

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES
HUMAINES, SOCIALES ET ÉDUCATIVES

UNITÉ DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES
HUMAINES ET SOCIALES

LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE DU
DÉVELOPPEMENT ET DU MAL
DÉVELOPPEMENT



UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POSTGRADUATE SCHOOL FOR THE
SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR THE
SOCIAL SCIENCES

LABORATORY OF DEVELOPMENTAL
PSYCHOLOGY AND POOR
DEVELOPMENT

**RÉORGANISATION PSYCHIQUE ET TRANSFERT DE
L'ORIGINAIRE : CLINIQUE DU DEVENIR MÈRE CHEZ
LA PRIMIPARE AYANT UN NOUVEAU-NÉ PRÉMATURÉ
AU CAMEROUN**

Thèse présentée et soutenue le 13/01/2022 Pour l'obtention du Doctorat/Ph.D en
Psychologie

Spécialité : Psychopathologie et clinique

Par : KONFO TCHOLONG Clémence Idriss



Jury :

Président :	MAYI Marc Bruno, Professeur	Université de Yaoundé I
Rapporteurs :	TSALA TSALA Jacques Philippe, Professeur NDJE NDJE Mireille, Maître de conférences	Université de Yaoundé I Université de Yaoundé I
Membres :	NKELZOK KOMTSINDI Valère, Professeur AMANA Evelyne, Maître de conférences MGBWA Vandelin, Maître de conférences	Université de Douala Université de Yaoundé I Université de Yaoundé I

SOMMAIRE

DÉDICACE.....	iii
REMERCIEMENTS	v
LISTE DE TABLEAU	vi
LISTE DES FIGURES.....	vii
LISTE DES ANNEXES	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES	ix
RÉSUMÉ.....	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE.....	6
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE	7
1.1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE	8
1.2. FORMULATION DU PROBLÈME DE L'ÉTUDE.....	18
1.3. QUESTION ET HYPOTHÈSE DE RECHERCHE.....	26
1.4. L'OBJECTIF DE LA RECHERCHE.....	27
1.5. INTÉRÊTS DE L'ÉTUDE	28
CHAPITRE 2 : APPROCHE NOTIONNELLE ET CONCEPTUELLE DE L'ÉTUDE	30
2.1. LE DEVENIR MÈRE OU CONSTRUCTION DU MATERNEL	31
2.2. LA RÉORGANISATION PSYCHIQUE	36
2.3. LE TRANSFERT DE L'ORIGINAIRE	46
2.4. LA PRÉMATURITÉ.....	57
CHAPITRE 3 : LA CONSTRUCTION DU MATERNEL À L'ÉPREUVE DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.....	62
3.1. LA MATERNALITÉ	63
3.2. LES PROCESSUS ET LE VÉCU DE LA GROSSESSE	71
3.3. MATERNALITÉ ET IDENTITÉ MATERNELLE	82
3.4. L'ACCOUCHEMENT ET LES PREMIÈRES INTERACTIONS MÈRE-ENFANT..	94

3.5. LA CULTURE ET LA MATERNITÉ : LE CAS DE L'AFRIQUE ET DU CAMEROUN	100
3.6. LA CULTURE ET LES ALÉAS DE LA MATERNITÉ.....	113
3.7. LE VÉCU DE LA PRÉMATURITÉ.....	117
3.8. DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ À LA CONSTRUCTION DU MATERNEL	132
CHAPITRE 4 : INTRODUCTION À LA RÉORGANISATION PSYCHIQUE SUITE À L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.....	144
4.1. APPROCHE PSYCHANALYTIQUE DE LA PRÉMATURITÉ.....	145
4.2. APPROCHES THÉORIQUES DES PROCESSUS DE LA MATERNALITÉ.....	152
4.3. L'ORGANISATEUR PSYCHIQUE DE LA MATERNALITÉ.....	160
4.4. LA MATERNITÉ PSYCHIQUE : LE DEVENIR MÈRE.....	165
4.5. LE MODÈLE DE LA RÉORGANISATION PSYCHIQUE DANS LE DEVENIR MÈRE SUITE À L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.....	182
DEUXIÈME PARTIE : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET EMPIRIQUE.....	188
CHAPITRE 5 : MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE	189
5.1. RAPPEL DE LA PROBLÉMATIQUE.....	190
5.2. LE CADRE DE LA RECHERCHE	193
5.3. LES PARTICIPANTES DE L'ÉTUDE	196
5.4. MÉTHODE DE RECHERCHE.....	201
5.5. DÉROULEMENT DES ENTRETIENS	211
5.6. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	212
5.7. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES LORS DE LA CONDUITE DES ENTRETIENS	212
CHAPITRE 6 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS.....	214
6.1. PRÉSENTATION DES PARTICIPANTES	215
6.2. ANALYSE DU CAS MAFFO'O	218
6.3. ANALYSE DU CAS CHETIMA.....	232
6.4. ANALYSE DU CAS BESBA	249
6.5. ANALYSE DU CAS NDEZE.....	252
6.6. ANALYSE DU CAS MENGUE.....	262
6.7. ANALYSE TRANSVERSALE DES DONNÉES	272
6.8. AUTRES RÉSULTATS	289
CHAPITRE 7 : INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	296

7.1. RAPPEL DE LA QUESTION, HYPOTHÈSE DE RECHERCHE ET SYNTHÈSE DES RÉSULTATS OBTENUS	297
7.3. DISCUSSION DES RÉSULTATS	309
7.4. IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES	321
CONCLUSION GÉNÉRALE	325
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	332
ANNEXES	X
TABLE DES MATIÈRES	LXIII

