.3. DISCOURS AU SUJET DE LA RENCONTRE AVEC LA MEDECINE ET LE DISCOURS DES PROFESSIONNELS RENCONTRES

#### 2.3.2.3.3.1. DEMARCHE DE PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTEE (PMA)

Charlotte n'aborde pas directement les problèmes d'infertilité que Frédéric et elle ont rencontrés. Elle n'utilise à aucun moment le mot d'infertilité mais évoque des difficultés pour concevoir. Elle évoque les traitements qu'elle a subi pour mettre en avant l'effet sur le désir dans le couple alors mis à mal : « *des tests super chouettes ou faut s'lever en plein milieu d'la nuit/ le faire et après aller voir dans le... laboratoire si/ si ça/ si ça a pris ou pas quoi/ donc c'est des tests supers/ pour le couple c'est magnifique (rires) voilà* » (l. 946-948, 1<sup>er</sup> entretien).

Lorsque Charlotte parle des recherches entreprises concernant leur infertilité, elle parle du corps dans sa réalité, dans sa fonctionnalité. Il s'agit du corps organique : les glaires cervicales, les spermatozoïdes. La représentation du « corps-machine » qui sous-tend la pratique médicale moderne disjoindrait le sujet de lui-même. Tout au long de sa grossesse, Charlotte ne serait pas « connectée » à un sentiment d'être enceinte. Pouvons-nous y entendre un effet de la façon dont elle a vécu subjectivement cette PMA ? Charlotte serait restée dans une culpabilité associée à ce qu'elle perçoit comme une défaillance de leur « corps-machine » : « *ça marche pas à cause de moi/ ça marche pas à cause de lui/ ça marche pas/ c'...* » (l. 960, 1<sup>er</sup> entretien). Elle finit par se dire qu'ils auraient dû essayer plus

tôt quand leurs corps fonctionnaient peut être encore : « *Que p'tête ben tous les deux on était un peu plus jeunes donc euh p'tête que... voilà... fin ça marche* » (l. 968, 1<sup>er</sup> entretien).

En s'attachant aux coordonnées physiologiques et biologiques du processus gestationnel, la logique objectivante de la médecine évincerait la question du désir et de la subjectivité engagés dans la fertilité. La médecine intervient dans l'intimité du couple et rabat la procréation sur sa dimension biologique, ce qui exclut dans le même mouvement la dimension désirante. La disjonction qui s'opère entre le corps et le désir entraverait les processus d'imaginarisation tout en dévoilant le réel. Charlotte semble avoir été dans cette impasse subjective à ne pas pouvoir renouer avec son désir, prise dans l'angoisse du réel. Ce ne serait que dans le lien à son enfant qu'elle y serait parvenue.

Nous pouvons repérer une certaine violence subie dans son corps : les piqûres dans le ventre, les examens, ...Charlotte semble s'être contrainte à faire des choses qui ne correspondent à ses valeurs : « *donc on s'dit...qu'y a des choses qui s'passent dans le corps et c'est pas très...naturel* » (l. 1044, 1<sup>er</sup> entretien).

#### 2.3.2.3.3.2. SUIVI DE LA GROSSESSE

Charlotte choisit de faire son suivi de grossesse en milieu hospitalier et avec une sage-femme en libéral en individuel pour la préparation à l'accouchement.

Au quatrième mois de grossesse, elle avoue son sentiment d'être perdue et avoir besoin de repères sans pouvoir réellement dire ce dont elle aurait besoin. Elle donne l'exemple d'une conduite à tenir au niveau de l'alimentation. Le niveau conscient dont parle Charlotte serait l'expression d'un conflit plus profond. Elle ne se sent pas accompagnée, « *il manque quand même quelque chose* », dit-elle (l. 811, 1<sup>er</sup> entretien). Elle ajoute être déçue de la prise en charge hospitalière « *il n'y a pas assez de professionnels présents* ». Charlotte souligne le manque de continuité en se plaignant de devoir toujours tout répéter. Au deuxième entretien, Charlotte revient sur besoin d'avoir une réponse immédiate : « *comme ça au moins on sait qu'il ne se passe rien / enfin que tout est / est normal* » (l. 515, 2<sup>ème</sup> entretien). Le fait d'avoir fait confiance à un médecin qui s'est trompé a été difficile pour elle. Cette faille dans un rapport au savoir consistant semble l'avoir beaucoup

déstabilisée et angoissée, générant une peur d'être oubliée, peur de passer à côté de quelque chose d'important par négligence.

Vécu dans une certaine solitude et souffrance, Charlotte cherche des réponses à l'extérieur pour apaiser son angoisse. Elle ne parviendrait pas à trouver en elle-même le sentiment de sécurité intérieure qui lui permettrait de s'apaiser. Charlotte se tournerait vers le savoir médical, qui véhiculerait une illusion de contrôle. Très angoissée, son rapport au monde passerait par une volonté de contrôle. Elle se réfère aux normes sociales comme à une vérité. Charlotte chercherait à combler son manque à être par le savoir qui devrait permettre de contrôler, de faire taire ses angoisses mais elle sent bien que la transmission d'information ne suffit pas. Comme coupée de ses ressentis, de ses émotions, son corps parle : arthrite dentaire, migraines, contractions, ...

Avant de quitter leur domicile, Frédéric vient dans la pièce où nous sommes installés. Charlotte l'interpelle : « *Comment tu as trouvé l'accompagnement toi ?* ». Comme elle, il se plaint du fait qu'il fallait toujours tout réexpliquer. Il rationalise sur l'organisation des soins : « *c'était bien quand même les rendez-vous les échographies* » mais il estime que la présence d'une seule sage-femme serait mieux, ce qui souligne l'importance de la présence d'une seule figure d'étayage.

Enfin, il dit s'être senti intégré au dispositif sans pouvoir dire en quoi. Il finira par me poser des questions sur mon travail de recherche, ce que nous pouvons entendre comme une position défensive face à sa difficulté de parler de lui. Tout comme lors du premier rendez-vous, Frédéric qui travaille à domicile vient signifier sa présence. La participation, même minime, à l'entretien de recherche semble importante pour lui peut être comme une manière d'être reconnu à sa place de père.

### 2.3.3. ANALYSE DES ENTRETIENS DE RECHERCHE D'EMILIE

#### 2.3.3.1. *Aspects méthodologiques*

Dans notre protocole de recherche, Emilie est un sujet de la recherche particulier dans le sens où son accouchement prématuré à 34 SA + 5 jours crée une situation de recherche qui ne permet plus de l'intégrer dans aucun des trois groupes constitués. Initialement

prévue dans le groupe témoin des femmes ayant accouché à terme, la naissance prématurée de sa fille ne permet que partiellement de l'inclure dans le groupe des femmes ayant accouché à terme. Le fait de l'avoir rencontrée à deux reprises pendant sa grossesse, à cinq mois et demi et à huit mois de grossesse, avant son hospitalisation pour MAP à 34 SA ne permet pas non plus de l'intégrer dans le groupe des femmes hospitalisées pour MAP. Enfin, Emilie ne peut être introduite dans le groupe de femmes ayant accouché avant 33 SA car, d'une part, elle a accouché à 34 SA + 5 jours ce qui correspond à une prématurité dite « tardive » en référence au classement de l'OMS. Même s'il est bien évidemment dépendant de l'état de santé du bébé, le contexte d'hospitalisation néonatale pour une naissance prématurité à ce terme est différent de celui pour un terme inférieur à 33 SA. En l'occurrence, l'état de santé de Clarisse ne nécessitait pas de prise en charge hautement technique, ce qui a permis une hospitalisation en chambre kangourou. Et d'autre part, la démarche de recherche n'est pas la même étant donné qu'Emilie a été rencontrée de manière prospective contrairement aux autres femmes de ce groupe qui l'ont été de manière rétrospective. Ainsi, sur l'ensemble des femmes rencontrées de manière prospective, Emilie est la seule à avoir accouché prématurément sans que la rencontre ait lieu dans le cadre d'une hospitalisation pour MAP. Cette situation donne accès à un témoignage qui permet d'interroger l'impact psychique dans la construction du maternel du surgissement d'une naissance prématurée d'un premier enfant dans le cadre d'une approche longitudinale et prospective.

#### *2.3.3.2. Contexte des entretiens de recherche*

Je rencontre Emilie lors de la présentation de ma recherche au début d'une séance collective dans le cadre du suivi de grossesse chez une sage-femme installée en libéral. Des trois femmes présentes, Emilie, seule femme à être accompagnée de son mari, exprime des réserves à ma proposition liées à l'angoisse que suscite pour elle le fait de parler de son vécu psychologique. Invitées à y réfléchir, elle accepte, tout comme les deux autres femmes, de me donner ses coordonnées afin que je puisse la recontacter la semaine suivante. A la lumière de l'analyse des entretiens, l'effet de groupe, le lien transférentiel à la sage-femme et son lien amical avec l'une des deux autres participantes semble avoir influé dans sa décision de participer à cette recherche. Emilie choisit le lieu du cabinet de

consultations de la sage-femme pour les deux premiers entretiens à cinq mois et demi et huit mois de grossesse. Le troisième entretien se déroule à domicile. Lorsque j'entre, Clément, le père de Clarisse alors âgé d'un mois, sort faire une promenade en poussette avec sa fille. A la fin de l'entretien, Emilie me présente sa fille.

### 2.3.3.3. Anamnèse

Emilie, âgée de vingt-six ans, est mariée avec Clément depuis deux ans. Engagés dans la construction d'une maison, ils ont décidé de concevoir un enfant au cours de leur voyage de noce à la suite de leur mariage. Cette décision est également sous tendue par la perspective d'une opération de varices profondes, « *mon angiologue m'a laissée deux ans pour tomber enceinte* » (l. 233, 1<sup>er</sup> entretien). Au cours de l'année précédant la conception de Clarisse, Emilie a pensé être enceinte à la suite de ce qui s'est avéré être un kyste dans l'utérus nécessitant une opération chirurgicale, puis, quelques mois plus tard, elle a fait une grossesse extra-utérine. Ces deux expériences ont eu un impact sur l'annonce de sa grossesse ayant « *toujours peur qu'il arrive quelque chose* » (l. 91, 1<sup>er</sup> entretien). La grossesse se déroule sans particularités médicales jusqu'à une hospitalisation à 34 SA pour MAP en raison du diagnostic d'une prééclampsie associée à un retard de croissance intra-utérin. Au bout de cinq jours d'hospitalisation, l'accouchement a été déclenché en urgence et a duré 45 heures. Clarisse est née en bonne santé, autonome au niveau de la respiration et de l'alimentation avec un poids d'un kilo huit cents, « *comme si elle était née à terme hein/ sauf qu'elle avait heu/ son poids en moins et qu'elle était une prématurée* » (l. 262, 3<sup>ème</sup> entretien).

Assistante de recherche clinique auprès de personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative, Emilie est très investie dans son travail et souffre d'un manque de reconnaissance. Au niveau familial, elle est l'aînée d'un frère, âgé de vingt-deux ans, avec qui elle dit entretenir de bonnes relations. Il est atteint d'un situs inversus, affection congénitale dans laquelle les principaux viscères et organes sont inversés dans une position en miroir par rapport à leur disposition normale, ce qui a nécessité qu'à huit mois de grossesse, Emilie fasse un test pour vérifier que son enfant n'en soit pas porteur.

Marquée par une histoire douloureuse avec sa mère qui a souffert d'une dépression sévère ayant nécessité des hospitalisations en hôpital psychiatrique lorsqu'Emilie était âgée de

dix ans, elle qualifie sa relation avec sa mère de fusionnelle. Elle exprime le sentiment d'être devenue la mère de sa mère avec le regret de ne pas pouvoir se sentir à sa place de fille. La dépression de sa mère est mise en lien avec l'abandon psychique de la grand-mère maternelle qui ne l'aurait pas investie affectivement. Sa relation avec son père est qualifiée de très bonne. Son père est perçu comme celui qui a tenu bon quand sa mère est tombée malade, « *mon père c'est/ c'est mon pilier quoi du fait de notre histoire et tout euh/ enfin dès que mon père dit quelque chose ben pour moi c'est comme si c'était / c'était Dieu qui me disait un truc* » (l. 656, 1<sup>er</sup> entretien). Elle évoque néanmoins une modification des rapports depuis qu'elle est mariée et évoque sa peur de perdre sa place de fille en devenant mère.

Son mari a un frère aîné qui a trois enfants et une sœur aînée décédée avant sa naissance à l'âge de dix-huit mois, « *elle est morte étouffée dans sa couverture* » (l. 575, 1<sup>er</sup> entretien). Elle évoque une relation complice avec son mari présenté comme un double : « *on est tous les deux pareil on fonctionne de la même manière* » (l. 296, 1<sup>er</sup> entretien). En conflit avec ses beaux-parents et plus particulièrement sa belle-mère, mise en place de rivale et qu'elle juge être en dépression depuis le décès de sa fille. Le décès de cette petite fille semble rendre impossible une confiance envers sa belle-mère. Emilie évoque dès le premier entretien le fait de ne pas avoir envie de partager sa grossesse avec elle, ni de lui confier son enfant, « *déjà j'ai pas envie de lui donner/ j'ai pas/ j'ai même pas envie de lui en parler* » (l. 529).

#### 2.3.3.4. Analyse thématique des entretiens et hypothèses générales

Au premier entretien, à cinq mois et demi de grossesse, Emilie met d'emblée en avant le fait d'être très angoissée particulièrement dans ce temps de grossesse. Après avoir relatée la préhistoire de la conception de Clarisse, Emilie s'inscrit dans un mouvement psychique d'évitement de l'annonce du sexe de l'enfant qu'elle porte. Emilie parle longuement de ses difficultés relationnelles dans la sphère professionnelle en exprimant beaucoup d'agressivité en réaction à un sentiment de manque de reconnaissance, voire d'ingratitude de la part de ses collègues alors qu'elle se vit comme étant dans une position de mère dévouée. À la suite de mes questions, elle parle de ses relations familiales marquées par le rejet et l'abandon dans les relations mère-fille : entre sa mère et sa grand-mère maternelle et entre sa mère et elle. Emilie termine ce premier entretien en évoquant la peur de la

répétition de ce lien avec sa fille. Au second entretien, à huit mois de grossesse, Emilie, en arrêt de travail depuis deux semaines, parle à nouveau de son travail. Elle évoque sa crainte d'être « annulée » par sa remplaçante. Au fil de ses identifications à travers l'évocation de sa relation transférentielle à sa cheffe, figure maternelle idéale, ainsi que son besoin d'étayage dans une relation amicale avec une amie enceinte, Emilie laisse entendre sa fragilité narcissique. Tout en évoquant sa difficulté à être enceinte, se dit sa recherche d'affirmation en prenant appui sur un nouveau statut de mère lui permettrait d'asseoir son existence psychique « *je suis plus la petite/ je suis là/ j'existe* » (l. 1520). Au fil de ces deux premiers entretiens, Emilie réaliserait un travail d'élaboration autour des remaniements psychiques identitaires liés au passage du statut de fille à celui de mère en lien avec sa relation à sa mère marquée par le traumatisme de l'abandon. Le fait d'attendre une fille renforcerait ses difficultés de symbolisation. Emilie se sentirait menacée dans son sentiment d'identité personnelle par la perte de son statut de fille, rendant difficile l'accès à une position psychique maternelle.

À la suite de la naissance prématurée de Clarisse, le troisième entretien semble s'inscrire dans une rupture pour Emilie : « *Vous êtes pas du tout au courant de ce qui s'est passé ?* » (l. 10, 3<sup>ème</sup> entretien). Emilie ajoute : « *j'ai vécu heu l'horreur en fait/ donc voilà c'est pour ça qu'à la base j'avais plus trop faire l'entretien (...) je manque de vécu puisque j'ai pas pu terminer ma grossesse* » (l. 61-78, 3<sup>ème</sup> entretien). Cet échange nous donne à entendre comment cet événement soudain vient effondrer son scénario imaginaire au point que son témoignage n'aurait plus de raison d'être, « *ce n'est pas l'entretien idéal* » en écho au deuil de sa grossesse idéale, « *déjà que j'avais vécu une grossesse qui pour moi n'était pas idéale* » (l. 246, 3<sup>ème</sup> entretien). Je soutiens alors l'intérêt de la singularité de son vécu, « *Mais y'a pas d'entretien idéal/ c'est important c'est/ c'est votre heu/ vécu heu/ à vous* » (l. 74, 3<sup>ème</sup> entretien). Elle précise également qu'elle souhaiterait avoir mon avis sur la proposition de son gynécologue de rencontrer un psychiatre. Cette demande qu'elle m'adresse associée à ce que j'entends de sa détresse psychique m'interroge sur le cadre de cet entretien de recherche et sur sa capacité psychique à pouvoir témoigner de son vécu. Emilie semble me faire ressentir quelque chose de l'effroi, de la sidération qu'elle a dû éprouver. Tentant de s'inscrire dans une continuité d'existence, en reprenant le fil de notre dernière rencontre : « *le onze mai quand on s'est vu/ j'me souviens avoir été/ été*

*super contente parce que j'acceptais enfin heu/ tout c'qui s'passait* » (l. 22), Emilie peut alors se dire. Elle commence par le récit de l'annonce de la prééclampsie qui semble avoir été traumatique pour elle. Elle poursuit par celui de son hospitalisation pour MAP, de son accouchement, de sa rencontre avec Clarisse, de leur hospitalisation en chambre kangourou et des premiers temps de vie avec sa fille. Je mets fin à l'entretien de recherche lorsqu'Emilie, après avoir tenté de banaliser la prématurité, me demande si : « *Vous en avez eu des comme moi des prématurés depuis que vous faites votre heu/* » (l. 1497, 3<sup>ème</sup> entretien). Cette question met, pour moi, fin à l'entretien de recherche car je me sens alors interpellée à une autre place en lien avec sa demande initiale de lui donner un avis sur la proposition de son gynécologue. Ce que j'interprète comme une manière d'essayer de se situer par rapport à ce qu'elle a vécu m'amène à prendre une autre position : je me mets à son écoute dans une dimension clinique et non plus de recherche. Pour moi, cette question fait limite éthique à la dimension de la recherche. Or, en mettant à terme à l'entretien à ce moment-là, on reste sur ce qui la questionne dans une confusion avec sa fille : « *des comme moi des prématurés* ». Après l'arrêt de l'enregistrement que je lui signifie, je lui demande de préciser la proposition de son gynécologue. Il lui aurait proposé de rencontrer un psychiatre quand elle lui aurait demandé un mois d'arrêt supplémentaire parce qu'il lui manque un mois de grossesse. Cette demande peut s'entendre comme une revendication afin de tenter de reprendre ce qui lui était dû : un mois. Un mois de réparation. Peut-être aussi un mois pour tenter d'annuler ce sentiment de manque dans une confusion entre le temps et le manque à être ? Emilie poursuit en revenant sur « sa » question : « *pourquoi on m'inflige ça ? pourquoi les gens me disent que je suis forte ?* ». Emilie dit ne pas savoir qui elle est et redoute de répéter le même scénario qu'avec sa mère, soit être dans le rejet de sa fille. La perte du statut de fille et l'accès au statut de mère viendrait l'ébranler au niveau identitaire : qui suis-je ? une fille ? une mère ? et dans son rapport à l'autre : que me veut l'Autre ?

L'annonce du retard de croissance in utéro suivi de celle de la prééclampsie, par la confrontation au réel de la mort dans le discours médical, aurait fait traumatisme. Les difficultés dans le nouage précoce seraient en lien avec un effet de sidération entravant la régression dans un état de préoccupation maternelle primaire. L'interruption soudaine de sa grossesse dans des mouvements de remaniements psychiques difficiles perturbant

l'évolution de la représentation du fœtus renforcerait davantage les possibilités d'investissement libidinal de sa fille.

#### 2.3.3.4.1. CONSTRUCTION DU SENTIMENT MATERNEL

##### 2.3.3.4.1.1. VÉCU DE LA GROSSESSE

A cinq mois et demi de grossesse, Emilie commence l'entretien en exprimant sa difficulté à vivre sereinement sa grossesse : « *je la vis peut-être pas à fond parce que je suis très angoissée* » (l. 5, 1<sup>er</sup> entretien). Elle exprime d'emblée sa difficulté d'identification au sentiment de complétude que véhicule le discours social : « *là j'suis contente mais j'le vis pas / j'suis pas gaga quoi* » (l. 7, 1<sup>er</sup> entretien). A ce moment-là de sa grossesse, elle identifie les mouvements fœtaux et connaît le sexe depuis deux semaines.

##### *De la difficulté d'être enceinte*

Au cours des deux entretiens, Emilie évoque l'angoisse que suscite pour elle le fait d'être enceinte : « *on s'dit qu'il y a quelqu'un (...) un truc quoi j'sais pas quelque chose qui ressemble à moi (voix aiguë remplie d'émotions) en miniature (...) mais c'est bizarre de s'imaginer avec quelque chose à l'intérieur enfin qu'est comme nous (...) c'est des montées d'angoisse comme ça sur le coup qu'on prend conscience de quelque chose enfin surtout du fait qu'il va falloir le sortir* » (l. 350-372, 1<sup>er</sup> entretien). Les angoisses du féminin d'ouverture et de fermeture du corps s'exprimeraient. A huit mois de grossesse, la représentation de l'enfant qu'elle porte en elle ne semble pas avoir beaucoup évolué : « *ça fait bizarre quand vous avez un truc (...) y'a un truc qui sort/ mais ça si/ c'est assez flippant/ de voir qué qu'chose qui bouge heu de/comme ça dans votre ventre* » (l. 654-662, 2<sup>ème</sup> entretien). Elle conclut sur le fait qu'elle n'« *aime pas trop être enceinte/ j'voudrais qu'elle soit déjà là* » (l. 666, 2<sup>ème</sup> entretien). La formulation du désir que sa fille soit déjà là, désir déjà exprimé au premier entretien, traduirait l'angoisse que génère le réel de la grossesse de porter un autre en soi vraisemblablement encore du côté de la chose. Emilie ressentirait l'état gestationnel comme un envahissement menaçant son intégrité psychique. Elle dit être dans l'attente d'« *avoir à nouveau mon corps à moi* » (l. 684, 2<sup>ème</sup> entretien), « *je s'rai moi à nouveau* » (l. 744, 2<sup>ème</sup> entretien). Ces angoisses liées à au fait de contenir en soi et de devoir « faire

sortir » de soi questionnent une éventuelle fragilité des enveloppes corporelles. La difficulté d'accepter la passivité qu'impose la grossesse : « C'est le fait de ne rien gérer de ne rien prévoir » (l. 389, 1<sup>er</sup> entretien) traduirait également un traitement difficile des pulsions hostiles envers le fœtus.

#### *De la difficulté de se projeter*

Emilie exprime sa difficulté à se projeter en associant très rapidement la représentation de son bébé à la perception des mouvements fœtaux : « Jusqu'à ce que je **le** sente bouger c'était pas/ pour moi **ça** n'existait pas » (l. 18, 1<sup>er</sup> entretien). L'emploi du pronom démonstratif « ça » révèle sa difficulté de représentation du fœtus liée à l'angoisse empêchant toute projection. Notons également qu'elle utilise le pronom personnel « le » alors qu'elle connaît le sexe depuis deux semaines. A d'autres moments, elle intègre le sexe : « c'est pour ça que j'l'ai vécu j'l'ai vécu super mal enfin pas super mal mais j'le vivais pas jusqu'à ce que je **la** sente bouger là (...) j'ai toujours peur qu'il arrive quelque chose euh et du coup tant que les choses sont pas là j'peux pas me projeter là j'peux pas **il** est pas là alors j'peux pas vraiment me projeter » (l. 86-93, 1<sup>er</sup> entretien). L'alternance entre l'utilisation du pronom « il » ou « le bébé » avec « elle » serait l'expression de son ambivalence, du travail psychique à l'œuvre nécessitant des mises à distance de l'objet. Emilie associe l'angoisse à la découverte du sexe : « je voulais pas savoir le sexe du bébé puisque j'avais cette angoisse » (l. 118, 1<sup>er</sup> entretien). A huit mois de grossesse, elle exprime étonnement le fait de douter du sexe de l'enfant « je m'fais pas encore d'illusions » (l. 1032, 2<sup>ème</sup> entretien) en rationalisant par l'anecdote concernant la naissance de son petit frère qui était attendu en tant que fille. Selon elle, la découverte du sexe masculin à la naissance aurait entravé l'investissement paternel. Cette formulation « je m'fais pas encore d'illusions » serait une dénégation exprimant sa crainte de la répétition d'une difficulté d'investissement de son enfant du fait que ce soit une fille. A huit de mois de grossesse, l'évocation de l'éventualité que « l'enfant peut ne pas être viable » (l. 1107, 2<sup>ème</sup> entretien) s'il est atteint d'un situs inversé non équilibré exprime des pulsions de mort qu'elle mettrait à distance par l'emploi du terme générique « l'enfant » et « il ». Pensée toutefois insupportable qu'elle rationalise dans un deuxième temps : « au moins ils pourront tout d'suite le traiter s'il devait y avoir un quelconque souci » (l. 1155, 2<sup>ème</sup> entretien).

*De la difficulté des remaniements psychiques identitaires*

Ses difficultés relationnelles dans la sphère professionnelle seraient un déplacement de conflits psychiques liés aux remaniements identitaires inhérents aux processus de maturation psychique de la grossesse, « *mon travail c'est mon premier bébé (petit rire) c'est ma/ c'est une passion* » (l. 155, 1<sup>er</sup> entretien). A travers sa difficulté à supporter l'idée qu'elle forme quelqu'un qui va la remplacer peut s'entendre le déplacement que sa fille qu'elle est entrain de « former » en elle-même prenne sa place de fille en venant au monde comme s'il n'y avait qu'une place. Psychiquement dans une position de fille, devenir mère équivaudrait à perdre son statut de fille. Cette difficulté d'élaboration des remaniements psychiques liée au fait de devenir mère, d'une fille qui plus est, serait en lien avec sa relation traumatique avec sa mère. Une dépression sévère de sa mère a entraîné une rupture de lien avec elle : « *ma mère m'a reniée pendant environ un an un an et demi elle me reconnaissait pas j'existais pas* » (l. 452, 1<sup>er</sup> entretien). Ne plus être reconnue par sa mère aurait profondément atteint son sentiment d'existence. Emilie verbalise également sa peur de la répétition d'un sentiment de rejet, « *j'me dis j'espère que je vais pas lui infliger ce que ma mère m'a infligée en fait parce que ma mère même si je l'aime je lui en veux* » (l. 468, 1<sup>er</sup> entretien), « *quand ils posent le bébé j'espère que j'vais pas/ que j'vais le vouloir en fait* » (l. 722, 1<sup>er</sup> entretien). Dans son histoire transgénérationnelle, une mère peut rejeter sa fille. Lorsque je lui demande ce que l'idée d'avoir une fille produit en elle, Emilie évoque sa relation à sa mère : « *ma fille elle sera jamais comme moi mais euh si elle est pareille que moi avec ma mère* » (l. 438, 1<sup>er</sup> entretien) comme si elle se défendait de cette quasi-angoisse d'anéantissement. Emilie semble se représenter sa fille du côté du double, « *enfin un truc quoi j'sais pas quelque chose qui ressemble à moi (voix aiguë remplie d'émotions) en miniature* » (l. 353, 1<sup>er</sup> entretien). Ce manque de différenciation serait à l'origine d'une menace fantasmatique de sa place imaginaire dans le sens où il n'y aurait de la place que pour une fille. A la lumière de cette hypothèse, l'angoisse exprimée de perdre le fœtus, soit l'objet intérieur, serait la métaphore de la menace de la perte de son statut de fille : « *j'ai peur qu'ils m/enfin qu'ils me considèrent plus comme leur fille* » (l. 675, 1<sup>er</sup> entretien). Les remaniements psychiques identitaires nécessaires au passage du statut de fille à mère réactiveraient des angoisses d'abandon, de perte voire d'indifférenciation. Il est intéressant de repérer que l'attribution par un autre, ici la sage-femme, d'un nouveau

statut lui conférant une nouvelle place ici définie comme « exceptionnelle » lui permet d'abaisser l'angoisse de la perte : « déjà elle m'a dit que j'avais un statut un peu exceptionnel que voilà j'étais une femme enceinte qu'il fallait que je prenne soin de moi » (l. 111, 1<sup>er</sup> entretien). Par identification à ce discours, elle tenterait de s'étayer sur la force que procure la promesse d'un nouveau statut pour arriver à s'affirmer dans son existence psychique : « le fait d'être enceinte déjà ça vous fait réaliser que vous allez avoir un autre statut (...) je suis plus la petite/ je suis là/ j'existe/ ok j'suis la plus jeune de/ du service/ mais j'suis la seule qui est maman/ et je suis pas un bébé quoi » (l. 1495-1520, 2<sup>ème</sup> entretien). Parole qui entre en résonance avec celle énoncée au sujet du traumatisme vécu avec sa mère : « ma mère m'a reniée pendant environ un an un an et demi elle me reconnaissait pas j'existais pas » (l. 452, 1<sup>er</sup> entretien).

En lien avec ses mouvements d'identifications et de rejets d'avec la figure maternelle, Emilie chercherait d'autres modèles identificatoires. Au deuxième entretien, Emilie évoque la perspective de quitter son travail à la suite de l'annonce du départ de sa cheffe. Ce travail tant investi se soutiendrait de cette relation transférentielle très forte à sa cheffe dont la fonction de figure maternelle idéale se dévoile, « c'était elle qui l'avait fait ma robe de mariée » (l. 162), « elle est super maman poule (...) j'étais sa fille du travail » (l. 186, 2<sup>ème</sup> entretien). Emilie souligne le caractère protecteur de cette figure qui ferait précisément défaut chez sa mère réelle. Une forte identification du côté du même rendrait le départ de sa cheffe supportable : « pour le même problème que moi / problème d'être gratifiée/ de qu'on pallie toujours aux problèmes » (l. 157, 2<sup>ème</sup> entretien). L'idée d'« emboîter le pas » de sa cheffe serait-il une manière d'éviter la confrontation à un sentiment d'abandon insupportable et de ne pas être en position passive ? Emilie exprime également son besoin d'étayage qu'elle recherche auprès de son amie enceinte : « le fait qu'on soit toutes les deux/ ben ça m'aide vachement » (l. 419, 2<sup>ème</sup> entretien) « j'ai toujours besoin d'me référer à quelqu'un » (l. 451, 2<sup>ème</sup> entretien). La perspective de la fin de la grossesse de son amie serait vécue comme un abandon : « elle va m'laisser toute seule quoi/ j'vais être heu abandonnée dans quatre/ dans trois quatre semaines » (l. 412, 2<sup>ème</sup> entretien).

## 2.3.3.4.1.2. VÉCU DE L'ACCOUCHEMENT

Dix jours après le deuxième entretien de recherche, Emilie est hospitalisée dans une clinique à 34 SA pour une tension trop élevée. Deux jours plus tard, elle est transférée dans une maternité de niveau 2 en raison du retard de croissance intra utérin de son enfant. Deux jours suivants, l'accouchement est déclenché en en raison d'une prééclampsie. Quarante-cinq heures plus tard, Clarisse naît en bonne santé à 1kg 800.

*Traumatisme de l'annonce*

Au fur et à mesure du récit de l'accouchement, Emilie donne à entendre que le traumatisme serait davantage dans le réel de la parole. Autrement dit, ce sont dans les mots énonçant un risque de mort que se logerait le traumatisme et non dans l'expérience corporelle de l'accouchement ou dans la vision de l'enfant. Au fil de l'entretien, Emilie élabore l'effet traumatisant de l'effroi suscité par ces paroles annonçant un danger de mort pour son bébé et pour elle-même.

L'annonce de la prééclampsie réactiverait le traumatisme de l'annonce du retard de croissance intra utérin énoncé deux jours avant. Emilie commence le troisième entretien en parlant de l'annonce de la prééclampsie, nécessitant le déclenchement de l'accouchement, « *c'était grave (...) qui fallait déclencher en urgence heu la **grossesse** quoi/ enfin le/ l'accouchement (...) pour pouvoir me sauver* » (l. 44-50). En écho à ce qu'elle a vécu avec sa mère, « *j'ai vécu des choses un petit peu horribles* » (l. 445, 1<sup>er</sup> entretien), Emilie qualifie cet évènement soudain ainsi : « *j'ai vécu l'horreur* » (l. 62, 3<sup>ème</sup> entretien). Après avoir verbalisé la naissance de sa fille, « *j'ai accouché **d'un bébé prématuré**/ un kilo huit cents/ avec toutes les stress que ça engendre de pas savoir c'qui va s'passer* » (l. 126, 3<sup>ème</sup> entretien), Emilie revient sur ce que nous pouvons considérer comme le premier temps du traumatisme : l'annonce du retard de croissance intra utérin. Emilie précise alors les raisons de son premier transfert : « *on m'a transféré au CMCO pour m'dire qu'j'avais un bébé qui avait un retard de croissance* » (l. 153, 3<sup>ème</sup> entretien). Elle poursuit : « *on me dit que mon bébé ne grandit plus* » (l. 162, 3<sup>ème</sup> entretien). Plus tard dans l'entretien, elle dira : « *en fait la tension a arrêté la croissance de mon bébé* » (l. 179, 3<sup>ème</sup> entretien). Elle met en lien sa tension et l'impact sur son bébé, source d'une grande culpabilité. Dans un troisième temps, Emilie parvient à préciser le moment traumatique : « *à partir du moment où y'/ où*

le médecin rentre dans votre chambre et vous dit/ bah écoutez heu on va déclencher votre bébé il a 1kg 800 on croit qu'on va le perdre on croit que nous on va mourir » (l. 249, 3<sup>ème</sup> entretien). Elle poursuit en introduisant le père de sa fille : « Le papa c'est l'horreur total pour lui/ parce qu'il croit qu'il va perdre les deux/ et on sait pas c'qui va s'passer quand le bébé va sortir/ parce que/ ils savent pas comment il s'ra en fait » (l. 253, 3<sup>ème</sup> entretien). En parlant, Emilie parvient à circonscrire ce qui l'a traumatisé : « Enfin c/ ouais c'est ça/ on a eu trop trop peur/ et du coup heu/ c'est ça qui reste encore bloquée/ j'arrive pas à évacuer cette peur » (l. 269, 3<sup>ème</sup> entretien). Elle associe la peur de la mort avec l'angoisse qu'elle ressent aujourd'hui : « et encore maintenant (...) je reste obnubilée par son poids je continue à l'écrire » (l. 275, 3<sup>ème</sup> entretien). Comme si elle était restée figée dans ces tout premiers temps. Emilie continue à écrire le poids comme à la maternité pour attester du fait qu'elle grandit. A travers cette écriture, s'y entend une tentative d'inscrire quelque chose de cette naissance qui ne serait pas encore advenue psychiquement ? Continuer à écrire serait aussi une manière de contrôler, de continuer à soutenir la vie pas à pas comme dans les tout premiers moments de vie. Lâcher prise serait-il alors prendre le risque qu'elle meure ? Cet effet de sidération se donne à entendre à la fin du troisième entretien : « parce que moi ma hantise c'était qu'elle reste à un kilo huit/ enfin/ j'pensais qu'elle allait pas grandir/ qu'elle resterait comme ça » (l. 1427) comme si sa fille n'était pas inscrite dans le vivant. Cette parole met en lumière l'impact traumatique du premier temps du traumatisme : « on me dit que mon bébé ne grandit plus » (l. 162, 3<sup>ème</sup> entretien). Le traumatisme produit par l'impact de ces mots dans un imaginaire déjà fragile (cf. ses difficultés d'objectalisation de son bébé repérées pendant la grossesse) aurait suspendu le temps à ce moment-là comme si le vivant peinait à reprendre son cours.

Emilie tente de construire une représentation pour sortir du hors sens à travers la culpabilité : « C'est chez moi qu'il y a un problème (...) j'me sens responsable de ce qui s'est passé parce que j'étais tellement stressée pendant la grossesse j'me dis qu'c'est ma faute la prééclampsie/ alors qu'ils disent qu'il n'y a pas de lien » (l. 323-341, 3<sup>ème</sup> entretien). Emilie met en lien la tension artérielle et son anxiété afin de pouvoir se sentir responsable de ce qui s'est passé. Responsabilité qu'elle écarte en partie en reprochant à son gynécologue, censé prendre soin d'elle, de ne pas avoir écouté sa détresse qui, selon elle, justifiait un arrêt de travail jugé trop stressant, à l'origine de sa prééclampsie. Emilie évoque alors une

profonde déception à l'égard de son gynécologue qu'elle connaît depuis son adolescence : « *« Le fait de ne pas avoir été entendu par mon gynéco à cinq mois de grossesse j'lui en veux à mort »* (l. 372, 3<sup>ème</sup> entretien) ; *« mais il est responsable/ de l'état dans lequel j'me suis mis (...) complètement responsable »* (l. 366). Elle est blessée, en attente d'une reconnaissance : *« j'avais juste envie qu'il m'dise bah j'suis désolée »* (l. 400, 3<sup>ème</sup> entretien) et dans l'espoir d'une réparation : *« quand j'y étais j'lui ai dit mais si j'ai une deuxième grossesse (...) vous m'mettez en arrêt/ bah là il m'a dit/ bah y'a pas d'raisons (...) j'me suis dit il a toujours rien compris en fait »* (l. 414-417, 3<sup>ème</sup> entretien). La répétition du scénario fantasmatique de ne pas être entendue, reconnue par une figure maternelle se fait entendre.

### *Scène de l'accouchement*

Emilie a accouché par voix basse après quarante-cinq heures de contractions à la suite d'un déclenchement. Elle qualifie ce moment d'horrible, d'insupportable au niveau de la douleur par rapport au fait qu'ils lui ont *« arraché le placenta à vif »* (l. 781, 3<sup>ème</sup> entretien). Ce récit sur ce moment de la délivrance qui occulte *« l'accouchement en lui-même »* qui se serait *« super bien passé »* (l. 695, 3<sup>ème</sup> entretien) serait-il un déplacement du sentiment d'arrachement du bébé de son ventre ? Emilie décrit une scène qu'elle a vécue sur un mode quasi-paranoïaque : *« ils m'ont r'gardée droit dans les yeux/ et ils m'ont dit/ Mme Garel / vous êtes tellement forte/ qu'on va l'faire sans anesthésie/ et là j'me suis dit mais non j'suis pas forte/ pourquoi on me dit encore ça »* (l. 785, 3<sup>ème</sup> entretien). En associant à des souvenirs liés à l'épisode de la maladie de sa mère, elle construit un scénario fantasmatique autour de cette parole l'assignant à une place de quelqu'un de « forte » : *« quand ma mère était malade/ quand j'étais petite/ on m'a dit/ tu es forte/ tu arriveras à tenir le coup/ tu es forte/ on m'dit tout l'temps ça/ on m'le dit au boulot/ on m'le dit .../ on m'le dit partout »* (l. 791-793, 3<sup>ème</sup> entretien). La violence du geste obstétrical renforcerait le traumatisme de cette naissance, ce qui semble l'avoir précipitée dans une dimension persécutive : *« pourquoi on m'inflige tout ça (...) et j'me dis est-ce que j'ai une force que les autres n'ont pas »* (cf. § 1:701-741, 3<sup>ème</sup> entretien). Face à ce qu'elle ne parvient pas à symboliser, Emilie se demande quel Autre se jouerait d'elle. Elle conclut en disant : *« y'a rien qui était prêt pour que/ pour qu'**ça** sorte quoi »* (l. 741, 3<sup>ème</sup> entretien). Dans cette difficile symbolisation de la naissance de sa fille, l'emploi du pronom démonstratif « ça »

désignerait-il un bout de réel ? Elle poursuit sur une douleur atroce qui lui aurait été infligé : « *là c'était/ l'horreur en fait/ et après pour l'accepter/ et je m'en souviens encore cette douleur hein/ je sais pas comment j'arriverai à **la** sortir hein* » (l. 798, 3<sup>ème</sup> entretien). A travers l'emploi de ce pronom personnel « la », représentant à la fois la douleur et sa fille, peut s'entendre sa difficulté à faire naître psychiquement sa fille comme si elle n'était pas encore sortie d'elle-même.

#### 2.3.3.4.1.3. RENCONTRE AVEC LE NOUVEAU-NE

Emilie a été hospitalisée le soir même de l'accouchement dans leur chambre d'hospitalisation en unité kangourou, ce qu'elle définira comme étant une unité d'hospitalisation pour les bébés en dessous d'un poids de naissance de 2 kg 500.

Emilie ne parle pas spontanément du moment de la naissance de Clarisse. Lorsque je l'interroge à ce sujet, elle dit ne pas s'en souvenir. Elle ne garde en mémoire que le cri de sa fille : « *Ils m'ont posée deux secondes (...) j'ai vu vite fait .../ déjà le fait qu'elle ait crié ça m'a soulagée/ et ensuite elle est toute d'suite partie en néonate* » (l. 753-758, 3<sup>ème</sup> entretien). Seul le cri, témoignant du fait qu'elle soit en vie, ferait trace pour Emilie. Emilie évoque le fait d'avoir été impressionnée par la petite taille de Clarisse : « *elle avait un scope/ elle avait/ c'était un peu dur au début parce que/ déjà pour la porter c'était dur parce qu'elle était toute petite* » (l. 438, 3<sup>ème</sup> entretien) ; « *puis tout fait peur parce qu'elle était minuscule* » (l. 445, 3<sup>ème</sup> entretien). Elle poursuit sur sa difficulté à s'occuper d'elle : « *Bah ça fait peur hein/ c'est tout petit/ ça fait super peur mais/ j'me répétais toutes les cinq minutes j'ai pas l'choix/ c'est comme ça/ c'est comme ça/ c'est comme ça* » (l. 866, 3<sup>ème</sup> entretien). Emilie évoque davantage la frustration ressentie par l'écart entre la réalité de ce qu'elle a à vivre et ce qu'elle avait imaginé que ce qu'elle a pu vivre. Au niveau de l'allaitement, « *quand elle est née son sein/ sa tête était plus petite que mon sein / donc déjà là **ça passe pas du tout**/ donc j'ai déjà dû renoncer à ça (...) là j'commence à la/ à sevrer l'allaitement* » (l. 290-292, 3<sup>ème</sup> entretien). La formulation est centrée sur la difficulté d'avoir dû renoncer à l'allaitement. Emilie n'arrive pas à dire qu'elle sevrer sa fille alors elle emploie le mot allaitement, comme si précisément il s'agissait davantage de son lien à l'allaitement qu'à sa fille. Revenons sur le passage « *déjà là ça passe pas du tout* ». L'expression d'une agressivité contre sa fille de l'avoir privé de sa grossesse idéale et de

l'allaitement se fait entendre. En effet, Emilie poursuit : *« j'ai déjà pas profité de ma grossesse »* (l. 357, 3<sup>ème</sup> entretien). Elle verbalise ce mois qui manque, le fait de ne pas avoir pu terminer sa grossesse.

Emilie peine à parler de sa fille autrement que dans un rapport assez duel. La première fois qu'Emilie parle de sa fille alors née, elle utilise le pronom personnel : *« elle »* pour dire qu'*« elle allait super bien »* (l. 59, 3<sup>ème</sup> entretien). Emilie ne parle de sa fille que pour faire entendre qu'elle allait bien, contrairement à elle qu'il fallait sauver. Plus tard dans l'entretien, elle précisera : *« Quand elle est née tout allait bien (...) tout était nickel/ comme si elle était née à terme hein/ sauf qu'elle avait heu/ son poids en moins et qu'c'était une prématurée mais/ elle a mangé comme un glouton/ donc en fait tout allait bien mais/ ççça nous a fait trop peur en fait »* (l. 261-264, 3<sup>ème</sup> entretien). Ce discours valorisant sur sa fille : *« elle s'comporte vraiment comme un bébé qui a deux mois(..) enfin non elle s'débrouille super bien »* (l. 318-320, 3<sup>ème</sup> entretien) semble masquer une difficulté à se préoccuper de sa fille. Clarisse serait identifiée à une enfant forte comme elle : *« Elle a eu aucun souci mais heu/ même à l'accouchement elle a crié comme une maboule/ elle a/ franchement elle/ elle avait aucun problème quoi »* (l. 454, 3<sup>ème</sup> entretien). Dans cette mise à distance de son bébé considéré comme vivant dans une certaine indépendance, la qualité du lien interroge. La répétition d'un scénario fantasmatique dans lequel les rôles seraient inversés se dessine en filigrane. Emilie semble restée centrée sur elle-même et ne pas être psychiquement entrée dans la dyade. Elle ne semble pas pouvoir entrer dans un état de préoccupation maternelle primaire.

#### 2.3.3.4.1.4. NOUAGE DES LIENS PRÉCOCES

Emilie exprime une difficulté à s'adapter aux besoins de sa fille, notamment autour de l'alimentation : *« moi j'savais pas quand elle avait faim (...) j'comprendais rien/ et encore maintenant j'ai du mal à la suivre »* (l. 1004, 3<sup>ème</sup> entretien). Emilie passe du temps passé au temps présent. Elle poursuit : *« j'comprends pas ce qu'elle fait (...) je sais pas si elle a soif/ si elle a faim »* (l. 1013-1014, 3<sup>ème</sup> entretien), *« à partir de treize heures jusqu'au soir vers vingt-trois heures/ là on comprend plus ce qui s'passe »* (l. 1025, 3<sup>ème</sup> entretien) *« je sais même pas ce qu'elle a »* (l. 1041, 3<sup>ème</sup> entretien). Emilie attribue sa difficulté à décoder les signaux de sa fille avec le fait d'avoir dû la gaver jusqu'à ce qu'elle pèse trois kilos, *« une*

fois qu'elle avait ses trois kilos/ moi j'savais pas quand elle avait faim » (l. 1005, 3<sup>ème</sup> entretien). Cette expérience semble avoir été violente pour elle : « en fait au début ils dorment tout l'temps/ donc toutes les trois heures/ il faut la prendre/ la réveiller/ et lui mettre heu le biberon dans la bouche (...) c'était horrible » (l. 993-998, 3<sup>ème</sup> entretien). Le fait d'avoir dû l'alimenter en la gavant toutes les trois heures semble avoir empêché le mouvement de régression qui permet de s'adapter aux signaux de son bébé. La dimension traumatique associée à l'idée qu'elle puisse ne plus grandir se rejouerait également dans le lien : « ça c'était mon angoisse principale/ c'est qu'elle ait une sonde gastrique/ qu'elle se nourrisse pas/ ça c'était terrible/ de penser qu'elle pouvait ne pas s'nourrir (...) comme si elle était malade » (l. 1349-1354, 3<sup>ème</sup> entretien).

Emilie a beaucoup pratiqué le peau à peau en compensation de ce mois de grossesse qui a manqué, « j'la prends tout l'temps parce que j'me dis il lui manque un mois dans mon ventre » (l. 685, 3<sup>ème</sup> entretien). La précision qu'elle apporte d'avoir été dérangée par sa nudité révèle son manque de compréhension de la situation. Elle projette alors sur sa fille qu'elle se sent « rassurée » d'être habillée, or nous pouvons entendre ici sa propre réassurance que l'écart avec son bébé imaginaire se réduise. De la même manière, elle parle de Clarisse en disant : « elle a un mois et demi de moins qu'un autre bébé » (l. 313, 3<sup>ème</sup> entretien). Cet « autre bébé » est-il le représentant de son bébé imaginaire ?

En réparation de la blessure narcissique, Emilie construirait un lien fantasmatique qui évoquerait une répétition de la relation avec sa mère qualifiée de fusionnelle, sous tendue par l'idée que la maladie de sa mère ou la naissance prématurée de sa fille renforceraient la relation : « Je pense qu'on sera toujours beaucoup plus proches (...) il y a un lien entre nous du fait de la souffrance qu'on a eu (...) j'ai tout l'temps besoin de la porter ou des trucs comme ça/ enfin j'la laisse pas pleurer par exemple ou/ des choses comme ça/ enfin/ j'essaye tout l'temps d'lui faire des câlins pour qu'elle sache que/ que elle est pas toute seule quoi » (l. 665-674, 3<sup>ème</sup> entretien).

La difficulté de symbolisation de la naissance de sa fille se dirait également dans ce repérage par rapport à la date théorique : « depuis le onze juillet c'est différent/ parce qu'elle aurait dû sortir le onze juillet/ donc depuis le onze juillet j'lui dis maintenant c'est bon t'a/ t'es/ t'es censée être dehors/ ça suffit maintenant/ arrêtes de chouiner » (l. 690-

692, 3<sup>ème</sup> entretien). Emilie s'appuierait sur la date théorique pour ne plus être dans la culpabilité. Néanmoins, dans cette formulation, « *t'es censée être dehors* », c'est comme si elle était encore dedans, ce qui là encore témoigne de l'impact fantasmatique dans la construction du lien maternel de ce qui aurait dû être et qui n'est pas advenu.

#### 2.3.3.4.2. RAPPORT SUBJECTIF A LA MEDECINE ET AU DISCOURS DES PROFESSIONNELS DE SOIN RENCONTRES

##### 2.3.3.4.2.1. VECU DE L'HOSPITALISATION EN CHAMBRE KANGOUROU

Hospitalisée en chambre kangourou avec sa fille dès le soir de la naissance, Emilie supporte difficilement ce qu'elle vit comme de l'intrusion et non comme une prise en charge de son état de santé : « *j'avais pas d'intimité j'en pouvais plus (...) c'était horrible/ tout l'temps y'avait quelqu'un dans ma chambre/ tout l'temps/ tout l'temps/ tout l'temps/ tension/ tension/ tension* » (l. 514- 520, 3<sup>ème</sup> entretien). La difficulté d'Emilie de construire une intimité avec sa fille renforce peut-être ce sentiment d'intrusion de la part de l'équipe soignante et médicale : « *moi j'pouvais pas bien m'occuper d'elle parce que j'avais encore d'la tension (...) ça baissait pas (...) ils me mettaient la pression (...) j'avais pas envie d'être malade et je l'étais (...) tout ce que je voulais c'était rentrer chez moi (...) et quand j'suis rentrée ici/ c'était le/ j'suis rentrée le cinq juin (...) le sept juin j'avais plus de tension* » (l. 455-485, 3<sup>ème</sup> entretien). Plus tard dans l'entretien, elle reviendra sur ce point en précisant la scène. Lors d'une prise de tension très élevée, l'inquiétude de l'équipe médicale est vécue comme une persécution : « *déjà j'avais l'impression de m'taper la honte devant tout l'monde avec leur prise de tension à la con là* » (l. 472, 3<sup>ème</sup> entretien).

Emilie énonce son besoin d'être très entourée « *je suis tellement stressée* » tout en projetant son agressivité sur les soignants qui au fur à et mesure de l'entretien gagne en intensité : « *sortez cette chambre j'vais vous tuer/ nan j'en pouvais plus/ j'étais à bout d'nerfs* » (l. 515, 3<sup>ème</sup> entretien) « *j'ai cru que j'allais démonter l'hôpital moi* » (l. 517, 3<sup>ème</sup> entretien), « *celle-là j'ai cru que j'allais l'empaler* » (l. 549, 3<sup>ème</sup> entretien). Cette agressivité serait une manière défensive de lutter contre des affects dépressifs et une manière d'avoir le sentiment de reprendre le contrôle de sa vie face à ce qu'elle ressent sans doute comme

une grande dépendance. Elle dévoile le fantasme que son attitude aurait contraint l'équipe médicale à céder à son désir de rentrer dans une certaine jubilation : « *j'ai fait un tel foïn/ un truc pas possible à l'hôpital/ qu'ils m'ont laissée sortir le vendredi (petit rire)* » (l. 542, 3<sup>ème</sup> entretien). Clarisse n'existe pas dans son discours, c'est elle qui est sortie. Toutefois, elle se reprend en précisant : « *ils m'ont laissée sortir parce qu'elle avait un kilo neuf (...) c'est pas à cause de moi qu'on reste hospi/ hospitalisé/ c'est à cause d'elle hein* » (l. 547-552, 3<sup>ème</sup> entretien). Cette formulation qui vise à resituer les choses dévoile de l'agressivité à l'égard de sa fille qui lui fait vivre cela : « *c'est à cause d'elle* ». Ainsi, l'expression de son agressivité envers l'équipe médicale et soignante peut également s'entendre comme un déplacement de celle ressentie à l'égard de sa fille. Sa difficulté d'investissement de sa fille serait également attribuée à ce qu'elle vit comme un envahissement de l'équipe : « *le fait qu'ils soient tout l'temps sur mon dos m'empêchait d'm'occuper de Clarisse* » (l. 906, 3<sup>ème</sup> entretien). Ce déplacement de l'agressivité associé à une opposition lui permettrait de se situer en tant que mère qui souhaite prendre soin de sa fille. En effet, il s'agit de la première et unique fois de l'entretien où Emilie prénomme sa fille. En fin d'entretien, Emilie peut tout de même énoncer une parole d'alliance par rapport à l'équipe soignante : « *les filles elles avaient pas l'temps/ là où c'qu'était bien c'est que le soir par contre/ la relève de nuit/ elles elles restaient longtemps (...) elles m'ont rassurées et tout/ ça m'a donnée/ c'est pour ça que j'ai dit/ je peux sortir de l'hôpital/ j'ai confiance en c'que j'fais* » (l. 1294-1302, 3<sup>ème</sup> entretien). A noter que cette alliance est possible en situant les professionnels dans un processus d'identification : « les filles ».

#### 2.3.3.4.2.2. RAPPORT À SON GYNÉCOLOGUE

Son gynécologue serait une figure forte identifiée comme une personne de confiance qu'elle connaît depuis l'adolescence mais aussi comme quelqu'un qui ne l'écouterait pas comme elle le souhaiterait. Son invitation à rencontrer un psychiatre l'interpelle. Emilie ne semble pas comprendre le bien-fondé de cette proposition encore effractée par « tout ça » : « *mon gynéco il veut que je fasse un suivi psychiatrique là que j'aille chez un psychiatre (...) je sais même pas ce qui va pas en fait c'était trop/ c'était trop dur pour moi d'assi/ de/ de faire face à **tout ça*** » (l. 227-242, 3<sup>ème</sup> entretien). Emilie énonce un débordement traumatique. « Tout ça » représenterait la confrontation au réel de la situation. La

coupure de l'énonciation du verbe « assister » témoignerait de cette incapacité à psychique à pouvoir être sujet dans cette position : elle était comme spectatrice de ce qui lui arrivait.

#### 2.3.3.4.3. CONCLUSION

La naissance prématurée de sa fille ferait traumatisme dans le sens où elle viendrait réactiver le traumatisme qui a eu lieu dans la relation avec sa mère. Elle associe ce sentiment d'horreur avec ce que l'Autre semble attendre d'elle : supporter l'insupportable ; soit l'abandon psychique de sa mère et l'« arrachement » à vif de sa fille. La répétition des difficultés de nouage précoces avec sa fille ferait résonance avec ce qu'elle a ressenti dans le lien avec sa mère. Dans cette situation de naissance prématurée dite « tardive », cette situation met en lumière l'impact traumatique du réel de la parole, associé à la violence du geste, indépendamment de l'état de santé du bébé qui ici ressemble à un bébé né à terme. Même si sa survie dans la réalité n'est pas en question, l'interruption des projections fantasmatiques ici déjà en difficulté de représentation ainsi que l'annonce confrontant au réel de la mort ferait traumatisme.

### 2.3.4. ANALYSE DES ENTRETIENS DE RECHERCHE AVEC ELODIE

#### 2.3.4.1. *Contexte de la rencontre*

Je rencontre Elodie lors de la présentation de ma recherche au début d'une séance collective dans le cadre du suivi de grossesse chez Madame Andrieu, sage-femme installée en libéral. Elodie se montre d'emblée très intéressée par ma proposition. Lorsque que je la recontacte la semaine suivante pour recueillir sa décision, nous convenons d'un premier rendez-vous à domicile à 24 SA, soit au début du sixième mois de grossesse. A la fin du premier entretien, Elodie précise qu'elle a accepté de participer dans l'idée d'être entourée de professionnels comme Madame Andrieu lui a suggéré. Le second entretien à 33 SA, soit au début du huitième mois de grossesse, se déroulera dans un bureau de la faculté de psychologie. Et enfin, le troisième rendez-vous à deux semaines et demie de vie de Rose, aura lieu à son domicile avec Rose. Elodie est une femme dynamique, de très

bon contact qui parle avec aisance. Très réfléchi, Elodie semble avoir le souci de se dire avec justesse.

#### 2.3.4.2. *Anamnèse*

Elodie est une femme de trente-deux ans ayant une vie professionnelle, sociale et familiale décrite comme épanouie. Après avoir fait des études pour devenir professeur d'histoire géographique, elle est « rentrée » dans la police et vient de réussir un concours pour devenir chef. C'est sur son lieu de travail qu'Elodie a rencontré Philippe, policier également. En couple depuis quatre ans, ils se sont installés ensemble après six mois et se sont mariés un an et demi après leur rencontre. Dans la perspective d'un projet commun d'enfant, Philippe est présenté comme « la bonne personne » pour devenir le père de ses enfants. Cette grossesse est précédée d'une fausse-couche précoce à 8 SA qui aurait eu des effets traumatiques. Sans particularités médicales, la grossesse s'est bien déroulée. Rose est née à 39 SA par césarienne programmée en raison d'une présentation en siège.

Au niveau familial, elle est l'aînée d'un frère qui a déjà deux enfants dont le dernier a un mois et d'une sœur enceinte de trois mois de moins ayant elle-même fait une fausse précoce au moment où Elodie a annoncé sa grossesse. Elle décrit sa famille comme étant très unie, contrairement à celle de son mari. Philippe est le cinquième enfant d'une fratrie de six ans. Il a quatre grandes sœurs et un petit frère. Son père est décédé d'une maladie lorsqu'il était âgé de onze ans. Sa mère s'est remariée avec un homme violent, ce qui a entraîné un placement de Philippe dans un foyer.

#### 2.3.4.3. *Analyse thématique des entretiens et hypothèses générales*

Elodie commence l'entretien en mettant en avant l'impact psychique de sa fausse-couche précoce de l'année passée sur son vécu actuel de sa grossesse en termes d'angoisses et de culpabilité. Sur mon invitation, elle poursuit sur la façon dont s'est inscrit son désir d'enfant dans son histoire singulière et celle de son couple. La concomitance des fausses-couches et des grossesses entre sa petite sœur et elle générerait la réactivation de conflits familiaux. Elodie poursuit sur la relation avec sa mère et sur le fait d'attendre une fille. Lorsque je l'invite à se projeter sur la poursuite de la grossesse, Elodie aborde la séparation à venir. Elodie termine l'entretien sur l'accompagnement de sa grossesse par la sage-

femme. Après l'arrêt de l'enregistrement, Elodie met en avant l'importance de ce qu'elle nomme la « capacité d'anticipation » de Madame Andrieu sur ses questionnements concernant la grossesse, la naissance et la vie avec un enfant. Dans un profond besoin d'étayage, la figure de la sage-femme jouerait un rôle prépondérant dans la contenance de son anxiété. Elle revient également sur sa relation conflictuelle avec sa sœur, ce qui semble beaucoup la préoccuper. Lors de ce premier entretien, Elodie paraît très angoissée. Les remaniements identificatoires seraient très difficiles tant elle ne parviendrait pas à conflictualiser. Elle s'en défendrait en construisant des scénarios fantasmatiques qui ne peuvent qu'être dans un collage de son modèle familial qui la rassurerait.

A huit mois de grossesse, Elodie évoque un moment d'effondrement psychique peu de temps après notre premier entretien. La peur d'accoucher prématurément lui aurait permis d'accéder à une autre position subjective dans le sens d'une acceptation de la position passive après un temps psychique de repli sur soi. Des modifications dans sa relation de couple sont également abordées. Elodie poursuit sur l'effet de l'annonce d'un probable accouchement par césarienne en raison de la présentation en siège du bébé. L'ambivalence entre le désir de rencontrer sa fille et celui de la garder en elle pour la protéger s'élaborerait au fil de son discours. Le surgissement de violences conjugales passées dans son récit serait une tentative d'élaboration autour d'une image de soi blessée qui participerait aux remaniements psychiques nécessaires pour se représenter en tant que mère. Elle boucle l'entretien sur l'importance de la disponibilité de la sage-femme qui l'accompagne dans la subjectivation de cette expérience. Lors de ce second entretien, Elodie serait dans une position moins défensive. Plus dans l'accueil de ce qu'elle est en train de vivre, l'évolution des processus psychiques de maturation psychique et les remaniements identificatoires seraient repérables.

Au troisième entretien, Elodie reprend le fil de son histoire depuis notre dernière rencontre. Les derniers temps de la grossesse sont marqués par une succession de rendez-vous médicaux visant à ce que le bébé se retourne pour se présenter en position céphalique. Elle poursuit sur un rapide récit de son accouchement pour parler davantage de la rencontre avec Rose, moments partagés avec son mari. Puis, se dit le temps nécessaire pour se faire confiance dans l'interprétation des signaux de sa fille avant d'avoir

envie de rentrer à la maison. Des difficultés d'allaitement associées à la peur générée par la perte de poids de sa fille marquent la première semaine. Elodie choisit de reparler de l'importance du suivi avec la sage-femme dans ce cheminement intérieur entre l'idéal et la réalité. Enfin, elle conclue sur le réaménagement des places dans son couple conjugal et parental et son besoin de retrouver son homme.

#### 2.3.4.4. Analyse en fonction des hypothèses de recherche

##### 2.3.4.4.1. CONSTRUCTION DU SENTIMENT MATERNEL

###### 2.3.4.4.1.1. DÉSIR D'ENFANT

*De l'ombre de l'homme violent à la recherche de la bonne personne...*

Le désir d'enfant d'Elodie serait entremêlé à la trace de violences conjugales passées. Depuis le début du premier entretien, cherchent à se dire les violences conjugales qu'Elodie a subi avant d'être en couple avec Philippe. Ce n'est qu'à la fin du deuxième entretien, après avoir fait allusion un « *parcours de vie amoureuse assez compliqué* » (l. 672, 2<sup>ème</sup> entretien) qu'elle formulera comme dans un aveu : « *heu j'suis partie jeune de chez mes parents / pendant mes études / pour m'installer avec un ... **homme qui m'a battue pendant un an et demi** / heu j'ai toujours j'ai repoussé le départ jusqu'au jour où j'me suis dit si j'pars pas j'vais y rester / heu ... dans ce couple là j'essayais d'aider la personne et en fait bah aider un homme qui tape sa femme c'est juste pas possible* » (l. 685-687, 2<sup>ème</sup> entretien). En après-coup de cet élément, s'éclairent ces formulations qui parsèment son récit depuis le début du premier entretien : « *depuis que j'ai vingt-cinq ans j'ai envie d'être maman après j'avais pas forcément **la bonne personne** à mes côtés on va dire* » (l. 153, 1<sup>er</sup> entretien), ou « *c'est ça fait un moment que je veux des enfants/ longtemps longtemps/ j'ai toujours voulu des enfants/ l'âge avançant et n'ayant pas **la bonne personne** à mes côtés* », (l. 185, 1<sup>er</sup> entretien), ou encore : « *et c'est vrai que c'est là que j'ai commencé à avoir envie d'avoir des enfants/ mais pas sans **la bonne personne*** » (l. 203, 1<sup>er</sup> entretien). L'ombre de cet homme violent se dirait derrière cette « *pas la bonne personne* ».

Le projet d'enfant serait clairement associé à la recherche de la « bonne personne » ou du « conjoint idéal » que représenterait Philippe : « *c'est allé vite et fort (...) en fait ben tous les*

deux on était orientés vers la même chose : avoir fonder une famille/ voilà/ fallait juste trouver la **bonne personne** (...) on était en phase donc ben on s'est installé très rapidement et heu et heu ben **tout collait** » (l. 213 -219, 1<sup>er</sup> entretien). Son mari serait psychiquement du côté du « même », du collage. Ce rapport à l'autre viendrait mettre en lumière une angoisse de perte d'objet dont découlerait un important sentiment d'insécurité. Elle associe en effet le conjoint idéal à la notion de sécurité : « il va assurer la sécurité de la famille » (l. 278, 2<sup>ème</sup> entretien). Elodie formulerait beaucoup de projections au sujet de son mari, « il dit qu'il a confiance en lui mais il a pas trop confiance en lui et il a besoin d'être rassuré (...) donc je pense que le rapport avec sa fille va va permettre justement beaucoup beaucoup de choses pour lui » (l. 827-830, 1<sup>er</sup> entretien). Angoissée par l'impact de l'arrivée d'un enfant dans leur couple, elle s'en défendrait en construisant un scénario fantasmatique dans lequel leur fille viendrait réparer les blessures de son mari, « je pense qu'il a toujours voulu avoir des enfants parce qu'il a jamais été heureux dans sa famille » (l. 816, 1<sup>er</sup> entretien).

En difficulté de conflictualisation, Elodie ne pourrait qu'être dans un collage avec son modèle familial ce qui dévoilerait une certaine immaturité affective : « quand on a une belle image de la famille une belle un beau vécu familial forcément on a envie d'avoir des enfants/ je pense que c'est une forme de reproduction de ce qu'on a vécu/ mais heu/ pour moi la famille c'est que du bonheur/ et je ne me voyais pas gran/ devenir adulte et vieillir sans enfant » (l. 190-192, 1<sup>er</sup> entretien). Ce lapsus « je ne me voyais pas gran/» illustrerait cette position psychique infantile, renforcée par une vision normative de la famille : « pour moi la famille ça enfin une vraie famille c'est un papa une maman mariés avec le même nom de famille et les enfants » (l. 205, 1<sup>er</sup> entretien). Son mari ne pourrait alors qu'être fantasmatiquement « introjecté » dans son modèle familial. Afin de rationaliser, Elodie construirait un clivage entre sa famille perçue comme idéalement « soudée » et celle de son mari qui est décrite comme « pas soudée ». Philippe serait le gendre accueilli chaleureusement dans sa famille car, selon Elodie c'est aussi celui qui permet qu'un vœu familial se réalise : « pour papa maman heu bah ce ça y'est leur aînée a enfin réussi parce que j'ai eu un parcours de vie amoureuse assez compliqué / donc heu elle va enfin avoir un enfant » (l. 672-674, 2<sup>ème</sup> entretien). Fantasmatiquement, la grossesse rapprocherait les membres de la famille.

## 2.3.4.4.1.2. VÉCU DE LA GROSSESSE

*De la trace psychique d'une fausse-couche précoce à l'acceptation de la position passive*

Les premiers mois de sa grossesse sont marqués par la trace de sa fausse-couche qui semble avoir été traumatique : *« j'ai un truc en moi qui va pas qui fait que je peux pas avoir d'enfants »* (l. 384, 1<sup>er</sup> entretien). Cette interruption spontanée de la grossesse aurait touché sa confiance en sa capacité d'enfantement. En après-coup, Elodie tenterait de voiler l'irruption de ce réel : *« quand j'ai su que j'ai fait une fausse couche et ben ça s'est encore plus effondré »* (l. 88, 1<sup>er</sup> entretien) en construisant l'idée qu'elle *« n'étais pas prête »* afin de tenter de donner du sens à ce qui a été vécu comme une effraction. Cet événement serait alors intégré dans un mouvement d'identification à sa mère et sa petite sœur qui ont également fait une fausse-couche, *« j'ai été plus bas que terre au moment où j'ai fait ma fausse couche et ma maman était plus bas que terre avec moi quoi/ donc elle s'est relevée et bah quand ma sœur a fait sa fausse couche c'est pareil elle était dévastée quoi »* (l. 424-426, 1<sup>er</sup> entretien). Elodie utilise les mêmes expressions *« plus bas que terre »* et *« dévastée »* pour sa mère, sa sœur et elle. Actuellement enceinte de trois mois de moins, sa sœur vivrait difficilement la grossesse d'Elodie : *« enfin j'la sens pas heureuse par rapport à ma grossesse par rapport à la sienne oui mais par rapport à la mienne quoi »* (l. 368, 1<sup>er</sup> entretien). A l'annonce de la grossesse d'Elodie, *« elle a eu une réaction que j'attendais pas c'est-à-dire elle était pas du tout contente et bon elle a vomi et après toute la soirée a été gâché en fait »* (l. 323-325, 1<sup>er</sup> entretien). Le fait de devenir mère semble réactiver des conflits œdipiens : *« elle a l'impression d'être en compétition avec moi et de devoir me rattraper »* (l. 315, 1<sup>er</sup> entretien). L'annonce d'un sexe différent aurait eu un effet d'individuation : *« c'est bon moi j'ai mon bébé elle a son bébé »* (l. 554, 2<sup>ème</sup> entretien) en permettant de dépasser l'enjeu inconscient de savoir qui aurait l'enfant œdipien.

A huit mois de grossesse, Elodie évoque une période d'effondrement psychique liée à des contractions douloureuses qui ont généré une peur d'accoucher prématurément et de perdre son enfant : *« au moment où j'ai eu beaucoup de contractions la peur de perdre de perdre l'enfant »* (l. 294, 2<sup>ème</sup> entretien). Elle décrit un mouvement de régression psychique laissant émerger des angoisses archaïques de perte d'objet : *« pleins de choses sont remontées et la peur de perdre cette enfant tellement voulu (..) je comprenais pas tout ce qui*

*m'arrivait quoi (...) c'est des angoisses qui sont remontées mais qui sont redescendues ... après quelques jours de repos de calme ... et de ... de repli sur moi-même » (l. 315-322, 2<sup>ème</sup> entretien). Cet enfant dont parle Elodie peut s'entendre dans une métaphore de l'objet interne, dans un mouvement de réactivation de l'enfant qu'Elodie a été ou croit avoir été. Ces mouvements psychiques pourraient être repérés comme des tentatives de résolution de conflits précœdipiens avant l'émergence d'une nouvelle position psychique qui accepterait la position passive inhérente au processus de gestation. Elodie parvient à réaliser qu'elle luttait contre ce qu'elle vivait comme une perte de contrôle : « je vais encore réussir à gérer tout comme j'ai l'habitude de gérer en ayant ma vie sociale ma fille mon mari mon machin / mais non c'est pas possible » (l. 54, 2<sup>ème</sup> entretien), « c'était ah faut que je continue à vivre comme si j'étais pas enceinte » (l. 64, 2<sup>ème</sup> entretien) ou encore : « j'arrive encore à être hyper active machin malgré que j'étais enceinte » (l. 107, 2<sup>ème</sup> entretien). Elodie s'étaye sur le discours de Madame Andrieu pour prendre conscience de l'autre en soi afin d'accepter de perdre : « à un moment donné le corps il dit stop quoi / il dit hé ho **t'es en train de fabriquer un bébé** / tu peux pas vivre comme tu veux » (l. 77, 2<sup>ème</sup> entretien).*

#### *Evolution des représentations et de la relation fantasmatique à son bébé imaginaire*

La connaissance du sexe et perception des mouvements fœtaux sont avancés pour justifier un apaisement de la crainte d'une fausse couche : « quand elle nous a dit bon ben a priori c'est une petite fille heu qu'elle a commencé à faire quinze centimètres dix quinze centimètres là je me suis dit bon maintenant ça et alors quand j'ai commencé à la sentir (...) je la sens bouger et pfff là toutes les angoisses s'estompent c'est que du bonheur je sais que tout va bien quoi » (l. 780-785, 1<sup>er</sup> entretien).

La perception interne des mouvements fœtaux et celle externe par les échographies lui permet de se représenter l'individuation du fœtus. A six mois de grossesse, Elodie est déjà dans la projection de la séparation : « je sais déjà que ça va me manquer dans mon bidon/ parce que là je la sens beaucoup bouger (...) je sais déjà que ça ça va me manquer une fois qu'elle sera là/ je sais déjà que je ne vais plus pouvoir la protéger de la même manière (...) et je sais déjà que ça va être complètement différent une fois qu'elle ne sera plus dedans/ que ça va être voilà le monde extérieur qui enfin qui va falloir qu'elle appréhende » (l. 596-605,

1<sup>er</sup> entretien). Elle développe sa pensée : *« je veux qu'elle soit bien dehors (éclat de rire) aussi bien que je peux la protéger maintenant voilà c'est ça en fait »* (l. 645, 1<sup>er</sup> entretien).

Dans sa formulation s'entend la problématique des limites extérieur et intérieur avec la projection d'un extérieur menaçant, source d'insécurité ainsi que la projection d'un manque à être.

A huit mois de grossesse, l'évocation de la peur du sentiment de vide après l'accouchement s'accroît : *« mais après je sais déjà aussi que je vais ressentir un grand vide quand elle sera plus ... enfin en moi / parce que ben là j'la enfin elle est en sécurité elle est avec moi y'a personne qui peut l'embêter enfin ... voilà / mais une fois qu'elle sera dehors je sais que j'vais ressentir un vide intérieur »* (l. 478-481, 2<sup>ème</sup> entretien). La sensation de complétude narcissique que lui apporte le fait d'être enceinte lui permettrait de se sentir en sécurité, ce qu'elle projeterait sur son bébé. Parallèlement, Elodie exprime son désir de la rencontrer : *« je suis de plus en plus prête à /(...) et c'est de plus en plus d'amour en fait / c'est plus plus le terme arrive c'est plus j'me dis (bruit de soupir de soulagement) vivement qu'elle soit là / j'ai envie de voir ses p'tites mains ses p'tits pieds enfin d'l'avoir avec moi à la maison de / y'a plein de sentiment d'amour qui qui qui sort de tout ça quoi »* (l. 469-474, 2<sup>ème</sup> entretien). Cette ambivalence entre le désir de la garder en soi et le désir de la rencontrer permet d'entendre la représentation progressive de l'enfant réel qui prend le pas sur la métaphore de l'objet interne. Toutefois, la peur de la césarienne prendrait le relais du support de ses préoccupations intérieures. Serait-ce le déplacement d'une difficile symbolisation de la séparation entre elle et son bébé imaginaire ? L'idée d'une césarienne la renvoie à la représentation d'être charcutée : *« y'a pas tout ce côté premiers moments en famille heu ... que j'avais imaginé en fait (...)/la césarienne pure programmée rendez-vous j'en sais rien le onze mai à neuf heures on vous charcute et puis voilà / ça ça je j'l'imag / fin pour moi c'est pas un accouchement quoi »* (l. 394-399, 2<sup>ème</sup> entretien). L'emploi du verbe « charcuter » résonne avec la chaire, le corps organique en excluant toute dimension symbolique et imaginaire. Cette représentation exclurait également l'aspect relationnel avec son bébé. En creux, se dirait le sentiment que son bébé lui serait arraché de son ventre. Elodie rationaliserait cette angoisse en déroulant son scénario imaginaire de l'accouchement, alors remis difficilement en question.

## 2.3.4.4.1.3. VÉCU DE L'ACCOUCHEMENT

Le récit de l'accouchement par césarienne est rapide à l'image de son vécu de ce moment : « je crois que huit heures moins le quart on m'a mise on m'a mis en place huit heures moins vingt on m'a mis en place le le rachi péridurale / huit heures moins dix je sentais plus rien huit heures j'ai vu sa bouille heu ... pour la première fois » (l. 83-86, 3<sup>ème</sup> entretien). En lien avec l'anesthésie, l'absence d'éprouvés corporels pendant l'accouchement ne permettrait pas de subjectiver cette expérience. En effet, Elodie mesure la différence entre ce qu'elle a vécu et ce qu'elle aurait souhaité vivre même si elle s'en défend par un mécanisme de dénégation : « **j'l'ai pas du tout ressentie comme une frustration** mais c'est vrai que ... ouais ... c'était pas voilà/ c'était pas j'aurais pas pu me lever comme une maman aurait pu se lever après l'accouchement c'était pas possible quoi / mais c'est/ ça reste quand même des moments uniques et magiques j'pense comme toute autre femme qui a accouché » (l. 137-139, 3<sup>ème</sup> entretien). Lorsque je la réinvite à parler de ce moment de la naissance qu'elle a vite évincée, Elodie projette sur sa fille, via la métaphore du trajet du bébé à l'intérieur du corps de la femme son propre manque : « alors quand heu / alors ils l'ont sortie / on l'a entendue crier / donc là j'ai commencé à pleurer / j'ai dit à mon mari c'est bon elle crie elle respire tout va bien / enfin pour moi c'est déjà énorme de savoir qu'elle parce que heu / heu vu qu'elle avait pas suivi le **cursus habituel d'un bébé** contractions qui la préparent à sortir et / voilà pour pour moi c'est un bébé qu'on sort de son environnement alors que heu / **elle a pas demandé** (...) mais bébé il est préparé à sortir par la poussée par la descente dans le bassin il se retrouve dans un endroit très étroit / elle elle a pas eu tout ce **cheminement-là** » (l. 255-261, 3<sup>ème</sup> entretien). Elle utilise le même terme « cheminement » pour parler de son accouchement : « alors j'ai pas eu les douleurs d'une femme enceinte qui a fait le **cheminement** normal ... on va dire ... contractions heu poussées sortie par heu par heu par l'utérus » (l. 121, 3<sup>ème</sup> entretien). L'angoisse générée par la séparation des corps au moment de l'accouchement susciterait des angoisses de mort et d'abandon : « Donc ma peur c'était on va lui clamber le cordon elle va pas respirer / et j'vais pas l'entendre / et y va falloir dégager / enfin **j'me voyais déjà toute seule en** au bloc opératoire / mon mari partir en courant avec / enfin voilà on imagine toujours le pire forcément » (l. 265-267, 3<sup>ème</sup> entretien). Se séparer serait prendre le risque de perdre l'autre et de se retrouver seule.

## 2.3.4.4.1.4. NOUAGE PRÉCOCE AVEC ROSE

*Naissance de Rose ou le regard auréolé comme défense face à la menace de la séparation*

Elodie évincerait rapidement le moment de l'accouchement pour se restaurer psychiquement dans le récit de la rencontre avec sa fille : « j'avais ma p'tite puce **collée** heu à mon visage qui me mangeait le visage parce qu'elle voulait déjà téter mais qu'c'était pas le moment » (l. 103). Dans un grand moment d'émotions mêlant des rires et des pleurs, Elodie ajoute : « on s'est plus quitté depuis ...ou presque pas » (l. 108, 3<sup>ème</sup> entretien). L'enjeu de la séparation se fait entendre. Après la séparation des corps que représente l'accouchement, il faudrait rapidement se « recoller » pour ne pas se confronter à l'altérité. L'expression utilisée pour caractériser la rencontre « il n'y a pas eu de temps mort » (l. 293, 32<sup>ème</sup> entretien) dit en même temps qu'elle tente de cacher des angoisses de mort. Elle poursuit en évoquant l'incarnation de la réalisation de son désir de fonder une famille : « maintenant elle est là maintenant on va on va commencer une vraie vie de famille » (l. 287, 3<sup>ème</sup> entretien).

Le regard auréolé sur sa fille se repère d'emblée dans le récit de la naissance soutenu par un mouvement d'identification que la polysémie permet d'entendre : « **on voit notre petite bouille** / on est super heureux / on trouve que c'est la plus jolie du monde » (l. 152, 3<sup>ème</sup> entretien). Le visage de sa fille serait son propre miroir : elle se voit en elle. Il est intéressant de repérer qu'après avoir pu parler du lien avec sa fille, Elodie revient sur ce moment de la naissance en disant : « moi ça été au **premier regard** que j'ai pu enfin voilà je j'ai ça pas été heu ... **y'a pas eu heu ... deux secondes** où j'ai hésité / j'l'ai vu / on s'est regardé / alors là elle m'a pas vu parce **qu'elle était un peu loin** au départ / mais heu ... mais c'était inné / c'est voilà c'était / j'suis tombée amoureuse de ma fille quand j'l'ai vu » (l. 226-228, 3<sup>ème</sup> entretien). Dans la formulation, « elle était un peu loin au départ » se dirait de façon latente l'écart entre le bébé réel et le bébé imaginaire qu'Elodie ne cesse de ne vouloir réduire en passant par exemple par la notion du temps : « y a pas eu deux secondes ». Cette précision « elle était un peu loin au départ » serait aussi une manière de « réinjecter » du principe de réalité dans un moment qu'elle reconstruit en correspondance avec son fantasme de reconnaissance immédiate : « on s'est regardé ». La dimension pulsionnelle

du regard sur sa fille devenue l'objet de jouissance s'exprime alors dans la construction d'un souvenir idéalisé.

#### *Rencontre avec Rose*

Dans l'ensemble de l'entretien, Elodie ne nomme sa fille qu'à deux reprises. La nomination advient la première fois lorsqu'elle raconte la naissance : « *mais quand on m'l'a collée là mes premiers mots c'est je t'aime ma fille bienvenue heu ... / bienvenue Rose* » (l. 275, 3<sup>ème</sup> entretien) et lorsqu'elle évoque les difficultés rencontrées pour la nourrir : « *c'était Rose qui avait un p'tit problème de mâchoire et de succion* » (l. 791, 3<sup>ème</sup> entretien). A ces deux moments du récit, la nomination surgit en lien avec la confrontation au bébé réel. Dans l'ensemble du récit, Elodie emploie le terme générique : « bébé ». De la même manière, elle se nomme « maman » et nomme Philippe « papa ». La tentative d'appropriation de ce nouveau statut se dit de manière infantile. Dans cette mise à distance, se dirait l'écart entre ses représentations et ce qui se vivrait subjectivement.

Les premiers jours avec Rose seraient marqués par la confrontation d'Elodie au fait de ne pas tout contrôler, de ne pas savoir : « *on regorge de questions et surtout de questions sans réponses* » (l. 150, 3<sup>ème</sup> entretien). Passé le récit de l'émerveillement de la naissance, Elodie peut aussi dire sa peine à interpréter les signaux de son enfant : « *on est complètement paumé (...) elle appelle est-ce qu'elle a faim est-ce qu'elle a pas faim donc on essaye / est-ce qui faut la changer* » (l. 153, 3<sup>ème</sup> entretien). Confrontée à la perte de poids de sa fille qui n'arrivait pas à téter, Elodie exprime ses affects : « *c'était horrible de pas pouvoir nourrir mon enfant / plus horrible que n'importe quelle autre chose* » (l. 409, 3<sup>ème</sup> entretien). Un temps d'acceptation nécessaire que le savoir dans l'absolu n'existe pas s'élabore afin de pouvoir trouver en elle les ressources psychiques pour répondre aux difficultés d'allaitement de sa fille : « *c'est à partir de là ça a commencé aussi moi où j'avais envie d'être indépendante quoi / où j'dis maintenant ça suffit faut que j'arrive à nourrir mon bébé d'une manière ou d'une autre* » (404, 3<sup>ème</sup> entretien). La mise en avant du cheminement dont elle a fait preuve dans une prise de position plus indépendante assoirait sa confiance en ses capacités maternelles à répondre aux besoins de son enfant. L'acceptation de la confrontation au manque à être que renvoie le bébé de la réalité à sa mère permettrait

alors de le rencontrer. Le sentiment maternel émergerait dans cette confiance en sa capacité à comprendre son enfant et à le reconnaître comme sien dans son altérité.