À

MAMO TANIKEU Miranda

REMERCIEMENTS

Aux termes de ce travail de recherche, nous tenons à exprimer notre gratitude à toutes les personnes qui nous ont aidé et soutenues tout au long de sa réalisation. Nos remerciements s'adressent à :

- Monsieur le Pr TSALA TSALA Jacques-Philippe, ancien chef du Département de Psychologie de l'Université de Yaoundé I et Madame le Pr NDJE NDJE Mireille qui l'ont dirigé. Leur disponibilité et leur aide ont permis de le mener jusqu'au bout ;
- Monsieur le Pr NGUIMFACK Léonard qui a guidé nos premiers pas dans la recherche ;
- Monsieur le Pr KETCHA WANDA Jean Germain Magloire de regreté mémoire pour tous les précieux conseils et encouragements ;
- Madame le Dr BRÉHAT Cécile pour tout le temps de discussion qu'elle nous a accordée ;
- Tous les enseignants du Département de Psychologie de l'Université de Yaoundé I pour le savoir qu'ils nous ont transmis ;
- Toutes les mères qui ont partagé leur expérience de la prématurité avec nous ;
- Notre famille pour tout son soutien indéfectible ;
- NTSAMA EYOUM Louise pour le soutien à la documentation ;
- À nos amis et camarades avec qui nous avons cheminé dès le départ pour leur soutien ;
- Mme Ketsa Wamba Béatrice de regretée mémoire pour ses encouragements ;
- Tous ceux qui ont contribué d'une quelconque manière à la réalisation de cette étude.

LISTE DE TABLEAU

Tableau 1 : récapitulatif des caractéristiques des participantes sélectionnées..... 218

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1 : L'entre-deux culturels de l'Afrique contemporaine.....</i>	<i>195</i>
<i>Figure 2 : Modélisation du devenir mère en situation d'accouchement prématuré.....</i>	<i>309</i>

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1: GUIDE D'ENTRETIEN.....	XI
Annexe 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ.....	XIII
Annexe 3: NOTICE D'INFORMATION	XIV
Annexe 4: SYNTHÈSE DES ÉTAPES DE LA GROSSESSE.....	XV
Annexe 5 : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS	XVI
Annexe 6: THE RITES OF PASSAGE AND THEIR HYPOTHETICAL ROLE IN TERM AND PRETERM BIRTH (Lesley Taylor, 2016).....	XVII
Annexe 7: CORPUS D'ENTRETIEN AVEC MAFFO'O.....	XVIII
Annexe 8 : CORPUS D'ENTRETIEN AVEC CHETIMA	XXIV
Annexe 9: CORPUS D'ENTRETIEN AVEC BESBA.....	XXXIV
Annexe 10: CORPUS D'ENTRETIEN AVEC NDEZE.....	XXXVII
Annexe 11 : CORPUS D'ENTRETIEN AVEC MENGUE.....	XLI
ANNEXE 12 : ATTESTATION DE RECHERCHE.....	XLVI
ANNEXE 13: ACCORD DE PRINCIPE DU CO-DIRECTEUR	XLVII
ANNEXE 14 : CLAIRENCE ÉTHIQUE.....	XLVIII
ANNEXE 15 : ARTICLE PUBLIÉ : Ndje Ndje, M., Konfo Tcholong, C.I. , Tsala Tsala, J-P. (2020). Shoring and resilience : the resilience process of mothers of premature children. Psychol and behav Sci Int J, 15(3).	XLIX
ANNEXE 16 : ARTICLE PUBLIÉ : Ndje Ndje, M., Konfo Tcholong, C.I. , Tsala Tsala, J-P. (2021). The Experience of Psychic Disorganization Following Premature Childbirth. Psychol Psychological Res Int J, 6(2).	LVI

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES

BUCREP	:	Bureau Central de Recensement et d'Etude de la Population camerounaise.
CHUY	:	Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé
EDS-MICS4	:	Quatrième Enquête Démographique et de Santé combinée à l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples.
EMDIPEHC	:	Espace Maternel de Différenciation et d'Identification Psychique de l'Être Humain Conçu.
EPIPAGE	:	Étude Épidémiologique sur les Petits Âges Gestationnels.
FIV	:	Fécondation In Vitro
FNUAP	:	Fond des Nations Unies pour la Population.
HGOPY	:	Hôpital Gynécologique, Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé.
ICF	:	International Coach Federation.
ICIS	:	Institut Canadien de l'Information sur la Santé.
INS	:	Institut National de la Statistique.
INSERM	:	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.
IRMAG	:	Interview pour les Représentations Maternelles pendant la Grossesse.
MAP	:	Menace d'Accouchement Prématuro.
MINPROFF	:	Ministère de la promotion de la femme et de la famille.
MINSANTÉ	:	Ministère de la Santé publique.
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé.
PMP	:	Préoccupation Maternelle Primaire.
ROV	:	Relation d'Objet Virtuel.
SA	:	Semaine d'Aménorrhée.
SUNOC	:	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets.
USIN	:	Unité de Soins Intensifs Néonatal.