### *Construction du lien parental*

Dans son récit, la présence de son mari est très importante, « *j'm'épanouirais pas si si mon mari était pas là* » (l. 892, 3<sup>ème</sup> entretien) conclut-elle en fin d'entretien. Sa manière de vouloir partager cette expérience avec lui passe par le fait de tout lui raconter : « *je veux vraiment qu'il participe à tout donc dès que je sens le bébé bouger hop avec la main dessus il parle à mon ventre je lui raconte tout tout tout tout tout tout/ voilà je veux qu'il sache un maximum de choses quand elle bouge quand je suis angoissée enfin pour qu'il partage au maximum* » (l. 548-550, 1<sup>er</sup> entretien). Il est intéressant de repérer qu'Elodie utilise les mêmes formulations pour parler de sa relation à sa mère. Lorsque je l'invite à développer au sujet des modifications de sa relation avec sa mère qu'elle évoquait elle-même, « *elle me prend plus pour sa fille elle me prend pour une femme maintenant* » (l. 487, 1<sup>er</sup> entretien), Elodie s'en défend tant les remaniements identificatoires s'avèrent difficiles : « *non ça change pas pour moi/ je lui dis toujours tout je lui ai toujours tout dit et je lui dirai toujours tout de la même manière/ je resterai toujours sa fille* » (l. 503-504, 1<sup>er</sup> entretien). « Tout dire » serait une manière de soutenir l'illusion de vivre la même chose, d'éviter le manque à être et l'altérité.

Elodie évoque des modifications dans le lien conjugal avec l'expérience de la grossesse : « *il a vraiment trouvé son rôle de ... d'homme dans notre vie de couple de puis que qu'il sait qu'on va être parent / parce qu'il m'rassure / et il avait besoin ... il avait besoin de se sentir plus mari plus époux plus homme ... que juste compagnon / voilà / et heu ça ça ça nous a beaucoup rapproché (...) ça a créé beaucoup beaucoup de choses entre nous* » (l. 243-254, 2<sup>ème</sup> entretien) ou encore : « *dès que j'ai une crainte ou une angoisse c'est lui qui m'rassure alors qu'avant c'était moi qui le rassurait* » (l. 237, 2<sup>ème</sup> entretien).

Philippe est décrit comme très présent, contenant et attentionné. Au moment de la naissance, elle précise : « *on a pu profiter dans un espace à part heu ... en salle de réveil heu ... tous les trois de de de cette proximité papa bébé maman* » (l. 107, 3<sup>ème</sup> entretien). Philippe se serait beaucoup occupé de Rose dans les premiers temps, « *moi ça m'a beaucoup*

soulagée parce que j'pouvais pas me lever » (l. 75, 3<sup>ème</sup> entretien). Elodie rationaliserait sa frustration de n'avoir pas pu le faire en mettant en avant l'importance pour elle de la création du lien père enfant : « de toute façon pour moi c'était très important que papa créé un lien avec bébé » (l. 137, 3<sup>ème</sup> entretien). Précisons toute fois qu'à ce moment-là du récit, Philippe est présent dans la pièce. Au retour à domicile, les relations semblent commencer à s'organiser à trois : « nous on a véritablement réussi à se caler un peu plus heu ... famille une fois qu'on est rentré à la maison » (l. 171, 3<sup>ème</sup> entretien).

A la fin de l'entretien, elle exprime le désir de se retrouver dans l'intimité : « j'avais j'vidais ma pile d'énergie positive à pas dormir avec lui (...) mon mari me manquait quoi / j'avais besoin de retrouver mon mari » (l. 943-953, 3<sup>ème</sup> entretien).

#### 2.3.4.4.2. VECU SUBJECTIF DE L'ACCOMPAGNEMENT DE SON SUIVI DE GROSSESSE

##### 2.3.4.4.2.1. FIGURE DE LA SAGE-FEMME OU LE VISAGE DE LA FEMME

La sage-femme, Madame Andrieu, serait une véritable figure d'étayage pour Elodie. Au fil des trois entretiens, Elodie a cœur de préciser l'importance de son accompagnement par cette sage-femme qui semble l'avoir aidé à subjectiver cette expérience de la grossesse. En quête de repères face à un évènement vécu comme très angoissant, le savoir qu'elle prête à cette sage-femme la rassure et l'apaise, « la sage-femme elle est primordiale / du début à la fin / elle a une connaissance infinie de la femme / du bébé / de la grossesse / des évolutions de la grossesse / de la naissance / et des premiers jours des premières semaines des angoisses » (l. 751-75, 3<sup>ème</sup> entretien). Elodie la prénomme, ce qui témoigne du caractère familial qu'elle lui attribue en réduisant la distance comme pour l'intégrer dans son univers fantasmatique. Tout au long des trois entretiens, Elodie témoigne de sa reconnaissance envers elle en précisant l'importance de son rôle dans la subjectivation de cette expérience. Au-delà de son besoin d'être entourée de professionnels pour la contenir, l'hypothèse de régler une dette en participant à cette recherche se pose.

#### 2.3.4.4.2.2. FIGURE DU MONDE HOSPITALIER : DE LA DEPENDANCE ABSOLUE A L'ARRACHAGE DE LA POSITION MATERNELLE

Dans un premier temps, Elodie vit le personnel hospitalier comme aidant et reconnu comme sachant : « *en tout cas c'est bien d'avoir du personnel hospitalier qui vous entoure* » (l. 159, 3<sup>ème</sup> entretien), ou encore : « *après on a commencé à poser pleins de questions et heu ... et là c'est devenu véritablement un échange hyper intéressant avec l'équipe des sages-femmes et des puéri et des auxiliaires de puéricultures* » (l. 165, 3<sup>ème</sup> entretien). Dans son besoin d'étayage, Elodie aurait régressé dans une position de grande dépendance psychique vis-à-vis de l'autre comme l'Autre primordial qui sait : « *elles avaient réponses à toutes les questions qu'on avait* » (l. 166, 3<sup>ème</sup> entretien).

Dans un deuxième temps, face aux difficultés rencontrées pour nourrir sa fille, Elodie prend une décision seule pour sa fille : lui donner des biberons. Cette prise de position indépendante lui aurait permis de prendre place en tant que mère de cet enfant-là. Elodie peut verbaliser : « *ok j'ai eu des réponses j'ai eu des éléments de réponses / maintenant j'ai mon bébé faut que j'arrive à **m'détacher** de tout c't'aspect heu heu entourage médical pour trouver mes propres repères / et nous on a plus eu heu ... confiance en nous et on s'est rendu compte qu'on y arrivait une fois qu'on est rentré* » (l. 188, 3<sup>ème</sup> entretien). Cette castration symbolique d'un savoir absolu laisserait advenir le désir de rencontrer son enfant : « *bon maintenant j'ai voulu moi j'me suis dit j'ai voulu cet enfant j'ai envie de me débrouiller toute seule / donc j'ai **envie de rentrer chez moi dans mon nid avec mon bébé mon mari** / t puis bah on va gérer ... comme tous les autres parents gèrent quoi* » (l. 219, 3<sup>ème</sup> entretien). Elle poursuit : « *on a besoin de créer son quotidien chez soi plutôt qu'à l'hôpital* » (l. 238, 3<sup>ème</sup> entretien).

### 2.3.5. ANALYSE DES ENTRETIENS AVEC LISA

#### 2.3.5.1. Contexte de la rencontre

Lisa fait partie des trois femmes rencontrées par l'intermédiaire de la sage-femme installée en libéral, Madame Andrieu. Contrairement aux deux autres femmes, Lisa est choisie par Madame Andrieu en fonction de ses représentations de ce que cette recherche

pourrait apporter à Lisa, « *j'aimerais bien que tu la vois* », me dit-elle. Volontairement, je ne demande pas à Madame Andrieu de préciser ses raisons. Toutefois, j'entends que son choix est en lien avec la pathologie visuelle de Lisa. Lisa est atteinte d'une dégénérescence maculaire entraînant une perte importante de la vision centrale. La première prise de contact avec Lisa se fait au cabinet de Mme Andrieu dans la suite de son rendez-vous de suivi de grossesse avec elle. Lisa accepte de participer à cette recherche et préfère que le premier entretien se déroule dans un bureau à la faculté de psychologie. J'ignore comment Madame Andrieu lui a présenté cette recherche, mais toujours est-il que tout au long de ces rencontres, j'ai eu le sentiment qu'en participant Lisa répondait davantage au désir de la sage-femme qu'au sien. Différents « oublis » et actes permettent de soutenir cette hypothèse. Lisa a « oublié » le premier rendez-vous prévu à 20 SA. Il a été déplacé trois semaines plus tard, à 23 SA, soit à la fin du cinquième mois de grossesse. À ma question introductive l'invitant à parler de la façon dont elle vit sa grossesse, Lisa souligne qu'il s'agit d'un « *sujet assez personnel* », ce que j'entends comme l'expression de résistances à se dire. Le deuxième rendez-vous est déplacé de quatre jours à sa demande en raison de la programmation d'un voyage et a eu lieu à son domicile à 37 SA, soit à la fin du huitième mois de grossesse. Enfin, Lisa « oublie » le troisième rendez-vous convenu deux semaines plus tôt au téléphone. Lorsque j'arrive à son domicile, Lisa est absente. Son conjoint, Martin, m'accueille jusqu'au retour de Lisa accompagnée de sa fille Julia, alors âgée de trois semaines. A ce moment, je suis moi-même enceinte de deux mois. Pour autant, au fil de ces trois entretiens, Lisa parle très facilement de son vécu et délivre un témoignage très riche. Jeune femme dynamique et affirmée, Lisa présente une grande aisance verbale et laisse apparaître un goût prononcé pour l'introspection. Ces entretiens sont très agréables, sans débordements émotionnels.

#### 2.3.5.2. *Anamnèse*

Lisa, âgée de trente-huit ans, est assistante de direction générale dans une composante d'Université. Deux ans auparavant, Lisa a quitté sa région natale pour s'installer avec Martin. Lisa qualifie sa relation amoureuse de fusionnelle. Cette rencontre lui aurait permis de réveiller un désir d'enfant enfoui. Lisa précisera avoir subi deux interruptions volontaires de grossesse à l'âge de vingt et un an et de vingt-six ans qu'elle justifie par une

mauvaise contraception. Ce projet d'enfant est noué dans des questions afférentes à la transmission d'une maladie. En ce qui concerne sa pathologie visuelle, le risque de transmission est d'un sur trois. Cette maladie lui a été transmise par sa mère. Martin, lui, est atteint d'une pathologie potentiellement transmissible qui peut atteindre les organes vitaux. Il est veuf et déjà père de quatre enfants de deux premières unions : deux filles âgées de vingt-trois et vingt et un ans, et deux garçons de seize et sept ans, actuellement tous en très bonne santé.

Au niveau familial, l'histoire de Lisa est marquée par le décès de son père, dont elle tait la cause, lorsqu'elle était âgée de sept ans. Lisa a grandi avec sa mère, qui lui a transmis sa maladie et qui est décrite comme une « vraie mère aimante » et sa sœur cadette de deux ans, qui était « les yeux de la maison » qui semble être une figure identificatoire. Sa sœur a deux enfants : deux garçons âgés de cinq et deux ans.

Lisa est tombée enceinte très facilement après deux ans de relation amoureuse. Sa grossesse s'est très bien déroulée sans particularités médicales. Elle a accouché à quarante et une semaine d'aménorrhée et trois jours par voie basse d'une fille prénommée Julia, en très bonne santé.

#### 2.3.5.3. Analyse thématique des entretiens et hypothèses générales

A cinq mois de grossesse, Lisa commence par évoquer la solitude dans laquelle elle vit sa grossesse. À la suite de ma proposition de parler de l'annonce de sa grossesse, Lisa met en avant l'état de détachement dans lequel elle était lorsque son gynécologue lui a annoncé un risque aggravé de trisomie. Elle poursuit sur la façon dont s'est inscrit leur désir d'enfant dans leur histoire de couple avec les questions afférentes à la transmission de leurs pathologies respectives. Lisa essaie de traduire comment elle vit le fait d'être enceinte : la sensation d'étrangeté liée aux mouvements fœtaux, la difficulté à accepter d'être dans une position passive. À la suite de mon invitation à parler de la façon dont l'annonce de sa grossesse a été accueillie par son entourage, Lisa aborde ses relations familiales, notamment la relation avec sa mère et celle avec sa sœur. Lisa termine ce premier entretien dans des questionnements afférents au fait d'être mère avec sa déficience visuelle, « j'me dis mon Dieu mais le jour où t'auras tes enfants tu vas devoir être collée à eux en permanence », (l. 771, 1<sup>er</sup> entretien).

A huit mois de grossesse, Lisa dit vivre un moment d'épanouissement personnel. Elle qualifie sa grossesse d'« extra » et se vit « connectée » à son bébé, très captivée par l'idée de créer un être. Après avoir relaté un épisode de contractions trop rapprochées à sept mois et demi de grossesse qui lui a fait prendre conscience de l'importance de se reposer davantage, Lisa évoque l'évolution de son vécu de la grossesse : par rapport aux mouvements du fœtus, aux paroles de l'échographiste qui lui permettent de se représenter son bébé. Elle associe ensuite sur sa peur de l'anomalie qui ne peut pas se « voir ». Puis, Lisa se projette sur les premiers temps de la naissance, associés à la question de la séparation. Sur mon invitation, elle évoquera comment elle a vécu le suivi de sa grossesse par une sage-femme en libéral. Ce second entretien se termine sur la préparation de l'arrivée de son bébé associé à la naissance d'un sentiment de nostalgie à l'idée de la perte de cet état de grossesse. Au fil de ces deux premiers entretiens, Lisa élabore peu à peu autour de la peur de la répétition de la transmission de sa maladie, renforcée par le fait d'attendre une fille. A travers cette question de la transmission, c'est la relation à sa mère qui est en jeu. En trois mois, l'évolution des processus de maturation psychique seraient repérables dans le sens d'un mouvement narcissique vers un difficile mouvement d'objectalisation du bébé. De façon ambivalente, un processus de séparation d'avec l'objet interne pour basculer vers un mouvement d'investissement libidinal du bébé serait en route.

Trois semaines après la naissance de Julia, Lisa commence en évoquant avec plaisir le sentiment de plénitude ressenti au cours du dernier mois de grossesse et résiste à parler de la naissance de Julia comme si elle voulait rester encore un peu dans ce temps de la grossesse. Puis elle se « lance » dans un récit détaillé de son accouchement. Lisa tente de mettre en mots le vacillement ressenti face à l'écart entre le bébé réel et le bébé imaginaire. A travers les premiers temps de rencontre avec sa fille, elle raconte comment le lien se construit peu à peu. Lisa tenterait d'inscrire sa fille en l'intégrant dans sa trame fantasmatique qu'elle a du mal à lâcher. Julia ne serait pas encore tout à fait son objet de jouissance. L'acceptation d'une perte, en se confrontant à son manque à être serait nécessaire. Une symbolisation de sa grossesse et de la naissance de Julia ne serait pas encore advenue. Pourtant dans ses bras tout au long de l'entretien, Lisa ne me présente

sa fille qu'à la fin de l'entretien comme si une fois née dans ses mots, elle pouvait la présenter au monde.

### 2.3.5.3.1. CONSTRUCTION DU MATERNEL

#### 2.3.5.3.1.1. DÉSIR D'ENFANT

Le désir d'enfant ambivalent de Lisa s'inscrirait dans son histoire de couple, articulé à son rapport à la transmission de la maladie en lien avec sa relation à sa mère.

#### *Histoire de couple*

Tous deux atteints d'une pathologie transmissible, la perspective d'avoir un enfant ensemble les confronte à un cheminement nécessaire sur la vie, la mort et la maladie. Lisa relate les méandres de son désir d'enfant : « *ce désir d'enfant/ que j'avais un peu tû et caché et essayé d'ensevelir les années précédentes euh parce que j'me disais bon ben trente-sept ans j'avais rencontré personne ou du moins pas les bonnes personnes avec qui j'ai envie de faire un enfant et d'fonder un foyer* » (l. 200-202, 1<sup>er</sup> entretien). Pensant qu'il ne voudrait plus avoir d'enfant, elle évoque le travail de deuil qu'elle a amorcé de façon solitaire, « *j'étais en train d'faire mon deuil d'avoir un enfant avec lui* » (l. 219, 1<sup>er</sup> entretien) tout en se défendant de la culpabilité inhérente à la transmission de sa pathologie qui se dit ici à son insu : « *j'me suis dit mais... si t'es pas maman un jour mais c'est c'est juste pas possible de pas pouvoir transmettre* » (l. 211, 1<sup>er</sup> entretien). Pris dans la dialectique de leur histoire, la possibilité de réaliser ce désir a émergé. Lisa passe par les mots de son compagnon pour soutenir son désir d'enfant : « *de toute façon si tu n'as pas d'enfant tu s'ras malheureuse et moi je s'rai malheureux de vivre avec toi malheureuse* » (l. 235, 1<sup>er</sup> entretien). Au cours des deux entretiens réalisés pendant la grossesse, Martin est présent psychiquement pour elle. Il serait l'homme avec qui elle partage cette expérience tout en pouvant s'appuyer sur sa bienveillance. Son désir d'enfant se soutiendrait de cette rencontre amoureuse. Après la naissance de Julia, Martin serait moins présent dans son discours, rabattant la naissance de Julia dans les rets de leur couple qui était déjà dans un fonctionnement parental.

### *Transmission d'une pathologie en lien avec sa relation à sa mère*

Dans sa relation mère-fille, transmettre la vie, c'est aussi prendre le risque de transmettre une maladie. Lisa s'étayerait sur ce qu'elle imagine du désir de sa mère pour elle pour s'autoriser à soutenir ce qu'elle sait être son désir d'enfant : « *c'est vrai qu'par rapport aux yeux je pense qui y a y a un lien une sorte de compréhension tacite (...) elle a toujours voulu que j'm'en sorte et que je sois la plus heureuse et la plus épanouie euh du monde... comme je pense toutes les mamans avec leurs enfants mais euh... peut-être encore plus parce que elle m'avait transmis quelque chose de pas cool* » (l. 671-676, 1<sup>er</sup> entretien). Cette maladie serait aussi la source d'un lien puissant pris dans une forte identification. Que signifierait de renoncer à son désir d'être mère elle qui est née de ce même désir ? Être « la plus heureuse et la plus épanouie » sous entendrait le fait d'être mère, ce qui résonnerait dans cette formulation comme une forme de compensation à la souffrance d'être atteinte d'une pathologie visuelle.

Lisa se soutiendrait de sa propre élaboration autour du handicap renvoyant à la castration pour dépasser un sentiment de culpabilité dont elle se défend : « *on a tous un handicap hein...euh... qu'on arrive/ qui est plus ou moins invisible chez certains donc voilà j'me suis construite comme ça et je pense que j'm'en sors assez bien/ j'vois pas pourquoi mon enfant grandirait pas euh correctement si il l'a* » (l. 733-735, 1<sup>er</sup> entretien). Toutefois, ce sentiment de culpabilité se dit au sujet de sa relation à sa mère : « *le fait de me l'transmettre... je crois qu'il y a une sorte de culpabilité non avouée* » (l. 662, 1<sup>er</sup> entretien). A huit de mois de grossesse, semble s'être construit une certaine dénégation au sujet de la transmission de la maladie : « *curieusement j'ai pas du tout peur de transmettre ma pathologie visuelle je m'dis qu'si elle l'a j'm'en suis bien sortie elle s'en sortira* » (l. 241-242, 2<sup>ème</sup> entretien) ou encore : « *qu'elle y voit pas grand-chose c'est pas grave (légers rires) / encore j'aimerais bien que ça s'arrête voilà que j'lui transmette pas ça mais euh bon* » (l. 274-275, 2<sup>ème</sup> entretien). La peur de l'anomalie, expression de l'ambivalence inhérente à la transmission de la vie, se déplacerait sur la peur de la « *malformation mentale* » : « *j'espère que euh quand elle va naître elle aura elle aura tout qu'y a pas / je je crains je je crains ça en fait c'est c'est curieux / c'qu'on peut pas déc'ler justement à l'échographie (...) ce qu'on peut pas voir* » (l. 228-233, 2<sup>ème</sup> entretien). Lisa exprimerait l'angoisse de la castration :

« *elle aura tout* » tout en désignant l'angoisse du réel qui échappe « *ce qu'on ne peut pas voir* ». Cette angoisse serait peut-être aussi en lien avec la suspicion de trisomie qu'ont semé les résultats des premiers examens.

#### 2.3.5.3.1.2. VÉCU DE LA GROSSESSE

##### *Annonce d'un risque « aggravé » d'anomalie chromosomique*

Lisa évoque la solitude dans laquelle elle vit sa grossesse ce qui ne correspond à pas à ce qu'elle s'était imaginée vivre, au scénario imaginaire de sa grossesse. Du fait d'être éloignée de sa famille, elle dit partager sa grossesse à distance : « *je vis à distance quelque chose aussi par rapport à ça* » (l. 36, 1<sup>er</sup> entretien). L'emploi de l'adverbe « *aussi* » laisse entendre qu'elle-même met émotionnellement à distance sa grossesse. A huit mois de grossesse, Lisa revient sur ce sentiment qu'elle nomme de « détachement » en rationalisant par le biais de sa pathologie visuelle comme dans une tentative d'annulation rétroactive de ce sentiment : « *quand le médecin ballade la sonde sur le ventre et voit l'oreille la tête carrément la colonne vertébrale les pieds les jambes le nombre de doigts y doit y avoir une prise de conscience visuelle que du coup moi j'ai pas eu* » (l. 152-154, 2<sup>ème</sup> entretien). L'annonce d'un risque aggravé de trisomie 21, réactivant l'angoisse de la transmission d'une maladie déjà à l'œuvre dans son histoire familiale et de couple pourrait avoir renforcé ce qu'elle nomme un « détachement ». Ce sentiment exprimerait une mise à distance peut être en lien avec de difficiles remaniements psychiques. Le fait d'être agacée par l'enthousiasme de sa sœur à l'annonce de sa grossesse soulignerait un investissement psychique complexe. Cette grossesse réactive sans doute ses expériences passées d'IVG peut être encore non élaborées. Après avoir découvert rapidement être enceinte, Lisa et Martin décident d'attendre trois mois « *qu'y ait plus de risque de fausse-couche* » (l. 30, 1<sup>er</sup> entretien) pour annoncer la grossesse à leurs proches. Elle fait le déplacement pour aller annoncer la nouvelle à sa mère. Sur le chemin qui la mène à sa mère, son gynécologue l'appelle pour lui annoncer les résultats du dépistage de la trisomie 21 : « *j'étais à Nantes ce jour-là j'allais monter chez ma mère et le gynéco m'appelle pour me dire risque aggravé de trisomie / donc là je m'effondre parce que première grossesse on vous annonce un risque aggrav.../ aggravé en PLUS le terme est vraiment assez f/ assez fort même si effectivement les risques sont quand même infimes/ donc j'me suis effondrée mais*

EFFONDREE *j'étais en larmes en bas de l'immeuble de chez ma mère/ je savais pas quoi faire/ je m'étais dit que/ à alors là y a tout ce qui passe par la tête voilà euh si jamais ça s'avère euh/ l'avortement/ j'ai trente-neuf ans presque euh/ jamais j'aurai plus d'enfant enfin bon / ça a été un moment que j'ai vécu seule assez terrible* » (§ : 93-100, 1<sup>er</sup> entretien). La description de la scène laisse apparaître l'effraction de l'annonce qui réactiverait une sorte d'« interdit » fantasmatique sur la filiation. A noter qu'elle ne parle pas des résultats de l'amniocentèse, ce qui mettrait en lumière l'impact fantasmatique de cette menace au-delà de la réalité.

#### *De la difficulté d'accepter la position passive*

A cinq mois et demi de grossesse, Lisa commence à ressentir les modifications corporelles, notamment la fatigue qui ne lui permet plus d'avoir la même activité quotidienne qu'avant. Lisa peine à accepter la position passive, « *y va falloir que voilà quoi j'accepte de vivre ça avec ma fille euh... et euh et qu'euh... voilà plus ça va avancer/ forcément plus j'avais être fatiguée avoir besoin de.../ être ralentie dans mes déplacements/ moi j'suis une marathonnienne j'fais d'la course à pied d'endurance donc euh...m'arrêter d'courir au sens vraiment littéral du terme... c'est dur (rires)* » (l. 452-456, 1<sup>er</sup> entretien). Lisa évoque sa difficulté à ne pas avoir le sentiment de maîtriser « *ne plus être dans la gestion permanente* » (l. 506, 1<sup>er</sup> entretien) et la peur du regard de l'autre : « *c'est l'image que j'peux renvoyer de euh... bon elle exagère un peu elle est enceinte de cinq mois elle pourrait quand même faire ça quoi* » (l. 489-491, 1<sup>er</sup> entretien). Un arrêt d'une semaine à sept mois de grossesse pour calmer des contractions trop rapprochées, identifiées lors d'un contrôle à la maternité, lui a permis d'accepter la position passive et de se centrer davantage sur le vécu de sa grossesse. Le fait d'employer le style direct nous fait entendre que la parole de cette sage-femme annonçant un danger : « *à partir de maintenant calmez-vous (...) si vous continuez comme ça euh vous allez pas l'garder jusqu'au bout* » (l. 34 & l. 44, 2<sup>ème</sup> entretien) serait venue faire irruption, lui permettant alors de prendre conscience du réel de son corps qui peut lâcher si, précisément, elle ne « lâche » pas prise. Lisa peut verbaliser ce qui était difficile pour elle dans cette acceptation nécessaire, « *j'avais l'impression de /d'être dépossédée de certaines euh prérogatives attributions de choses que j'aime faire (...)*

*j'aime bien être autonome indépendante* » (l. 63-65, 2<sup>ème</sup> entretien). Le rapport de dépendance en lien avec sa pathologie visuelle s'avère d'autant plus conflictuel.

*De l'étrangeté des mouvements fœtaux au sentiment de plénitude ....*

A cinq mois et demi de grossesse, depuis une dizaine de jours, Lisa identifie les mouvements fœtaux : « si vous voulez j'ai l'ventre qui grossit je la sens bouger depuis euh... dix jours alors ça cavale/ ch'sais pas c'qu'elle fait d'la gymnastique j'en sais rien/ 'fin bon ça aussi c'est très très bizarre j'ai un peu d'mal à m'y habituer (...) j'ai pas aimé ah les premières fois (...) c'est quelque chose que je ne peux pas maîtriser qui s'passe sur mon corps qui m' qui me qui m'plonge dans que'qu/ (...) alors c'est l'fait de vraiment me dire ben voilà t'as l'ventre qui grossit ben parc'que dedans y a une p'tite fille (...) c'est assez étrange c'est peut-être voilà de pas VOIR/ et pourtant moi Dieu sait que j'peux pas voir j'suis plutôt dans le ressenti alors...pfff c'est assez (rire) c'est assez étonnant...un peu un peu paradoxal » (§ : 348-404, 1<sup>er</sup> entretien). Le fait de ressentir quelque chose dans son corps qu'elle ne peut pas maîtriser est mis en avant pour exprimer ce qui lui est désagréable. Des difficultés de représentation s'exprimeraient à travers ce désir de voir.

A huit mois de grossesse, Lisa s'enthousiasme à ce sujet : « *alors c'est complètement l'inverse j'trouve ça génial (...) ça participe euh d'une espèce de d'alchimie qui s'fait entre euh entre euh la maman et l'bébé* » (l. 120- 126, 2<sup>ème</sup> entretien). Elle dévoile sa vie fantasmatique dans laquelle se crée une relation imaginaire avec sa fille : « les deux derniers mois c'est là où où y s'passe beaucoup d'choses on sent vraiment l'bébé bouger et euh et on du coup notre concentration et notre attention se focalisent sur l'intérieur » (l. 515-517, 2<sup>ème</sup> entretien). Les échographies participeraient de la construction de l'image interne de son bébé. Lisa témoigne de l'importance de ce que dit l'échographiste : « y faut que moi je me fasse ma propre euh visualisation interne de tout ça donc effectivement à l'échographie je regardais l'écho je j'regarde le moniteur j'regarde la télé j'vois rien j'vois des tâches mais du coup dans ces tâches dans c'que l'médecin dit j'essaye d'imaginer en fait voilà » (l. 188-191, 2<sup>ème</sup> entretien). Ce particulier investissement des paroles de l'autre serait peut-être une recherche d'étayage dans une difficulté à se représenter un bébé en soi. La persistance et la répétition de l'emploi du terme : « bizarre » et « étrange » donne à entendre la difficulté avec laquelle elle symbolise sa grossesse. Lisa aurait peut-être une

difficulté à se penser mère : ses deux IVG maintenues refoulées, sa difficulté à dire son désir d'enfant, sa difficulté à se représenter un bébé en seraient des traductions. Serait-ce en lien avec des identifications inconscientes à la figure maternelle ? Serait-ce une impossibilité à se projeter dans un « être-mère » en lien avec l'impact psychique de la transmission d'une maladie qui aurait marqué du sceau de l'interdit l'enfantement ?

Lisa conclut sur l'importance de cette expérience intime qui se vit de l'intérieur, à partir de ses ressentis : « j'pense qu'effectivement c'qui était important pour moi et j'm'en rends compte maint'nant / c'est arriver à euh me connecter au bébé me connecter vraiment à ma grossesse (...) depuis un mois euh j'suis j'suis j'suis vraiment pleinement dedans j'la vis euh à trois cent-pour-cent » (l. 594-598, 2<sup>ème</sup> entretien). Dans la perspective de la fin de la grossesse, des mouvements psychiques vers la séparation s'élaborent peu à peu en pensant aux mois suivants la naissance. A la fin de l'entretien s'exprime l'ambivalence entre son désir de rester « pleine » et celui de rencontrer sa fille : « un p'tit mois d'septembre en plus ça pourrait être sympa mais euh mais nan en fait j'ai envie d'la voir arriver quand même » (l. 795-796, 2<sup>ème</sup> entretien).

#### *De l'altérité et des représentations maternelles...*

A cinq mois de grossesse, Lisa essaie de se représenter ce qu'il est en train de se passer dans son ventre qu'elle nomme « truc » : « t'es en train d'vivre un truc super t'es en train de vivre un truc unique qu'est f... qu'est juste inouï.../ quand tu penses qu'elle est en train de fabriquer les cils la peau la couleur de l'œil le cœur les veines... les machins/ quand euh... voilà euh c'est c'est c'est quand même un truc hallucinant » (l. 435-438, 1<sup>er</sup> entretien). Lisa serait-elle dans une difficulté pour penser un bébé dans sa globalité, comme le traduirait cette pensée syncrétique qui donne une impression de morcellement ? A ce moment-là, Lisa vivrait le phénomène gestationnel de l'extérieur comme l'illustre cette position passive : « à la clinique là où je vais m'faire accoucher » (l. 299, 1<sup>er</sup> entretien). A huit mois de grossesse, la représentation resterait toujours relativement morcelée : « est-ce que y a tous les organes est-ce que euh est-ce qu'y sont à leur place est-ce que y a tous les nombres de doigts » (l. 215-216, 2<sup>ème</sup> entretien). Lisa poursuit un processus maturatif qui la mène de la recherche d'une reconnaissance extérieure vers une régression narcissique :

« finalement plus ça a avancé et plus euh j'me suis euh... euh... recentrée sur l'intérieur et pas euh perdue dans une reconnaissance de ma grossesse de l'extérieur » (l. 486-487, 2<sup>ème</sup> entretien). Lisa cherche à construire une relation imaginaire avec son bébé : « c'est un moment hyper important qu'tu dois passer avec ton bébé pa'ce que euh à partir de sept mois elle elle entend » (l. 555-567, 2<sup>ème</sup> entretien). Au deuxième entretien, elle ne parvient pas à le nommer « mon bébé » et emploie « le bébé » ou « ton bébé » dans une mise à distance projective. L'emploi du verbe « devoir » indiquerait une injonction surmoïque qui exprimerait en creux une difficulté à y être. Enfin, Lisa évoque l'irreprésentable dans ce passage de la femme enceinte au devenir mère : « j'ai du mal à me voir maman tant qu'le bébé n'est pas là en fait complètement donc euh (..) / euh ouai c'est assez étrange comme comme sensation en fait pa'ce que là euh j'me vois euh avec un gros ballon j'me vois enfin voilà c'est c'est c'est et j'me dis j'avais être maman va y'avoir un **bébé qui va être collé à moi** tout l'temps qu'j'avais d'voir nourrir et euh... c'est assez... c'est assez étrange (...) **on va avoir un p'tit être humain qui va nous suivre** (...) qu'on va s'faire appeler maman » (l. 637-648, 2<sup>ème</sup> entretien). Lisa tente de nommer ce réel de la naissance, de l'origine. Notons que la représentation d'elle-même en tant que mère se dit en lien avec sa pathologie visuelle : l'enfant colle ou suit sa mère, ce qui fait écho à ses inquiétudes verbalisées au premier entretien. Cette représentation résonnerait comme un prolongement d'elle-même.

#### 2.3.5.3.2. VÉCU DE L'ACCOUCHEMENT

Lisa raconte de façon très détaillée son accouchement qui s'est déroulé comme elle le souhaitait, autrement dit de la façon la plus « naturelle » possible. Notons qu'elle se « lance » dans son récit après avoir précisé la date et l'heure de la naissance de Julia en s'adressant à elle comme si elle s'appuyait sur la réalité de la naissance de sa fille pour pouvoir dépasser ses résistances à en parler : « donc l'accouchement comment ça s'est passé/ ben j'sais pas si vous avez des questions à m'poser sur ce dernier mois de grossesse » (l. 42-43, 3<sup>ème</sup> entretien). En effet, Lisa prend plaisir à parler de son dernier mois de grossesse qu'elle évoque avec nostalgie et qualifie de « bulle », « d'état second », de « monde un peu parallèle on fait plus trop partie des / du commun des mortels » (l. 27, 3<sup>ème</sup> entretien). Sans doute, Lisa est-elle encore dans cette nostalgie de ce sentiment de plénitude à ce moment-là de l'entretien. Elle confie qu'il y a trois jours elle disait en larmes

« *j'veux encore être enceinte* » (l. 86, 3<sup>ème</sup> entretien). Lisa accepterait difficilement de lâcher quelque chose de son sentiment de complétude imaginaire pour entrer dans la relation avec son enfant. Elle serait encore dans une période que nous pouvons qualifier de baby blues.

De la même manière, Lisa fait, dans un premier temps du récit, une ellipse sur le moment de la naissance. Après avoir précisé ses pensées au moment de l'accouchement : « *j'savais que j'allais réussir* », elle résiste à parler du moment de l'expulsion, soit de la naissance. A la suite à mon invitation à poursuivre, elle finit par dire : « *trois kilo quatre cent dix cinquante centimètres euh tout... tout nickel voilà parfait/ c'est super parce que j'suis restée en peau à peau avec elle pendant une heure et demie sur la table euh... d'accouchement* » (l. 200-202, 3<sup>ème</sup> entretien). À ce moment-là de la narration, Julia n'existe pas encore véritablement dans son discours. Elle se raccroche à des données objectives de mesures pour nommer ce qui sort d'elle. En prenant appui sur une expression technique médicale, Lisa « enchaîne » sur le peau à peau, comme si ce contact corporel venait amortir la séparation des corps. Dans un deuxième temps, après avoir pu parler du décalage entre son bébé imaginaire et le bébé réel et de ce qui lui a permis de se lier à ce bébé qu'elle reconnaît alors comme sa fille, Lisa peut revenir sur la rencontre avec sa fille.

#### 2.3.5.3.3. NOUAGE PRÉCOCE AVEC JULIA

*La naissance physique ou la confrontation au bébé réel...*

Lisa évoque le décalage entre son scénario imaginaire et la réalité : « *j'pensais en fait qu'j'allais fondre en larmes* » (l. 241, 3<sup>ème</sup> entretien), « *j'étais persuadée qu'y allait y avoir une sorte de/ de truc maternel qu'allait s'passer tout de suite/ une espèce de dose de je sais pas quoi qui allait m'faire craquer mais pas du tout en fait* » (l. 220, 3<sup>ème</sup> entretien). Elle décrit un « *une sorte d'attachement et une sorte de détachement j'arrivais pas à concevoir que euh... ça y est c'était elle en fait (...) j'ai mis quelques jours en fait à m'dire c'est ta fille c'est pas juste un bébé qu'tu vas garder* » (l. 216-223, 3<sup>ème</sup> entretien). Dans ce décalage, se dirait l'écart entre le bébé imaginaire et le bébé réel. Tout au long de l'entretien, Lisa n'a de cesse de répéter sa difficulté à réaliser que ce bébé est sa fille. La répétition de l'emploi du terme « *curieux* » continue à parler de cette difficulté de symbolisation.

A cinq jours de vie de Julia, la perception de la douleur de sa fille la ferait advenir comme sujet et permettrait de nouer un lien : « **là y a un truc qui s'est passé** j'me suis dit euh mon enfant a mal et ça m'a complètement **déstabilisée** j'me suis mise à pleurer comme une madeleine » (l. 233, 3<sup>ème</sup> entretien). Dans ces larmes, s'exprime peut-être le renoncement au bébé imaginaire. La reconnaissance de la vulnérabilité de l'enfant et de sa dépendance à un autre qui le secourt semble avoir permis à Lisa d'accepter de perdre quelque chose pour entrer dans un état de préoccupation maternelle primaire en s'adaptant aux besoins de sa fille : « ce vendredi là j'me suis dit voilà si faut qu'je marche avec elle pendant quatre heures d'affilées parce que elle a mal et que euh ...c'est ce qui faut qu'je fasse pour la calmer ben je marcherais quatre heures d'affilées même si j'suis crevée qu'il est quatre heures du matin que j'ai envie d'me coucher/ voilà c'est ça en fait **ce lien là il s'est mis là en place à ce moment-là** » (l. 260-263, 3<sup>ème</sup> entretien). Il paraît intéressant de préciser que Julia « arrivait pas à faire de selles ». Aurait-elle, elle aussi, en correspondance avec sa mère retenu quelque chose en elle ? Ce symptôme aurait-il été une manière de faire sortir, de faire lâcher prise sa mère sur ce qui l'a comblée pour se confronter à son manque à être ?

#### *La naissance psychique de Julia*

Après avoir parlé du nouage du lien, Julia peut naître dans ses mots. L'importance du regard dans le récit de la naissance est remarquable (§ : 277-299, 3<sup>ème</sup> entretien). Dans son récit, se repère alors le regard auréolé de Lisa sur sa fille : « le moment où elle ouvre ses yeux et elle regarde han... ça c'est...ah ouais c'est super/ là on s'dit ça y est on n'est plus deux on est trois » (l. 280, 3<sup>ème</sup> entretien). Elle emploie alors les mêmes termes pour qualifier ce moment de la rencontre que ceux qu'elle avait utilisé pour la grossesse : « j'avais l'impression d'être dans un univers parallèle », (l. 298, 3<sup>ème</sup> entretien), « y avait comme une sorte de bulle qui s'est créée et euh elle est arrivée dans cette bulle et j'me suis dit wouahh ça y est oh la vache c'est ma fille » (l. 305, 3<sup>ème</sup> entretien) comme si c'était une manière de poursuivre cet état de grossesse en y intégrant sa fille pour diminuer le sentiment de perte. Lisa éprouverait une difficulté de renoncer à garder l'objet intérieur comme une partie d'elle-même. A travers sa trame fantasmatique, Lisa tente d'adoucir la perte de cet état de complétude imaginaire. Dans son récit, le nouage du lien, la construction de la dyade peut se dire après avoir nommée la séparation.

### *La construction du sentiment maternel*

Lisa évoque ce sentiment que ce lien se construit, « *c'est quelque chose que je dois construire avec elle* » tout en s'adressant à sa fille. Elle évoque les différentes questions qu'elle peut se poser et comment elle tente d'y répondre ce qui permet d'entendre sa capacité de rêveries. Lisa peut aussi parler de ce rapport absolu à la dépendance du nouveau-né qui happe : « *faut sortir et voir du monde parce que fff (souffle) c'est/ on finit vite par se sentir mono-tâche (...) on dort et on allaite* » (l. 477, 3<sup>ème</sup> entretien). Elle peut aborder sereinement la question de la séparation et se projette dans un avenir avec elle : « *parfois j'me dis ouais tu vas l'emmener à l'école dans trois ans euh tu vas... 'fin aller à la crèche et tout ça après la maternelle hein hein... et... et pis elle va grandir/ déjà elle change énormément* » (l. 430, 3<sup>ème</sup> entretien).

Son conjoint apparaît comme celui qui la rassure sur ses capacités maternelles. Elle peut dire que leur fille a pris beaucoup de place mais le fait d'être déjà dans un fonctionnement de couple parental avec les enfants de Martin paraît amortir le changement. Lisa semble vivre cette expérience subjective dans une certaine solitude.

#### 2.3.5.3.4. RAPPORT SUBJECTIF A SON SUIVI DE GROSSESSE ET AU MONDE HOSPITALIER

Le rapport de Lisa à la médecine s'est construit à travers son vécu de sa maladie. Toutefois, Lisa n'en dit au cours des trois entretiens. Néanmoins, la figure de la sage-femme et celle du médecin /gynécologue se diraient dans une opposition : intimité versus étranger.

##### 2.3.5.3.4.1. SUIVI DE GROSSESSE PAR UNE SAGE-FEMME EN LIBERAL

Lisa choisit d'être suivie par une sage-femme en libéral pour bénéficier d'un suivi personnalisé par rapport à son handicap, « *moi je recherchais plutôt un accompagnement assez personnalisé peut-être aussi par rapport à ma problématique visuelle (...) donc je suis partie dans un accompagnement un p'tit peu plus cocooning* » (l. 340-344, 1<sup>er</sup> entretien). Le fait d'être loin de sa famille renforce sans doute ce besoin de contenance et de présence psychique : « *en fait y a une proximité qu'j'ai trouvé euh qu'j'ai trouvé assez agréable / et surtout une disponibilité d'la sage-femme ou qu'j'peux appeler tout l'temps* » (l. 430-431, 2<sup>ème</sup> entretien). Au sujet des deux gynécologues qu'elle a rencontrés, Lisa met en avant la représentation qu'ils ne seraient précisément pas à l'écoute de la femme : « *Y en a un qui*

*était plus ou moins incompétent proche de la retraite et l'autre euh hyper médical alors pas d'soucis hein mais bon pas très à l'écoute euh de la femme qui est allongée sur la table » (l. 324-325, 1<sup>er</sup> entretien).*

Au fil des deux premiers entretiens, Lisa se soutiendrait des formulations de la sage-femme pour laquelle la femme enceinte « fabrique une enfant » : « *là on s'rend compte qu'on est en train d'fabriquer un p'tit être humain qui est en train d'grandir* » (l. 378, 1<sup>er</sup> entretien), « *j'pense qu'en terme de transformation est-ce qu'il y a quelque chose de plus /est-ce qu'il y a quelque chose d'au-delà qui soit plus fort que ça fabriquer un être humain* » (l. 674-676, 2<sup>ème</sup> entretien). Cette idée qu'elle s'approprie semble l'aider à se représenter cet état de gestation.

#### 2.3.5.3.4.2. VÉCU DE L'ACCOUCHEMENT

Lisa souhaite avoir un accouchement le plus « naturel » possible, autrement dit accoucher sans l'intervention d'un tiers. Cette mise à distance du monde médical serait-elle réactionnelle à son rapport à la médecine en lien avec sa pathologie visuelle ? Lisa se revendique comme une femme désirant être le plus indépendante possible.

Dans le récit de son accouchement, nous retrouvons l'opposition de ces deux figures : sage-femme versus gynécologue. L'annonce par la sage-femme de l'éventuelle nécessité de faire appel à un médecin provoque chez Lisa un sentiment de rejet contre une figure vécue comme intrusive : « *j'me suis dit j'ai pas du tout envie de voir un médecin je veux pas là voir un médecin qui va arriver j'veux rester avec euh...mon homme ma sage-femme (...) j'veux pas d'médecin j'veux pas d'médecin je sais pas ce qui va m'faire mais j'veux pas d'médecin j'veux pas d'ustensiles (...) je voulais pas en plus que quelqu'un qui n'avait pas été là depuis le début euh... arrive juste sur la dernière ligne droite euh... j'avais pas envie de ça (...) je savais qu'il allait prendre quelque chose qu'était pas naturel et je voulais pas du tout qu'on l'extirpe de moi avec un instrument* » (l. 131-149, 3<sup>ème</sup> entretien). Le médecin serait vécu comme une figure étrangère qui viendrait lui arracher son enfant d'elle, contrairement à Martin et la sage-femme situés du côté de l'accompagnement et de l'intime. Nous pouvons nous interroger sur ce à quoi renvoient ces représentations pour Lisa.

#### 2.3.5.3.4.3. VECU DE L'HOSPITALISATION EN MATERNITE

Lisa qualifie les sages-femmes et les auxiliaires de puériculture de « *super disponibles* », « à l'écoute » ayant intégré son handicap visuel. Elle se sent dans un rapport bienveillant : « *en m'écoulant en m'faisant confiance voilà on y est arrivé* » (l. 337, 3<sup>ème</sup> entretien). Du fait de son handicap visuel, Lisa a besoin de l'autre, ce qui l'inscrit dans un rapport différent à la dépendance. Cette formulation laisse également entendre la projection que l'autre pourrait ne pas avoir confiance en sa capacité d'enfantement.

#### 2.3.5.4. Conclusion

De manière générale, Lisa semble avoir vécu cette expérience de la grossesse et de la naissance de sa fille dans une certaine intériorité et solitude. Sa difficulté à renoncer à un sentiment de complétude imaginaire serait-elle un mécanisme de défense face à l'altérité et la dépendance à laquelle sa fille la confronte ? Ces autres que sont les sages-femmes et les gynécologues semblent l'avoir accompagnée dans cette aventure sans qu'elle soit dans des relations transférentielles particulières.

### 2.3.6. SYNTHÈSE

#### DES ANALYSES DES ENTRETIENS DE RECHERCHE DU GROUPE TÉMOIN

##### 2.3.6.1. Analyse longitudinale et comparative

L'approche longitudinale de ce troisième groupe permet de repérer l'évolution des processus psychiques au cours de la grossesse et après la naissance de l'enfant pour chaque situation clinique. Au-delà de la singularité de chacune des situations, ce groupe témoin permet de comparer pour un même terme de grossesse, le discours des femmes en fonction du contexte de grossesse (hospitalisation pour MAP ou non) et de naissance de l'enfant (prématurée ou non) afin de repérer une éventuelle spécificité de la construction du maternel lors d'une naissance très prématurée. La présentation des résultats de l'analyse des cinq situations singulières est synthétisée et articulée en fonction des hypothèses de recherche.

### 2.3.6.2. Construction du maternel

Pour deux d'entre elles : **Clothilde** et **Elodie**, l'analyse des processus psychiques des entretiens aux 5<sup>ème</sup> et au 8<sup>ème</sup> mois de grossesse et au cours du premier mois de vie de l'enfant permet de repérer une succession de temps logiques qui passe d'un temps de régression narcissique à l'investissement objectal du bébé. L'évolution entre le 5<sup>ème</sup> et le 8<sup>ème</sup> mois de grossesse mettrait en lumière l'importance du déploiement des projections fantasmatiques dans la relation imaginaire mère-enfant. Le troisième trimestre apparaîtrait comme celui au cours duquel la construction d'une layette psychique se développerait. Au 5<sup>ème</sup> mois, après l'évocation des angoisses de mort du fœtus, la difficulté à supporter de ne plus gérer sa vie comme avant prendrait le devant de la scène. La perception alors récente des mouvements fœtaux s'exprimerait en termes de sensations « bizarres » évoquant une sensation d'étrangeté. Au 8<sup>ème</sup> mois, après une acceptation progressive de l'accueil d'un autre en soi et de la position d'attente passive que le phénomène gestationnel impose, l'expression d'un sentiment de plénitude ou de complétude imaginaire serait le signe d'un aménagement psychique des pulsions hostiles et destructrices envers le fœtus afin d'ouvrir à la relation objectale. L'évolution de la gradation de l'investissement objectal associée à l'anticipation psychique de la séparation des corps participerait à la symbolisation de la naissance psychique. Après la naissance de l'enfant au cours du premier mois de sa vie, l'expression d'une nostalgie de l'état antérieur de grossesse serait la symbolisation de l'écart entre le bébé imaginaire et le bébé réel. Un processus d'idéalisation se traduirait dans l'expression d'un regard auréolé sur l'enfant. La capacité de rêveries maternelles permettrait de repérer l'investissement libidinal de l'enfant. Pour **Lisa**, une évolution des processus psychiques entre le 5<sup>ème</sup> mois et le 8<sup>ème</sup> mois se repère. Néanmoins, Lisa resterait dans une difficile objectalisation du fœtus. Quelque chose, peut être en lien avec de complexes remaniements identitaires et identificatoires, échapperait à la symbolisation de sa grossesse et de la naissance et du devenir mère. Une sensation d'étrangeté persisterait.

Pour les deux autres femmes, **Emilie** et **Charlotte**, l'analyse des processus psychiques des deux entretiens au cours de la grossesse permet de repérer la difficulté des processus d'objectalisation du bébé : elles seraient en difficulté pour se représenter l'existence d'un autre en soi et construire une relation imaginaire avec lui. Serait-ce l'humanisation de ce

qui est en elle qui achopperait ? L'absence d'évolution des processus psychiques entre le 5<sup>ème</sup> et le 8<sup>ème</sup> mois de grossesse laisse entrevoir un verrouillage de l'activité fantasmatique qui pourrait s'interpréter comme une défense contre une impossibilité psychique à conflictualiser une ambivalence dans les remaniements identitaires et identificatoires. Cette difficile traversée psychique serait sources d'intenses sentiments d'angoisse et de culpabilité. L'analyse de l'entretien réalisé au cours du premier mois de la vie de l'enfant mettrait en lumière la dimension traumatique de la naissance de leur enfant. Pour Emilie, la naissance prématurée de Clarisse à 34 SA+ 5 jours fait suite à une pré-éclampsie et, pour Charlotte, la naissance de Paul à 40 SA fait par déclenchement en urgence à la suite du diagnostic d'une cholestase. Toutefois, l'impact du vécu psychique de la grossesse et de la naissance sur le nouage précoce des liens serait très différent. Malgré la valorisation de sa fille, Emilie souffrirait d'une difficulté à entrer dans un état de préoccupation maternelle. Charlotte, elle, aurait trouvé les ressources psychiques nécessaires dans la réalité de la rencontre avec son fils pour se dégager de l'angoisse afin de parvenir à l'investir libidinalement.

**Ces résultats nous éclairent sur le fait que ce qui fait traumatisme ne serait pas tant l'évènement de corps en tant que tel : accouchement prématuré ou non. Ce serait davantage la façon dont pourrait s'inscrire cet évènement dans le vécu psychique de la grossesse. Chez Emilie et Charlotte, le difficile réaménagement pulsionnel en lien avec des remaniements identificatoires complexes pendant la grossesse rendrait traumatique l'impact psychique de l'irruption du réel du corps : prééclampsie ou cholestase. Ces résultats nous enseignent également sur la dialectisation entre la dimension intrapsychique et intersubjective. Pour Emilie, la dimension intrapsychique de ses conflits ferait barrage à la dimension intersubjective. Pour Charlotte, la dimension intersubjective avec son enfant dans la réalité serait un recours pour se dégager d'un état d'angoisse afin de pouvoir l'investir libidinalement. Aussi important que soit le vécu de psychique de la grossesse, il ne permet en aucun cas de prédire de la qualité de la relation mère-enfant.**

## 2.3.6.2.1. VÉCU DE LA GROSSESSE

*De la difficile acceptation de la position passive ...*

Pour les cinq femmes rencontrées, l'expression d'une difficile acceptation de la position d'attente passive se repère. Ces cinq femmes sont inscrites dans une vie professionnelle et sociale active. L'expérience de la grossesse les confronte à l'angoisse de l'inconnu, de l'étranger en soi. L'angoisse générée par l'idée de ne plus pouvoir contrôler, gérer leur vie de la même manière traduirait la réactivation de l'angoisse de castration, dans le sens où l'accueil d'un autre en soi renvoie au contenant du corps féminin qui lui impose de se « soumettre » à cette position incontournable d'attente passive face à quelque chose qui lui échappe. Nous pouvons souligner que cette position psychique inhérente à l'état de grossesse se trouve réactivée par les injonctions paradoxales de notre société contemporaine. De manière générale, celle-ci promeut des individus autonomes et responsables, acteurs et producteurs de leur parcours. En ce qui concerne les femmes enceintes, il est brusquement attendu d'elles une soumission, pour le bien-être et la santé de leur enfant, aux prescriptions normatives des représentants habilités du médico-social. Les entretiens illustrent comment cette attente de mise à l'arrière-plan de la femme au profit de la figure de la mère, alors que celle-ci résulte du travail psychique de maternalité peut participer à alimenter les angoisses.

Pour **Lisa**, **Elodie** et **Clothilde**, un mouvement d'acceptation de la position passive se repère entre les deux entretiens pendant la grossesse. Au cinquième mois de grossesse, **Lisa** exprime dès le 5<sup>ème</sup> mois sa difficulté à « *ne plus être dans la gestion permanente* » (l. 506, 1<sup>er</sup> entretien) et la projection d'une image de soi diminuée : « *c'est l'image que j'peux renvoyer de euh... bon elle exagère un peu elle est enceinte de cinq mois elle pourrait quand même faire ça quoi* » (l. 489-491, 1<sup>er</sup> entretien). Au 8<sup>ème</sup> mois, elle peut dire : « *j'avais l'impression de /d'être dépossédée de certaines euh prérogatives attributions de choses que j'aime faire (...)* j'aime bien être autonome indépendante » (l. 63-65, 2<sup>ème</sup> entretien). Au 8<sup>ème</sup> mois de grossesse, **Elodie** peut élaborer en après-coup comment elle vivait sa grossesse au 5<sup>ème</sup> mois : « *je vais encore réussir à gérer tout comme j'ai l'habitude de gérer en ayant ma vie sociale ma fille mon mari mon machin / mais non c'est pas possible* » (l. 54, 2<sup>ème</sup> entretien) ou encore : « *c'était ah faut que je continue à vivre comme si j'étais pas enceinte* »

(l. 64, 2<sup>ème</sup> entretien). **Clothilde**, quant à elle, à 5 mois de grossesse, se projette dans une impatience à pouvoir être dans cette position d'attente passive : « *j'avais hâte de passer les prochains temps à me peloter le ventre en pensant à rien d'autre qu'au bébé (...) où y aura plus que ça (..) j'aimerais juste me concentrer sur le bébé* » (l. 663- 667, 1<sup>er</sup> entretien). A huit mois, elle prend plaisir à être dans un lâcher-prise : « *je plane vraiment (...) j'oublie plein de trucs* » (l. 485, 2<sup>ème</sup> entretien), « *d'avoir la tête vide comme ça c'est plutôt bien en fait* » (l. 505, 2<sup>ème</sup> entretien).

En revanche, pour **Charlotte** et **Emilie**, la difficulté à accepter la perte de la libre disposition de leur corps n'évolue pas. Emilie verbalise : « *Bah toutes les activités sportives/ tout ça quoi/ ça m'manque/ ma vie elle me manque heu/ j'peux/ là j'suis à la maison/ j'suis coincée (...) moi j'suis quelqu'un d'super actif/ qué tout l'temps en train d'faire du sport ou qué qu'chose là heu/ voilà j'ai envie qu'ça/ qu'ça s'termine et qu'elle soit là et que .../ et que voilà/ j'puisse avoir à nouveau mon corps à moi* » (l. 679-684, 2<sup>ème</sup> entretien). Charlotte développe sa difficulté à devoir « prêter » son corps : « *on a plus notre propre corps on le prête en fait à notre enfant* » (l. 635, 2<sup>ème</sup> entretien), « *on subit* » (l. 646, 2<sup>ème</sup> entretien) dit-elle. Elles évoquent la profonde déception du vécu de leur grossesse par rapport au scénario de leur grossesse idéale rudement mise à l'épreuve. Charlotte confie : « *je pensais en fait que c'était une période heureuse/ j'pensais que pendant les neuf mois d'grossesse c'était que du bonheur/ alors qu'en fait en huit mois d'grossesse j'ai plus pleuré que dans tout le reste... d/ d/ de ma vie (...) j'devrais être heureuse/ j'devrais hein mais... non* » (l. 669-686, 2<sup>ème</sup> entretien). Cette difficulté à accepter cet état pourrait être le signe d'un impossible traitement de la haine du fœtus en lien avec des remaniements psychiques trop angoissants, notamment concernant le changement de statut. Elles seraient toutes les deux dans une difficulté de conflictualisation avec leur figure maternelle. Les angoisses de mort du fœtus restent relativement assez envahissantes. Elles s'expriment et se déplacent dans trois figures de l'expulsion : la peur de faire une fausse-couche au premier trimestre, celle d'accoucher prématurément au second trimestre et celle d'accoucher au troisième trimestre. Elles expriment toutes deux le déplaisir à être enceinte. Emilie conclut le deuxième entretien sur le fait qu'elle n'« aime pas trop être enceinte/ j'voudrais qu'elle soit déjà là » (l. 666, 2<sup>ème</sup> entretien).

*Au sentiment de plénitude*

Pour **Clothilde** et **Elodie**, le déploiement de l'activité fantasmatique se repère entre le 6<sup>ème</sup> et le 8<sup>ème</sup> mois de grossesse. L'évolution de la perception des mouvements fœtaux serait mise en avant comme un étayage à la représentation d'un autre en soi. Au huitième mois de grossesse, le corps plein apporterait un sentiment de complétude imaginaire se traduisant à travers l'expression d'un sentiment de plénitude. Cette évolution serait le signe du travail psychique de réaménagement pulsionnel à l'œuvre en lien avec celui des remaniements identitaires et identificatoires, notamment dans le lien à la figure maternelle. Au déplaisir lié à l'intrusion d'un autre en soi imposant une passivité, succéderait le plaisir lié à l'investissement de la vie imaginaire avec le bébé, lieu d'une première identification narcissique. A cinq mois de grossesse, **Lisa** évoque une sensation d'étrangeté au sujet de la perception des mouvements fœtaux : « *c'est très très bizarre j'ai un peu d'mal à m'y habituer (...) j'ai pas aimé ah les premières fois (...) c'est quelque chose que je ne peux pas maîtriser qui s'passe sur mon corps* » (l. 350, 1<sup>er</sup> entretien). A huit mois de grossesse, elle s'enthousiasme à ce sujet : « *alors c'est complètement l'inverse j'trouve ça génial (...) ça participe euh d'une espèce de d'alchimie qui s'fait entre euh entre euh la maman et l'bébé* » (l. 125-126, 2<sup>ème</sup> entretien). Néanmoins, Lisa serait davantage dans un plaisir narcissique de la complétude phallique. Le mouvement de bascule vers l'investissement de la relation objectale serait plus difficile. Pour **Elodie**, à cinq mois de grossesse, ressentir les mouvements du fœtus lui permet de se rassurer sur ses angoisses de mort : « *je la sens bouger et pfff là toutes les angoisses s'estompent c'est que du bonheur je sais que tout va bien quoi* » (l. 780-785, 1<sup>er</sup> entretien). À huit mois de grossesse, la sensation de complétude imaginaire lui permet de se sentir en sécurité : « *parce que ben là j'la enfin elle est en sécurité elle est avec moi y'a personne qui peut l'embêter enfin ...* (l. 478, 2<sup>ème</sup> entretien). Pour **Clothilde**, à huit mois de grossesse, la perception des mouvements fœtaux soutiendrait les projections fantasmatiques participant à la création d'un lien avec ce bébé fantasmé : « *c'est agréable quoi parce qu'il y a le bébé qui bouge et pis / il est tout le temps avec moi et on fait des trucs et tout (rire)* » (l. 141, 2<sup>ème</sup> entretien). Elle met en avant également la joie de partager ces moments avec son mari. À huit mois de grossesse, la projection d'une nostalgie à l'idée de ne plus être enceinte s'énonce pour elles trois. Elles évoquent la projection d'un manque de ne plus sentir bouger le bébé en soi, la peur de ressentir un

vide et de ne plus pouvoir le protéger de l'environnement extérieur. Cette projection d'un sentiment de nostalgie à venir serait le signe d'une élaboration de la séparation avec l'objet en soi, mouvement psychique nécessaire à l'acceptation de la perte du « bébé du dedans » pour pouvoir investir libidinalement le « bébé du dehors ».

**Charlotte et Emilie** n'évoquent pas cet état de complétude imaginaire. Pour **Charlotte**, qui ne parvient pas à construire une relation imaginaire avec son bébé, les mouvements foetaux revêtent une dimension quasi persécutrice : « *ok je l'sens/ il m'tape euh... mais... j'ai pas très envie de parler à mon ventre comme ça* » (l. 154, 2<sup>ème</sup> entretien). La formulation « parler à son ventre » contient l'expression de pulsions de destructivité à l'égard du fœtus en le « vidant », dévoilant dans le même mouvement le non-sens de cette situation pour elle. L'accouchement serait alors perçu comme le seul moyen de « sortir » de cet état d'angoisse : « *en fait il n'se passe rien quoi/ moi j'ai/ j'crois j'ai besoin de le voir... pour m'dire qu'il est/ qu'il est là quoi* » (l. 149, 2<sup>ème</sup> entretien). **Emilie** exprime son ambivalence : « *j'ai toujours peur qu'il arrive quelque chose euh et du coup tant que les choses sont pas là j'peux pas me projeter là j'peux pas il est pas là alors j'peux pas vraiment me projeter* » (l. 93, 1<sup>er</sup> entretien). Dans ces deux situations, le mouvement d'objectivation et de reconnaissance du bébé serait mis à mal.

Comparativement au 1<sup>er</sup> et au 2<sup>ème</sup> groupe, ces deux entretiens pendant la grossesse permettent de mettre en relief l'absence de certains processus psychiques liée à l'interruption prématurée de la grossesse. Il apparaît notable de repérer l'effet d'« écrasement » en après coup de la naissance traumatique sur le vécu de la grossesse. En effet, les femmes ayant accouchées avant 33 SA avec ou sans MAP, parlent très peu du vécu de leur grossesse et de la perception des mouvements du fœtus. Pour celles rencontrées rétrospectivement (1<sup>er</sup> groupe), leur récit commence avec l'accouchement, pour celles rencontrées pendant leur hospitalisation pour MAP (2<sup>ème</sup> groupe), la crainte d'accoucher prématurément semble suspendre l'investissement de la grossesse.

### 2.3.6.2.2. VÉCU DE L'ACCOUCHEMENT

#### *De l'évitement de la séparation des corps*

Après la naissance de leur enfant, **Lisa, Clothilde et Elodie** évitent de parler du moment de la naissance à proprement parler, autrement dit le moment de l'expulsion. Lorsque je demande à Lisa la date de naissance de sa fille, Lisa me demande si je n'ai pas des questions à lui poser sur le dernier mois de la grossesse et prend plaisir à en parler comme pour en « jouir » au point de dire que parfois elle aimerait encore être enceinte. Cette mise à distance serait en lien avec sa difficulté de symbolisation de la naissance de sa fille. Dans le fil de sa narration, Charlotte s'arrête « au bord » de la naissance. Et Elodie fait une ellipse sur ce moment pour parler de la relation de « collage » immédiat avec sa fille. Cette régression à l'état antérieur serait à la mesure de l'intensité du plaisir du sentiment de plénitude ressenti au cours de la grossesse et dépendant de l'investissement libidinal de la relation à l'enfant.

#### *De la continuité ou du traumatisme*

Comparativement au 1<sup>er</sup> et au 2<sup>ème</sup> groupe, le récit de l'accouchement pour **Lisa, Clothilde et Elodie** s'inscrit dans une continuité d'existence. La narration de cet évènement de corps moment s'avère beaucoup moins chargée émotionnellement. Toutefois, le fait de relater de façon quasi elliptique ce moment peut également s'entendre comme une défense contre un moment potentiellement désorganisateur afin de ne pas trop se confronter à l'expérience de la perte et du manque à être.

En revanche, le vécu de l'accouchement d'**Emilie** et de **Charlotte** occupe une place très importante dans le récit et s'apparente avec celui des femmes ayant accouché prématurément en urgence ou à la suite d'une MAP. Les éléments permettant de repérer la dimension traumatique se retrouvent : caractère soudain de l'imminence de l'accouchement, description très détaillée de la scène, emploi du style direct, reviviscence d'émotions intenses, modification du vécu de la temporalité. Pour **Charlotte**, l'annonce du déclenchement de son accouchement en lien avec la découverte d'une cholestase, mettant en danger la vie de l'enfant, ferait irruption dans le scénario imaginaire de sa grossesse déjà tant mis à mal. Charlotte semble se défendre de l'idée que son fils était en

danger de mort. Elle dit ne pas y croire et reste centrée davantage sur la douleur éprouvée. Vécu dans une grande solitude sur un mode abandonnique : « *du coup ils m'ont/ ils m'ont/ ils m'/ ils m'/ ils m'/ ils m'ont/ ils m'ont mis dans une pièce... seule/ donc avec euh les/ les branchements et tout... et voilà ils m'ont oubliée... dans une pièce* », son accouchement s'apparenterait à un arrachement : « *Donc j'ai eu très très très mal et vraiment euh/ l'accouchement j'pense j'y ai pensé encore une semaine et demie après l'accouchement/ tous les soirs/ avant d'aller au lit et... j'ai d'nouveau pensé à... à tout ça et... voilà/ c'est pour ça j'me dis y aura un seul enfant et y en aura pas un autre* » (l. 119-121, 3<sup>ème</sup> entretien). Cette situation clinique éclairerait le primat du temps logique sur le temps chronologique. N'ayant pu traverser l'élaboration des processus psychiques sous-jacents à l'expérience de la grossesse, Charlotte se retrouve démunie psychiquement pour faire face à cet évènement vécu comme venant de l'extérieur et faisant effraction : arrivée pourtant à terme d'un point de vue gestationnel, elle n'était pas prête d'un point de vue psychique.

La narration de la scène de l'accouchement d'**Emilie** évoque un vécu sur un mode quasi-paranoïaque : « *ils m'ont r'gardée droit dans les yeux/ et ils m'ont dit/ Mme Garel / vous êtes tellement forte/ qu'on va l'faire sans anesthésie/ et là j'me suis dit mais non j'suis pas forte/ pourquoi on me dit encore ça* » (l. 785, 3<sup>ème</sup> entretien). Elle aussi met en avant la douleur ressentie qu'elle qualifie d'horrible et insupportable par rapport au fait qu'ils lui ont « *arraché le placenta à vif* » (l. 781, 3<sup>ème</sup> entretien), ce qui peut s'entendre comme un déplacement du sentiment d'arrachement de son bébé de son ventre. Emilie inscrit cet évènement du côté de l'effroi : « *Enfin c/ ouais c'est ça/ on a eu trop trop peur/ et du coup heu/ c'est ça qui reste encore bloquée/ j'arrive pas à évacuer cette peur* » (l. 269, 3<sup>ème</sup> entretien).

Quelle que soit la réalité de ces deux naissances, nous repérons que dans ces deux situations vécues du côté de l'horreur se nouent la répétition d'un scénario fantasmatique. Pour Charlotte, la peur fantasmatique d'être « zappée » que nous pouvons mettre en lien avec ses liens familiaux. Pour Emilie, être assignée à devoir supporter l'insupportable, à savoir l'abandon psychique de sa mère et l'« arrachement » à vif de sa fille. A l'endroit du trou du réel du traumatisme, l'activité fantasmatique tenterait de mettre du sens en mobilisant des processus défensifs archaïques.

## 2.3.6.2.3. RENCONTRE AVEC LE NOUVEAU-NE

*Sentiment d'étrangeté à apprivoiser...*

**Elodie, Clothilde** et **Lisa** parlent de la rencontre avec leur enfant comme d'un moment « magique ». La présence d'un regard auréolé et d'une reconnaissance immédiate se repèrent dans leur récit. L'idéalisation de ce moment peut être une façon de museler l'agressivité liée à la violence ressentie et de se défendre du sentiment de perte du bébé imaginaire. **Elodie** écarte le moment de l'expulsion pour parler de la rencontre avec sa fille : « moi ça été au **premier regard** que j'ai pu enfin voilà je j'ai ça pas été heu ... **y'a pas eu heu ... deux secondes** où j'ai hésité / j'l'ai vu / on s'est regardé / alors là elle m'a pas vue parce **qu'elle était un peu loin** au départ / mais heu ... mais c'était inné / c'est voilà c'était / j'suis tombée amoureuse de ma fille quand j'l'ai vue » (l. 226-228, 3<sup>ème</sup> entretien). **Clothilde** évoque la difficulté d'avoir été séparée pendant six heures de sa fille, mais souligne l'importance d'avoir pu la voir à la naissance : « ils avaient sorti Lucile de la... de la pouponnière / avec son papa à côté / et je l'ai vue et pis j'avais plus mal nulle part / du coup-là je chialais mais c'était plus pour la (rires) pour la même raison / parce qu'elle était trop belle » (l. 29, 3<sup>ème</sup> entretien). Cette scène évoquerait une deuxième naissance : après être sortie du ventre, elle serait sortie de la pouponnière. Le fait de préciser la présence du père viendrait inter-dire la pensée qu'elle pourrait ne pas être sa fille. **Lisa** évite également le moment de la naissance physique. Mais dans un deuxième temps, elle lève le voile sur le sentiment d'étrangeté ressenti face à ce bébé dans la réalité, ce qui met en lumière le décalage entre le bébé imaginaire et le bébé réel : « l'arrivée du bébé j'pensais en fait qu'j'allais fondre en larmes/ mais pas du tout en fait euh... elle est arrivée sur mon ventre et j'me suis dit euh han ça y est c'est ma fille c'est un bébé et y avait une sorte d'attachement et une sorte de détachement j'arrivais pas à concevoir que euh... ça y est c'était elle en fait (...) j'ai mis quelques jours en fait à m'dire c'est ta fille c'est pas juste un bébé qu'tu vas garder » (l. 214-223, 3<sup>ème</sup> entretien). Sans doute est-ce possible pour Lisa de parler de cet écart car le refoulement n'aurait pas encore opéré. Pour elles trois, les projections fantasmatiques élaborées pendant la grossesse semblent être un appui psychique pour dépasser le sentiment d'étrangeté face au bébé dans la réalité afin de pouvoir s'inscrire dans une continuité d'existence favorisant ainsi la symbolisation de la naissance.

Pour **Emilie et Charlotte**, ne pouvant s'étayer sur des projections fantasmatiques de la grossesse, le décalage entre la naissance physique et la naissance psychique serait davantage important et s'apparenterait à celui que nous pouvons repérer chez les femmes ayant accouché avant 33 SA avec ou sans MAP. Dans ces deux situations, le regard auréolé et la reconnaissance immédiate ne se repèrent pas dans leurs récits. **Emilie** dit ne pas se souvenir du moment de la naissance de sa fille comme si ce moment n'avait pas pu s'inscrire psychiquement. Elle dit ne garder que la trace auditive du cri de sa fille, signe du fait qu'elle soit vivante : « Ils m'ont posée deux secondes (...) j'ai vu vite fait .../ déjà le fait qu'elle ait crié ça m'a soulagée/ et ensuite elle est toute d'suite partie en néonate » (l. 753-758, 3<sup>ème</sup> entretien). Emilie ferait porter la séparation à sa fille. Elle évoque ensuite le fait d'avoir été impressionnée par sa petite taille : « elle avait un scope/ elle avait/ c'était un peu dur au début parce que/ déjà pour la porter c'était dur parce qu'elle était toute petite » (l. 438, 3<sup>ème</sup> entretien) ; « puis tout fait peur parce qu'elle était minuscule » (l. 445, 3<sup>ème</sup> entretien). Après son récit détaillé de son accouchement, **Charlotte** s'arrête « au bord » de la naissance. Puis, sur ma relance, elle parle de ce moment en dévoilant l'étrangeté : « donc euh j'ai dû pousser... trois fois **et hop il é/ il était là** (...) c'est vrai qu'tous les deux on était un peu... oh **déjà là** quoi (rire) c'est un peu euh... voilà quoi (...) c'était un p'tit peu **bizarre** alors qu'c'est vrai qu'moi je m'suis dit le moment-là qu'on allait être euh émus ou je sais pas et en fait **rien** parce que... c'est allé trop trop vite » (l. 305-311, 3<sup>ème</sup> entretien). Le fait d'associer son mari soulignerait sa difficulté à subjectiver sa grossesse, comme si elle ne le portait pas psychiquement. Cette formulation « et en fait **rien** » ferait écho au « il ne se passe rien » éprouvé pendant la grossesse. Ce « rien » évoquant la vacuité traduirait l'absence d'éprouvés corporels et relationnels.

#### 2.3.6.2.4. NOUAGE PRECOCE AVEC LE NOUVEAU-NE

##### *De la rencontre avec le bébé réel*

Pour **Elodie**, la confrontation à une souffrance ou une difficulté de leur enfant leur aurait permis de prendre conscience de son état de dépendance absolue. Cette épreuve de réalité permettrait d'accepter de perdre un sentiment de complétude imaginaire afin que puisse émerger la capacité de rêverie. Prendre confiance dans sa capacité à répondre aux besoins de son enfant et à le reconnaître comme sien dans son altérité participerait à

l'émergence du sentiment maternel. Confrontée à la perte de poids de sa fille qui n'arrivait pas à téter, Elodie élabore : « c'est à partir de là ça a commencé aussi moi où j'avais envie d'être indépendante quoi / où j'dis maintenant ça suffit faut que j'arrive à nourrir mon bébé d'une manière ou d'une autre » (404, 3<sup>ème</sup> entretien). Cet arrachement de la position maternelle succède à une position de dépendance au discours des autres. **Lisa** évoque également un épisode de confrontation à la souffrance de son enfant mais, pour autant, elle ne renoncerait que partiellement à ce sentiment de plénitude. Après avoir évoqué le fait de ne pas se sentir mère de cet enfant-là, Lisa raconte : « **là y a un truc qui s'est passé j'me suis dit euh mon enfant a mal et ça m'a complètement déstabilisée j'me suis mise à pleurer comme une madeleine** » (l. 233, 3<sup>ème</sup> entretien). Réalisant la nécessité d'être l'autre secourable de sa fille, elle nomme : « **en fait ce lien là il s'est mis là en place à ce moment-là** » (l. 260-263, 3<sup>ème</sup> entretien). Dans le récit de **Clothilde**, ce moment de confrontation à la dépendance absolue du nourrisson ne se repère pas. Clothilde tente de décrire ce lien qui apparaît immédiat : « j'étais complètement hypnotisée évidemment je la trouvais belle mais... c'était autre chose encore / j'étais complètement hypnotisée par elle je pouvais pas la lâcher des yeux je pensais qu'à elle (...) c'est même autre chose que de l'amour je pense c'est un... c'est un espèce d'attachement très bizarre très... comment dire... pas très formulé comme ça (...) ça virait à l'obsession » (l. 71-88, 3<sup>ème</sup> entretien). La présence de l'enfant réel « balayerait » la crainte passée du manque du bébé à l'intérieur. Clothilde peut dire : « une fois qu'elle était née y avait plus rien une fois qu'elle était née y avait plus rien » (l. 10, 3<sup>ème</sup> entretien). La polysémie des termes laisse également entendre le sentiment de vide dans ce « rien », ce qui permet d'émettre l'hypothèse du refoulement de l'écart entre le bébé réel et le bébé imaginaire.

**Emilie et Charlotte** rencontrent des difficultés pour nourrir leur enfant. De manière plus générale, Emilie exprime ses difficultés à s'adapter aux besoins de sa fille : « moi j'savais pas quand elle avait faim (...) j'comprenais rien/ et encore maintenant j'ai du mal à la suivre » (l. 1004, 3<sup>ème</sup> entretien). Charlotte, quant à elle, est confrontée à un refus d'allaitement de son fils. Toutefois, une identification avec elle petite autour du refus de téter lui aurait permis de dépasser la frustration de ce qui aurait pu être vécu comme un échec supplémentaire. De plus ce choix de lui donner des biberons semble davantage correspondre à son désir en la libérant de l'« utilisation » de son corps. En effet, Charlotte

finit par évoquer la joie d'« avoir mon corps d'avant (...) tout de suite après l'accouchement j'ai retrouvé mon ventre comme avant ouf (...) je me sens de nouveau femme et pas juste femme enceinte ». Son parcours de PMA semble avoir eu un impact psychique douloureux dans un rapport au corps vécu comme maltraitant.

### 2.3.6.3. Rencontre subjective avec la médecine et les professionnels de soins rencontrés

#### 2.3.6.3.1. SUIVI DE LA GROSSESSE PAR UNE SAGE-FEMME EN LIBERAL VERSUS EN MILIEU HOSPITALIER

La dimension transférentielle serait une donnée très importante dans la composition de ces deux sous-groupes. Dans les entretiens de recherche réalisés avec **Elodie, Emilie et Lisa**, les femmes rencontrées par l'intermédiaire de la sage-femme en libéral, le repérage de l'émergence du discours de cette sage-femme dans les mêmes termes, les mêmes formulations : « on fabrique un bébé », (...) sur lequel elles semblent s'étayer et s'identifier m'a permis de prendre conscience d'un effet de transfert. Leur participation à cette recherche serait peut-être une manière de régler leur dette vis-à-vis de l'accompagnement dont elles ont bénéficié auprès de cette sage-femme. Cette hypothèse se soutient de l'intérêt par cette sage-femme pour cette recherche à savoir la mise en lumière des bénéfices de sa manière d'accompagner les femmes enceintes. Si leur investissement dans cette recherche se soutient de leur transfert vis-à-vis de leur sage-femme référente, cela vient mettre en lumière à la fois l'importance d'être accueillie, d'être écoutée dans ce moment de vulnérabilité, mais également le besoin d'entendre un discours adressé qui vient répondre à leurs angoisses, peut-être encore davantage lors d'une première grossesse. Ce discours aurait une fonction d'étayage, d'« appareil à penser » ce réel de la grossesse. En référence au concept de W.R. Bion, ce discours de la sage-femme offrirait un contenant aux angoisses tout en permettant de transformer les sensations brutes en éléments symbolisables. Pour elles trois, la sage-femme référente est une figure forte de celle qui sait, qui rassure et qui comprend.

Pour **Clothilde et Charlotte**, suivies en milieu hospitalier, elles n'auraient pas rencontré cette fonction maternelle. Clothilde aurait trouvé refuge auprès de son mari venant faire

tiers et étayage en apportant un autre discours que celui de ses parents ou de la médecine en lui faisant le crédit d'être capable d'être enceinte et d'être mère. Charlotte aurait vécu sa grossesse dans une solitude la laissant désarmée face à une réalité qui ne correspond pas à son scénario imaginaire, nourri d'illusions véhiculées par le discours social. Elle dit regretter ne pas avoir été accompagnée par une personne référente, ce qui a nécessité de « devoir toujours tout répéter ». Une parole adressée dans un transfert aurait peut-être été étayante dans la traversée de ces bouleversements psychiques. Au niveau transférentiel, leurs décisions de participer à cette recherche ne sont pas prises dans les mêmes enjeux. Elle se seraient saisies de cette offre d'écoute en se soutenant peut-être davantage de leur propre désir. Du moins, il ne s'agirait pas de régler une dette.

#### 2.3.6.3.2. VECU DE L'HOSPITALISATION EN MATERNITE

**Lisa, Elodie et Clothilde** ont peu parlé de leur vécu à la maternité. Contrairement aux femmes du 1<sup>er</sup> et du 2<sup>ème</sup> groupe, nous ne repérons pas de mouvements transférentiels particuliers avec l'équipe médicale et soignante. Lorsqu'une naissance se déroule sans particularités médicales et que l'enfant se porte bien, les rapports entretenus avec cet autre qu'est le monde hospitalier n'auraient que peu d'impacts psychiques sur le vécu de la grossesse et de la naissance.

**Emilie et Charlotte** pour qui l'accouchement a été une épreuve douloureuse parlent davantage de leur rapport au milieu hospitalier. L'expression d'une intense charge agressive à l'égard de l'équipe soignante et médicale s'exprime dans le récit d'Emilie. Pour Charlotte, le récit de son accouchement semble répéter un vécu psychique sur un mode abandonnique.

**L'analyse des entretiens de ce groupe témoins permet de repérer les mêmes processus psychiques à l'œuvre dans la construction du maternel que lorsque l'enfant naît prématurément mais de façon beaucoup moins aigües et intenses. Le décalage entre le bébé réel et le bébé imaginaire s'esquisserait là où il viendrait mettre en danger le nouage précoce dans les situations de prématurité. Le recours aux projections fantasmatiques élaborées pendant la grossesse permettrait de dépasser le sentiment d'étrangeté face au bébé réel afin de construire une continuité d'existence favorisant la symbolisation de la naissance. Le rapport subjectif à cet autre qu'est le monde**

**hospitalier serait beaucoup moins important car la question de la survie ne serait pas sur le devant de la scène.**



TROISIEME PARTIE  
ARTICULATION  
THEORICO-CLINIQUE



*« Mais la singularité des destins a toujours le  
dernier mot sur les certitudes de la  
psychopathologie »*

L. Ruiz

# 1. Synthèse générale : Approche transversale et comparative

L'approche transversale met en perspective les différents éléments issus de l'analyse des entretiens de recherche en s'extrayant du protocole dans lequel ils ont été pensés. L'approche comparative permet de repérer des éléments organisateurs communs dans la construction du maternel et dans le rapport subjectif à cet autre que peut représenter la médecine et le discours des professionnels de soin rencontrés. Au-delà de la singularité de chacune des situations, la constitution de ces groupes offre la possibilité de comparer, pour un même terme de grossesse, le discours des femmes en fonction du contexte de grossesse (hospitalisation pour MAP ou non) et de naissance de l'enfant (prématurée ou non). Le croisement de l'ensemble de ces analyses vise à pouvoir mettre en lumière une éventuelle spécificité de la construction du maternel dans les situations de naissances prématurées.

## 1.1. CONTEXTE

### 1.1.1. INVESTISSEMENT DES PARTICIPANTES

De manière générale, nous pouvons observer que les femmes ont fait preuve d'un important investissement tout au long de ces différents temps d'entretiens de recherche que ce soit pendant leur grossesse ou après la naissance de leur enfant. Cette offre d'écoute dont elles se sont saisies rencontrait sans doute un besoin de parler de ce qu'elles vivaient. Ce besoin de parler serait-il également en lien avec un certain sentiment de solitude ?