RÉSUMÉ

Cette étude intitulée *Réorganisation psychique et transfert de l'originnaire : clinique du devenir mère chez la primipare ayant un nouveau-né prématuré au Cameroun* s'inscrit dans le champ des théorisations du devenir mère qui stipulent qu'en cas de privation des ressources de la maternité comme c'est le cas avec l'accouchement prématuré, le projet maternel aboutit à l'installation de la difficulté maternelle. Or bien qu'étant privée des ressources de la maternité la primipare ayant un nouveau-né prématuré ne s'enlise pas dans la difficulté maternelle. En rapport au problème, la question de recherche est la suivante : *comment le maternel se construit-il chez la primipare ayant un nouveau-né prématuré ?* Pour y répondre, l'hypothèse est formulée en ces termes : *chez la primipare ayant un nouveau-né prématuré, le maternel se construit à partir de la réorganisation psychique qui œuvre pour le transfert de l'originnaire.* L'objectif poursuivi est d'appréhender la construction du maternel chez la primipare ayant un nouveau-né prématuré. Pour atteindre cet objectif, la méthode clinique a été utilisée et les données ont été collectées auprès de 5 participantes au travers des entretiens semi-directifs. Ces données ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Les résultats obtenus montrent que suite à la désorganisation psychique induite par l'accouchement prématuré, les participantes s'appuient sur leur famille ; les soignants et le groupe de pairs. L'étayage joue ainsi pour elles le rôle de socle ou de base sur laquelle la symbolisation de l'accouchement prématuré va se développer et permettre une maîtrise de la situation et des affects y relatifs. Toujours dans le sens du dépassement de la crise, de nombreux mécanismes de défense à l'instar de l'intellectualisation, la mise à l'écart des affects, l'idéalisation des bébés vont être mis à contribution pour assurer la réorganisation psychique. Cette réorganisation offre les conditions nécessaires pour la restauration des réaménagements psychiques à l'instar de la préoccupation maternelle primaire. Suite à la restauration des réaménagements, le tissage des liens mère-enfant est assuré. À la fin, la construction du maternel est concrétisée par la consolidation de l'identité maternelle, l'adoption et l'adaptation de la mère à son bébé et aussi l'engagement de la mère dans le maternage qui lui procure de la joie.

Mots-clés : Prématurité, réorganisation psychique, devenir mère, Primipare, Transfert de l'originnaire.

ABSTRACT

This study entitled "Psychic reorganisation and transference of the primal process: the clinic of becoming a mother in primiparous with a premature newborn in Cameroon" is in line with the theories of becoming a mother, which stipulate that all the psychic processes implemented are spread out over the entire gestation period and end some time after the birth. According to these theories, in the case of deprivation of maternal resources, as is the case with premature birth, the maternal project leads to the installation of maternal difficulty. However, we have observed that primiparous women with a premature newborn, although deprived of maternity resources, do not get bogged down in maternal difficulties. In relation to the problem, the research question is as follows: How is the maternal constructed in primiparous with a premature newborn? To answer this question, we formulated the hypothesis according to which: in the primiparous with a premature newborn, the maternal is constructed from the psychic reorganisation that works for the transfer of the primal process. The objective is to understand the construction of the maternal in the primiparous with a premature newborn. To achieve this objective, we used the clinical method and the data were collected from five participants through semi-directive interviews. These data were subjected to a thematic content analysis. The results obtained highlight the disruption of the processes of motherhood, which is manifested by feelings of emptiness and incapacity. Following this, the psyche resorts to the support of the group, the family, the professionals and the hospital institution in order to reorganise itself. This support acts as a catalyst for the processes of symbolisation, mentalisation and psychic elaboration, to which are associated defence mechanisms such as intellectualisation, the removal of affects and the idealisation of babies to ensure psychic reorganisation. The latter, through the re-actualisation of psychic reorganisations, progressively inscribes the traces of childbirth in the maternal psyche, which contributes to the elaboration of the mother-baby separation and progressively, the mother will adopt, adapt and adjust her relationship with her baby. Thus, as a result of the psychic reorganisation, the maternal constellation as a psychic organiser is restored and the processes necessary for the transfer of the primal process are set in motion again.

Key words: Prematurity, psychic reorganisation, becoming a mother, primiparous, transference of the primal process.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le temps de gestation est pour les parents en général et la mère en particulier un temps de préparation de la venue de l'enfant. Cette préparation nécessite la réorganisation du fonctionnement psychique. Les processus de parentalité (ensemble de processus permettant aux adultes d'exercer leur rôle parental, c'est-à-dire de répondre aux besoins des enfants sur les plans physique, affectif et psychologique, Lamour & Barraco, 1998) les engagent dans la recherche de ce qu'est un parent (Darchis, 2012). Pour la future mère, la transparence psychique en œuvre l'aide à faire un voyage au plus profond de son inconscient pour y retrouver les parents et surtout la mère qu'elle a eue pour s'identifier à cette dernière (Darchis, 2016). Elle retrouve ainsi un « trésor » et se prépare à le transférer à son bébé à naître. Ceci l'inscrit dans le processus du devenir mère.

Le devenir parent en général et le devenir mère ou construction du maternel en particulier est un voyage psychique dans le passé plus ou moins enfoui dans l'inconscient (crise affective accompagnée d'un grand réaménagement psychique pendant la grossesse et après la naissance et devant aboutir à la consolidation de l'identité maternelle). Le but de ce voyage comme le renseigne Darchis est la préparation de la venue du nouveau-né. Ainsi, dans un processus régressif, la mère retrouve l'époque la plus ancienne, la plus archaïque de son enfance (originaire). Par la même occasion, par un élan d'ouverture à l'autre, elle se prépare tout doucement à transférer cet originaire à son enfant. Ainsi, au sens de Darchis (2012), la crise de réaménagement psychique induite par la grossesse rend possible la rencontre parents-bébé dans les jours qui suivent la naissance et le berceau familial symbolique est préparé tout au long de la gestation pour accueillir l'enfant et permettre au père et à la mère de devenir parents.