	<b>1<sup>er</sup> entretien</b> <i>Après la naissance</i>		
<b>1<sup>er</sup> groupe : Naissances avant 33 SA avec ou sans MAP</b>	63		
	<b>1<sup>er</sup> entretien</b>	<b>2<sup>ème</sup> entretien</b>	<b>3<sup>ème</sup> entretien</b>
	<i>Pendant la grossesse</i>		<i>Après la naissance</i>
<b>2<sup>ème</sup> groupe : Naissances avant ou après 33 SA avec MAP</b>	61	61	78
<b>3<sup>ème</sup> groupe : « témoins »</b>	58	49	43

Tableau 7. Durée moyenne en minutes des entretiens de recherche

Dans le troisième groupe, l'observation d'une diminution de la durée au fil des trois entretiens peut s'entendre comme une moins grande disponibilité de la femme à l'entretien de recherche liée à l'attention que nécessite la présence de l'enfant. Dans le deuxième groupe, nous avons vu que la MAP avait eu un effet d'effraction pour la majorité d'entre elles. L'augmentation de la durée du troisième entretien peut être en lien avec un besoin de parler lié au traumatisme vécu. Précisons que les femmes du premier groupe ont choisi de venir seules dans mon bureau ou de mettre physiquement à distance leur enfant contrairement aux femmes du groupe témoin qui avaient plaisir à me présenter leur enfant et à être proches physiquement de lui.

### 1.1.2. TONALITÉ ÉMOTIONNELLE ET AFFECTIVE

Sur l'ensemble des entretiens menés au cours de cette recherche, les entretiens du 1<sup>er</sup> groupe s'avèrent être les plus chargés d'affects. Rappelons que je n'ai pas rencontré ces femmes au cours de leur grossesse mais seulement une fois 6 mois après la naissance prématurée de leur bébé. L'affect serait défini comme la traduction subjective de la quantité d'énergie pulsionnelle, soit un représentant psychique de la pulsion ou encore la partie libidinale détachée de la représentation. Il s'exprime dans des comportements comme les pleurs, les rires et les silences mais aussi de manière moins « visible » à travers l'énonciation du sujet. Sous-jacents au discours manifeste, les affects pourraient s'envisager comme des « marqueurs de l'inconscient » dans le sens où ils seraient le signal d'un conflit psychique, d'une représentation qui demande à être réélaborée, d'une parole restée en souffrance. La fonction cathartique ou défensive des affects oriente la manière de mener l'entretien de recherche et tisse la rencontre au travers d'enjeux transférentiels et contre-transférentiels.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette différence générale de tonalité émotionnelle :

- Différence de temporalité :

Dans le 2<sup>ème</sup> groupe, les femmes ayant accouché prématurément ont été rencontrées entre 17 jours et 1 mois et demi après la naissance de l'enfant. Pour deux d'entre elles, leur enfant n'était à domicile que depuis une semaine. La troisième était encore dans l'angoisse de la survie de sa fille, hospitalisée en service de réanimation néonatale. Rencontrées dans un moment de grande vulnérabilité psychique, peut-être encore dans la sidération de l'effet traumatique de la naissance prématurée de leur enfant, il s'agissait sans doute pour elle de ne pas prendre le risque de s'effondrer. Les femmes du 1<sup>er</sup> groupe, étant plus à distance de l'évènement et davantage inscrite dans le lien à leur enfant, pouvaient s'autoriser à exprimer leurs émotions.

- Influence de la méthodologie longitudinale :

Pour les femmes du 2<sup>ème</sup> groupe, les entretiens de recherche réalisés avant et après la naissance de l'enfant inscriraient notre rencontre dans une continuité d'existence qui

peut s'avérer contenante et rassurante dans ce temps potentiellement traumatique. L'élaboration possible au cours des entretiens précédant la naissance peut également participer d'une régulation de la charge émotionnelle.

A noter que nous ne retrouvons pas dans cet échantillon de femmes les facteurs de prématurité tels qu'ils sont mis en avant dans la littérature scientifique, à savoir : grossesses gémellaires (liés aux critères de sélection), précarité socio-économique et dépression pendant la grossesse, même si deux d'entre elles, Safia et Emma comprises dans groupe de femmes hospitalisées pour MAP, évoquent un état de stress précédent l'hospitalisation.

## 1.2. CONSTRUCTION DU MATERNEL

Le protocole de recherche a été pensé pour mettre à l'épreuve les deux hypothèses de travail (cf. Encadré 6) et a été construit en fonction des deux contextes : naissances à terme/naissances très prématurées et grossesse avec ou sans MAP.

### **1<sup>ère</sup> hypothèse de travail :**

Une naissance très prématurée d'un enfant permettrait d'avoir un effet loupe sur la construction du processus de maternalité en dévoilant, à travers le décalage entre la naissance physique et psychique, l'importance de la libidinisation ou de la phallicisation du bébé prématuré dans la création du lien. Le postulat du traumatisme comme lié à l'évènement de corps et à la vision de l'enfant né très prématurément serait à nuancer. La poursuite des projections fantasmatiques et l'existence d'un regard « auréolé » sur l'enfant prématuré témoignerait d'une absence de traumatisme pour la mère. L'angoisse éprouvée par la mère serait davantage le signe d'un nouage fondamental non advenu, en lien avec la rupture d'avec l'enfant rêvé, qui se dirait à travers la possibilité psychique d'avoir ou non un regard auréolé sur son enfant.

### **2<sup>ème</sup> hypothèse de travail :**

En référence à la pensée winnicottienne, l'environnement participe à la construction du lien maternel. Dans notre société contemporaine, la médecine prend en charge la grande prématurité et viendrait à ce titre prendre part à la naissance dans le sens où la survie de l'enfant en dépend. Considéré comme un « autre » lesté d'une valeur particulière, le discours des professionnels médicaux peut avoir un impact psychique sur la façon dont se construit le

maternel. Ceux-ci prennent appui sur un savoir médical défini ici par sa logique d'objectivation et de catégorisation qui aurait d'autant plus d'effets dans le nouage précoce que l'état prématuré du bébé mettrait à mal la dimension intersubjective. Dans la manière dont certaines mères parlent de leur enfant se repèrerait l'appropriation subjective de la catégorisation médicale des « grands prématurés ». Cette nomination viendrait pallier une absence de représentations lorsque le vécu traumatique de la naissance empêcherait la poursuite des processus d'imaginarisation. Opérant une greffe symbolique, les projections fantasmatiques seraient alors relancées afin de pouvoir investir libidinalement l'enfant prématuré et d'entrer dans un état de préoccupation maternelle primaire. D'autre part, la logique d'objectivation et le rapport normé à la temporalité renforcerait les difficultés de symbolisation de la naissance de leur enfant.

*Encadré 6. Hypothèses de travail*

### 1.2.1. VÉCU DE LA GROSSESSE

#### *Temps logiques de la grossesse psychique*

L'analyse de l'évolution des processus psychiques a permis de repérer une succession de temps logiques dans la traversée psychique de la grossesse et de mettre en lumière leur primauté sur l'évolution physiologique de la grossesse.

**1<sup>er</sup> temps logique** : travail psychique de réaménagement pulsionnel avec l'expression de pulsions hostiles et destructrices envers le fœtus associé à des processus psychiques de remaniements identificatoires. Par exemple, chez Lisa, Elodie et Clothilde, un mouvement d'acceptation de la position passive se repère entre les deux entretiens pendant la grossesse : « j'avais l'impression de /d'être dépossédée de certaines euh prérogatives attributions de choses que j'aime faire (...) j'aime bien être autonome indépendante » (Lisa), « c'était ah faut que je continue à vivre comme si j'étais pas enceinte » (Elodie).

**2<sup>ème</sup> temps logique** : déploiement de la relation imaginaire avec le bébé comme défense contre les mouvements hostiles et lieu d'une première identification narcissique (autour de la 30<sup>ème</sup> SA, soit au début du troisième trimestre se repèrerait un tournant dans la représentation de l'enfant). Par exemple, à huit mois de grossesse, Lisa s'enthousiasme au sujet de la perception des mouvements fœtaux : « alors c'est complètement l'inverse j'trouve ça génial (...) ça participe euh d'une espèce de d'alchimie qui s'fait entre euh entre euh la maman et l'bébé ». Pour Clothilde, au même terme de grossesse, la perception des mouvements fœtaux soutiendrait les projections fantasmatiques participant à la création

d'un lien avec ce bébé fantasmé : « *c'est agréable quoi parce qu'il y a le bébé qui bouge et pis / il est tout le temps avec moi et on fait des trucs et tout (rire)* ». Et Elodie : « *je suis de plus en plus prête à /(...) et c'est de plus en plus d'amour en fait / c'est plus plus le terme arrive c'est plus j'me dis (bruit de soupir de soulagement) vivement qu'elle soit là* ».

**3<sup>ème</sup> temps logique** : représentation de la séparation avec l'objet interne avec la projection d'une nostalgie associée à la perte de l'état de grossesse alors vécue dans une complétude imaginaire. Elodie, Clothilde et Lisa évoquent la projection d'un manque de ne plus sentir bouger le bébé en soi, la peur de ressentir un vide et de ne plus pouvoir le protéger de l'environnement extérieur : « *je sais déjà que ça va me manquer dans mon bidon/ parce que là je la sens beaucoup bouger (...) je sais déjà que ça ça va me manquer une fois qu'elle sera là/ je sais déjà que je ne vais plus pouvoir la protéger de la même manière (...) et je sais déjà que ça va être complètement différent une fois qu'elle ne sera plus dedans* » (Elodie), « *un p'tit mois d'septembre en plus ça pourrait être sympa mais euh mais nan en fait j'ai envie d'la voir arriver quand même* » (Lisa) ou encore : « *je me disais oh j'aurai de nouveau le ventre tout plat je m'étais habituée à mon ventre tout rond avec un bébé dedans ça va faire bizarre est-ce que ça va pas me manquer* » (Clothilde).

**4<sup>ème</sup> temps logique** : sentiment d'étrangeté face à la découverte du bébé réel. Emma et Charlotte évoque ce hiatus à la naissance ou pendant les premiers jours : « *tout l'monde me l'a pris ils l'ont tous pris dans les bras tout et moi ben j'dormais hein et j'ai pendant quelques temps j'ai pas eu l'impression qu'c'était mon bébé (...) j'avais l'impression qu'c'était un... bébé et que on pouvait v'nir me l'chercher et... et l'prendre quoi (...) j'avais pas l'impression qu'c'était l'bébé qu'j'avais dans l'ventre* » (Emma), « *c'était un p'tit peu bizarre alors qu'c'est vrai qu'moi je m'suis dit le moment-là qu'on allait être euh émus ou je sais pas et en fait rien parce que... c'est allé trop trop vite* » (Charlotte). Elodie, Clothilde et Lisa semblent éviter le moment de la naissance physique comme pour se défendre du sentiment d'étrangeté ressenti. Dans un deuxième temps, Lisa peut dire : « *l'arrivée du bébé j'pensais en fait qu'j'allais fondre en larmes/ mais pas du tout en fait euh... elle est arrivée sur mon ventre et j'me suis dit euh han ça y est c'est ma fille c'est un bébé et y avait une sorte d'attachement et une sorte de détachement j'arrivais pas à concevoir que euh... ça*

*y est c'était elle en fait (...) j'ai mis quelques jours en fait à m'dire c'est ta fille c'est pas juste un bébé qu'tu vas garder ».*

**5<sup>ème</sup> temps logique** : processus d'idéalisation du bébé venant compenser la perte du bébé imaginaire rend possible l'investissement libidinal de l'enfant dans la réalité afin d'entrer dans un état de préoccupation maternelle primaire. Clothilde raconte : « *je l'ai vue et pis j'avais plus mal nulle part / du coup-là je chialais mais c'était plus pour la (rires) pour la même raison / parce qu'elle était trop belle* ». Elodie : « *moi ça été au premier regard que j'ai pu enfin voilà je j'ai ça pas été heu ... y'a pas eu heu ... deux secondes où j'ai hésité / j'l'ai vu / on s'est regardé (...) mais c'était inné / c'est voilà c'était / j'suis tombée amoureuse de ma fille quand j'l'ai vue* ».

L'évolution des processus psychiques s'accompagnerait des modifications corporelles et hormonales liées au phénomène gestationnel. Mais l'évolution du phénomène gestationnel peut avoir lieu sans traverser ces différents temps logiques de la grossesse. Par exemple, un difficile réaménagement pulsionnel en lien avec des remaniements identificatoires complexes au cours de la grossesse mettrait à mal le passage du 1<sup>er</sup> au 2<sup>ème</sup> temps logique comme Emilie ou Charlotte. La difficulté d'objectalisation du fœtus entraverait le déploiement de la relation imaginaire avec le bébé. La naissance, pourtant à terme d'un point de vue physiologique, peut alors être vécue de façon traumatique car la femme n'y est pas prête psychiquement. Ces situations mettent en exergue le décalage entre grossesse physique et psychique, qui pourraient être représentées comme deux processus appartenant à des registres différents qui peuvent s'étayer mutuellement dans le meilleur des cas ou évoluer de façon disjointe en cas de difficultés des remaniements psychiques.

#### *Ecrasement ou suspension de la grossesse psychique*

Les femmes ayant accouché très prématurément, que ce soit à la suite d'une hospitalisation pour MAP ou en urgence, qu'elles soient rencontrées au cours de leur grossesse ou six mois après la naissance de l'enfant, ne parlent pas du vécu de leur grossesse. La perception des mouvements fœtaux et la construction d'un lien fantasmatique avec un bébé imaginaire ne sont pas évoquées. C'est particulièrement prégnant avec Barbara, Safia, Carole et Sarah. Or, en considérant la durée de la grossesse

nous pouvons penser que ces expériences corporelles ont eu lieu. Au même âge gestationnel, la différence de discours avec celui de certaines femmes du groupe témoin comme Elodie, Charlotte ou Lisa est saisissante : à l'évocation de la relation imaginaire associée à un sentiment de complétude imaginaire s'oppose un vide narratif. Les projections fantasmatisques seraient comme suspendues ou écrasées. L'annonce d'un risque de mort pour l'enfant ou elle-même, par le traumatisme qu'il créerait, entraînerait des mécanismes défensifs archaïques tels le déni ou le clivage visant à effacer ou suspendre le sentiment d'être enceinte pour lutter contre une menace de désorganisation interne. Le déploiement de ces mécanismes de défense montrerait la « force » du psychisme dans le vécu psychique de la grossesse. Ces moments d'intenses angoisses seraient davantage repérables chez les femmes rencontrées au cours de leur hospitalisation pour MAP comme chez Safia, Carole ou Alice que chez celles rencontrées 6 mois plus tard. Sans doute, le refoulement aurait-il opéré en 6 mois. L'approche prospective donne la possibilité de repérer un moment de désorganisation psychique précédent l'accouchement. Or, dans une approche rétrospective, l'évènement de l'accouchement pourrait recouvrir ce moment précédent.

### 1.2.2. VÉCU DE L'ACCOUCHEMENT

#### *Sentiment de continuité d'existence*

Pour les femmes qui accouchent à terme et qui ont traversé psychiquement leur grossesse comme Elodie ou Clothilde, l'accouchement s'inscrirait dans une continuité et serait évoqué très rapidement, quasiment dans un mouvement d'évitement pour se centrer sur la rencontre avec l'enfant. Cet évitement peut s'entendre comme la trace du refoulement pour se préserver de ce moment potentiellement désorganisateur. Pour Charlotte qui accouche à terme mais qui serait en difficulté dans le processus d'objectalisation du fœtus, la disjonction entre la grossesse physique et psychique rendrait traumatique l'irruption de l'évènement de corps qu'est l'accouchement. La répétition d'un scénario fantasmatisque peut alors surgir à l'endroit de l'effroi dans une tentative de mise en sens. Dans les situations de naissances très prématurées, l'accouchement serait, de manière générale, vécu de façon traumatique. Malgré la durée de gestation qui peut séparer les femmes du

1<sup>er</sup> (entre 27 et 29 SA) et du 2<sup>ème</sup> groupe (entre 29 et 33 SA), nous retrouvons les mêmes éléments discursifs qui nous permettent de repérer un effet traumatique de l'irruption de l'accouchement : caractère soudain de l'imminence de l'accouchement, description très détaillée de la scène, emploi du style direct, reviviscence d'émotions intenses, modification du vécu de la temporalité. Je précise cela car nous pourrions penser qu'un mois de gestation supplémentaire pourrait modifier le vécu psychique de l'accouchement. Or, la similitude des récits nous donne à penser le contraire. Ce qui ferait traumatisme serait davantage la façon dont pourrait s'inscrire cet événement dans le vécu psychique de la grossesse. La rencontre de Safia, Carole ou Alice au cours de leur hospitalisation pour MAP offre la possibilité de repérer que l'accouchement s'inscrirait dans la continuité d'un vécu déjà traumatique par l'effraction de l'annonce d'un risque de mort pour leur enfant et/ou pour elle-même. Le traumatisme se logerait davantage par l'effraction du réel contenu dans une parole pouvant générer un état d'angoisse intense. De plus, certaines femmes comme Alice et Carole étaient suspendues aux décisions médicales qui pouvaient changer d'un jour à l'autre, ce qui était psychologiquement difficile à vivre en termes d'anticipation. Le mouvement défensif pour y faire face renforcerait-il ou ferait-il le lit d'un sentiment d'irréalité au moment de l'accouchement ? Le sentiment d'irréalité succéderait à celui d'une annulation ou d'une suspension du sentiment d'être enceinte. Autrement dit, la façon dont l'accouchement serait vécu dépendrait davantage de l'état psychique dans lequel se trouve la femme enceinte avant l'accouchement ce qui nuance l'intensité de l'effraction de l'accouchement même. S'apparentant davantage à une opération qu'à un travail de parturition, la césarienne redoublerait l'absence de vécu psychique ouvrant la place à des fantasmes de rapt de leur grossesse et de l'enfant imaginaire. Dans cette situation, la femme enceinte est alors assignée à une position passive, ne peut prendre part à cette expérience de corps. Absente et impuissante à ce qui se passe dans son propre corps, elle éprouve un sentiment d'avoir été volée ou privée de son accouchement tel qu'elle l'a toujours imaginé, ce qui suscite une véritable blessure narcissique. En l'absence de regard et de toucher au moment de la naissance, la rupture du sentiment de continuité entraverait le sentiment de reconnaissance du bébé réel.

### 1.2.3. RENCONTRE AVEC LE BEBE ET NOUAGE DES LIENS PRECOCES

#### *Sentiment d'étrangeté face au bébé réel*

Dans l'ensemble des situations, le sentiment d'étrangeté lié à l'écart entre le bébé imaginaire et le bébé réel se repère. Une palette de nuances se déclinerait entre deux extrêmes d'un même continuum : de la non-reconnaissance de cet enfant comme étant le sien au sentiment de connexion et de reconnaissance immédiate, en passant par l'évocation fugace de cette confrontation à l'altérité fondamentale défensivement voilée par un regard auréolé. Ce continuum ne serait pas spécifiquement en lien avec la prématurité. Par exemple, le sentiment de connexion peut s'observer dans des situations de naissances prématurées comme chez Barbara ou Juliette et à contrario, une difficile reconnaissance de l'enfant peut avoir lieu lors d'une naissance à terme comme chez Charlotte ou Inès. Néanmoins, le contexte de prématurité met à l'épreuve avec plus d'acuité cet écart entre le bébé imaginaire et le bébé réel qui est peut-être plus facilement voilé dans une naissance à terme. Le regard venant du monde social participe également à ce voilage par le jeu des identifications que suscite une naissance. Dans une situation de naissance prématurée, le sentiment de reconnaissance et la présence du regard auréolé seraient des indicateurs d'une absence de traumatisme. Ressenti comme immédiat ou nécessitant quelques jours voire quelques semaines, il s'agirait quoi qu'il en soit d'une reconstruction après coup dépendant de la capacité de ces femmes à supporter l'altérité fondamentale. Dans les situations de naissances non traumatiques comme pour Juliette, Clothilde ou Elodie, la confrontation à l'altérité fondamentale du bébé réel serait rapidement recouverte par l'activité fantasmatique visant à construire un lien qui s'inscrirait dans la continuité de la relation imaginaire tissée pendant la grossesse. Les femmes enceintes qui ont traversé psychiquement les différents temps logiques de la grossesse pourraient s'étayer sur les projections fantasmatiques et la relation imaginaire construite pendant la grossesse pour dépasser l'écart, le hiatus entre le bébé imaginaire et le bébé réel. En revanche, dans les situations de naissances traumatiques, comme pour Charlotte, Emilie ou Carole, celles qui n'ont pas pu traverser les différents temps logiques de la grossesse psychique, soit par l'interruption des projections fantasmatiques liées à l'annonce d'un risque de mort, soit par des difficultés éprouvées dans le processus

d'objectalisation du fœtus, ne pourraient se soutenir psychiquement ni de l'investissement d'une relation imaginaire avec l'enfant porté ni d'un sentiment de complétude imaginaire. Le sentiment d'étrangeté serait alors redoublé par la vision de l'enfant prématuré si loin du bébé imaginaire. Suspendues à la vision d'un bébé qui peut susciter des fantasmes terrifiants de malformations ou de fragilité, elles ne peuvent le reconnaître comme le leur pour pouvoir l'investir libidinalement. La symbolisation de la naissance qui crée la coupure symbolique ouvrant à la rencontre avec l'enfant ne peut se faire.

Les naissances traumatiques dévoileraient ce qui se passe dans toutes naissances mais avec beaucoup plus d'acuité : un moment de vacillement imaginaire face à la confrontation au bébé réel. La difficile symbolisation laisserait entrevoir le décalage entre naissance physique et psychique. Ce serait dans ce décalage que l'investissement libidinal de l'enfant serait mis à mal. Pour celles qui ont accouché très prématurément sans pour autant avoir été traumatisée, la poursuite des projections fantasmatiques serait une ressource pour inventer un chemin vers ce bébé né trop tôt afin de pouvoir avoir un regard auréolé qui amortirait le choc de la vision de l'enfant prématuré. La confrontation au réel d'une naissance physique tout en préservant un sentiment de continuité fantasmatique rendrait possible la symbolisation de la naissance de l'enfant pour la mère.

#### *Identification à la position maternelle par un mouvement d' « arrachement » à l'Autre fantasmé Mère*

Dans la rencontre avec l'enfant, un même mouvement psychique, que je nommerais un mouvement d'« arrachement » de la position maternelle à l'Autre fantasmé Mère se repère dans l'ensemble des situations mais à des moments et à des degrés d'intensité différents. La mère projette chez son bébé qu'il a besoin d'elle pour vivre et qu'il la reconnaît comme sa mère pour pouvoir à son tour le reconnaître comme le sien et se sentir exister comme mère de cet enfant-là. Être reconnue comme mère par son bébé serait un moment fondateur du nouage du lien. Il ne s'agirait pas de reconnaître l'autre comme le sien mais de se faire reconnaître par l'autre. L'identification à la position maternelle pour avoir le sentiment d'être mère passerait par la demande de reconnaissance par le nouveau-né. Ce mouvement d'identification signerait la séparation symbolique dans la tête de la mère ouvrant à la rencontre avec son bébé. La naissance psychique de l'enfant pourrait se situer

à cet endroit. Dans un jeu d'identifications possibles, se substituerait au sentiment d'étrangeté, le familier. Un mouvement psychique de « basculement » pour entrer dans la relation avec l'enfant s'opérerait dans un « arrachage » de l'enfant aux mains psychiques d'un Autre fantasmé comme la Mère que peuvent représenter ceux qui s'occupent du bébé. Chez certaines femmes ayant accouché à terme comme chez Lisa, Elodie ou Emma, la survenue d'un danger menaçant le bébé dans la réalité serait identifiée comme déclencheur du nouage précoce. La peur ressentie précipiterait l'acceptation d'une perte nécessaire du fantasme de complétude imaginaire de la grossesse pour entrer dans la relation avec l'enfant de la réalité. La peur du danger ou la confrontation à la dépendance absolue du nouveau-né ferait advenir une fonction protectrice qui s'exprimerait dans la prise de conscience que leur enfant a besoin d'elles pour vivre. Dans cette captation imaginaire se nouerait le lien. Chez les femmes ayant accouché très prématurément et l'ayant vécu de façon traumatique, ce moment fondateur adviendrait dans un deuxième temps comme chez Sophie, Carole ou Sarah. Dans un premier temps, l'enfant étant complètement pris en charge par les soins médicaux pour assurer sa survie, elles ne peuvent qu'être privées de cette position maternelle et seraient en retrait. Dans un deuxième temps, l'émergence d'une fonction protectrice participerait à une différenciation de leur rôle par rapport aux professionnels de soin et à un mouvement d'identification à la représentation d'être la mère de cet enfant-là. Cet Autre fantasmé comme la Mère s'incarnerait dans les figures des professionnels de soin là où cela resterait imaginaire dans les situations de naissance à terme. Dans les situations de naissance prématurée, le nouage précoce serait précisément en danger dans la traversée de ces différents moments. La dépendance de l'enfant aux soins médicaux associée à la privation de la mère réelle renforcerait ce sentiment d'« arrachage » de la fonction maternelle car il s'agirait alors de se réapproprier les capacités contenant et protectrices qui étaient jusque-là partiellement projetés sur les différents professionnels de soin. Là encore, les naissances prématurées viendraient mettre en exergue ce moment fondateur, tout en soulignant une spécificité.

### *Sentiment de l'avoir à soi*

Le sentiment d'être mère de cet enfant-là s'éprouverait à travers celui de l'avoir à soi. Chez les femmes ayant accouché prématurément, ce manque lié à la privation de la mère réelle se verbaliserait davantage chez les femmes rencontrées 6 mois plus tard telles Sarah, Sophie, Martine ou Barbara. Celles du deuxième groupe, rencontrées pendant le temps de l'hospitalisation ou la semaine suivant le retour à domicile de leur enfant, n'ont sans doute pas encore éprouvé ce sentiment de l'avoir à soi pour pouvoir en évoquer le manque. Dans les récits des femmes ayant accouché prématurément, l'importance de la pratique du peau à peau viendrait dire en creux ce qui leur manque dans la relation à leur enfant hospitalisé : l'avoir à soi. Cette pratique viendrait révéler ce qui serait essentiel à la rencontre entre une mère et son enfant et qui passerait « inaperçu » dans les situations de naissances à terme. En effet, dans les situations de naissances à terme qui se vivent sans difficultés psychiques particulières, la mère prend soin de l'enfant avec l'aide de son entourage familial et social. Dans les situations de naissances prématurées, la remise en route du pulsionnel, par le corps à corps qu'il permet, relancerait les projections fantasmatiques alors restées suspendues, ce qui ouvrirait la place à l'enfant comme objet de jouissance. Le premier « peau à peau » serait identifié comme un moment inaugural de l'émergence du sentiment d'être mère et reconnu comme fondamental dans la création de la relation avec leur enfant. Il peut être pensé comme venant en réparation de cet arrachement du ventre à la naissance qui se dit à travers l'énonciation d'un manque imaginaire : « *qu'on me le pose sur le ventre* ». Ces témoignages nous donnent à penser le corps comme support à la subjectivation des expériences psychiques.

### *Réactivation de la dimension de la perte*

Dans les situations de naissances prématurées ou d'hospitalisation pour MAP, l'importance de la réactivation des expériences de perte, que ce soit dans le parcours procréatif (fausses couches précoces et/ou tardives), IVG ou plus largement dans l'histoire singulière (décès familial, ...), soulignerait l'impact d'avoir été confrontée à la menace de perdre l'enfant. Les situations de naissances prématurées mais aussi celles d'hospitalisation pour MAP confronteraient de façon plus aigüe au nouage intrinsèque de la vie et de la mort, ce qui peut donner une coloration sacrée à la vie de cet enfant-là

comme l'exprime l'emploi récurrent du terme « miracle ». Des traces psychiques de cette naissance particulière participeraient à la construction du lien parental.

*Et les pères dans tout ça ?*

Dans cette recherche centrée sur la construction du maternel, j'ai néanmoins été sensible à la place du conjoint et du père dans le discours de la femme et de la mère en demandant systématiquement ce qu'elles imaginaient du vécu de leur conjoint. De manière générale, une différence s'observe entre les femmes ayant accouchés prématurément et celles ayant accouché à terme. Les pères seraient beaucoup plus présents dans le discours des femmes ayant accouché à terme.

Pour celles qui ont accouché prématurément, seules Juliette, Sophie et Carole évoquent la présence et la disponibilité psychique de leur conjoint pendant leur hospitalisation pour MAP et au cours de celle de l'enfant. Une première observation mérite d'être soulevée. Lorsque les conjoints sont présents avant la naissance, ils le sont aussi après la naissance. Leur participation aux soins du bébé comme la pratique du peau à peau par exemple les incluent dans le lien à l'enfant dès le début. Les femmes mettent alors en avant une fonction d'étayage de leur conjoint pour elle et dans le lien à leur enfant. Une deuxième observation peut être mise en avant : seules celles qui se sentent proches de leur conjoint leur supposent une souffrance liée à la séparation physique qu'impose l'hospitalisation et à la peur concernant l'état de santé de l'enfant et d'elle-même. Cette supposition empathique serait liée à un vécu de partage de cette expérience. Parfois, elles passent aussi par ces suppositions pour pouvoir projeter leurs propres angoisses et peurs encore difficilement dicibles pour elles-mêmes, comme par exemple Sophie ou Juliette. Sarah, Martine, Barbara, Alice et Safia éprouveraient, quant à elles, un sentiment de solitude par rapport à leur conjoint qui resterait à distance ou minimiseraient l'impact psychique de cette hospitalisation. Elles évoquent une difficulté à partager cette expérience et souffriraient de ne pas se sentir comprises.

Pour celles qui ont accouché à terme que ce soit après une hospitalisation pour MAP ou non, les conjoints seraient plus présents dans leur discours, notamment chez les femmes rencontrées par l'intermédiaire de la sage-femme en libéral. Serait-ce un effet de son dispositif qui invite les pères à prendre partie prenante du suivi de grossesse ? Sans doute

la sensibilisation à l'importance du conjoint dans le devenir mère participerait à son intégration dans ce qui depuis des siècles est considéré comme une affaire de femmes. Chez Inès et Clothilde, le conjoint est également attendu dans une fonction symbolique de reconnaissance de l'enfant, ce qui ouvre à l'inscription dans la filiation.

## **SYNTHESE DES RESULTATS PAR RAPPORT A LA PREMIERE HYPOTHESE DE RECHERCHE**

**Une naissance très prématurée serait potentiellement davantage traumatique qu'une naissance à terme. Néanmoins, l'impact psychique serait à nuancer et à interroger à la lumière de ce qui s'est passé pendant la grossesse et de ce qui se passe après la naissance de l'enfant dans une dialectisation des dimensions intrapsychique et intersubjective. Ces résultats soulignent le fait que ce qui ferait traumatisme ne serait pas tant l'accouchement prématuré en tant qu'évènement de corps mais davantage la façon dont il pourrait s'inscrire dans le vécu psychique de la grossesse et plus largement dans l'histoire singulière du sujet. La survenue d'une naissance prématurée dans un moment d'intense angoisse qui mobilise des défenses archaïques pour lutter contre une menace de désorganisation psychique n'aura pas le même impact psychique si la femme enceinte a pu préserver ses capacités de fantasmatisation rendant possible la poursuite des projections imaginaires au sujet du bébé imaginaire. Indépendamment du contexte de naissance, ces analyses mettent en lumière l'importance du maintien des projections fantasmatiques qui nourrissent la grossesse psychique et soutiennent le sentiment de continuité dans la rencontre avec l'enfant réel.**

**Pour les femmes enceintes éprouvant des difficultés à investir narcissiquement leur grossesse et à construire une relation imaginaire avec le fœtus, l'annonce d'un risque de mort écraserait les projections fantasmatiques et suspendrait l'investissement narcissique de la grossesse, ce qui mettrait en danger le nouage des liens précoces. En faisant vaciller la dimension narcissique et imaginaire, les naissances prématurées viendraient mettre à mal l'investissement libidinal du bébé en empêchant la symbolisation de sa naissance. En ce sens, les naissances prématurées produiraient un effet loupe sur le processus de maternalité en dévoilant à travers le décalage entre la**

**naissance physique et psychique, l'importance de la libidinisation dans la création du lien. L'enfant doit pouvoir venir occuper une place de phallus imaginaire pour la mère pour pouvoir être investi comme objet de jouissance et ouvrir à une relation narcissisante. La poursuite ou la reprise des projections fantasmatiques serait une ressource intrapsychique compensant la mise à mal de la relation intersubjective avec l'enfant prématuré. Néanmoins, la dimension intrapsychique à elle seule ne peut présager de la qualité de l'établissement de la relation à l'enfant. Elle se dialectise avec la dimension intersubjective avec l'enfant. Dans les situations de naissances prématurées, les professionnels de soin qui garantissent la survie de l'enfant et le prennent en charge pendant le temps de l'hospitalisation de l'enfant occuperaient une place particulière.**

### 1.3. RENCONTRE SUBJECTIVE AVEC LA MEDECINE ET LES PROFESSIONNELS DE SOIN

De manière synthétique, s'observe une différence majeure concernant la place que peut prendre le discours des professionnels de soin pour les femmes qui traversent psychiquement leur grossesse sans difficultés particulières et pour celles confrontées à l'annonce d'un risque de mort pour leur enfant et/ou pour elles-mêmes ou en difficultés pour subjectiver cette expérience de la grossesse. Lorsqu'une grossesse et une naissance se déroulent sans particularités médicales et que l'enfant se porte bien, les rapports entretenus avec ces autres que sont les professionnels de soin seraient peu investis et n'auraient de ce fait que peu d'impact sur le vécu psychique de la grossesse et de la naissance. En revanche, en cas de difficultés rencontrées, les relations avec les professionnels de soin et le rapport subjectif au discours véhiculé par ces professionnels seraient fortement investis, ce qui conférerait un statut particulier à ces autres dont les rapports influent et participent au processus de maternalité. Support projectif de mouvements transférentiels intenses, les relations avec les professionnels de soin évolueraient au fil de l'hospitalisation de la femme enceinte et de celle de l'enfant. Il semblerait également que la valeur accordée aux propos des soignants serait plus

prégnante lorsque le lien conjugal apparaît fragilisé par les conditions de la naissance. La qualité des assises narcissiques de la femme et du lien conjugal prendrait ici toute son importance.

### 1.3.1. SUIVI DE LA GROSSESSE

#### *De l'importance de l'adresse...*

La rencontre des femmes suivies par une sage-femme en libéral et par le milieu hospitalier met en lumière l'importance d'une parole adressée dans un transfert dans la traversée de ces bouleversements physiques et psychiques. Dans ce moment de vulnérabilité, les femmes ont mis en avant le besoin d'être accueillies et écoutées mais également celui d'entendre un discours qui leur est adressé afin de mettre du sens sur les angoisses ressenties. Ce discours aurait une fonction d'étayage, d'« appareil à penser ». Le fait de pouvoir continuer à rencontrer la même sage-femme après la naissance de l'enfant l'inscrit dans une continuité. Cette figure serait investie comme celle qui transmet un savoir sur les femmes et les mères. A contrario, les femmes enceintes qui n'ont pas choisi d'interlocuteur privilégié comme Charlotte ou Clothilde évoquent un sentiment de discontinuité lié à une pluralité des discours qui aurait un effet angoissant.

#### *De la rencontre du réel du corps gestant au savoir intime de son corps...*

La recherche de ce discours serait certes renforcée par le fait qu'il s'agisse d'une première grossesse, mais elle serait peut-être aussi en lien précisément avec un écart ressenti entre le discours social et le vécu subjectif de leur grossesse. La découverte des bouleversements physiques et psychiques apparaîtrait en contradiction avec l'idéalisation de la grossesse que véhicule le discours social. À l'instar de l'expression « c'est que du bonheur », être enceinte serait une période épanouissante et de bien-être pour la femme. Face à cette promesse déçue, certaines femmes peuvent éprouver de la frustration et/ou de la culpabilité de ne pas arriver à « profiter » de leur grossesse. L'emploi de ce terme « profiter » renvoie également à l'idée de jouir d'un plaisir qu'apporterait cet état. Dans ce discours social, les éprouvés corporels seraient comme passés sous silence. Dans la majorité des entretiens, l'étonnement des femmes enceintes à la découverte de la

perception des mouvements fœtaux en serait une illustration. Un autre trait saillant des analyses : la difficulté à accepter d'être dans une position d'attente passive serait peut-être également en lien avec une forme d'effacement du corps dans les représentations sociales. Très prégnant au deuxième trimestre de la grossesse, ce résultat a été analysé à un niveau intrapsychique en lien avec le traitement de la haine du fœtus mais il mériterait également d'être interrogé à la lumière de l'impact psychique du discours médico-social. La position passive priverait la femme de la libre disposition de son corps, ce qui serait vécu comme une perte de maîtrise. Le suivi de grossesse confronte également la femme enceinte à son corps partagé, ce qui appelle à une acceptation d'une forme d'effacement de son corps en tant que femme derrière celui du corps gestant qui a besoin d'être examiné, mesuré pour vérifier le bon développement du fœtus. Cette nécessité de lâcher prise qu'impose le phénomène gestationnel irait à l'encontre des valeurs de maîtrise et de gestion que soutient notre société contemporaine. De la même manière, l'investissement d'une nouvelle fonction de mère en devenir peut-être vécu comme menaçant l'identité professionnelle lorsque celle-ci se soutient de valeurs d'efficacité, de performance et de rentabilité.

Parfois déstabilisées, parfois en attente de réponses, de nouveaux repères pour « bien faire », certaines femmes s'adressent au corps médical identifié comme sachant et maîtrisant le processus gestationnel. Dans les situations de PMA, ce rapport serait renforcé et complexifié par l'intervention de la médecine dans l'intimité du couple. En s'attachant aux coordonnées physiologiques et biologiques du processus gestationnel, la logique objectivante de la médecine évincerait la question du désir et de la subjectivité engagés dans la fertilité. La disjonction qui s'opère entre le corps et le désir entraverait les processus d'imaginarisation tout en dévoilant le réel du processus. Pour certaines femmes hospitalisées pour MAP, ce fantasme de maîtrise se traduirait également dans l'idée que le bébé serait mieux dans la couveuse que dans leur ventre « défaillant ». Cet effet que nous pouvons qualifier de pervers aurait un impact dans le processus de maternalité car il touche à la confiance de la femme enceinte en sa capacité d'enfantement qui est nécessaire à préserver dans la perspective de l'établissement d'un lien narcissisant. L'intériorisation du savoir médical se repérait également à travers la représentation qu'il faille attendre la fin du premier trimestre pour éviter les risques majeurs de fausses-couches par exemple. Inès exprime comment la survenue d'une fausse-couche tardive

vient ébranler sa croyance en la parole médicale. Le discours médico-social contemporain qui se situe à la fois du côté de la maîtrise et de la jouissance mettrait peut-être davantage en difficultés les femmes d'aujourd'hui à se « connecter » à leur savoir intime sur leur corps dont nous pouvons faire l'hypothèse qu'il constituerait les prémisses de la fonction interprétative nécessaire à l'établissement des premiers liens.

### 1.3.2. HOSPITALISATION POUR MAP

L'impact psychique d'une hospitalisation pour MAP ne prend sens qu'en rapport avec l'histoire singulière dans laquelle elle s'inscrit. Néanmoins, que l'enfant naisse prématurément ou à terme, une MAP peut avoir différents impacts sur le vécu psychique de la grossesse : sentiment de rupture dans le déroulement d'une grossesse, blessure narcissique de ne pouvoir mener une grossesse idéale et anxiété liée à une éventuelle naissance prématurée. Une MAP peut également avoir un effet dans le nouage des liens précoces. Les traces psychiques d'une menace de la survie de l'enfant et/ou de la femme peuvent se traduire par exemple dans une préoccupation anxieuse au sujet de l'état de santé de l'enfant et/ou à travers des symptômes anxieux comme des angoisses de séparation ou d'abandon, des troubles de l'endormissement ou dans la sphère alimentaire.

*D'un effet de désorganisation psychique versus une fonction de contenance...*

Sur les sept femmes ayant été hospitalisées pour MAP et rencontrées de manière prospective ou rétrospective, pour quatre d'entre elles, l'hospitalisation donnerait corps à un fantasme menaçant leur désir d'enfant en s'inscrivant dans une trame fantasmatique dans laquelle des paroles médicales entendues pourraient prendre valeur d'oracle. Cet évènement qui s'inscrit le plus souvent en rupture dans le déroulement de la grossesse prend sens en fonction de ce qui a été énoncé avant. Pour Alice, Safia et Carole, l'hospitalisation pour MAP a eu un impact désorganisant par l'effraction de l'annonce d'un risque de mort pour le bébé et/ou la mère et a mobilisé des défenses archaïques comme le déni ou le clivage de l'objet. Sidérées, elles auraient désinvesti psychiquement leur grossesse en suspendant, du moins à certains moments, tout processus d'imaginarisation. Des difficultés d'objectalisation du fœtus en amont de l'hospitalisation renforceraient cette défense qui vise à annuler le sentiment d'être enceinte, ce qui augmenterait le risque

de difficulté de nouage des liens précoces. Dans ces situations, l'hospitalisation pour MAP ne permet pas d'avoir une fonction anticipatrice qui empêcherait le traumatisme que peut générer une naissance prématurée. Des mouvements agressifs envers les professionnels de soin seraient repérables. Sans doute est-ce une manière de projeter les motions hostiles à l'égard du fœtus qui leur fait vivre cela. L'agressivité peut également s'entendre comme une manière de résister ou de réagir face à l'effacement de la femme dont il serait attendu qu'elle se soumette aux traitements pour le bien de l'enfant. Pour Emma, Inès, Juliette et Barbara, l'hospitalisation semble avoir eu une fonction protectrice par la contenance qu'elle a pu apporter face à leurs angoisses. Lorsque la femme enceinte, comme Inès ou Emma, était en difficulté dans le processus d'objectalisation du fœtus, l'hospitalisation a pu également participer à la subjectivation de la grossesse par l'étayage du discours rassurant des professionnels de soin associé aux examens médicaux.

#### *Le rapport subjectif au soin*

La façon dont est vécu ce temps d'hospitalisation dépend également du rapport au soin et à la dépendance de la personne. Se faire soigner, c'est se mettre dans les mains de l'autre. Cette position passive peut réactiver le rapport au soin de l'enfant vis-à-vis de son imago maternelle. La réactivation de ce rapport infantile et les remaniements identitaires et identificatoires inhérents au devenir mère peuvent entrer en résonance et générer de la conflictualité psychique en fonction de leur histoire singulière et plus particulièrement de la relation à leur imago maternelle comme pour Emma, Alice Safia ou Barbara. Différentes angoisses et fantasmes allant d'une polarité négative avec des angoisses d'intrusion, des sentiments de rivalité à une polarité positive dans des mouvements régressifs et de recherche d'étayage peuvent se rejouer dans les relations transférentielles et contre-transférentielles avec les professionnels de soin.

#### 1.3.3. AU COURS DE L'HOSPITALISATION DE L'ENFANT

Pour les femmes précédemment hospitalisées pour MAP, la naissance de l'enfant prématuré modifierait le rapport aux professionnels de soin. La femme passe d'une relation de soin « duelle » où elle est l'objet de soin à une relation triangulaire dans laquelle l'enfant devient le principal objet de soin. Ce basculement de l'« objet » d'attention peut

avoir différents impacts psychiques allant d'un sentiment d'abandon à un soulagement de retrouver sa position de femme.

*De la dépendance à la séparation...*

Les différents mouvements psychiques se repèrent en fonction de l'état de santé de l'enfant prématuré. Dans un premier temps, la survie de leur enfant dépend de leurs soins, ce qui les inscrit dans un rapport de dépendance. Les femmes rencontrées de manière rétrospective expriment davantage une idéalisation des professionnels de soin identifiés comme des experts. Ce mouvement d'idéalisation serait peut-être une manière de supporter le fait de devoir se soumettre à leur autorité imaginaire sur l'enfant. Privées de cette fonction maternelle d'assurer la survie de leur bébé, elles doivent accepter la substitution du monde médical. Culpabilisées et blessées narcissiquement, l'importance de ressentir que leur bébé a besoin d'elle pour pouvoir investir ou réinvestir narcissiquement le lien en témoigne. Dans un deuxième temps, l'amélioration de son état de santé ouvre un nouvel espace projectif. Lorsque l'enfant quitte le service de réanimation néonatale investi par la mère comme le lieu qui a sauvé la vie à son enfant, le confier à une autre équipe peut réactiver des angoisses de séparation vécues à la naissance. Ressenti comme un soulagement, le « transfert » de l'enfant serait aussi l'occasion du surgissement de motions hostiles liées à la frustration de la privation de la mère réelle qu'elles peuvent alors s'autoriser à projeter sur le nouvel environnement afin de garder intact le premier objet idéalisé. Se repère parfois en fonction de l'intensité psychique du vécu et des défenses de la mère, un clivage de l'objet entre le premier « bon » service (ou hôpital) et le « mauvais » service (ou hôpital) suivant. L'élaboration des pulsions agressives, déplacées sur les professionnels de soin, participerait également du processus de « maternalité » qui permet que se constitue la capacité maternante. En effet, se dit à ce moment-là le manque d'intimité et le désir teinté d'ambivalence de rentrer à domicile. Un travail d'élaboration pour se « sevrer » de la surveillance médicale de l'enfant et retrouver la confiance dans la vie apparaît nécessaire.

L'évolution de ces différents mouvements transférentiels serait davantage repérable dans le discours des femmes rencontrées six mois plus tard de façon rétrospective que dans celui des femmes rencontrées de manière prospective un mois après la naissance de leur

bébé. L'émergence et l'élaboration de ces intenses mouvements psychiques ne seraient peut-être dicibles qu'après coup, qu'à partir du moment où le lien avec l'enfant est consolidé. L'importance que prennent dans le discours les relations avec les professionnels de soin témoignerait de la fonction de l'environnement dans la construction du processus de maternalité. En effet, le fait que l'enfant soit hospitalisé parfois jusqu'à trois mois renforcerait l'investissement de ces liens. Une naissance prématurée viendrait tellement bouleverser les codes sociaux de la naissance qu'elle renforcerait un sentiment d'étrangeté tout en mettant à distance la famille qui peine à s'identifier dans ce contexte de naissance si particulier. Le temps de l'hospitalisation s'apparenterait alors à une parenthèse dans le temps socialisé au cours de laquelle les professionnels de soin seraient particulièrement investis car ce serait aussi avec eux que peuvent se jouer les remaniements psychiques identitaires et identificatoires, d'autant plus sans doute lorsqu'il s'agit d'un premier enfant.

*De l'appropriation subjective de la catégorie des « prémas »*

Dans les situations de naissance traumatique ayant eu un impact sur l'investissement libidinal de leur enfant, le recours au vocable « prémas » pour désigner leur enfant serait un effet de rencontre avec le discours employé par les professionnels de soin. Le discours médical par sa logique de catégorisation offrirait un espace de représentation avec le terme « prémas » qui définirait des spécificités de ces bébés par rapport aux bébés nés à terme. L'étrangeté, le manque d'humanité dont elles témoignent au moment de la rencontre avec leur nouveau-né exacerberaient l'écart entre le bébé imaginaire et le bébé réel. Penser son enfant comme appartenant à une catégorie de bébés différents serait une tentative d'humanisation face à une inquiétante étrangeté. Les nommer « les prémas » désignerait un « entre deux », entre le fœtus et le bébé, entre la vie et la mort, entre l'humain et l'animal. L'appropriation subjective de ce terme serait une manière de penser le hors sens en le nommant. Cette catégorie résonnerait comme une solution de compromis face au sentiment de non reconnaissance de leur enfant qui peut lui-même s'entendre comme un mécanisme de défense face à la désorganisation psychique suscitée par la naissance très prématurée. Les mères, sous le coup de l'effraction du réel, « tricoteraient » ainsi une représentation possible de leur enfant. En ce sens, la

terminologie médicale offrirait un espace symbolique afin de sortir de la sidération et remettre en route les rêveries maternelles nécessaires à l'établissement des premiers liens, opérant ainsi une « greffe » symbolique. Nouant imaginaire et symbolique, le terme « préma » propose une représentation empêchée par l'envahissement du spéculaire. La prédominance de la vision dans le récit de la rencontre et non celle du regard, celui-ci étant vidé de sa dimension pulsionnelle et libidinale, en atteste. Dans le temps de l'effraction de la naissance, cette nomination serait davantage aidante pour des femmes primipares qui ne peuvent s'appuyer sur une expérience maternelle antérieure pour faire face à ce qui leur arrive. Le recours à cette catégorisation des prémas serait davantage repérable chez les femmes rencontrées six mois après la naissance de leur enfant : serait-ce une tentative de donner du sens en après-coup aux difficultés d'investissement qui ont été rencontrées avec leur enfant ?

#### *De l'intériorisation des pratiques hospitalières...*

La mise en avant de la pratique du peau à peau peut également s'interpréter comme un effet de rencontre avec le discours qui circule dans le milieu hospitalier. En effet, cette pratique est très soutenue et encouragée par le milieu hospitalier en raison des multiples bénéfices qui lui sont reconnus tant au niveau du développement physiologique du bébé que de son impact dans la relation mère-enfant. Blessées narcissiquement et culpabilisées, adhérer à cette pratique serait aussi une manière de se renarcissiser ce qui participerait à la construction d'une représentation de « bonne mère » d'un enfant né prématurément. En ce qui concerne d'autres pratiques médicales comme le calcul de l'âge de l'enfant peut au contraire accroître les difficultés en générant de la confusion. En effet, après une naissance prématurée, les soignants continuent de déterminer l'âge de l'enfant en semaines d'aménorrhées comme pendant la période gestationnelle. Cette façon de ne pas différencier le terme théorique de la grossesse de la naissance de l'enfant induit que l'enfant n'est pas tout à fait né, ni séparé de sa mère. Cela ne semble pas sans effet sur la difficulté qu'elles rencontrent de faire naître psychiquement leur bébé. Ni le corps médical, ni le tissu social ne participeraient à la symbolisation de cette date de naissance. En effet, la naissance très prématurée avec le risque élevé de décès n'est pas fêtée, ni ritualisée. Au cours de leurs premières années de vie, l'âge de ces enfants se définit en âge

réel et âge corrigé. L'âge corrigé efface en quelque sorte le temps précédant le terme théorique de la naissance. L'âge de l'enfant, rappelant sans cesse les conditions de sa naissance, peut renforcer la culpabilité des mères, à l'œuvre par exemple, dans l'investissement fantasmatique de la couveuse qui est parfois pensée comme un ventre idéal car non défaillant. Peut-être faudrait-il être plus vigilant et prendre appui sur les repères symboliques sociaux qui inscrivent chaque nouveau-né dans le monde des humains dès sa venue au monde ? En persistant à ne pas les inscrire complètement dans une réalité temporelle commune, ces bébés restent suspendus à un temps ni réel, ni social, dans l'attente de leur survie ou de leur décès.

#### **SYNTHÈSE DES RESULTATS PAR RAPPORT A LA DEUXIEME HYPOTHESE DE RECHERCHE**

**La médicalisation de la grossesse participerait à un fantasme de toute puissance de la médecine qui viendrait suppléer aux défaillances de la nature, ce qui ne serait pas sans effets dans le rapport du sujet à la médecine. Lorsqu'en dépend l'actualisation d'un désir d'enfant et/ou la survie de l'enfant, cet autre s'en trouverait lesté d'une valeur particulière. Quel que soit le registre dans lequel elles se déclinent (fantasme d'abandon, rivalité, culpabilité), ces situations mettent en exergue l'importance des enjeux transférentiels et contre-transférentiels avec les professionnels de soin dans le processus de maternité. Ils se moduleraient également en fonction de l'état psychique de la femme et de sa relation à son conjoint. S'inscrivant dans la trame fantasmatique de l'histoire singulière du sujet, les rapports évoluent et se modifient au fil de l'hospitalisation de la femme enceinte puis de celle de l'enfant prématuré. Lorsqu'une grossesse se déroule sans particularités médicales, les relations avec l'équipe soignante et médicale seraient peu investies et n'auraient que peu d'impacts sur le vécu psychique de la grossesse et des premiers temps avec l'enfant.**

**L'hospitalisation pour MAP peut désorganiser psychiquement la femme ou avoir une fonction de contenance. Lors d'un accouchement prématuré, l'investissement libidinal de l'enfant serait mis à mal par la privation de la mère réelle que le contexte d'hospitalisation impose. Empêchée, la mère ne peut prendre soin de son enfant au sens**

du « holding » winnicottien : portage, allaitement, soins... Ces premiers temps de rencontre se tissent entre le bébé, ses parents et l'équipe soignante. Entre l'enfant et ses parents, les professionnels de soins occuperaient-ils pour autant une fonction tierce au sens d'une instance séparatrice entre la mère et l'enfant ? Dans ces situations rencontrées, il apparaîtrait davantage que l'équipe soignante renforcerait la dyade mère enfant. La quasi absence du père dans le discours de la mère pourrait être un effet de la prise en charge pensée davantage pour la dyade. Les professionnels de soin occuperaient différentes fonctions dans l'économie psychique des femmes rencontrées. Ils peuvent représenter une instance surmoïque qui autorise ou interdit, qui donne l'exemple à suivre au nom d'un savoir-faire. Dans ce processus de devenir mère, devoir se soumettre à l'autorité d'un autre lorsque le sujet doit psychiquement accepter de perdre son statut d'enfant pour advenir à celui de mère complexifie sans doute la tâche, d'autant plus lorsque l'investissement libidinal de l'enfant serait déjà entravé. L'équipe médicale et soignante peut aussi prendre le visage d'une mère archaïque au sens où elle contiendrait, rassurerait et serait présente de façon permanente, imaginativement sans failles. Ce type de transfert participerait à la fonction de contenance nécessaire à la construction du maternel. La catégorisation médicale des « prématurés » serait un espace de représentation face à une difficile humanisation de l'enfant, l'enjeu étant de trouver le chemin de l'inscription de cet enfant-là dans le désir maternel pour que le lien s'arrime. La femme en devenir mère aurait pourtant à s'en départir par un travail d'élaboration pour inventer son propre chemin dans la rencontre avec son bébé et pouvoir subjectiver cette expérience.



« Dès l'origine, l'enfant se nourrit de paroles,  
autant que de pain, et il périt de mots. »

J. Lacan, Séminaire IV, La relation d'objet (1956-1957).

## 2. Discussion

La synthèse des analyses des entretiens de recherche a permis d'identifier de manière transversale des éléments organisateurs dans la construction du maternel :

- Succession des temps logiques dans la traversée psychique de la grossesse
- Fonction des projections fantasmatiques comme prémisses à la capacité de rêveries maternelles
- Importance du sentiment de continuité d'existence
- Sentiment d'étrangeté dans la confrontation au bébé réel
- Organisation de l'identification maternelle par la demande de reconnaissance par le bébé
- Importance du sentiment de l'avoir à soi

Ces différents éléments participent au nouage des liens précoces entre la mère et son enfant afin qu'elle puisse l'investir libidinalement. Dans les situations de naissances prématurées, l'investissement libidinal de l'enfant sera dépendant de la capacité psychique de la femme à pouvoir **maintenir des projections fantasmatiques** en prenant appui sur la relation imaginaire construite pendant la grossesse pour préserver un sentiment de continuité d'existence. Cette capacité peut être plus ou moins empêchée en fonction de l'intensité de l'impact psychique de l'effraction de l'annonce d'un risque de mort et/ou de l'accouchement prématuré. Un moment de désorganisation psychique peut rendre la mère indisponible à son enfant. La mise à l'épreuve de la deuxième hypothèse de recherche apporte des éléments de compréhension à la spécificité de la construction du maternel dans les situations de naissances très prématurées en

considérant **le discours des professionnels de soin comme un autre particulier** participant au processus de maternalité.

La validité de ces résultats ne se soutient qu'en fonction du protocole de recherche dans lequel ils ont été pensés mais la singularité de chaque situation clinique le transcende. La situation de recherche est réelle mais elle n'est pas la réalité. Les conditions de naissance : « très prématurée/ à terme » et « grossesse avec ou sans MAP », autour desquelles s'articule la construction du protocole, sont des critères objectivés notamment par rapport à des normes médicales. Or, l'impact d'un évènement sur la réalité psychique d'un sujet ne peut se lire qu'à la lumière du fantasme. Néanmoins, ce protocole présente l'avantage, par son approche comparative et longitudinale, d'interroger les représentations construites à partir de ces conditions et d'illustrer l'effet loupe des naissances prématurées sur les organisateurs propres à la construction du maternel tout en éclairant les spécificités du contexte.

A partir de l'analyse de ces résultats, j'ai choisi de développer trois thématiques en les dialectisant avec différents apports théoriques afin d'approfondir ce qui serait psychiquement en jeu dans la construction du maternel dans les situations de naissances prématurées et d'ouvrir les questionnements suivants :

- **La spécificité des éprouvés corporels dans les situations de naissances très prématurées**
- **La dimension pulsionnelle dans le nouage précoce : un éclairage sur le risque autistique dans les situations de naissances prématurées ?**
- **La place des pères : rôles et fonctions dans les situations de naissances prématurées**

## 2.1. LA SPECIFICITE DES EPROUVES CORPORELS DANS LES SITUATIONS DE NAISSANCES TRES PREMATUREES

Les naissances prématurées en faisant vaciller l'imaginaire mettraient à mal la symbolisation de la naissance de l'enfant. Pour dire leur difficulté à inscrire cet évènement

de corps, ces femmes exprimeraient le manque d'ancrage corporel. C'est aussi à travers les éprouvés corporels qu'une remise en route du circuit pulsionnel serait possible. Dans sa réflexion sur les maternités traumatiques, A. Konicheckis, psychologue clinicien et psychanalyste, avance l'idée que : « *Les transformations propres à la maternité nous amènent à réfléchir également au corps comme support à la subjectivation des expériences psychiques* » (2010, p : 102). L'analyse de ces entretiens de recherche met en lumière l'importance des éprouvés corporels dans la subjectivation de la grossesse, de l'accouchement et de la rencontre avec le nouveau-né. Aussi, à travers un découpage de ces différents temps, je souhaiterais approfondir différents éléments repérés concernant les éprouvés corporels dans l'analyse des entretiens en les dialectisant avec des apports théoriques.

### 2.1.1. LE TEMPS DE LA GROSSESSE

Dans les différentes situations rencontrées, la disjonction qui peut s'opérer entre la grossesse physique et la grossesse psychique serait envisagée comme un mécanisme de défense face à un conflit psychique intense en lien avec une difficile traversée psychique de la grossesse et/ou un événement vécu comme venant faire effraction dans le psychisme (hospitalisation pour MAP, accouchement prématuré en urgence) au cours de la grossesse.

#### *La position d'attente passive*

Que ce soit chez les femmes pour qui leur grossesse se déroule sans particularités médicales ou chez celles qui sont hospitalisées pour MAP, la récurrence dans leurs récits de la difficulté à accepter la position passive d'attente, définie comme une « *position incontournable du fait de l'investissement corporel temporaire par un autre en devenir* » (Pascal, 2011, p : 137) mérite d'être interrogée. « *Pour une femme, c'est l'intérieur du corps qui, par envahissement ou intrusion, est objet d'angoisse. En ce sens, l'admission à l'intérieur de soi d'un nouvel être qui va modifier le corps propre suscite l'apparition d'une angoisse liée à l'effraction et à sa dimension menaçante* » (*ibid.*, p : 138). Ce concept peut être mis en lien avec celui de la « *nidification psychique* » de S. Missonnier (2007), psychologue clinicien et psychanalyste, qu'il définit comme l'implantation du fœtus dans la psyché

maternelle afin de symboliser cet état proche de la folie que d'être soi et autrui en même temps. L'impossible traitement psychique des pulsions hostiles envers le fœtus, liées à cette passivité qu'il impose, empêcherait la subjectivation de la grossesse au point de la « geler » psychiquement. Par exemple, Charlotte, une femme du groupe témoin, dit au sujet du vécu de sa grossesse : « il ne se passe rien ». Or, « *L'aménagement des mouvements hostiles et des sentiments agressifs envers l'enfant participe de ce processus de "maternalité" qui permet que se constitue la capacité maternante. Cela passe notamment par la relation imaginaire qui s'instaure pendant la grossesse entre la mère et l'enfant, et dans laquelle celui-ci est représenté non pas par ce qu'il est réellement – un embryon en développement – mais par une image unifiée, un "corps imaginativement conçu comme sexué et autonome", lieu d'une première identification narcissique. Cette insertion de l'enfant dans l'imaginaire maternel est ce qui rend possible un investissement narcissique de l'enfant, et cet amour puise aux sources inconscientes du narcissisme maternel. La constitution de cette relation imaginaire donne existence à l'enfant et permet à une femme de s'éprouver dans sa capacité à le contenir, à le porter et d'advenir comme mère* » (Spiess & Thevenot, 2014, p : 171). Le rapport de la femme à son corps va influencer sur sa capacité à investir narcissiquement sa grossesse, nécessaire à la construction et au déploiement d'une relation imaginaire, dont dépendra l'investissement libidinal de l'enfant.

Ces éléments illustrent comment l'investissement narcissique d'une grossesse, nécessaire à un processus d'identification, pourrait être entravé par une difficile élaboration des angoisses du féminin, définies par J. Schaeffer comme étant celles de « *l'ouverture et de la fermeture du corps* » (Pascal, 2011, p : 138). A ce sujet, la réactivation de violences conjugales passées apparue dans certains de ces entretiens de recherche éclaire l'importance du rapport au corps de la femme dans la façon dont elle va pouvoir vivre subjectivement sa grossesse. Dans le travail de subjectivation du pulsionnel qu'impose la grossesse, la réactivation, par l'intrication pulsionnelle, des traces psychiques des violences confronterait la femme enceinte à une fantasmatique pouvant rendre menaçant l'objet interne que représente le fœtus. Dans ce contexte, une hospitalisation pour MAP peut alors être vécue de façon traumatique par le télescopage entre les élaborations fantasmatiques et l'évènement dans la réalité. Les mouvements inconscients d'incorporation et de rejet du fœtus à l'œuvre pendant la grossesse peuvent prendre alors

une coloration particulière par leur nouage à des angoisses primitives. De plus, le processus de passivité peut se trouver renforcé par ce temps d'hospitalisation au cours duquel la femme n'est plus que réceptacle et soumise à l'autorité médicale.

#### *Grossesse physique et grossesse psychique*

Dans certaines situations d'urgence d'hospitalisation pour MAP ou d'accouchement prématuré en urgence, la mobilisation de mécanismes de défenses de type obsessionnel comme l'annulation rétroactive du sentiment d'être enceinte ou de celles appartenant à un registre plus archaïque comme le déni ou le clivage enseigne sur la primauté du psychisme dans le vécu subjectif d'une grossesse en mettant en exergue cette disjonction entre grossesse physique et psychique.

Un parallèle pourrait être pensé avec le déni de grossesse qui illustre à l'excès cette disjonction. Il apparaît certes délicat de comparer une entité clinique comme le déni de grossesse à un événement de corps comme celui d'un accouchement prématuré. Néanmoins, dans les deux situations, un événement de corps ne serait pas assimilable par le psychisme et de ce fait en attente de symbolisation. Le déni de grossesse défini par J. Dayan comme « *un symptôme qui ne permet pas de diagnostiquer une pathologie spécifique mais qui recouvre un ensemble de configurations psychiques ayant en commun l'ambivalence du désir d'enfant* » (Seguin, 2013, p : 285). Dans le déni de grossesse, le phénomène gestationnel se déroulerait sans grossesse psychique. B. Bayle (2016) pense le déni de grossesse comme un trouble de la gestation psychique. Pour certains auteurs comme S. Marinopoulos (2007), J. Dayan (2009) ou C. Brezinka (2009), les femmes présentant un déni de grossesse auraient un rapport au corps particulier, notamment en lien avec la « mise en mots ». Une défaillance dans le nouage corps-psyché serait-il symptomatique d'un vécu traumatique ? Dans une MAP ou accouchement prématuré en urgence vécu de façon traumatique, la menace et/ou l'interruption soudaine de la grossesse physique suspendrait les processus de symbolisation de la grossesse psychique. Le refoulement, la dénégation, l'annulation rétroactive, la pensée magique, le sentiment d'irréalité seraient autant de défenses visant à dénier la grossesse devenue traumatique par la confrontation au réel qu'elle impose dans le cas d'une MAP ou d'un accouchement prématuré. Ces mécanismes de défenses pourraient également être envisagés comme

visant à lutter contre l'hostilité alors ressentie envers le fœtus en lien avec la réactivation de l'ambivalence dans sa polarité haineuse à la suite de l'effraction du réel du corps ou de la parole. Ces éléments nous donnent à penser le lien entre le risque de maltraitance infantile lié à la prématurité (Apter et Le Nestour, 2011, Corbet, 2012) dans le sens où une absence d'élaboration, permettant une transformation des motions hostiles envers ce bébé qui ne répondrait pas aux attentes narcissiques des parents, peut être agie dans la relation à l'enfant.

### 2.1.2. LE TEMPS DE L'ACCOUCHEMENT

Les accouchements prématurés par césarienne sous anesthésie à la suite d'une MAP ou en urgence renforceraient le sentiment d'irréalité de la naissance de l'enfant par la conjonction du manque d'éprouvés corporels et la rupture du sentiment de continuité d'existence par l'absence de contact visuel, tactile et auditif au moment de la naissance. Les analyses des entretiens de recherche nous ont permis de mettre en lumière l'importance du sentiment de continuité d'existence pour la mère dans l'émergence du sentiment de reconnaissance de son enfant, nécessaire à la libidinisation du lien. Ne pouvant être rassurées sur l'état de santé de leur enfant dont personne ne sait s'il va vivre ou mourir, un vécu subjectif d'angoisse et de vide est décrit. Pour d'autres, le sentiment d'effroi empêcherait l'inscription de cet événement. Ce résultat nous amène à approfondir ce qu'est un accouchement d'un point de vue psychanalytique. Selon, E. Solano-Suarez, psychanalyste, « *L'accouchement est un réel qui n'est pas représentable ni inscriptible dans ce qui s'articule comme savoir dans l'inconscient. L'inconscient des femmes ne sait rien de l'accouchement* » (2014, p : 75). En référence aux travaux de D. Guyomard, l'accouchement confronterait la femme à un moment de vacillement face à ce réel sidérant de découvrir un corps qu'elle ne connaissait pas « *qui relie toute "parturiente" à sa propre mère -et sans doute à toutes les mères possibles- dans ce corps là : un corps pouvant enfanter (...) Aucune image inconsciente du corps ne prépare à l'évènement lui-même* » (2009, p : 23). Lorsque les projections fantasmatiques sont suspendues, les éprouvés corporels, contractions, douleurs, ... seraient-ils nécessaires pour pallier l'absence de représentation de l'accouchement ?

### 2.1.3. LE TEMPS DE LA RENCONTRE AVEC L'ENFANT

#### *La pratique du peau à peau*

Dans les témoignages des femmes rencontrées, l'importance de la pratique du peau à peau dans l'établissement du lien avec leur enfant parlerait de ce manque de « fabrication » de mère dont elles souffrent tout en dévoilant l'importance de l'ancrage corporel dans l'établissement du lien. L'état de santé de l'enfant très prématuré empêche la mère de lui apporter les soins nécessaires à sa survie. Remplacée par la technique qui assure cette fonction, quels peuvent en être les effets dans la construction du lien et dans le rapport à l'enfant qui, en réanimation néonatale ne vit que par les machines ? Que soutient ce corps à corps du nouage du lien précoce entre la mère et son enfant ?

A la limite de l'intrapsychique et de l'intersubjectif, le nouage précoce commence à se tisser psychiquement pendant la grossesse et se poursuit dans les premiers temps de rencontre avec l'enfant. Cette recherche d'expériences corporelles, par la pratique du peau à peau, permettant l'émergence d'éprouvés relationnels mettrait en lumière la mise en jeu de la dimension pulsionnelle dans ce nouage corps-psyché qui est au cœur de l'expérience intime de la grossesse comme il l'est dans la naissance de la vie psychique. Sa prise dans la dimension pulsionnelle ouvrirait à la libidinisation du lien.

Qu'en est-il de ce nouage somato-psychique pour un bébé né aux limites de la viabilité vivant ses premiers temps dans une couveuse avec une mère parfois traumatisée par cette naissance ?

Intéressons-nous dans un premier temps à ce complexe somato-psychique chez le bébé. En 1962, D.-W. Winnicott théorise le processus de personnalisation pour décrire l'installation de la psyché dans le soma qui participe à la constitution du Moi en s'étayant sur un Moi corporel. En 1990, G. Haag conceptualise le phénomène de « corporéisation » pour décrire l'émergence d'éprouvés relationnels à partir des sensations corporelles, constituant ainsi les ébauches corporelles du sentiment de soi. Les récents travaux sur les expériences fœtales mettent en lumière l'importance des premières formes de relation du fœtus avec l'autre à travers le toucher, dont l'haptonomie serait une belle illustration, et la voix notamment. La proposition d'une « troisième topique » par B. Brusset (2006) en

référence à la métapsychologie du lien à l'objet ferait de la peau, l'organe sensoriel du premier langage. Mais bien avant, E. Bick (1968) a introduit l'idée de la construction d'une première « peau psychique » qui proviendrait de l'intériorisation des capacités contenantes de la mère « *qui apaise ses angoisses de chute et lui permette de rétablir la continuité avec les éléments du vécu anténatal et qui lui permette l'intériorisation d'une peau qui maintiendraient liées ensemble les différentes parties de la personnalité* » (Prat, 2008, p : 70). Elle considère le traumatisme de la naissance comme une perte de la continuité de la sensation de compression intra utérine équivalent à un lâchage qui se traduit par un vécu de chute sans fin : angoisses de liquéfaction, d'éparpillement, d'éclatement. Le passage du monde utérin au monde aérien entraînerait une perte des limites contenantes. L'identification à ces fonctions contenantes de l'objet remplacerait l'objet non intégré et donnerait lieu aux fantasmes d'espaces intérieur et extérieur, précéderait la mise en place des mécanismes de défenses primitifs de clivage et d'idéalisation du self et de l'objet. En cas d'impossibilité d'introjection de ces fonctions contenantes, le concept d'espace à l'intérieur du self ne peut se développer. L'enfant peut alors avoir recours à la construction d'une seconde peau par l'usage inapproprié de certaines fonctions mentales ou par la création d'un objet enveloppant qui fonctionnerait comme un substitut de cette fonction contenant-peau, comme par exemple par la voix ou le tonus musculaire. R. Prat s'appuie sur ces travaux pour développer l'hypothèse du toucher comme premier organisateur du psychisme : être tenu/être lâché. « *Le toucher est un sens réflexif : on ne peut toucher sans être touché* » (Prat, 2014, p : 29). Dans son travail sur la clinique psychanalytique de l'autisme, G. Haag souligne la similitude entre les états postnataux et les agrippements des enfants autistes conduisant à l'hypothèse d'une déficience de la contenance post-natale du vécu peau chez les enfants autistes (Haag, 2014). Les angoisses spatiales comme celle de tomber sans fin, et de se répandre en liquidité surviendraient en deçà de la construction de la première peau. Il apparaît nécessaire de préciser que ce premier « bordage » psychique ne relève pas seulement de la peau en tant que barrière physique externe mais relève plus globalement de sa fonction symbolique par sa prise dans les rêveries maternelles qui organisent les premières perceptions et émotions. Cela s'inscrit dans le rapport à l'Autre.

Pour les bébés prématurés, la construction de cette première peau pourrait être mise à mal si l'enfant ne rencontre pas suffisamment un Autre qui le contient. Le holding maternel, prototype de soins maternels, définit par C. Boukobza comme « *l'ensemble des soins de la mère donnés à l'enfant pour répondre à ses besoins physiologiques spécifiés selon ses propres sensibilités tactile, auditive, visuelle, sa sensibilité à la chute et qui s'adaptent aux changements physiques et psychologiques de l'enfant. (...) Le holding a donc pour fonction essentielle d'éviter à l'enfant la nécessité de réagir et d'interrompre de ce fait le sentiment de continuité d'être* » (Boukobza, 2003, p : 64). Cette pratique du peau à peau participerait à la construction d'une première peau psychique en retrouvant les perceptions s'apparentant à celles vécues in-utéro : battements du cœur, odeurs et voix maternelles. Selon R. Prat, « *on permet au bébé (prématuré) de reconstituer l'enveloppe à laquelle il a été prématurément arraché. Il peut poursuivre son développement en étant "dans sa peau" au lieu de s'épuiser à "tenir le coup", à se tenir tout seul en se fabriquant avec des accessoires cette deuxième peau défensive décrite par E. Bick* » (Prat, 2008, p : 100). Ce corps à corps soutiendrait le besoin de sentiment de sécurité primaire, base du narcissisme primaire, en liant le corporel au psychique dans une relation à l'autre qui « *va permettre l'étayage et la différenciation des autres registres pulsionnels* » (ibid., p : 89). L'intégration psyché-soma s'opèrerait dans l'intersubjectivité grâce à la fonction de contenance de l'autre qui s'occupe de lui. En s'appuyant sur les travaux de D. Stern, D. Mellier amène l'hypothèse de la création du temps psychique comme effet de l'intégration psyché-soma chez le nourrisson. Il ajoute : « *L'investissement psychique du temps serait un préalable à l'émergence de la pensée* » (Mellier, 2003, p : 31). À contrario, l'échec de cette intégration s'accompagnerait d'une évacuation du temps psychique « *hors psyché* » à l'origine de pathologie somatique ou mentale comme l'autisme. L'enfant serait alors aux prises d'anxiétés primitives « *corrélatives d'une amputation, d'une mutilation de l'image inconsciente du corps* » (ibid., p : 39) et défini par « *des angoisses de chute sans fin, de précipitation, des peurs de liquéfaction, des craintes d'effondrement, des terreurs sans noms* » (Mellier, 2012, p : 210). Il souligne l'importance de « *l'instauration d'une continuité d'être dans le lien, le rôle de la libido maternel comme de l'attention* » (ibid., p : 32). L'attention se réfère à la disponibilité psychique de la mère qu'il définit comme reposant « *sur la nécessité de garder un certain rythme entre ces va et vient entre monde extérieur et*

*monde interne, entre l'autre, les autres et soi* » (*ibid.*, p : 227). Pour les mères qui vivent cette expérience de la prématurité, les fonctions de métabolisation, de transformation au sens de W.R. Bion ou de pare-excitation de l'appareil psychique au sens freudien seraient mises à mal par la désorganisation psychique liée au potentiel traumatisme. La pratique du peau à peau serait une manière de poursuivre « hors-corps » une gestation psychique. Elle pallierait les manques d'éprouvés corporels et agirait comme une médiation dans l'établissement du premier lien mis à rude épreuve. Elle aurait également une fonction de réparation par le sens tactile des éprouvés sensoriels de ce qui aurait été vécu comme un arrachement du ventre. L'éventuelle indisponibilité psychique maternelle et l'inadéquation de ses réponses aux besoins physiques et psychiques du bébé laisserait le nouveau-né à son état de non-intégration. Le père, peut-être moins traumatisé par cette situation, peut prendre cette place. Les professionnels de soin ont eux aussi toute leur importance dans le holding qu'ils peuvent assurer.

## 2.2. LA DIMENSION PULSIONNELLE DANS LE NOUAGE PRECOCE : UN ECLAIRAGE SUR LE RISQUE AUTISTIQUE DANS LES SITUATIONS DE NAISSANCES PREMATUREES ?

Ces différentes tentatives de dialectisation théorico-clinique auraient en commun d'illustrer comment la psyché s'ancre dans le corporel et s'inscrit dans l'intersubjectivité ou dans une position plus lacanienne, par l'intervention de l'Autre. La pulsion définie par S. Freud (1915, p : 17) comme « *le représentant psychique des excitations issues de l'intérieur du corps* » serait une tentative d'appréhender ce nouage. J. Lacan fait « *de la pulsion un "montage en boucle", un circuit inscrivant le pulsionnel et permettant la libidinisation du corps* » (Druel, 2017, p : 167). Pour le bébé prématuré, l'émergence de la subjectivité serait précisément en danger s'il n'est appréhendé que comme un objet de soin, car alors il ne serait qu'un corps organique soigné par la médecine et ne pourrait se libidinaliser par un Autre qui prend soin de lui. En m'appuyant sur ces différents éléments théorico-cliniques,

je souhaiterais interroger le taux de TSA<sup>13</sup> significativement supérieur chez les enfants nés très prématurément à la lumière de la dimension pulsionnelle dans le nouage de la relation précoce mère-enfant. Un ratage de la mise en place du circuit pulsionnel chez le nouveau-né très prématuré pourrait être à l'origine de la difficile émergence du sujet. Les conditions de la naissance de l'enfant très prématuré, soumis à un Autre que représenterait la machine, associées au difficile investissement libidinal de l'enfant par sa mère feraient de cette naissance une situation à risques autistiques. La mère sidérée face au réel de la situation, en panne d'imaginaire, ne parviendrait pas à porter un regard auréolé sur son enfant, entravant l'inscription du pulsionnel qui ouvre à la libidinisation du lien.

Selon M.-C. Laznik, l'autisme pourrait être en lien avec un ratage du circuit pulsionnel. Dans son article visant à distinguer l'autisme de la psychose grâce à une clinique du nœud borroméen, en s'appuyant sur le postulat que « *les enfants autistes ont un défaut dans le champ de l'imaginaire* » (2016, p : 428), elle fait l'hypothèse que « *ce qui rate chez l'autiste, c'est le nouage de l'Imaginaire avec les deux autres consistances* » ce qui correspond au deuxième temps du tressage : le chevauchement de l'imaginaire sur le réel. Succédant au premier temps du tressage – celui du réel sur le symbolique (par exemple, par la satisfaction de la faim) –, dans ce deuxième temps : « *Le bébé perçoit dans le regard et la voix de ces Autres, de ces prochains qu'il est source de plaisir et de joie. L'investissement libidinal phallique dont il est l'objet l'auréole de telle sorte qu'on oublie qu'il n'est pas grand-chose. Il devient alors His The Majesty The Baby (...) Mais c'est le regard émerveillé des parents qui lui confère cette aura qui le phallicise* » (ibid., p : 419).

Dans les situations de naissances très prématurées, certains témoignages illustrent bien cette difficulté à avoir un regard auréolé sur leur enfant. L'absence du regard auréolé sur l'enfant rendrait compte de la perturbation du champ de l'imaginaire chez la mère en lien avec l'impact traumatique de la naissance qui entraînerait un repli des pulsions sur le Moi visant à lutter contre une menace de désorganisation interne. Elle serait peut-être aussi liée au fait que ce bébé-là ne viendrait pas prendre une place d'objet narcissique. En

---

<sup>13</sup> Pour rappel : les études les plus récentes concluent à un taux de 5 à 8 % de TSA dans la population des nouveau-nés avant 33 SA contrairement à un taux de 0,5 % dans la population générale.

s'appuyant sur le concept du stade du Miroir de J. Lacan, M.-C. Laznik précise que l'émergence du regard auréolé provient du manque : « *C'est un manque qui permet l'illusion anticipatrice du parent, l'investissement phallique narcissique du parent. Il (J. Lacan) fera aussi remarquer que c'est dans le regard-voix de l'Autre que se trouve la phallicisation de l'image.* » (*ibid.*, p : 426). En effet, dans les récits de ces femmes se repère l'importance des deux objets pulsionnels que sont le regard et la voix, notamment dans les moments de portage dans l'établissement du lien avec leur enfant.

Le mouvement de phallicisation du bébé nécessaire à son investissement libidinal serait mis à mal par ce « manque de manque » des deux côtés : celui de la mère et celui de l'enfant. C'est à cet endroit que l'émergence du sujet serait en danger.

Du côté de la mère, elle se retrouve confrontée à la vision d'un bébé dont on ne sait pas s'il va vivre et dont sa survie dépend des branchements. Hors de portée de mains, elle se retrouve privée de la confrontation à la dépendance de son bébé, en référence au concept de R. Prat sur la terreur de la dépendance comme expérience fondatrice du maternel. Selon elle, « *la rencontre avec le bébé constitue une expérience traumatique débordant les capacités du psychisme pour y faire face : cela nécessite pour la mère un réaménagement fondamental et immédiat de tout son fonctionnement psychique. Cette découverte de la dépendance est brutale, il n'y a pas de gradation, ni d'apprentissage, ou d'évolution (...) Cette expérience de la dépendance absolue d'un autre vis-à-vis de soi, à la fois physique et psychique (...) est (...) un choc traumatique pour la mère.* » (Prat, 2013, p : 19). La mère d'un enfant très prématuré est privée de cette fonction maternelle d'assurer la survie de son bébé. C'est le monde médical, auquel elle doit se soumettre, qui se substitue à elle. Ce sentiment de dépossession, de ne pas l'avoir à soi les empêcherait d'éprouver la castration qu'impose cette relation en confrontant la mère à son manque à avoir et à son manque à être dans cette relation. Dans les entretiens de recherche, les femmes rencontrées évoquent précisément le sentiment de ne pas « avoir » leur enfant parce qu'elles ne peuvent pas faire comme elles veulent, ce qui renforcerait le sentiment de frustration de ne pas être comblée « comme les autres » par la venue de cet enfant. De la même manière, le manque d'expériences corporelles s'inscrirait fantasmatiquement comme des moments « perdus » ou jamais advenus. Ces expériences psychiques négatives qui s'expriment en termes de blanc, de rien ou de vide laisseraient leur « *empreinte sur la vie psychique,*

souvent plus violemment que ce qui s'est produit sur le mode inverse de l'excès » (André, 2010, p : 16). Le manque d'intimité entraverait également la dimension de la séduction, nécessaire à la libidinisation du lien. Le nouveau-né séduirait sa mère par l'énigme qu'il lui pose : « *L'intimité se met en place sous l'effet de l'attrait de la séduction. (...) cette relation, engagée sous l'effet de la séduction, conduit à une interrogation et une négociation avec l'autre autour de la problématique du manque* » (Chevalérias, 1996, p : 166). Dans les entretiens, le sentiment que leur bébé a besoin d'elle, donc qu'il leur adresse une demande, rendrait possible l'investissement narcissique de l'enfant. Avant cela, sans demande, il ne peut avoir de manque. L'identification possible à la position maternelle s'originerait à partir d'un manque supposé chez le bébé, qui ouvrirait la voie/voix à la supposition de sujet et à sa phallicisation, ce qui est au cœur de la préoccupation maternelle primaire de D.-W. Winnicott.