Dans le même sens que Darchis, les travaux sur le devenir mère le présente comme un processus qui s'étale sur toute la période de gestation et se termine quelques mois après la naissance (Mercer, 2004 ; Delassus, 2007a, 2007b, 2014). Or la grossesse ne va pas toujours jusqu'à son terme, car la devenant mère peut accoucher plus tôt, voir trop tôt. Dans ce cas, il s'agit d'un accouchement prématuré. L'accouchement prématuré est subit et en rapport aux neuf (9) mois de gestation escomptés vient au sens de Bouchard-Godard (1983) bouleverser l'organisation psychique de la devenant mère dans le temps et dans l'espace. Cette mère devient dès lors au sens de Bruscheiler-Stern (1997) une « mère prématurée ».

La cause de cet accouchement avant le terme escompté a fait l'objet de nombreux travaux. Pour certains chercheurs, l'accouchement prématuré est un symptôme psychosomatique enraciné dans l'ambivalence de la mère et/ou dans les facteurs psychopathologiques récents

(Levagurèse, 1983 ; Audras de la Bastie, 1984 ; Mamelie, Gerin, Measson et al. 1986 ; Omer, Palti & Friedlander, 1986 ; Moulin, 2010). En tant que tel, l'accouchement prématuré induit un vécu effroyable chez les devenants parents.

De nombreux chercheurs se sont intéressés au vécu de l'accouchement prématuré chez les parents. Ces chercheurs démontrent que de par le débordement pulsionnel qui lui est inhérent et l'afflux d'excitations extérieures qui vont dépasser la capacité de contenance de l'appareil psychique du devenant-parent, l'accouchement prématuré a une valeur traumatique (Herzog et al., 2003). Il est dès lors vécu comme un traumatisme qui peut désorganiser le fonctionnement psychique (Muller Nix et al., 2009 ; Redshaw, Rivers & Rosenblatt, 1985; McHaffie, 1987; Stewart, 1991; Shaw, St John, Lilo et al., 2013; Kelly, 2014; Khan, 2014; Beales & Rennison, 2014; Marlow, Bennett, Draper et al. 2014).

À côté de ces chercheurs, d'autres se sont intéressés aux répercussions psychiques de l'accouchement prématuré. Ces répercussions sont décrites par Druon (2012) comme une rupture brutale au cours de laquelle le réel prend le pas sur l'imaginaire, ce qui provoque une rupture fantasmatique chez les parents qui sont au sens de Ravier et Pedinielli (2015) privés du travail d'élaboration psychique qui prépare à la naissance et conduit à la préoccupation maternelle primaire. Cet accouchement qui survient plus tôt que prévu met en branle la maternalité et marque l'arrêt des processus nécessaires pour l'entrée en relation avec l'enfant. Tous les processus de la maternalité sont ainsi stoppés. Ce qui va mettre à mal l'installation de la relation mère-bébé et la construction des liens parents-enfant (Borghini & Muller Nix, 2000 ; Van Hove, 2018 ; Szijarto et al. 2009 ; Goutaudier, Séjourné, Bui, Cazenave & Chabrol, 2014 ; Spinelli et al. 2015 ; Ratynski et al. 2007 ; Borghini & Muller Nix, 2000) et par conséquent l'attachement parents-enfant. C'est ainsi que les recherches sur l'attachement montrent que cet accouchement est aussi prématuré pour la mère que pour l'enfant et rompt la continuité entre l'attachement mère-bébé in utero et l'attachement à la naissance ce qui va se traduire par un taux plus important d'attachement insécurisé (insécure) dans ces dyades (Borghini et al. 2006 ; Mazet & Stoleru, 2003 ; Magny, 2009 ; Binel, 2000).

En rompant ainsi tous les processus de maternalité en cours, l'accouchement prématuré met en difficulté le devenir mère. Certains chercheurs à l'instar de Denis (2005) se sont intéressés au devenir mère quand l'enfant naît trop tôt. De leurs travaux, il ressort que la naissance prématurée fait traumatisme chez toutes les mères, mais la séparation ne semble faire barrage au développement de la préoccupation maternelle primaire que chez les mères de grand

et très grand prématurés. Pour elle, lorsqu'un enfant vient au monde prématurément, le projet maternel est ébranlé.

La mère bouleversée par la naissance de son bébé peut ne pas être au rendez-vous de sa maternité, car le bébé tant désiré s'impose avec sa propre réalité comme étranger (Denis, 2005). Dans la même logique, Bréhat (2018) en s'intéressant à la construction du maternel dans les situations de grandes prématurités renseigne que l'évolution dépend des ressources psychiques de la mère, mais également des possibilités intersubjectives avec l'enfant et le père de l'enfant. Pour elle, l'environnement familial et social participerait à la façon dont la naissance prématurée peut s'historiser et se subjectiver pour que l'enfant ne reste pas étranger à ses parents.

Parler des ressources psychiques de la mère et des possibilités intersubjectives c'est faire allusion aux capacités de la mère de se ressaisir face à l'adversité. Kaës (1990), renseigne que face à un changement brusque qui affecte l'organisation psychique, un travail visant la réorganisation et l'établissement d'un équilibre psychique se met en place. Du fait de son caractère brusque, inattendu, l'accouchement prématuré constitue une véritable menace pour le psychisme de la mère. En effet, par rapport à l'attente escomptée de neuf mois, la naissance prématurée bouleverse l'organisation psychique de la mère dans le temps et dans l'espace. L'accouchement prématuré bouleverse ainsi son psychisme et son retentissement pourrait donner lieu à des constructions originales. Il ne s'agirait pas seulement de réparer, mais bien de trouver, de nouvelles créations, un nouveau mode d'être, un nouvel espace psychique radicalement changé (Bouchard-Godard, 1983). Ce nouvel espace renverrait donc à une réorganisation psychique.

Bien que ces travaux abordent la question de la réorganisation et l'établissement d'un équilibre psychique suite à l'accouchement prématuré, la place de cette réorganisation psychique dans le processus du devenir mère reste à explorer. C'est au vu de tout cela que cette étude s'intitule : *Réorganisation psychique et transfert de l'originare : clinique du devenir mère chez la primipare ayant un nouveau-né prématuré au Cameroun*. De par cette formulation, elle vise l'appréhension du processus du devenir mère chez la primipare ayant un nouveau-né prématuré. De manière concrète, elle cherche à comprendre comment la réorganisation psychique suite à l'accouchement prématuré va constituer le socle du devenir mère.

Pour y arriver, cette thèse est organisée en deux grandes parties. La première partie intitulée Cadre théorique renferme : le chapitre premier intitulé “problématique de l’étude” définit les contours des répercussions psychiques de la prématurité afin de formuler le problème de recherche et ressortir l’objet d’étude. Le chapitre deuxième intitulé “ approche notionnelle et conceptuelle de l’étude”. Le troisième chapitre intitulé “la construction du maternel à l’épreuve de la prématurité” s’intéresse à la rencontre de ces phénomènes et envisage les conséquences de cette rencontre sur la création du lien mère-enfant et l’installation de la relation mère-enfant. Le quatrième chapitre intitulé “Introduction à la réorganisation psychique face à l’accouchement prématuré ” présente l’encrage théorique de l’étude.

La deuxième partie intitulée cadre méthodologique et empirique comprend : le cinquième chapitre intitulé méthodologie de l’étude rend compte de la démarche méthodologique suivie. Le sixième chapitre est intitulé présentation et analyse des résultats. Le septième chapitre qui est par ailleurs le dernier chapitre traite de l’interprétation et de la discussion des résultats obtenus, tout en ressortant les implications de l’étude et les perspectives de recherche.

PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE

Le premier chapitre de cette étude consiste à la définition des répercussions psychiques de la naissance prématurée afin de définir son objet. Il sera question de formuler le problème qu'elle se propose de résoudre, ainsi que la question de recherche et l'hypothèse de travail relatives à ce problème.

1.1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE

L'enfantement est un rêve que partagent plusieurs femmes durant leur vie. À travers lui, elles accèdent au statut de mère. Pour Bydlowsky (1997), à travers l'enfantement, la femme paie la dette (dette de vie) qu'elle a contractée auprès de ses parents en général et auprès de sa mère en particulier. La maternité, peut-être un des moments les plus heureux pour la femme qui la vit, son conjoint, sa famille et toute sa communauté en Afrique. Ceci, parce que la venue de l'enfant est attendue avec impatience et procure de la joie à presque toutes les femmes africaines (Barbier, 1985 ; Erny, 1988).

Pour Marinopoulos (2007a), avec la grossesse, la femme est confrontée à une partie d'elle-même qu'elle ne connaissait pas. Car la maternité est un épisode marqué par d'intenses remaniements psychiques (ensemble de changements et de modifications qui interviennent au sein du psychisme). Ces remaniements œuvrent dans le sens de la maturation à travers la crise identitaire et existentielle qui doit aboutir à l'acquisition d'une nouvelle identité (identité maternelle). Le vécu de la femme enceinte va évoluer tout au long de la grossesse. Cette évolution est calquée sur la division trimestrielle de la grossesse. Ainsi, tout au long de la grossesse, les remaniements psychiques permettent à la femme de progresser sur le chemin de l'acquisition d'un nouveau statut, pour qu'elle soit prête au terme de la grossesse à accueillir et assumer son rôle auprès de son bébé.

Selon Ewombé Moundo (1991), pour les populations africaines, la grossesse se divise en trois étapes : la première étape va de 1 à 3 mois. C'est une période au cours de laquelle la femme ne doit pas révéler qu'elle est enceinte pour éviter tout esprit malveillant. De plus, la viabilité du Fœtus n'est pas encore assurée. La deuxième étape (3-6 mois) se caractérise par la reconnaissance de la grossesse et la femme est considérée comme étant enceinte. La troisième étape (6-9 mois) est une période durant laquelle la femme est pleinement enceinte et les interdits et prescriptions sont renforcés et la future mère doit se reposer.

Au cours du premier trimestre de la grossesse, en plus de l'installation dans le statut de future mère, le vécu de la femme est caractérisé par une ambivalence vis-à-vis du désir de

grossesse, du désir d'enfant et vis-à-vis de l'acceptation de la grossesse (Szejer & Stewart, 1994). Sur le plan somatique, ce trimestre est caractérisé par de nombreux maux (troubles digestifs et urinaires, troubles du sommeil, asthénie, hypersomnie, vertiges, malaises) associés à une labilité émotionnelle.

Au cours du second trimestre de la grossesse, la disparition des maux somatiques installe la femme selon Szejer et Stewart (1994), dans un état d'épanouissement, de plénitude physique. Ce trimestre est également marqué par la diminution de l'ambivalence et les modifications corporelles seront vécues comme valorisantes ou honteuses, comme rassurantes ou angoissantes.

Le troisième trimestre tout comme le premier est caractérisé par un ensemble de désagréments physiques qui concourent à un inconfort. La proximité de la fin de la grossesse inscrit la femme dans un processus d'anticipation au cours duquel, elle anticipe l'issue de la grossesse. Cette période est également marquée par la présence de nombreuses angoisses et phobies relatives à l'accouchement. Les angoisses de fin de grossesse se déclinent selon Relier (1993) en termes d'angoisse de mort, angoisse par rapport aux compétences de maternage en post-partum.