Du côté du bébé, parfois après avoir été réanimé, il se retrouve branché sur des appareils qui pervertissent, au sens de changer de chemin, tous les sens (nez, bouche, peau). Il n'a pas faim, ne respire pas et n'a pas besoin de pleurer. L'émergence du sujet peut être compromise, d'une part, par un état de détresse : « *Le nouveau-né peut se trouver désemparé face aux exigences du vivant qui sont pour lui des effractions, qui nécessitent d'être traitées d'une façon ou d'une autre, afin de le sortir de cet état de détresse* » (Ansermet, 2010, p : 76) et, d'autre part, par une difficile mise en place du circuit pulsionnel liée à la « *machine qui subvient à tout mais ne répond à rien* » (Ansermet, 1999, p : ?). L'inconscient, c'est l'Autre mais dans ces situations, il n'y aurait d'Autre que la machine. Or, c'est l'aliénation à l'Autre qui fait qu'on devient humain. L'absence de confrontation au manque dans l'Autre, à travers le langage, entraverait la création du lieu de l'Autre duquel surgit le sujet par le manque. C. Vanier souligne à quel point il est fondamental de médiatiser le rapport bébé-machine par la parole humaine qui fait fonctionner la machine afin de réduire cet effet désubjectivant : « *En réanimation, le bébé ne connaît pas le manque, le cri n'est pas transformé en appel par l'autre secourable qui apporte une aide étrangère extérieure.* » (Vanier, 2014, p : 113). Elle met en avant le besoin qu'une perte advienne par l'inscription du bébé prématuré dans la chaîne signifiante c'est-à-dire dans le monde symbolique qui l'humanisera : « *En passer par les signifiants de l'autre, c'est rencontrer la perte, perte réelle et manque symbolique, première forme d'apparition de la castration. Sans*

*confrontation avec l'autre, le trauma du prématuré laissé à ses seules machines pourrait bien être le traumatisme que représente alors l'impossibilité d'être traumatisé par la rencontre. La rencontre avec le désir de l'autre, c'est-à-dire avec le manque dans l'autre constitue un traumatisme indispensable à la constitution du sujet (...) Si le bébé ne rencontre pas le désir de la mère et qu'il n'a pas l'idée de ce qui peut la satisfaire, il ne se proposera pas comme objet puisqu'elle sera son manque. Il n'aura rien à lui donner, il ne viendra pas occuper, dans un premier temps, la place du phallus imaginaire qui ouvrirait justement à la séparation. C'est cette coupure qui permettrait la création d'un lieu dans l'Autre, un lieu qui appellerait du sujet » (ibid., p : 114).*

L'émergence du sujet serait en danger dans ce temps nécessaire à l'Autre maternel pour pouvoir lui supposer du sujet. La spécificité de ces situations se logerait dans cette « obturation » du manque. Comment s'identifier en tant que mère de l'enfant lorsqu'aucune demande ne peut être adressée ? Le repérage dans les récits de ces moments fondateurs au cours desquels la mère reconnaît son enfant après s'être sentie reconnue par lui rejoint ce que S. Freud nous enseigne dans l'Esquisse : « *Ce que la mère a supposé avant tout, c'est du sujet, dont elle a reçu un signe qui (...) peut précéder toute adresse, signe supposé d'un sujet supposé avant même qu'elle ne lui suppose un savoir* » (Bolot, Mathelin-Vanier, 2013, p : 53). C'est bien le signe supposé d'un sujet supposé avant même qu'elle ne lui suppose un savoir qui permet l'émergence d'un sujet. Il est intéressant de repérer que ce moment serait concomitant de celui de l'émergence d'un regard auréolé. Dans plusieurs études (Morisod-Harari et al., 2013, Borghini et al., 2015), l'anxiété et le stress parental post traumatique sont mis en avant comme une cause des perturbations des relations parents-enfants, comme par exemple, la mise en place de « patterns contrôlants » ayant un impact négatif sur le développement de l'enfant (Müller-Nix et al., 2009). Or, cette anxiété pourrait aussi se penser comme l'expression d'un lien en souffrance car quelque chose ne se serait pas noué. Elle pourrait s'envisager comme la conséquence du vacillement de l'imaginaire face au réel de la situation, qui laisserait la mère aux prises des angoisses de mort envahissantes que la fragilité du lien ne parviendrait précisément pas à border. Cette hypothèse émerge à la suite des analyses des entretiens de recherche qui permet de repérer que lorsque le lien s'arrimerait à l'imaginaire nouant ainsi les trois registres du réel, de l'imaginaire et du symbolique, les

angoisses de mort s'apaiseraient. Relancé, l'imaginaire viendrait voiler le réel de la situation qui pourrait objectivement toujours être dangereuse mais qui, subjectivement, ne le serait plus. A l'autre extrême de ce même continuum, un impossible investissement libidinal de l'enfant pourrait se traduire par des troubles du spectre autistique en lien avec une absence de bouclage du circuit pulsionnel au cours duquel « *l'activité de la pulsion se concentre dans ce 'se faire' (...) Il faut l'intervention de l'Autre pour que s'inscrive le trajet de la pulsion. Il y a dans l'arrimage à l'Autre, une satisfaction en jeu, à travers ce bouclage, une satisfaction qui articule le sujet au langage (...) Le bouclage pulsionnel pointe la nécessité d'un arrimage à l'Autre dans l'avènement de la vie humaine, en tant que le sujet a à se constituer au lieu de l'Autre* » (Druel, 2017, p : 168-170). La conjonction de la mise à mal de la dimension intrapsychique et de la dimension intersubjective serait autant de facteurs de « risques » à la libidinisation du lien. Dans cette traversée, faisons un petit détour par le sentiment de culpabilité très présent dans les récits de ces mères. Dans « *Malaise de la culture* », S. Freud relie la culpabilité à l'ambivalence : « *Le sentiment de culpabilité est l'expression du conflit dû à l'ambivalence, de la lutte éternelle entre l'Éros et la pulsion de destruction ou de mort.* » (Freud, 1930, p : 320). En s'appuyant sur les travaux d'A. Ciccone, qui définit la culpabilité comme une manière d'« *intégrer l'expérience, c'est-à-dire à la subjectiver en atténuant son impact traumatique* » (2009, p : 3), A. Ravier envisage la culpabilité « *comme un mode de traitement du traumatisme* » (Ravier et Di Scotto, 2017, p : 246). Elle considère la dimension paradoxale de la culpabilité maternelle dans l'ébauche d'un premier lien à l'enfant et dans l'appropriation subjective de ce lien, dans le sens où la culpabilité serait le dernier lien à l'enfant idéal qui permet de se sentir responsable de l'enfant réel. Aussi, il apparaît important d'entendre, de reconnaître et de préserver ce sentiment de culpabilité considéré comme permettant du lien et non comme l'entravant.

### 2.3. LA PLACE DES PERES : ROLES ET FONCTIONS DANS LES SITUATIONS DE NAISSANCES TRES PREMATUREES

Même si mon travail de recherche est centré sur la construction du maternel, il m'apparaît néanmoins nécessaire de considérer la place, le rôle et les fonctions du père dans ces

naissances prématurées en ce sens que le père participe à la construction du maternel. J'entends par père le père de l'enfant mais également le conjoint de la mère. Qu'est-ce que la fonction psychique du père dans ces situations de naissances très prématurées ? Est-elle spécifique dans ce contexte de séparation liée à l'hospitalisation qui place le père dans une position d'interface entre le bébé, la mère et les professionnels de soin ?

Avant d'amener différents éléments de réflexion issus des différentes recherches sur les pères dans les situations de naissances prématurées et de discuter, ensuite, des éléments repérés sur la place des pères dans l'analyse des entretiens de recherche des femmes rencontrées, je vais rapidement, en m'étayant sur quelques apports théoriques, différencier le père en tant que personne réelle de la fonction psychique du père.

#### *Fonction psychique du père*

En s'appuyant sur les travaux de D.-W. Winnicott, A. Vanier, dans cet article sur les pères, évoque la spécificité de la fonction du père du nouveau-né : « *Tous les soins donnés à un enfant en deçà de deux ans, sont dans le registre maternel et cette fonction, il n'a pas à se priver de l'occuper. Mais, plus spécifiquement, il sert aussi à soutenir la mère et l'enfant, à protéger cette relation et à appuyer l'autorité de la mère, il est "l'être humain qui représente la loi et l'ordre que la mère implante dans la vie de l'enfant". D'autre part, le père doit garder "un œil sur l'appétit, la voracité de la mère pour le bébé" ce qui rejoint l'image du crocodile, proposée par Lacan, avec la fonction du bâton dans la gueule ouverte de l'animal. Il est aussi celui, précise Winnicott, qui assure à la mère des relations sexuelles satisfaisantes, en d'autres termes celui qui s'occupe de son désir, afin qu'un nom soit donné à sa jouissance* » (2001, p : 131).

Dans l'œuvre de S. Freud, il semblerait selon R. Noël et F. Cyr, que le père se limite à une figure œdipienne. Il resterait extérieur à la dyade mère-enfant avant la période œdipienne. Avant « *la phase phallique-œdipienne il n'y a pas de père pour l'enfant en tant qu'agent spécifique et différencié de la mère. Le registre préœdipien de l'enfant appartient à la mère, l'accent étant mis sur une phase fusionnelle puis une dualité mère/enfant, le père restant extérieur à ce duo* » (2009, p : 545).

J. Lacan apporte, avec le concept du père symbolique, la fonction psychique de séparation et de différenciation qui a un effet structurant pour le sujet. Il amène également l'importance de la contribution de la mère à la fonction symbolique du père. C'est elle qui ouvre la place au père : « C'est en transmettant l'idée que pour elle le manque existe et qu'il est reconnu comme tel, que la mère aménage une place tierce entre elle et son enfant. Le phallus, c'est la signification de son manque à elle, il renvoie à une place dans une structure symbolique, celle du Nom-du-Père » (ibid., p : 546). De façon très synthétique, cette fonction de tiers viendrait de l'intérieur par la transmission du manque dans la mère et de l'extérieur par les relations entre le père réel et l'enfant.

Repris par le concept de « la censure de l'amante » par D. Braunschweig et M. Fain en 1975 pour évoquer le retour de l'investissement libidinal de la femme vers son conjoint après la naissance de l'enfant, M. Klein (1932) a amené la fonction psychique de la conjugalité comme venant faire tiers entre l'enfant et ses parents. D'autres travaux comme ceux de B. Golse (2006) mettent en avant les fonctions concomitantes de protection, de liaison et de réparation dans la dyade mère-enfant.

#### *Recherches sur les pères dans les situations de naissances prématurées*

Comparativement aux travaux sur le lien mère-enfant dans les situations de naissances très prématurées, il existe peu d'études sur le vécu des pères d'enfants nés très prématurés. Une recherche française (Herzog, 2003) avance l'hypothèse que l'absence de recherches sur le vécu des pères serait en lien avec la persistance de représentations traditionnelles quant aux place et rôle respectifs du père et de la mère. Or, le père occuperait une place centrale au moment de l'accouchement en assurant la continuité de la relation parent-enfant. Dans son étude réalisée auprès de 4 pères d'enfants nés prématurés par le biais d'entretiens semi-structurés à la 42<sup>ème</sup> semaine de vie de l'enfant. Le père serait reconnu comme moins fragilisé par cet évènement (moins d'évocations de sentiments de blessure narcissique, de défaillance et de culpabilité), ce qui lui donnerait la possibilité d'avoir des mécanismes de défense plus opérants. Il distingue le père procréateur : les pères assureraient « en miroir avec l'équipe soignante un rôle d'étayage pour la mère » (2003, p : 104), du père comme tiers : « propulser en première ligne, c'est à lui d'assurer la continuité parent-enfant (...) Le père opère un travail de liaison psychique à

la fois de réunification et de différenciation » (*ibid.*, p : 104), et enfin du père comme partenaire de la mère : la dynamique du rôle paternel serait alors envisagée comme un support thérapeutique pour apaiser la culpabilité maternelle.

Néanmoins, des études récentes témoigneraient d'un intérêt grandissant pour la paternité dans ces situations, et plus particulièrement dans les pays du nord de l'Europe. Les récents travaux français en psychologie de F. Koliouli, psychologue et docteur en psychologie, et al. (2016) concluent au fait que l'expérience du « devenir père » dans le cadre d'une naissance prématurée est décrite comme complexe et particulièrement stressante. Elle propose de « situer le père d'un nouveau-né prématuré comme "un passeur de vie" à savoir un "pont" entre la mère, l'entourage et le nouveau-né et un "pont de vie" pour le nouveau-né » (Koliouli, 2017, p : 13). Les pères construiraient un premier lien avec leur bébé par le contact peau à peau et par l'accordage du regard et feraient preuve de beaucoup d'empathie avec leurs conjointes, perçues comme davantage éprouvées par cet événement. Les trois quart utiliseraient un discours médicalisé empreint d'une distance affective et émotionnelle. Ces résultats sont issus d'une étude sur l'expérience paternelle de 48 pères avec leur nouveau-né prématuré né entre 26 et 32 SA. Cette étude qui avait comme objectif d'analyser le vécu psychoaffectif des pères de nouveaux-nés prématurés à travers leur état de stress post-traumatique et leurs stratégies de « coping » identifiées ici par le fait de communiquer avec les professionnels médicaux : « plus le père se sent stressé par la construction du lien avec son enfant, plus il cherche et apprécie la relation avec l'équipe soignante pour l'orienter et l'accompagner » (Koliouli, 2016, p : 136). Le recours au jargon médical rejoint les conclusions de C. Druon (2012) qui y entend le reflet de leurs difficultés à attribuer les caractéristiques « d'une personne ». Les travaux d'A. Borghini et C. Müller-Nix (2008) mettent en avant un processus d'idéalisation de l'enfant en utilisant une terminologie de combattant. Deux études qualitatives au Danemark (Blomqvist et al, 2012) et en Suède (Helth et Jarden, 2013) soulignent l'importance de la pratique du peau à peau dans l'établissement du lien à l'enfant en favorisant un sentiment de sécurité. Des études scandinaves qualitatives (Lundqvist et al, 2007 ; Jackson et al., 2003) montrent que le père adopterait une mise à distance émotionnelle de l'évènement avant de pouvoir ressentir une proximité émotionnelle. Dans une étude irlandaise qualitative sur cinq pères d'enfants nés avant 30 SA (Hollywood et Hollywood, 2011), le père concevrait son rôle

davantage comme étant celui de rassurer ou d'apaiser sa conjointe, ce qui peut s'entendre comme une manière défensive de se protéger de la rencontre avec l'enfant. D'autres études comme celles de d'A. Ravier rendent attentif à la possible exclusion du tiers paternel lorsque le traumatisme de la naissance entraînerait des attitudes de surprotection de la mère envers l'enfant : « *L'enfant se retrouve alors sans tiers vis-à-vis des projections et de la culpabilité maternelle massive* » (2017, p : 253).

Ces recherches soulignent l'importance de la fonction d'étayage, de liaison, de protection et de réparation du père pour la mère, l'enfant et leur lien. En référence à la théorie psychanalytique, conjointement à ces fonctions d'étayage et de substitut de fonction maternelle, le père aurait également une fonction de séparation en faisant barrage à l'excès de jouissance de la mère adressée à l'enfant. Or, dans les situations de naissances prématurées dans lesquelles précisément l'investissement libidinal de la mère pour son enfant peut faire défaut, la fonction du père ne serait-elle pas au contraire d'aider la mère à devenir « vorace », en référence à D.-W. Winnicott, en ne les laissant pas à leur vulnérabilité respective ? Cette fonction de soutien à la phallicisation de l'enfant pourrait s'envisager comme une spécificité du père dans ces situations de prématurité. Pour pouvoir être dans cette position psychique d'étayage du désir de la mère, faut-il encore que le père ne soit pas trop fragilisé psychologiquement. Une attention particulière de la part de l'environnement (médical, familial, social) au père dans la spécificité de son rôle vis-à-vis de la mère mais aussi de l'enfant paraît fondamentale pour qu'il ne sente pas « impuissant ». Dans les situations de procréation médicalement assistée, qui s'avèrent plus significativement élevées dans les situations de naissances prématurées, la fragilité narcissique parfois générée par l'infertilité ou les difficultés de procréation peuvent créer une vulnérabilité psychique que la naissance prématurée de l'enfant viendrait renforcer. Fantasmatiquement, comment résonne pour le père qui peut se sentir défaillant ou impuissant, la place prise par la médecine qui a pris le relais deux fois : dans le processus de procréation et dans la fonction de la survie de l'enfant ?

*Discussions à partir des éléments de l'analyse des entretiens de recherche*

Mes entretiens de recherche ne donnent accès qu'au père dans la tête de la mère, soit au tiers « de l'intérieur » en tant que conjoint et en tant que père de l'enfant. De manière

générale, les pères seraient beaucoup plus présents dans le discours des femmes ayant accouchés à terme. L'importance de leurs places dans leurs récits serait dépendante de la qualité de leur lien conjugal en termes d'empathie, de partage de l'expérience. Parmi elles, la moitié des femmes sont prises en charge pour leur suivi de grossesse par une sage-femme sensible à l'importance de la place du conjoint et du père dans l'expérience de la maternité et après la naissance de l'enfant. Le fait de considérer le père de manière différenciée et non pas dans une position d'auxiliaire de la femme enceinte favoriserait l'implication des pères dans le partage du vécu de la grossesse et dans l'établissement des premiers liens avec l'enfant.

Chez les femmes ayant accouché très prématurément, la majorité des femmes (5 sur 9) évoquent le sentiment de ne pas se sentir comprises par leur conjoint et de ne pas pouvoir partager cet événement avec lui, ce qui accentuerait leur sentiment de vulnérabilité. Les relations transférentielles avec les professionnels de soin gagneraient alors en intensité lorsque la femme ressent un sentiment de solitude. Il semblerait aussi que la valeur accordée au discours des professionnels de soin serait plus prégnante lorsque le lien conjugal apparaît fragilisé par les conditions de la naissance. La construction du lien parental en devenir s'en trouverait également affecté, d'autant plus qu'il s'agit d'un premier enfant dans le sens où ils ne peuvent pas se référer à une première expérience parentale. Chez Safia, Alice, Barbara, Martine et Sarah, le père paraît relativement absent physiquement et ou psychiquement pendant l'hospitalisation pour MAP et/ou celle de l'enfant. Cette absence dans le discours des mères reflète-elle le vécu subjectif de l'hospitalisation ou serait-ce un effet du dispositif centré sur la dyade mère-enfant ? L'absence des pères serait-elle le reflet des pratiques hospitalières qui ne les intégreraient pas suffisamment et qui seraient davantage centrées sur la dyade mère-enfant, se positionnant davantage comme garant de la continuité d'exercice de la fonction maternelle ? Plus largement, serait-ce significatif et un indicateur de la façon dont est pensée la maternité dans notre société ?

Néanmoins, il semblerait que ces dernières années se dessine une évolution vers une approche davantage centrée sur la notion de parentalité. Les recherches de F. Koliouli concluent à la nécessité d'améliorer l'implication paternelle affective dans la prise en charge du bébé au niveau des soins en France. Le modèle suédois, qui dans son approche

du « couple care » associe étroitement les parents dans les soins néonataux, fait figure de modèle en France. Une étude suédoise (Mörelis et al., 2012) a montré que les nouveaux-nés prématurés bénéficiant de ce modèle de prise en charge avaient une durée d'hospitalisation moins longue, notamment en soins intensifs, et une nécessité de support ventilatoire réduites de quelques jours. La présence des deux parents favoriserait également la pratique du peau à peau et de l'allaitement dont les bienfaits sur le développement neurologique, cérébral et psychoaffectif de l'enfant ainsi que sur la qualité des relations parents enfants sont documentés scientifiquement (Charpak, 2017). Ces pratiques participent notamment à une stabilisation plus rapide du rythme cardiaque, une meilleure stabilité cardio-respiratoire, une meilleure température corporelle, une diminution du nombre d'infections ainsi qu'une récupération plus rapide de la perte de poids à la naissance. L'observation que les études sur le vécu des pères sont précisément nombreuses dans les pays nordiques témoigne de l'impact subjectif de la façon dont est pensée socialement la parentalité. Pour illustration, en Suède, le congé parental concerne les deux parents pendant les deux premiers mois de la vie de l'enfant. À ce sujet, ce n'est qu'en mars 2018, qu'une proposition de loi tendant à allonger la durée de congé de paternité du nombre de jours d'hospitalisation de l'enfant en cas d'accouchement prématuré ou d'hospitalisation du nouveau-né a été présentée à l'Assemblée Nationale.



## CONCLUSION GENERALE

Pour conclure, ce travail de recherche clinique a mis en lumière l'effet-loupe que révèlent les situations de naissances prématurées sur les organisateurs communs dans la construction du maternel dans le temps du pré- et du post-partum, tout en précisant ces particularités. Le sentiment de continuité d'existence soutiendrait chez la femme enceinte les projections fantasmatiques considérées comme des prémisses de la capacité de rêverie maternelle, essentielles aux fonctions de transformation et de contenance elles-mêmes nécessaires à l'émergence de la vie psychique chez le bébé. Ainsi, l'investissement libidinal et narcissique de l'enfant étayerait les processus d'identifications constitutives de la construction du maternel.

### LE BEBE PREMATURE : DU RISQUE D'ETRE L'OBJET DE LA MEDECINE A L'ENJEU DE SON HUMANISATION ?

Dans les situations de naissances très prématurées, cette recherche contribue à nuancer le postulat de l'existence d'un traumatisme lié à l'évènement de corps et à la vision de l'enfant très prématuré. Il apparaît nécessaire de prendre en compte l'impact désorganisant du réel contenu dans une parole qui annonce une anomalie ou un risque de mort pour l'enfant pendant la grossesse. Après la naissance de l'enfant prématuré, la poursuite des projections fantasmatiques et l'existence d'un regard auréolé seraient un indicateur de la création d'un nouage fondamental favorisant la symbolisation de la naissance de l'enfant. En revanche, pour les mères en souffrance dans le lien à leur enfant, le statut de cet être, encore non pris dans le rapport à l'Autre et qui ne peut adresser de demande, entraverait les processus identificatoires, mettant ainsi en danger l'émergence du sujet. La remise en route de la pulsionnalité chez la mère, notamment par les

expériences corporelles seraient un chemin possible vers la libidinisation du lien, nécessaire à la supposition de sujet chez le bébé.

Le bébé très prématuré confronterait chacun, à l'extrême, face à un état de dépendance absolue au point de douter de pouvoir parler de dépendance dans le sens où elle se définit dans le rapport à l'Autre. Une dépendance physiologique certes, car, sans branchements, ce « fœtus dehors » mourrait, mais en tant qu'être humain ? Une des spécificités de ces naissances serait que la médecine prenne en charge cette dépendance par sa technique. Le « rapt » de la médecine de cette fonction humanisante, pour autant indispensable à la survie de l'enfant, mettrait à l'épreuve la libidinisation du lien qui ne peut passer, lui, que par l'humain. Dans ce temps entre parenthèses de l'hospitalisation du bébé prématuré, la vulnérabilité psychique de la mère en devenir favoriserait d'intenses relations transférentielles et contre transférentielles avec les professionnels de soin rencontrés dont les mouvements psychiques d'idéalisation, de rejet ou de clivage participeraient au processus de maternalité. La différence repérable dans le discours des mères rencontrées à un mois et à six mois de vie de leur enfant ferait entendre la mise à distance nécessaire de ceux qui ont pris soin de leur enfant pour assoir leur identité maternelle et parentale, révélant par là-même l'importance de la place qu'ils ont pu occuper. La structure psychique de la mère, son histoire singulière mais aussi transgénérationnelle singularisent l'inscription de cet événement dont l'impact psychique ne peut se faire entendre qu'à la lumière de ses fantasmes. L'ensemble des différentes situations cliniques de cette recherche illustre la complexité des enjeux psychiques à l'œuvre dans le processus de maternalité tout en dessinant un continuum fragile quelles que soient les conditions de la naissance.

L'évolution d'une situation dépend des ressources psychiques de la mère mais également des possibilités intersubjectives avec l'enfant et avec le père de l'enfant. Le lien conjugal dans lequel vient s'inscrire la naissance de ce premier enfant déterminerait la façon dont chacun des deux parents peut prendre sa place auprès de lui. L'environnement familial et social participerait également à la façon dont cette naissance prématurée peut s'historiser et se subjectiver pour que l'enfant ne reste pas étranger à ses parents. Dans ces naissances « hors normes », il semblerait qu'un enjeu d'humanisation soit à l'œuvre pour les parents : *« L'ancrage humanisant de sa naissance tient à l'acceptation de sa dimension d'inconnu que*

*soutient la démarche symbolique de reconnaissance et de nomination l'inscrivant dans une double filiation et le situant dans l'ordre généalogique.* » (Spiess et Thevenot, p : 173) mais aussi pour la société, « *chaque être humain peut être considéré sous deux rapports en tant qu'il est être humain par la chair c'est-à-dire qu'il est issu du ventre d'une femme, fécondée par le moyen de relations sexuelles, par un (ou dans certaines sociétés, plusieurs) homme(s), et en tant qu'il est humain par la parole* » (Boltanski, 2004, p : 63). La prise du corps par la parole nouerait le corps organique au corps pulsionnel du bébé l'inscrivant ainsi dans un lien humanisant.

## APPROCHE CLINIQUE DE LA RECHERCHE

Ce travail de recherche clinique s'ancre dans mon expérience professionnelle en tant que psychologue clinicienne en pédopsychiatrie et en pédiatrie. Il trouve, entre autres, sa raison d'être dans les perspectives d'accompagnement qu'il peut soutenir, enrichir. Sans toutefois se situer dans une position « d'expert », après avoir présenté certaines limites de cette recherche clinique, j'esquisserai des pistes de réflexion à partir des résultats obtenus. Dans cet exercice qui me semble périlleux, la difficulté réside pour moi dans la question de la restitution d'un savoir construit en fonction de l'adresse. Comment savoir ce qui peut être utile à l'autre selon la démarche dans laquelle il s'inscrit ? Pour autant, la démarche de la recherche se soutient de l'intérêt qu'elle peut avoir pour l'ensemble des professionnels mais aussi des particuliers qui s'intéressent à cet objet de recherche, c'est pourquoi je m'y attèlerai.

## LIMITES ET BIAIS DE LA RECHERCHE

Certes perfectible, différents aspects dans ce travail de recherche auraient mérité d'être développés davantage, comme par exemple l'articulation entre la théorie de la psychanalyse et celle de l'attachement au sujet des dimensions fantasmatique et intersubjective, afin d'approfondir davantage la façon dont nous pouvons penser la construction du maternel dans les situations de naissances prématurées.

*Élément objectif : la population, la temporalité et le critère de primiparité*

Le biais majeur serait la petite taille du corpus de femmes pour pouvoir en inférer des généralités, même si « *la recherche clinique vise à produire des connaissances nouvelles à partir de l'étude approfondie du sujet humain considéré dans sa singularité* » (Bourguignon et Bydlowski, 2006, p :35).

Une étude à plus long terme permettrait d'investiguer davantage notre population et nos données. Par exemple, un troisième temps de rencontre aux dix-huit mois et/ou aux trois ans de l'enfant mettrait en perspective les traces psychiques de cet évènement et ses effets dans le lien mère-enfant dans une dimension davantage intersubjective.

Le critère de la primiparité circonscrit la validité de ces résultats. Ouvrir l'objet de cette recherche auprès de femmes multipares mettrait à l'épreuve ma représentation d'un impact plus important d'une naissance prématurée sur la construction du maternel en cas de primiparité. Une étude comparative permettrait de repérer si l'expérience d'une maternité antérieure diminue la vulnérabilité psychique de la mère.

*Eléments subjectifs : l'origine et le père*

En après-coup, il me semble que la façon d'avoir pensé le protocole de recherche serait sous-tendu par un fantasme d'accéder à une forme d'origine. En effet, le choix d'aller à la rencontre de femmes enceintes pendant leur grossesse et au cours des six premiers mois de vie de l'enfant, soit au moment le plus proche de la dépendance absolue du nourrisson à l'Autre maternel, serait sous-tendu par le fantasme de saisir quelque chose du nouage originel entre la mère et son enfant, comme si l'essentiel se jouait à ce moment-là. Or, d'une part, le maternel serait un processus évolutif, mouvant, variable et dépendant de l'intrication de multiples dimensions intrapsychique, intersubjective, familiale, sociale, historique et d'autre part, malgré l'importance des premiers liens dans les relations ultérieures entre l'enfant et ses parents, ce qui peut se jouer à ce moment n'est pour autant pas prédictif de la façon dont le lien peut se déployer. Être mère d'un nouveau-né est complètement différent qu'être mère d'un bébé de six mois, d'un enfant de trois ans ou encore d'un adolescent. Par ailleurs, il me semble ne pas avoir suffisamment pris en compte la place et les fonctions du père dans la façon dont j'ai appréhendé mon objet

d'étude. Aussi, ma centration sur la dyade mère-enfant participe sans doute aussi transférentiellement à un évincement des pères dans le discours des femmes rencontrées, et peut-être aussi d'un effet du fonctionnement des services hospitaliers qui pour la plupart sont centrés sur la femme enceinte. La dimension transférentielle du chercheur à son objet de la recherche colore l'ensemble du travail de recherche. Dans un après-coup, je construirais mon protocole de recherche différemment en intégrant davantage les pères étant consciente que le lien parental ne peut se penser sans le lien conjugal.

## INTERETS DE LA RECHERCHE ET PERSPECTIVES D'ACCOMPAGNEMENT THERAPEUTIQUES

Être allée rencontrer et écouter ces femmes qui ont vécu cette expérience de vivre l'interruption de leur grossesse et de voir naître leur premier enfant trop tôt, nous enseigne sur ce qui apparaît primordial dans l'établissement des premiers liens entre la mère et l'enfant. Une meilleure connaissance des processus psychiques oriente la démarche d'aide psychologique adaptée sur le terrain hospitalier et/ ou libéral. Tous les professionnels de soin : sages-femmes, obstétriciens, pédiatres, réanimateurs, infirmières, aide-soignante, kinésithérapeutes, psychologues, (...) qui accompagnent les femmes enceintes, les pères et leurs nouveaux-nés se trouvent concernés par la reconnaissance et la prise en compte de la dimension psychique pour prodiguer des soins de qualité dans le respect de la subjectivité de la personne. Les résultats obtenus par ce travail de recherche ouvrent des pistes de réflexion clinique et éthique pour une fonction soignante bientraitante dans le temps spécifique de la grossesse et du post-partum qui se caractérise par une importante vulnérabilité de la femme enceinte et de la jeune mère mais aussi par un fort potentiel créatif grâce à l'assouplissement de l'organisation défensive.

*Soins psychiques à la mère et à la relation mère-enfant pendant l'hospitalisation de la femme enceinte pour MAP et celle de l'enfant en néonatalogie*

Dans cette clinique du traumatisme, proposer un espace d'écoute et de parole à la femme enceinte hospitalisée pour MAP afin de soutenir et de favoriser son sentiment de continuité d'existence apparaît tout à fait nécessaire. Ce travail d'élaboration semble nécessaire avant mais également après la naissance afin de soutenir le désir qui l'arrime à son enfant. Être vigilant à la réactivation des traumatismes passés que ces « accidents de maternalité » peuvent générer afin d'entendre dans quelle trame fantasmatique l'enfant peut prendre place en naissant trop tôt serait une des particularités de cette clinique. Ces éléments peuvent nous guider dans un travail thérapeutique psychique individuel des femmes enceintes hospitalisées ou non pour MAP et leurs conjoints mais également participer à la formation des soignants dans la fonction de contenance et d'attention qu'ils peuvent occuper. Cependant, l'organisation des soins et la gestion du personnel hospitalier s'avèrent de moins en moins compatibles avec une continuité des soins. En effet, comment être contenant avec la personne accueillie lorsqu'en tant que professionnel son propre sentiment de continuité dans le travail et celui de l'appartenance à une équipe est mis à mal ? Néanmoins, par exemple, être averti en tant que soignant, de la mobilisation possible par les femmes hospitalisées pour MAP de défenses parfois très archaïques dans un moment de désorganisation psychique face à d'intenses angoisses peut aider à mieux repérer et contenir l'expression de cette souffrance qu'il n'y a pas lieu ni de psychiatriser ni de considérer comme prédictive d'un état psychique ultérieur. De la même manière, après la naissance prématurée de l'enfant, une difficulté exprimée à se sentir mère de l'enfant doit pouvoir être entendue comme une réaction au traumatisme vécu sans être dans la prédiction de troubles de la relation mère-enfant. L'importance de considérer la fonction de la culpabilité dans la création du lien (Ravier, 2017) me paraît également une réflexion importante à mener avec les équipes soignantes, ainsi que celle de ne pas banaliser ces naissances dont les conséquences psychiques peuvent s'inscrire à long terme dont le risque dépressif pour la mère.

*De la spécificité du rôle du père pendant l'hospitalisation de l'enfant*

Impliquer davantage les parents dans les soins en étant plus soucieux au rôle spécifique du père en référence au modèle suédois apparaît être une perspective féconde dans le soutien du nouage des liens précoces. Une réflexion plus profonde sur la façon dont la maternité est pensée dans notre société pourrait participer à l'évolution de la place qui est donnée au père de l'enfant dans ces premiers temps. En cas d'indisponibilité psychique de la mère ou d'une trop grande vulnérabilité, il s'agirait d'être encore plus attentif à ne pas se faire prendre par le fantasme que la médecine maîtrise la situation afin de ne pas laisser l'enfant devenir l'objet de la médecine en le laissant aux prises des machines qui ne lui permettent pas d'être dans un rapport à l'Autre, lieu d'émergence du sujet. L'humanisation du lien ne peut se faire que par l'humain qui rate, contrairement à la machine qui fonctionne. « En posant des mots, « l'autre attentif » rassemble les sensations éparpillées et participe à un ordonnancement articulant le vivant au langage » (Druel, 2017, p : 163). Le père de l'enfant prend toute son importance dans la position qu'il peut occuper auprès de l'enfant et la mère en souffrance pour la soutenir dans l'investissement de leur enfant en prenant appui sur leur désir de couple et leur histoire singulière dont il partage les déterminants conscients et inconscients.

*Après la sortie de l'hospitalisation de l'enfant : quels repères symboliques ?*

La naissance prématurée en raison des risques de survie n'est pas fêtée, ni ritualisée. Or, la façon dont le monde social accueille l'enfant participe à la construction du maternel et du parental. Il pourrait être important de réfléchir, en prenant appui sur des repères symboliques propres au rituel de la naissance, à la façon dont l'enfant prématuré est accueilli dès sa venue au monde. Par exemple, la pertinence médicale de continuer à parler de leur âge en semaines d'aménorrhées et en âge corrigé la première année pourrait être repensé en prenant davantage en considération leur dimension symbolique. Le retour à domicile avec l'enfant est souvent un moment difficile après avoir été entouré de professionnels de soin pendant des mois. Un « sevrage » de la surveillance médicale de l'enfant est souvent nécessaire pour les parents. Dans les mois qui suivent, les hospitalisations fréquentes pour des difficultés respiratoires, alimentaires ou de sommeil sont souvent difficiles émotionnellement pour les parents et leur impact

psychique n'est pas à négliger dans la dynamique relationnelle. En ce qui concerne le suivi médical, il serait limité aux enfants nés avant 32 SA ou aux enfants en difficultés. Mais qu'en est-il du suivi des autres enfants nés prématurément ? Ce suivi médical est coordonné au niveau régional par les réseaux de périnatalité : pédiatre hospitalier, centre d'action médico-social précoce et protection maternelle infantile. Dans le cadre d'unité de suivi des dits « anciens prématurés », des consultations tous les deux à quatre mois pendant les deux premières années de l'enfant, puis tous les ans jusqu'à ses six ans. Ces consultations médicales sont l'occasion pour l'enfant et les parents de rencontrer une équipe pluridisciplinaire (psychomoteurs, psychologues, des neuropsychologues, des orthophonistes ou des ergothérapeutes, kinésithérapeutes) afin de réaliser des bilans d'évaluations si nécessaires et de proposer des prises en charges thérapeutiques adaptées au cas échéant. La prise en charge globale est destinée à surveiller le développement psychomoteur et psychoaffectif de l'enfant. Dans ce cadre, un espace thérapeutique pour les relations parents-enfant pourrait être davantage soutenu. Le dernier rapport Europeristat (Branger, 2015) a pointé les carences de la politique périnatale en France et les inégalités selon les régions en fonction d'un manque de moyens humains et financiers. Le recours aux prises en charge en libéral crée des inégalités sociales dans les soins dont peuvent bénéficier ces enfants nés trop tôt.

Ainsi s'achève le tricotage de la layette psychique de ma thèse.

# BIBLIOGRAPHIE

ABENSOUR L. (2011), Présentation orale de Liliane Abensour, *Revue française de psychanalyse*, n° 75, Paris: PUF, p. 1285-1295.

ALBERTI C. (dir.) (2014), *Être mère, des femmes psychanalystes parlent de la maternité*, Paris: Navarin, Le champ freudien, 201 p.

ALS H., BUTLER S., KOSTA S., MCANULTY G. (2005), The Assessment of preterm infants' behavior (APIB): Furthering the understanding and measurement of neurodevelopmental competence in preterm and full-term infants, *Mental Retardation and Developmental Disability Research Review*, n° 11, p : 94-102.

AMMANITI M. (1991), Représentations maternelles pendant la grossesse et interactions précoces mère-enfant, *Psychiatrie de l'enfant*, n° 34, p : 341-358.

AMMANITI M., TAMBELLI R., PERUCCCHINI P. (2000), De la grossesse à la période post-accouchement : instabilité et évolution des représentations maternelles, *Devenir*, n° 12, p : 57-74.

ANSERMET F. (2010), Naissances traumatiques. *Maternités traumatiques*, (ANDRE J. et AUPETIT L. Eds.), Paris: PUF, p : 63-80.

ANSERMET F. (1999), *Clinique de l'origine, l'enfant entre la médecine et la psychanalyse*, Lausanne : Payot, Psyché, 190 p.

ANSERMET F. (2015), *La fabrication des enfants, un vertige technologique*, Paris: Odile Jacob, 245 p.

ANZIEU D. (1985), *Le Moi Peau*, Paris: Dunod, 254 p.

ANDRE J., AUPETIT L. (dir) (2010), *Maternités traumatiques*, Paris: PUF, 125 p.

ANZIEU-PREMMEREUR C. (2011), Fondements maternels de la vie psychique, *Revue Française de Psychanalyse*, n° 75, Paris: PUF, p : 1449-1488.

APTER G., LE NESTOUR A. (2011), Repérages et risques de maltraitance en période périnatale, *Journal de Pédiatrie*, n°14, p : 47-52.

AZOULAY C. et EMMANUELLI M. (2000), La feuille de dépouillement du TAT : nouvelle formule, nouveaux procédés, *Psychologie clinique et projective*, n° 6, p : 305-327.

BAYLE B. (2005), *L'enfant à naître – Identité conceptionnelle et gestation psychique*, Ramonville Saint-Agne : Erès, La vie de L'Enfant, 391 p.

BAYLE B. (2016), *Le déni de grossesse : un trouble de la gestation psychique*, Ramonville Saint-Agne : Erès, La vie de l'enfant, 256 p.

BENEDEK T. (1959), Parenthood as a developmental phase: a contribution to the libido theory, *Journal American Psychoanalytic Association*, n°7, p : 389-417.

BERGES J., LEZINE I. & al. (1969), Le syndrome de l'ancien prématuré, recherche sur sa signification, *Revue de Neuropsychiatrie Infantile*, n° 17, p : 719-777.

BERTHIAUD E. (2009), Grossesse désirée, grossesse imposée : le vécu de la grossesse aux XVIIIe-XIXe siècles en France dans les écrits féminins privés, *Histoire, économie & société*, p : 35-49.

BICK E. (1968), Expérience de la peau dans les relations d'objets précoces, *Écrits de Martha Harris et Esther Bick*, Larmor Plage, Éditions du Hublot, trad. française intégrale 1998, p : 135-139.

BIBRING G.L. (1959), Some considerations of the psychological processes in pregnancy, *The Psychoanalytic Study of the Child*, n° 14, p : 113-121.

BION W.-R. (1962), *Aux sources de l'expérience*, Paris: PUF, 2003, 137 p.

BLANCHARD-LAVILLE C. (1999), L'approche clinique d'inspiration psychanalytique : enjeux théoriques et méthodologiques, *Revue française de pédagogie*, n° 127, p : 9-22.

BLANCHET A. (2000), Psychologie clinique : recherche et rapport aux pratiques, *Journal des psychologues*, n° 178, p : 49-51.

- BOLTANSKY L. (2004), *La condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris: Gallimard, Essais, 432 p.
- BLANCHET A. (2005), *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris: Armand Colin, 128 p.
- BLOCH H., LEQUIEN P., PROVASI J. (2003), *L'enfant prématuré*, Paris: Armand Colin, 199 p.
- BLOMQUIST Y. T., RUBERTSSON C., KYLBERG E., JÖRESKOG K., NYDQVIST K.H. (2012), Kangaroo Mother Care Helps Fathers of Preterm Infants Gain Confidence in the Paternal Role, *Journal of Advanced Nursing*, n° 68, p : 1988-1996.
- BOLOT P., MATHELIN-VANIER C. (2013), La coréanimation, *Spirale*, n° 66, p : 49-55.
- BORGHINI A. & MULLER NIX C. (2008), *Un étrange petit inconnu- La rencontre avec l'enfant né prématuré*, Ramonville Saint-Agne : Erès, 1001 BB, n° 91, 139 p.
- BORGHINI A., MULLER-NIX C. (2015), Traumatisme parental et conséquences lors d'une naissance prématurée, *Contraste*, n° 41, p : 65-84.
- BOUKOBZA C. (2003), La clinique du holding. Illustration de D.W. Winnicott, *Le Coq héron*, n° 173, p : 64-71.
- BOURGUIGNON O. et BYDLOWSKI M. (2006), *La recherche clinique en psychopathologie*, Paris: PUF, Le Fil rouge, 320 p.
- BOWLBY J. (1958), The nature of the child's tie to his mother, *International Journal of Psycho-Analysis*, n° 39, p : 350-373.
- BOWLBY, J. (1969) *Attachement et perte*, Paris: PUF, (3 tomes), Paris: PUF, Le Fil rouge, trad. française, 1978 et 1984.
- BRAUNSCHWEIG D. et FAIN M. (1975), *La nuit, le jour. Essai psychanalytique sur le fonctionnement mental*, Paris: PUF, 302 p.
- BRANGER B. (2015), Réseaux de santé en périnatalité. Prévalence et caractéristiques de l'entretien prénatal précoce: résultats d'une enquête dans les réseaux de santé en périnatalité. France 2012, *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 6-7, p : 123-131.