En plus de ces angoisses inhérentes à la grossesse, il existe de nombreuses exigences vis-à-vis de la femme enceinte. En effet, les exigences sociétales ne tolèrent presque pas qu'une femme enceinte puisse être triste ou se sentir coupable de quoi que ce soit (Lesage, 2014). Selon Lesage (2014), du fait que la femme a la plupart du temps le choix, les attentes que la société a envers elles sont surdimensionnées, mais également naturalisées. Elle se doit de vivre une maternité radieuse, être attentive, donner de l'amour à ses enfants et de veiller à ce qu'ils aient une personnalité épanouie. Cela sous-entend que les besoins de l'enfant doivent passer avant ceux de la mère, qui doit y répondre 24 heures sur 24 avec tout son temps, son argent et son énergie (Herrera Sanchez, 2012).

La maternité est selon Murillo (2011) le destin naturel d'une femme saine physiquement et mentalement. La société procède ainsi à une idéalisation de la maternité et pour la mère, reconnaître l'enfant comme son enfant prend un temps variable. Ce qui fait qu'avec une telle idéalisation de la maternité, de nombreuses mères ressentent de la déception voire de la honte de ne pas nager dans ce bonheur (Marinopoulos, 2012).

Avec la grossesse, la femme enceinte est inscrite dans le processus du devenir mère qui doit aboutir à la construction de l'identité maternelle (conscience et ressenti en tant que mère, la réalisation durant la maternité, et l'expérience de mère). Ledit processus va du désir d'enfant à quelques mois après la naissance (Mercer, 2004). La grossesse entraîne ainsi chez la femme de nombreux et profonds remaniements (changements/modifications) tant physiologiques que psychiques. Tous ces remaniements convergent vers l'acquisition du rôle maternel et la construction d'une nouvelle identité. Le devenir mère implique donc l'acquisition d'un nouveau rôle et des nouvelles responsabilités. Autrement dit, en donnant naissance à son enfant, la femme naît elle-même en tant que mère (Dellassus, 2007a).

La grossesse et la période post-partum sont constituées de beaucoup de joie et d'émotions, mais également de déstabilisations, de doutes qui entraînent la mise sur pied de stratégies d'adaptations selon les ressources des personnes (Razurel, Hellicot, Perrier & Andreoli, 2004). Selon Missonnier (2013), la grossesse oscille entre vulnérabilité et créativité.

Allant toujours dans le sens des remaniements psychiques induits par la grossesse, Emselem, Ciccone, Berber et Mellier (1997) renseignent que la naissance d'un enfant constitue un événement majeur à très forte potentialité émotionnelle. C'est un moment de mutation intense, une période critique de réajustement psychique. Ces mutations affectent considérablement les parturientes qui doivent s'adapter aux exigences de la société, de l'époque et de leur culture. En effet, la société, dès la conception, attend de la femme qu'elle témoigne de sa capacité à être une bonne mère, heureuse et épanouie.

La majorité des naissances sont des événements heureux, attendus et préparés tout au long de la grossesse. Il peut arriver que durant cette attente, l'enfant naisse plus tôt, voir trop tôt (avant le terme de la grossesse). L'accouchement prématuré est dès lors une situation subite et imprévue et l'enfant prématuré vient bouleverser la représentation de l'accouchement, voire celle du bébé que les parents se sont construit durant la période de gestation. La confrontation au bébé arrivé trop tôt génère ainsi chez les parents de nombreux éprouvés (peurs, angoisses, etc.). La mère doit accepter, la rupture brutale d'avec sa grossesse, ce qui peut être une source de frustration pour elle. Au-delà de cette frustration, il y a une grande déception de n'avoir pas eu son bébé dans les conditions qu'elle aurait souhaitées. La déception ainsi générée se mêle souvent à un sentiment de détresse, d'impuissance lors de la confrontation avec l'enfant dans la couveuse. Les sons et l'atmosphère de soins plongent les parents dans un monde inconnu et inquiétant, ce qui va accroître l'angoisse (Vollenweider, Nicastro, Sabeh, Lambiel, & Pala,

2004). De nombreux parents sont ainsi confrontés à cette angoisse induite par cette inquiétante étrangeté (frayeur qui se rattache aux choses connues depuis longtemps et de tout temps familières) qu'est la naissance prématurée.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2012, 2018), il y aurait environ 15 millions de nouveau-nés prématurés de par le monde chaque année. Parmi ces 15 millions, il y aurait plus d'un million de décès à cause des complications. Selon Torchin (2015, p. 724), les estimations faites par l'OMS rapportent un taux global de naissance avant 37 Semaines d'aménorrhée (SA) de 9,6 % en 2005 à 11,1 % en 2010.

En Afrique, le taux de prématurité varie entre 14,3 % (Afrique de l'Est) et 8,7 % (Afrique du Nord). En Afrique de l'Ouest, la prévalence est de 10,1 % (Beck, Wojdyla et al., 2010). Blencowe, Cousens et al. (2012) en s'appuyant sur l'analyse des données contenues dans les registres nationaux de naissances de 184 pays, ont noté une augmentation de la prévalence de l'accouchement prématuré. Ils ont relevé 14,9 millions de naissances prématurées au cours de l'année 2012. La prévalence mondiale était alors de 11,1 % et variait très largement de 5 % en Europe du Nord à 18 % au Malawi. En Afrique justement, la prévalence notée était de 12,3 %. De leur étude, il ressort que l'Asie du Sud et l'Afrique subsaharienne sont les zones ayant les taux d'accouchement prématuré les plus élevés (Blencowe, Cousens et al., 2012).

Selon l'OMS (2012), les naissances prématurées représentent 11,1 % des naissances vivantes dans le monde. 60 % de ces naissances prématurées proviennent des pays de l'Asie du Sud et de l'Afrique subsaharienne. Dans les pays les plus pauvres, on compte en moyenne 12 % de bébés nés prématurément, comparativement à 9 % pour les pays à revenus plus élevés (OMS, 2012).

L'OMS (2012) présente les 10 pays qui possèdent les taux les plus élevés de naissances prématurées pour 100 naissances. En tête de liste figure le Malawi avec une prévalence de 18,1 % ; les Comores et le Congo avec une prévalence de 16,7 % ; le Zimbabwe avec 16,6 % ; la Guinée équatoriale avec la prévalence de 16,5 % ; le Mozambique avec la prévalence de 16,4 % ; le Gabon avec la prévalence de 16,3 % ; le Pakistan avec 15,8 % ; l'Indonésie avec 15,5 % et la Mauritanie avec une prévalence de 15,4 %.

Au Cameroun, depuis des décennies, de nombreux chercheurs ont présenté les statistiques relatives aux accouchements prématurés. C'est dans ce sens que Tietche et al. (1994) expliquent qu'entre octobre 1989 et décembre 1990, 97 bébés prématurés avaient été admis à l'hôpital

central de Yaoundé. Monebenimp et al. (2005) en s'intéressant à la morbidité et à la mortalité, des naissances ont montré qu'au Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé (CHUY) 57% étaient des prématurés. Munyutu (2010) explique qu'au sein de L'Hôpital Gynécologique Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY) l'accouchement prématuré représentait 10,4 % des accouchements. Selon l'OMS (2012), la prévalence des naissances prématurées au Cameroun est de 12,6 %.

Selon l'institut canadien de l'information sur la santé (ICIS) (2009), les naissances prématurées constituent un problème de santé publique important, puisqu'elles sont la principale cause de mortalité infantile dans les pays développés et qu'elles représentent environ trois décès sur quatre (75 %) survenus pendant la période périnatale (environ cinq mois avant et une semaine après la naissance). Elles contribuent également à la morbidité à court terme et à long terme et entraînent des coûts des soins de santé considérables. Selon cet institut, comme plus du tiers (35 %) de la croissance du cerveau survient pendant les dernières semaines d'une gestation normale, tout comme une bonne partie du développement des poumons et du fœtus en général (Maritz, Morley et Harding, 2005 cités par l'ICIS, 2009), il n'est pas rare que les bébés prématurés affichent des taux plus élevés de détresse respiratoire, d'instabilité de la température, de réadmission à l'hôpital et de troubles neurocognitifs comparativement aux bébés nés à terme (Saigal, Doyle, 2008, cité par ICIS, 2009).

Les naissances prématurées entraînent de nombreuses conséquences socio-économiques, psychologiques, etc. En prenant le cas, de la mortalité infantile, l'OMS (2018), présente la prématurité comme la principale cause de décès des enfants de moins de cinq ans. Ce avec 18 % de responsabilité des décès. Sur 6,3 millions d'enfants de moins de 5 ans décédés en 2013, 1,1 million l'a été à cause des complications médicales d'une naissance prématurée (OMS, 2018). En ce qui concerne le Cameroun, selon le ministère de la santé publique (MINSANTÉ) cité par crtvc.cm (2017), la prématurité serait à 42 % la cause de la mortalité néonatale. Selon cette source, au cours du premier trimestre de l'année 2017 l'Hôpital Gynécologique Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY) a enregistré 547 enfants dont environ 265 (48%) étaient prématurés. Durant la même période, sur 57 bébés décédés à l'hôpital de la mère et de l'enfant de Yaoundé, 40 sont prématurés, dont 14 de moins de 28 semaines, 18 situés entre 28 et 30 semaines et 8 seulement au-delà de 30 semaines.

S'agissant des répercussions psychologiques de l'accouchement prématuré, Druon (2012) les décrit comme une rupture fantasmagorique brutale où le réel prend le pas sur l'imaginaire. La

rupture du cheminement fantasmatique va empêcher la mère « *d'achever le bébé dans ses rêveries* » (Druon, 2012, p.142). Elle mentionne qu'il va manquer à la mère un espace-temps nécessaire à l'investissement de la grossesse et puis de la venue du bébé. La rupture subite de la rêverie maternelle induite par l'accouchement prématuré entraîne une modification du mode relationnel qui va s'établir entre la mère et son enfant (Druon, 2012, p.143).

Le second trimestre de la grossesse correspond à la période principale de la transparence psychique et la future mère est « autocentrée » et n'est pas disponible pour investir le futur nouveau-né comme un objet externe (Bydlowski & Golse, 2001). S'agissant du début du troisième trimestre, la période autour du septième mois de grossesse est considérée comme un pic où la différenciation commence à prévaloir sur la fusion, mais où l'accouchement n'envahit pas encore les préoccupations maternelles (Ammaniti et al., 1999). Selon ces auteurs, pendant le dernier trimestre de la grossesse, la femme a déjà construit une représentation de soi en tant que mère et de son enfant suffisamment définie, articulée et avec une connotation émotive. Les représentations qu'elle a d'elle-même en tant que mère et de son enfant au septième mois de la grossesse sont différenciées.

Selon Ravier et Pedinielli (2015), suite à la naissance prématurée, la mère n'a pas pu progressivement diriger son attention psychique vers le bébé. Elle est ainsi privée du « *lent travail d'élaboration psychique qui prépare à la naissance et conduit à la préoccupation maternelle primaire* » (Ravier & Pedinielli, 2015, p. 146). La naissance prématurée précipite le moment du devenir mère et engendre selon Brushweiler-Stern (1997), la naissance d'une mère prématurée. Cette naissance stoppe ainsi les processus psychiques à l'œuvre pendant la grossesse et perturbe, voire empêche le « *travail de deuil de l'unité fantasmatique* », bloquant « *les mécanismes et étapes de l'individuation de l'enfant* » (Ravier & Pedinielli, 2015, p. 147).