BREZINKA C. (2009), À propos des données épidémiologiques, *Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse*, Editions Universitaires du Sud, p : 15-23.

BRUSSET B. (2006), Métapsychologie des liens et troisième topique, *Revue française de psychanalyse*, n°70, p : 1213-1282.

BULLE I. (2017), Accompagner les naissances précoces, *Le Journal des psychologues*, n° 343, p : 56-61.

BYDLOWSKI M. (2000), *Je rêve un enfant, l'expérience intérieure de la maternité*, Paris: Odile Jacob, 2010, 185 p.

BYDLOWSKY M. (2008), *Les enfants du désir*, Paris: Odile Jacob, 203 p.

CAREL A. (1977), Le nouveau-né à risque, et ses parents. Étude psychodynamique, *Le devenir de la prématurité*, Paris: PUF, p : 125-164.

CAMBONIE G., MULLER J-B., EHLINGER V., ROY J., GUEDENEY A, LEBEAUX C, et al. (2017), Mother-infant interaction assessment at discharge and at 6 months in a French cohort of infants born very preterm: The OLIMPE study. *PloS ONE* 12 (12): e0188942. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188942>

CASTAIGNE V., PICONE O., FRYDMAN R. (2005), Accouchement du prématuré, *Delivery of preterm infants*, EMC - Gynécologie-Obstétrique, n° 2, p : 354-363.

CHARPAK N., TESSIER J.G., RUIZ G. et al. (2017), *Twenty-year Follow-up of Kangaroo Mother Care Versus Traditional Care*. *Pediatrics*, n°139 (1) e20162063

CHATEL M-M. (1993), *Malaise dans la procréation, Les femmes et la médecine de l'enfantement*, Paris : Albin Michel, 1998, 186 p :

CHEMAMA R. et VANDERMERSCH B. (1998), *Dictionnaire de la psychanalyse*, Larousse-Bordas, 462 p.

CHEVALERIAS M.P. (1996), *Le désir maternel d'intimité avec le nouveau-né*. Thèse de Psychologie clinique, Paris 5, 360 p.

CICCONI A. (2009), *Honte, culpabilité et traumatisme*, Paris: Dunod, 249 p.

CORBET E. (2012), *La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance*, Paris: Rapport final, Projet de recherche ONED.

CRAMER B. et PALACIO ESPASA F. (1993), Le fonctionnement mental du post-partum : une nouvelle topique, *La pratique des psychothérapies mères-bébés. Études cliniques et techniques* (CRAMER B. et PALACIO ESPASA F. dir.), Paris: PUF, Le Fil rouge, 381 p.

CUYNET P. et MARIAGE A. (2004), Le dessin de l'arbre généalogique comme épreuve projective, *Le Divan familial*, n° 13, p : 161-182.

DAYAN J., CREVEUIL C., MARKS MN, CONROY S., HERLICOVIEZ M., DREYFUS M., et al. (2006), *Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care*, Psychosom Med

DAYAN J. (2009), Le déni de grossesse : aperçus théoriques, *Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse*, Toulouse: Editions Universitaires du Sud, p : 47-59.

DARCHIS E. (2013), La haine du fœtus, *Le Divan familial*, n° 31, p : 45-58.

DELASSUS J-M. (2011), *Penser la naissance*, Paris: Dunod, 960 p.

DRUEL G. (dir) (2017), *Lorsque le sujet paraît... Naissance et clinique des tout-petits*, Rennes : PUR, Clinique psychanalytique et psychologie, 488 p.

DRUON C. (2009), *A l'écoute du bébé prématuré*, Paris: Champs essais, Flammarion, 198 p.

DRUON C. (2012), Quel lien entre le bébé prématuré et ses parents en médecine néonatale ? *Revue française de psychosomatique*, n° 41, p : 135-147.

FAVEZ-BOUTONIER J. (1962), *La psychologie clinique : objet – méthode – problèmes*, Paris: Centre de documentation universitaire, Les cours de Sorbonne, 114 p.

FERNANDEZ L. (2006), La recherche en psychologie clinique, *Recherche en soins infirmiers*, n° 84, p. 41-51.

FIELD T. M. (1980), Interactions of preterm and term infants with their lower- and middle-class teenage and adult mothers, *High risk infants and children: adult and peer interactions*, New York, Academic press, p : 113-132.

- FREUD S. (1914), Pour introduire le narcissisme, *La vie sexuelle*, Paris: PUF, 1970, p : 81- 105.
- FREUD S. (1915), Pulsions et destins des pulsions, *Métapsychologie*, Paris: Gallimard, Folio/Essais, 1986, p : 182-184.
- FREUD S. (1919), L'inquiétante étrangeté, *Essais de psychanalyse appliquée*, Paris: Gallimard, Idées, 1971, p : 163-210.
- FREUD S. (1920), Au-delà du principe de plaisir, *Œuvres Complètes de Freud (1916-1920)*, n° 15, Paris: PUF, 2002, p : 273-338.
- FREUD S. (1926), *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris PUF, Quadrige, 2009, 88 p.
- FREUD S. (1932), La féminité, *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*, Paris: Gallimard, Idées, 1971, p : 147-178.
- GAREL M. (2009), Impact d'un enfant grand prématuré sur la famille. Résultats d'une enquête Epipage, *Lorsque la parentalité paraît*, (MORISSEAU L. dir.), Paris: PUF, Le Fil rouge, p : 197-212.
- GIRAUD A-S. (2014), Le corps embryonnaire et foetal dans une approche relationnelle, *Recherches familiales*, n°11, p : 9-17.
- GOLSE B., GOSME SEURET S., et MOKHTARI M. (2001), *Bébés en réanimation, Naître et renaître*, Paris : Odile Jacob, 231 p.
- GOLSE B. et M. BYDLOWSKI M. (2001), De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie vers l'objectalisation, *Carnet/Psy* n° 63, p : 30-33.
- GOLSE B (2006), *L'être bébé*, Paris: PUF, Le Fil rouge, 331 p.
- GOLSE B. (2004), Les bébés d'aujourd'hui face à l'attachement, à la psychanalyse, à la narrativité et au concept de résilience, *Perspectives Psy*, n°43, p : 176-183.
- GOLSE B. (2004), La pulsion d'attachement, *La psychiatrie de l'enfant*, n°47, p : 5-25.
- GUYOMARD D. (2009), *L'effet-mère, L'entre mère et fille, Du lien à la relation*, Paris: PUF, 211 p.

HAAG G. (1990), « De l'in-corporation des liens au processus de symbolisation », *Corps et liens*, 3ème Colloque du GECP, Aix-en-Provence, 21-22 avril 1990.

HAAG G. (2014), Les avancées théoriques dans la clinique psychanalytique de l'autisme. Nature des angoisses et des défenses. Entrecroisements avec les autres champs de recherche, *Autisme et psychanalyse, évolutions des pratiques, recherches et articulations* (AMY M-D. dir.), Toulouse: Erès, p : 49-90.

HARLOW H. (1958), The nature of love, *American Psychologist*, n°13, p : 673-685.

HEDEGAARD M., BRINK T., HENRIKSEN T., SABROE S., JORGEN SECHER N. (1993), Psychological distress in pregnancy and preterm delivery, *British Medical Journal*, n° 307, p : 234-239.

HEALTH T.D., JARDEN M. (2013), Fathers' Experiences with the Skin-to-skin Method in NICU : Competent Parenthood and Redefined Gender Roles, *Journal of Neonatal Nursing*, n° 19, p : 114-121.

HERZOG A., MULLER-NIX C. et al. (2003), Etude clinique sur le rôle paternel lors d'une naissance prématurée, *Psychothérapies*, n° 23, p : 97-106.

HOLLYWOOD M., HOLLYWOOD E. (2011), The Lived Experiences of Fathers of a Premature Baby on a Neonatal Intensive Care Unit, *Journal of Neonatal Nursing*, n° 17, p : 32-40.

JANIN C. (1996), *Figures et destins du traumatisme*, Paris: PUF, 132 p.

JOHNSON S, HOLLIS C, KOCHHAR P, et al. (2010), Autism spectrum disorders in extremely preterm children, *The Journal of Pediatrics*, n°156, p : 525-531.

KLEIN M. (1959), *La psychanalyse des enfants*, Paris: PUF, 2004, 316 p.

KNIEBIEHLER Y. (2001), *La Maternité affaire privée, affaire publique*, Paris: Bayard, 270 p.

KOLIOULI F., RAYNAUD J-P., ZAOUCHE-GAUDRON C. (2016), Être père d'un nouveau-né prématuré. Synthèse des résultats d'une étude en service hospitalier de néonatalogie, *Revue des politiques sociales et familiales*, n° 122, p : 133-139.

KOLIOULI F., ZAOUCHE-GAUDRON C. et al. (2017), Soutien social et expérience paternelle des pères de nouveau-nés prématurés, *Enfances Familles Générations* [En ligne], 26, mis en ligne le 14 mars 2017, consulté le 25 septembre 2017. URL : <http://efg.revues.org/1325>

KONICHECKIS A. (2010), La psychanalyse à l'épreuve de la maternité : les expériences réalisantes, *Maternités traumatiques* (ANDRE J. et AUPETIT L. dir.), Paris: PUF, p : 97-113.

KREISLER L., SOULE M. (2004), L'enfant prématuré, *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (Lebovici S. dir.) tome 1, Paris: PUF, p : 1893-1915.

LACAN J. (1973), Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse, *Le Séminaire*, livre XI, Paris: Seuil, p : 162-163.

LAPLANCHE J. et PONTALIS J.-B. (1981), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris: PUF, 523 p.

LAURENT D. (2014), Techno-maternités, l'illimité du désir d'enfant, *Être mère, des femmes psychanalystes parlent de la maternité* (ALBERTI C. dir.), Paris: Navarin, Le champ freudien, p : 19-41.

LAZNIK M-C. (2016), Peut-on penser une clinique du nœud borroméen qui distingue psychose et autisme chez le tout-petit ?, In M. BERGES-BOURES, J-M. FORGET (Eds.), *Les psychoses chez l'enfant et l'adolescent*, Toulouse: Erès, Psychanalyse et Clinique.

LE BLANC M. (1989), Comparaison du comportement de mères d'enfant à terme et de mères d'enfant prématuré lors d'une interaction avec leur bébé, *Psychiatrie de l'enfant*, n° 32, p : 249-268.

LEBOVICI S. et STOLERU S. (1994), *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste. Les interactions précoces*, Paris: Bayard, 377 p.

LE BRETON D. (2008), *Anthropologie du corps et de la modernité*, Paris: Puf, Quadrige Essais Débats, 330 p.

LE GRAND SEBILLE C. (2001), Les deuils d'enfants : de la conception à la naissance, pratiques rituelles, *Études sur la mort*, n° 119, p : 39-45.

- LORENZ K. (1935), *The companion in bird's world*, *Instinctive Behavior* New York, International Universities Press, 1957, p : 83-128.
- LUNDQVIST P., WESTAS L.H., HALLSTRÖM I. (2007), From Distance Towards Proximity : Fathers Lived Experience of Caring to their Preterm Infants, *Journal of Pediatric Nursing*, n° 22, p : 490-497.
- MATHELIN C. (1998), *Le Sourire de la Joconde*, *Clinique psychanalytique avec les bébés prématurés*, Paris: Denoël, Espace analytique, 240 p.
- MAINGUENEAU D., ANGERMULLER J. (2007), Discourse analysis in France. A conversation. *Forum Qualitative Social Research*, n° 8 (2).
- MARINOPOULOS S. (2007), *Le Dénier de grossesse*, Bruxelles : Temps d'arrêt nd pages.
- MELLIER D. [Denis] (2003), L'intégration psyché-soma et le temps de l'intrigue, ce que nous apprennent les bébés, *Champ psy*, n° 30, p : 27-43.
- MELLIER D. [Daniel] (2013), Introduction : Quand les enfants sont nés avant, *Enfance*, p : 5-6.
- MELLIER D. [Daniel] et SORIN A-L. (2013), Les figures de la prématurité, *Enfance*, p : 7-14.
- MELLIER D. [Denis] (2005), La fonction à contenir. Objet, processus, dispositif et cadre institutionnel, *La psychiatrie de l'enfant*, n° 48, p : 425-499.
- MELLIER D. [Denis] (dir.) (2012), *La vie psychique du bébé, émergence et construction intersubjective*, Paris : Dunod, 273 p.
- MELLIER D. [Denis] (2012), Souffrance, attention et processus de contenance chez le bébé, *La vie psychique du bébé*, Paris: Dunod, 273 p.
- MELLIER D. [Denis] (2017), L'idéal, l'étrangeté et le fonctionnement familial autour du berceau, *Le Divan familial*, n° 39, p : 81-92.
- MELLIER D. [Denis] (dir.) (2015), *Le bébé et sa famille, Place, identité et transformation*, Paris: Dunod, 221 p.

MISSONNIER S. (2007), Le premier chapitre de la vie ? nidification fœtale et nidation parentale, *La psychiatrie de l'enfant*, n° 50, p : 61-80.

MISSONNIER S. (2012), Anticipation, angoisses signal et parentalité, *La vie psychique du bébé* (MELLIER D dir.), Paris: Dunod, p : 45-66.

MOULIN G. (2010), *Enjeux psychiques de la très grande prématurité, approche psychosomatique*, Thèse de doctorat de psychologie, Lyon, 167 p.

MOURAS M.-J. (2001), L'encadrement des mémoires de recherche en psychologie clinique : Réflexions méthodologiques à partir de travaux effectués dans le champ de la périnatalité, *Psychologie clinique et projective*, n° 7, p : 217-231.

MOREL M-F. (2001), Images du petit enfant mort dans l'histoire, *Études sur la mort*, n° 119, p : 17-38.

MOREL M-F. (2016), La mort d'un bébé au fil de l'histoire, *Spirale*, n° 80, p : 197-213.

MORELIUS E, BROSTROM B., WESTRUP B. et co. (2012), The Stockholm Neonatal Family-Centered Care Study: Effects on salivary cortisol in infants and their mothers, *Early Human Development*, n° 88, p : 575-581.

MORISOD-HARARI M., BORGHINI A., HOHFELD P., FORCADA-GUEX M., MÜLLER-NIX C. (2013), Influence d'une hospitalisation prénatale sur les facteurs de stress parentaux lors d'une naissance prématurée, *Journal de Gynécologie Obstétrique Biologie de Reproduction*, n° 42, p : 64-70.

MORISSEAU L. (dir) (2009), *Lorsque la parentalité paraît*, Paris : PUF, Le Fil rouge, 216 p.

MÜLLER NIX C. & al. (2009), Prématurité, vécu parental et relations parents/enfant : éléments cliniques et données de recherche, *La psychiatrie de l'enfant*, n° 52, p : 423-450.

MURAT P. (2003), Aspects juridiques des interrogations sur les AMP, *Journal français de psychiatrie*, n°20, p : 29-33.

NEZELOF S. (2011), La grossesse et ses démons, *Enfances & Psy*, n° 51, p : 76-82.

NOËL R. et CYR F. (2009), Le père : entre la parole de la mère et la réalité du lien à l'enfant, *La psychiatrie de l'enfant*, n° 52, p : 535-591.

OUSS-RYNGAERT L., ALAVAREZ L., BOISSEL A. (2012), *Autisme et prématurité : état des lieux, Autism and prematurity : State of the art*, Archives de Pédiatrie, n°19, Issue 9, p : 970-975.

PASCAL C., THEVENOT A. et SPIESS M. (2011), Expérience de passivité et affects d'angoisse dans le temps de la grossesse, *Dialogue*, n° 192, p : 137-148.

PERARD-CUPA D., VALDES L., ABADIE I. et al (1992), Bébés imaginés et interactions précoces, *Devenir*, n°4, p : 47-60.

PEDINIELLI J-L. (1994), *Introduction à la psychologie clinique*, Paris : Colin, 2012, 128 p.

PEDINIELLI J-L. (1999), *Approche de la recherche clinique en psychologie*, Recherche en soins infirmiers, n°59, p : 9-14.

PIERREHUMBERT B. (2003), Attachement et psychopathologie, *Enfance*, n° 55, p : 74-80.

PIERREHUMBERT B., NICOLE A., MULLER-NIX C. & al. (2003), Parental post-traumatic reactions after premature birth: implications for sleeping and eating problems in the infant", *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, n° 88, p : 400-404.

PINTO-MARTIN JA, LEVY SE, FELDMAN JF, et al. (2011), *Prevalence of autism spectrum disorder in adolescents born weighing < 2000 grams*, Pediatrics, n° 128, p : 883-891.

PRAT R. (2008), *Maman-bébé : duo ou duel ?*, Toulouse : Erès, La vie de l'enfant, 161 p.

PRAT R. (2013), La terreur de la dépendance comme expérience fondatrice du maternel, *Imaginaire & Inconscient*, n° 32, p : 11-29.

PRAT R. (2014), Aux origines du narcissisme : le corps et l'autre. Nature des expériences relationnelles et corporelles précoces. Le rythme et le territoire, *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n° 4, p : 25-59.

PRECELLE F. (2004), Problématique dépressive, première grossesse et menace d'accouchement prématuré, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n° 52, p : 279-283.

RACAMIER P. Cl. (1978), A propos des psychoses de la maternalité, *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée* (SOULE M. dir), Paris : ESF, La vie de l'Enfant, 1978, p : 41-50.

RACAMIER P. Cl. (1979), La maternité psychotique, *De psychanalyse en psychiatrie, Etudes psychopathologiques*, Paris : Payot et Rivages, 1998, p.193-242.

RAVIER A., PEDINIELLI J-L. (2015), Prématurité et parentalité, *Enfance et Psy*, n°65, p : 145-157.

RAVIER A., SCOTTO DI VETTIMO D. (2017), Approche psychopathologique de l'enfant né prématuré : la culpabilité maternelle pour panser/penser le lien à son enfant, *Cliniques méditerranéennes*, n° 96, p : 245-256.

REVAULT D'ALLONNES C. (1994), *Être, faire, avoir un enfant*, Paris : Petite Bibliothèque Payot, 304 p.

ROCHETTE J. (2009), Travail des traces en post-partum immédiat: le blues des quarante jours, In L. AYOUN, P. AYOUN et F. DROSSART (Eds.), *Les traces de l'archaïque*, Toulouse: Erès, 2009, p : 61-116.

ROMAN P. (2014), La recherche en psychopathologie et psychanalyse – Un défi clinique, entre créativité et aporie, *Recherches en Psychanalyse*, n° 17, p : 54-62.

ROUSSILLON R. (2011), Le concept du maternel primaire, *Revue française de psychanalyse*, n° 75, Paris: PUF, p : 1497-1504.

SAMARA M., MARLOW N., WOLKE D. (2008), Pervasive behavior problems at six years of age in a whole population sample of children born at 25 weeks of gestation or less, *Pediatrics*, 122, p : 562-573.

SEGUIN S. et al. (2013), Dénis et négations de grossesse ? une revue de la littérature, *La psychiatrie de l'enfant*, n° 56, p : 67-292.

SIBERTIN-BLANC D. (2002), Naître grand prématuré et après ?, *Psychiatrie de l'enfant*, n° 45, p : 437-482.

SOLANO-SUEREZ E. (2014), Maternité Blues, *Être mère, des femmes psychanalystes parlent de la maternité* (ALBERTI C. dir.), Paris: Navarin, Le champ freudien, p : 63-84.

SOMMANTICO M. et BOSCAINON D. (2007), Génogramme et choix du partenaire en thérapie psychanalytique de couple, *Le Divan Familial*, n°18, 194 p.

SOULE M. (1982), L'enfant dans la tête, l'enfant imaginaire, *La dynamique du nourrisson* (BRAZELTON T dir.), Paris: ESF, La vie de l'enfant, 1982, p. 135-175.

SPIESS M. (1999), *La mise en jeu du corps dans la maternité : contribution à la question de la féminité*, Thèse de Psychologie, Strasbourg : Université Louis Pasteur, 266 p.

SPIESS M. (2009), Donner naissance : une confrontation à l'altérité, *Dialogue*, n° 184, p. 105-113.

SPIESS M., THEVENOT A. (2014), La parentalité et l'ambivalence maternelle à l'épreuve des normes, *La grossesse, une histoire hors normes* (DAVOUDIAN C. dir.), Toulouse : Erès, 1001 Bébés, p : 161-174.

SIROL F. (2003), ... et la haine alors ?, *Spirale*, n° 28, p : 155-164.

STOLERU S., MORALES-HUET M., GRINSCHPOUN M-F. (1985), De l'enfant fantasmatique de la grossesse à l'interaction mère-enfant, *Psychiatrie de l'enfant*, n° 28, p : 441-484.

STERN D. (1989), *Le monde interpersonnel du nourrisson : une perspective psychanalytique et développementale*, Paris: PUF, Le Fil rouge, 2003, 381 p.

TORCHIN H. et al (2015), Epidémiologie de la prématurité : prévalence, évolution, devenir des enfants, *Journal de Gynécologie Obstétrique Biologie de Reproduction*, n° 44, p : 723-731.

TUSTIN F. (1977), *Autisme et psychose de l'enfant*, Paris : Le Seuil, Points, 187 p.

VIAUX S., ROSENBLUM O., MAZET Ph., DOMMERGUES M., COHEN D. (2007), La surveillance prénatale des grossesses à suspicion de malformation : Etude du retentissement sur les représentations maternelles, *Revue de Neuropsychiatrie de l'enfance*, n° 55, p : 413-423.

VANIER A. (1995), *Contribution à la métapsychologie du temps des processus psychiques. Questions posées par l'observation et la clinique infanto-juvénile*, Thèse de doctorat de psychopathologie fondamentale et psychanalyse, Paris 7, 533 p.

VANIER A. (2001), Homme/père, *Figures de la psychanalyse*, n° 5, p : 127-137.

VANIER C. (2013), *Naître prématuré, le bébé, son médecin et le psychanalyste*, Paris: Bayard, La cause des bébés, 357 p.

WINNICOTT D. W. (1950-1970), *Le bébé et sa mère*, Paris: Payot, Science de l'Homme, 1992, 150 p.

WINNICOTT D.W. (1947), La haine dans le contre-transfert, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris: Payot, Science de l'homme, 1989, p : 72-82.

WINNICOTT D.W. (1956), La préoccupation maternelle primaire, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris : Payot, Science de l'homme, 1989, p : 285-291.

WINNICOTT, D.W. (1962), Intégration du moi au cours du développement de l'enfant, *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris: Payot, 1989, p : 14-15.

WINNICOTT, D.W. (1961), La relation parent-nourrisson, Paris : Petite bibliothèque Payot, 2011, 153 p.

YI M. (2017), *Cris et chuchotements du corps féminin à l'épreuve de l'avortement : une approche psychanalytique*, *Tracés. Revue de Sciences humaines*, [En ligne], 17, mis en ligne le 23 janvier 2018, consulté le 20 octobre 2018. URL : <http://journals.openedition.org/traces/7210> ; DOI : 10.4000/traces.7210

# Table des matières

<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE.....</b>	<b>1</b>
<b>PREMIÈRE PARTIE APPROCHE THÉORIQUE .....</b>	<b>7</b>
1. La grande prématurité.....	9
1.1. Approche juridique, anthropologique et historique des bébés nés avant terme.....	9
1.1.1. Approche juridique .....	10
1.1.2. Approche anthropologique .....	13
1.1.3. Approche historique de la prise en charge médicale des bébés prématurés .....	15
1.2. Approche scientifique et médicale de la grande prématurité.....	18
1.2.1. Définition de la prématurité, de la réanimation néonatale et de la menace d'accouchement prématuré (MAP).....	18
1.2.2. Aspects épidémiologiques.....	20
1.3. Etiologie de la prématurité.....	22
1.4. Facteurs de prématurité .....	23
1.5. Prématurité et développement neuro développemental .....	24
1.5.1. Epipage 1.....	25
1.5.2. Epipage 2.....	27
1.6. Prématurité et développement psychoaffectif.....	29
2. Construction du maternel.....	33
2.1. Définition du maternel.....	33
2.2. Caractéristiques du psychisme maternel pendant la grossesse et la période qui entoure la naissance.....	38
2.2.1. Processus d'identification régressive.....	39
2.2.2. Processus de maturation psychique.....	40

2.2.3. Processus de régression narcissique .....	40
2.2.4. Ambivalence maternelle ou le traitement de la haine du fœtus et passivité.....	42
2.2.5. Projections fantasmatiques et le bébé imaginaire ou imaginé .....	44
2.2.6. Capacité de rêverie maternelle .....	46
2.2.7. Fonction de contenance .....	49
3. Construction du maternel dans les situations de grande prématurité .....	51
3.1. Théorie de l'attachement.....	52
3.2. Approche psychosomatique .....	54
3.3. Approche psychanalytique .....	55
3.3.1. Clinique du traumatisme .....	55
3.3.2. Séparation mère enfant.....	58
3.3.3. Enjeux narcissiques.....	59
3.3.4. Problématique de perte.....	59
3.3.5. Libidinisation du lien .....	60
3.3.6. Identification dans le lien et regard auréolé .....	61
<b>DEUXIEME PARTIE ETUDES CLINIQUES .....</b>	<b>65</b>
1. Méthodologie de la recherche.....	67
1.1. Problématique.....	67
1.2. Hypothèse principale.....	68
1.3. Hypothèse secondaire.....	68
1.4. Aspects méthodologiques.....	69
1.4.1. Cadre épistémologique .....	69
1.4.2. Cadre méthodologique.....	70
1.4.3. Outils méthodologiques.....	74
1.4.3.1. Entretien de recherche clinique.....	75
1.4.3.1.1. La parole subjective .....	77

1.4.3.1.2. La relation transférentielle.....	77
1.4.3.2. Entretiens semi-directifs .....	78
1.4.3.3. Principes éthiques.....	80
1.4.3.4. Enregistrement et transcription des entretiens de recherche clinique.....	82
1.4.3.5. Proposition d'un retour aux sujets de la recherche .....	83
1.4.3.5.1. Rapport aux sujets de la recherche.....	83
1.4.3.5.2. Rapport à mon objet de recherche.....	84
1.4.3.6. Analyse des entretiens de recherche clinique.....	84
1.5. Dispositif de recherche .....	86
1.5.1. Données de la recherche.....	87
1.5.1.1. Naissance prématurée/à terme – Grossesse avec ou sans MAP.....	87
1.5.1.2. Groupe témoins.....	88
1.5.2. Population .....	89
1.5.2.1. Primipares.....	89
1.5.2.2. Grossesse unique .....	90
1.5.2.3. En couple.....	90
1.5.2.4. Majeures .....	90
1.5.2.5. Francophones.....	90
1.5.3. Choix des terrains de recherche en fonction des hypothèses de recherche et mise en place du cadre méthodologique .....	91
1.5.3.1. Service de grossesses « à risques », service de gynécologie obstétrique, HUS, Strasbourg.....	91
1.5.3.2. Service d'échographie et de diagnostic prénatal, service de gynécologie obstétrique, HUS, Strasbourg.....	96
1.5.3.3. Cabinet de consultations de sage-femme en libéral, Obernai.....	97

1.5.3.4. Unité de Diagnostic des Troubles des Apprentissages et de Suivi des Anciens Prématurés (DITAP), service de Pédiatrie, HCC, Colmar.....	98
1.5.4. Recueil de données .....	101
1.5.5. Sélection des données analysées dans le cadre de notre recherche.....	104
1.5.6. Protocole de recherche .....	105
1.5.7. Analyse des données .....	106
1.5.7.1. Matériel discursif.....	106
1.5.7.1.1. Axe d'analyses des entretiens de recherche.....	106
1.5.7.1.2. Approche longitudinale.....	107
1.5.7.1.3. Approche comparative.....	107
1.5.7.1.4. Approche prospective et rétrospective .....	107
1.5.7.2. Observations des interactions avec l'enfant.....	108
2. Analyse des données cliniques.....	111
2.1. Premier groupe .....	111
2.1.1. Analyse de l'entretien de recherche avec Sarah .....	111
2.1.1.1. Cadre de l'entretien de recherche .....	111
2.1.1.2. Anamnèse.....	112
2.1.1.3. Analyse thématique de l'entretien et hypothèses générales.....	113
2.1.1.3.1. Construction du maternel.....	114
2.1.1.3.2. Rencontre subjective avec la médecine et le discours des professionnels de soin rencontrés .....	119
2.1.2. Analyse de l'entretien de recherche avec Martine.....	121
2.1.2.1. Cadre de l'entretien de recherche .....	121
2.1.2.2. Anamnèse.....	122
2.1.2.3. Analyse thématique de l'entretien et hypothèses générales .....	123
2.1.2.3.1. Construction du maternel .....	124

<b>2.1.2.3.2. Rencontre subjective avec la médecine et les professionnels de soin</b>	
rencontres .....	130
2.1.3. Analyse de l'entretien de recherche de Juliette.....	131
2.1.3.1. Cadre de l'entretien de recherche .....	131
2.1.3.2. Anamnèse.....	133
2.1.3.3. Analyse thématique de l'entretien.....	134
2.1.3.3.1. Contexte et déroulement de l'entretien de recherche .....	134
2.1.3.3.2. Hypothèses principales .....	135
2.1.3.3.3. Construction du maternel.....	136
2.1.3.3.4. Rencontre subjective avec la médecine et le discours des	
professionnels de soin rencontres .....	142
2.1.4. Analyse de l'entretien de recherche de Barbara.....	144
2.1.4.1. Cadre de la rencontre .....	144
2.1.4.2. Anamnèse.....	145
2.1.4.3. Analyse thématique de l'entretien et hypothèses générales .....	145
2.1.4.3.1. Construction du maternel .....	146
2.1.4.3.2. Rapport subjectif avec la médecine et les discours des professionnels	
de soin.....	151
2.1.5. Analyse de l'entretien de recherche avec Sophie.....	153
2.1.5.1. Cadre de l'entretien de recherche .....	153
2.1.5.2. Anamnèse.....	154
2.1.5.3. Analyse thématique de l'entretien.....	155
2.1.5.3.1. Construction du maternel .....	157
2.1.5.3.2. Rencontre subjective avec la médecine et le discours des	
professionnels de soin rencontrées.....	164
2.1.6. Synthèse .....	167

2.1.6.1. Cadre de l'entretien de recherche .....	167
2.1.6.2. Construction du maternel.....	168
2.1.6.2.1. Vécu de la grossesse .....	169
2.1.6.2.2. Vécu de l'accouchement.....	170
2.1.6.2.3. Rencontre avec le bébé prématuré et nouage du lien précoce.....	171
2.1.6.3. Rencontre subjective avec la médecine et le discours des professionnels de soin .....	173
2.1.6.3.1. De l'appropriation subjective de la catégorie des « prémas » .....	173
2.1.6.3.2. De la position de dépendance au surgissement de la position de mère .....	175
2.2. Deuxième groupe.....	178
2.2.1. Analyse des entretiens de recherche avec Safia.....	178
2.2.1.1. Contexte de la rencontre .....	178
2.2.1.2. Anamnèse.....	180
2.2.1.3. Analyse thématique des entretiens et hypothèses générales .....	181
2.2.1.3.1. Construction du maternel .....	183
2.2.1.3.2. Rapport subjectif au discours médical et au monde hospitalier .....	192
2.2.1.4. Conclusion .....	194
2.2.2. Analyse entretiens de recherche avec Alice .....	194
2.2.2.1. Contexte de la rencontre.....	194
2.2.2.2. Anamnèse .....	196
2.2.2.3. Analyse thématique des entretiens et hypothèses générales .....	197
2.2.2.3.1. Construction du maternel.....	199
2.2.2.3.2. Rapport subjectif au discours médical et à l'environnement hospitalier .....	208
2.2.2.4. Conclusion .....	210



2.2.6.2. Analyse longitudinale et comparative.....	263
2.2.6.3. Construction du maternel.....	264
2.2.6.3.1. Vécu de la grossesse.....	264
2.2.6.3.2. Vécu de l'accouchement.....	266
2.2.6.3.3. Rencontre avec le bébé réel et nouage des liens précoces .....	267
2.2.6.4. Rencontre subjective avec la médecine et son discours .....	270
2.2.6.4.1. Parcours procréatif.....	270
2.2.6.4.2. Vécu de l'hospitalisation pour MAP.....	271
2.2.6.4.3. Vécu de l'hospitalisation de l'enfant.....	273
2.3. Troisième groupe.....	276
2.3.1. Analyse entretiens de recherche avec Clothilde.....	276
2.3.1.1. Contexte de la rencontre .....	276
2.3.1.2. Anamnèse.....	276
2.3.1.3. Analyse thématique des entretiens et hypothèses générales .....	277
2.3.1.3.1. Construction du maternel .....	278
2.3.1.3.2. Rapport subjectif à la médecine et au discours des professionnels de soin rencontrés.....	286
2.3.2. Analyse des entretiens de recherche avec Charlotte .....	290
2.3.2.1. Contexte de la rencontre .....	290
2.3.2.2. Anamnèse .....	290
2.3.2.3. Analyse thématique des entretiens de recherche et hypothèses générales .....	291
2.3.2.3.1. Analyse de la relation transférentielle et contre-transférentielle .....	292
2.3.2.3.2. Construction du maternel.....	294
2.3.2.3.3. Discours au sujet de la rencontre avec la médecine et le discours des professionnels rencontrés .....	303

2.3.3. Analyse des entretiens de recherche d'Emilie .....	305
2.3.3.1. Aspects méthodologiques .....	305
2.3.3.2. Contexte des entretiens de recherche .....	306
2.3.3.3. Anamnèse .....	307
2.3.3.4. Analyse thématique des entretiens et hypothèses générales .....	308
2.3.3.4.1. Construction du sentiment maternel.....	311
2.3.3.4.2. Rapport subjectif à la médecine et au discours des professionnels de soin rencontrés.....	321
2.3.3.4.3. Conclusion .....	323
2.3.4. Analyse des entretiens de recherche avec Elodie .....	323
2.3.4.1. Contexte de la rencontre .....	323
2.3.4.2. Anamnèse .....	324
2.3.4.3. Analyse thématique des entretiens et hypothèses générales .....	324
2.3.4.4. Analyse en fonction des hypothèses de recherche.....	326
2.3.4.4.1. Construction du sentiment maternel.....	326
2.3.4.4.2. Vécu subjectif de l'accompagnement de son suivi de grossesse .....	335
2.3.5. Analyse des entretiens avec Lisa.....	336
2.3.5.1. Contexte de la rencontre .....	336
2.3.5.2. Anamnèse .....	337
2.3.5.3. Analyse thématique des entretiens et hypothèses générales .....	338
2.3.5.3.1. Construction du maternel.....	340
2.3.5.3.2. Vécu de l'accouchement.....	346
2.3.5.3.3. Nouage précoce avec Julia .....	347
2.3.5.3.4. Rapport subjectif à son suivi de grossesse et au monde hospitalier...	349
2.3.5.4. Conclusion .....	351
2.3.6. Synthèse .....	351

2.3.6.1. Analyse longitudinale et comparative .....	351
2.3.6.2. Construction du maternel .....	352
2.3.6.2.1. Vécu de la grossesse.....	354
2.3.6.2.2. Vécu de l'accouchement.....	358
2.3.6.2.3. Rencontre avec le nouveau-né .....	360
2.3.6.2.4. Nouage précoce avec le nouveau-né.....	361
2.3.6.3. Rencontre subjective avec la médecine et les professionnels de soins rencontrés .....	363
2.3.6.3.1. Suivi de la grossesse par une sage-femme en libéral versus en milieu hospitalier .....	363
2.3.6.3.2. Vécu de l'hospitalisation en maternité .....	364
<b>TROISIEME PARTIE ARTICULATION THEORICO-CLINIQUE.....</b>	<b>367</b>
1. Synthèse générale : Approche transversale et comparative.....	369
1.1. Contexte.....	370
1.1.1. Investissement des participantes.....	370
1.1.2. Tonalité émotionnelle et affective .....	371
1.2. Construction du maternel .....	372
1.2.1. Vécu de la grossesse.....	373
1.2.2. Vécu de l'accouchement .....	376
1.2.3. Rencontre avec le bébé et nouage des liens précoces.....	378
1.3. Rencontre subjective avec la médecine et les professionnels de soin .....	384
1.3.1. Suivi de la grossesse .....	385
1.3.2. Hospitalisation pour MAP.....	387
1.3.3. Au cours de l'hospitalisation de l'enfant.....	388
2. Discussion.....	395

2.1. La spécificité des éprouvés corporels dans les situations de naissances très prématurées .....	396
2.1.1. Le temps de la grossesse .....	397
2.1.2. Le temps de l'accouchement .....	400
2.1.3. Le temps de la rencontre avec l'enfant .....	401
2.2. La dimension pulsionnelle dans le nouage précoce : un éclairage sur le risque autistique dans les situations de naissances prématurées ? .....	404
2.3. La place des pères : rôles et fonctions dans les situations de naissances très prématurées .....	409
<b>CONCLUSION GENERALE .....</b>	<b>417</b>
Le bébé prématuré : du risque d'être l'objet de la médecine à l'enjeu de son humanisation ? .....	417
Approche clinique de la recherche .....	419
Limites et biais de la recherche .....	419
Élément objectif : la population, la temporalité et le critère de primiparité .....	420
Éléments subjectifs : l'origine et le père .....	420
Intérêts de la recherche et perspectives d'accompagnement thérapeutiques .....	421
Soins psychiques à la mère et à la relation mère-enfant pendant l'hospitalisation de la femme enceinte pour MAP et celle de l'enfant en néonatalogie .....	422
De la spécificité du rôle du père pendant l'hospitalisation de l'enfant .....	423
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>425</b>

## TABLE DES FIGURES

Figure 1. Estimation des taux de prématurité en 2010 à l'échelle mondiale, reproduit d'après Torchin ( <i>ibid.</i> , p : 25).....	21
Figure 2. Schéma de Bouasse.....	62
Figure 3. Schéma optique de J. Lacan.....	63

## TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale 2010.....	22
Tableau 2. Résultats de l'enquête EPICure .....	29
Tableau 3. L'ensemble des femmes rencontrées (n = 24).....	87
Tableau 4. Le nombre d'entretiens réalisés (n = 55).....	88
Tableau 5. Ensemble des 55 entretiens réalisés avec les 24 femmes volontaires.....	102
Tableau 6. Protocole de recherche .....	106
Tableau 7. Durée moyenne en minutes des entretiens de recherche.....	370

## TABLE DES ENCADRÉS

Encadré 1. Formulaire d'information et de consentement .....	82
Encadré 2. Présentation de notre recherche au Professeur I. Nisand, chef du service de gynécologie et d'obstétrique des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg dans l'établissement de l'hôpital de Hautepierre.....	93
Encadré 3. Présentation de la recherche à Madame Andrieu, sage-femme en libéral installée à « La Bulle » .....	98
Encadré 4. Présentation de notre recherche au Dr Faivret, pédiatre responsable de l'unité DITAP (Unité de Diagnostic des Troubles des Apprentissages et de Suivi des Anciens Prématurés) aux Hôpitaux Civils de Colmar .....	99
Encadré 5. Extrait troisième entretien avec Clothilde .....	109
Encadré 6. Hypothèses de travail.....	373



# Construction du maternel dans les situations de grande prématurité

## Résumé

Devenue une question de santé publique, la grande prématurité pose des questions éthiques, médicales et psychologiques. Considérée comme un facteur de risque de maltraitance et de troubles du spectre autistique, la littérature scientifique met en avant les effets du traumatisme pour expliquer la difficulté de nouage des liens précoces entre la mère et son enfant. A partir de l'analyse discursive et thématique de 34 entretiens de recherches menés avec 15 femmes primipares dans le cadre d'une recherche longitudinale et comparative, la construction du maternel et le rapport subjectif à la médicalisation et au discours des professionnels de soin rencontrés ont été explorés. Les résultats mettent en lumière l'effet loupe que permet les naissances très prématurées sur la construction du processus de maternalité en dévoilant, à travers le décalage entre la naissance physique et psychique, l'importance de la libidinisation ou de la phallicisation du bébé prématuré dans la création du lien. Ils éclairent également la spécificité de ce contexte de naissance à travers la place que prend cet « autre » qu'est la médecine dans ces naissances dont la survie de l'enfant dépend de sa technique.

Mots-clés : Processus de maternalité – Prématurité – Projections fantasmatiques – Médicalisation – Traumatisme

## Résumé en anglais

As a public health issue, extreme premature birth raises ethical, medical and psychological issues. Considered as a risk factor for child maltreatment and autism spectrum disorders, scientific literature puts forward the effects of trauma to explain the difficulty of forming early ties between the mother and her child. From the discursive and thematic analysis of 34 research interviews conducted with 15 primiparous women in the framework of a longitudinal and comparative research, the construction of the maternal and the subjective relationship to medicalization and the rhetoric of healthcare professionals met were explored. The results highlight the magnifying effect that very premature births can have on the construction of the maternal process by revealing, via the gap between physical and psychic birth, the importance of the libidinisation or phallicisation of the premature baby in the establishment of the relationship. They also shed light on this unique birth context by revealing the place that the "other" represented by medicine holds in such births for which the survival of the child depends on its skills.

Keywords: Maternal process - Preterm birth - Fantasy projections - Medicalization - Trauma