Cognet et Du Peuty (2013) quant à eux mentionnent que la mère n'a pu mettre un « terme psychique » à la grossesse, ce qui conduit à une juxtaposition de la réalité de la grossesse et de la naissance amenant certaines mères à décrire des perceptions internes similaires à celles de la grossesse à ventre vide. Dans ces conditions, la mère est particulièrement vulnérable, car ses défenses psychiques sont diminuées et elle n'a pas la maîtrise des volets physique et psychique (Herzog et al., 2003). La mère peut se sentir attaquée dans son narcissisme et dans son corps ou elle peut se sentir défaillante en étant confrontée au risque vital pour le bébé ce qui peut entraîner le sentiment de culpabilité (Herzog et al., 2003).

Muller Nix et al. (2009), quant à eux mentionnent que l'accouchement prématuré provoque un bouleversement des attentes parentales vis-à-vis de l'état de santé de l'enfant. Pour eux, la rencontre avec cet enfant né trop tôt est une rencontre hors du commun entre des parents en devenir et un être qui tente de survivre. Pour Druon (2012), cette naissance implique le deuil d'une naissance « normale ».

Dans le même ordre d'idées, Ravier et Pedinielli (2015), soulignent que la naissance prématurée constitue une blessure narcissique où le parent se sent parent d'un nourrisson perçu comme n'étant pas terminé. Avant eux Cognet et Du Peuty (2013), ont mentionné que le parent pensait la séparation encore lointaine et de ce fait, il n'a pu mobiliser les défenses pour s'y préparer. Herzog et al. (2003, p.102), mentionnent que les conditions de la naissance engendrent un débordement pulsionnel qui est comparable à un bouleversement traumatique, car les excitations extérieures qui affluent vont dépasser les capacités de contenance de l'appareil psychique du parent. La naissance prématurée est ainsi vécue comme un traumatisme qui peut désorganiser le fonctionnement psychique des parents (Muller Nix et al., 2009).

En évoquant le vécu de la mère (Femme qui a conçu et porte un enfant) ayant accouché de manière prématurée, Spinelli et al. (2015), mentionnent que la mère a le sentiment d'avoir vécu un échec et elle a l'impression d'être inadéquate, car elle n'a pas pu mener sa grossesse à terme, ni protéger le bébé. Selon eux, la mère peut également avoir une sensation de privation et de déconnexion à son bébé et de l'expérience naturelle de la naissance. Face à son bébé, elle vit au sens de Druon (2012, p.140) une véritable épreuve de réalité, un choc devant son enfant qui est si petit et/ou donne l'impression d'un mal-être. Dans le même sens, Cognet et Du Peuty (2013), mentionnent que la mère ne puisse avoir de trace psychique de l'accouchement, ce qui a pour conséquence de ne pas rendre réelle la séparation entre le corps du bébé et celui de la mère.

Pour des chercheurs tels que Ravier et Scotto di Vettimo (2017), il existerait chez la mère une source de culpabilité en lien avec le fantasme d'avoir abîmé l'objet d'amour. Cette culpabilité nécessiterait l'expiation d'une faute inconsciente (Ravier & Scotto di Vettimo, 2017, p. 248). Pour ces auteurs, l'omniprésence et la douleur de la culpabilité feraient que la mère ne se sente pas suffisamment bonne. Selon Druon (2012), cette culpabilité peut aussi cacher une violence à l'encontre de l'enfant suite au sentiment de trahison que la mère éprouve à l'égard de son bébé né prématurément.

Toutes ces répercussions psychiques de la prématurité sont ancrées dans la dimension culturelle. En effet, tout comme le psychisme dans son ensemble, la conception de la maternité en Afrique est culturellement structurée. La culture est le contenant de la maternité et de la maternalité dans la mesure où elle fournit des éléments pour l'élaboration et la contenance de la grossesse tant au niveau physique que psychique. Pour rendre compte de cette contenance culturelle, Mellier (2011) cité par Riazuelo (2014), dit qu'il n'existe pas de bébé sans un contenant familial et culturel. Ainsi, Ces contenants sont des faits culturels en résonance avec le discours social, avec des romans familiaux et des histoires personnelles. Ils constituent ainsi des enveloppes culturelles et peuvent être contenantes ou au contraire peser sur la femme enceinte, son conjoint et sur le bébé qu'elle porte (Riazuelo, 2014).

À travers le processus de transparence psychique (Bydlowsky, 1989 ; 1991) et de transparence culturelle (Moro 2004, 2006, 2009, 2016), le fonctionnement psychique de la femme enceinte est caractérisé par une levée partielle des censures psychiques et culturelles. Les contenus de l'inconscient culturel accèdent facilement aux systèmes préconscient et conscient, car de par le processus de transparence culturelle, les mécanismes mis en place par la culture pour empêcher aux contenus de l'inconscient culturel l'accès à la conscience sont amoindris. Ces contenus inconscients actualisés au cours de la grossesse vont lever le voile sur un certain nombre de rituels, tabous, rites et coutumes.

L'accouchement prématuré, un événement brutal, déstabilisant et parfois même douloureux, entraîne une effraction dans le psychisme maternel déjà fragilisé par la maternité. Dans le travail d'élaboration et de contenance de la maternité, les croyances, les représentations culturelles, les rituels et les tabous relatifs à la grossesse et ses processus psychiques vont modeler la manière par laquelle la future mère va créer, investir, se représenter et contenir son enfant. Ceci à travers la maternalité. Autour de la naissance, il existe de nombreuses croyances, mythes, rites, tabou et coutumes qui relèvent de la culture et entrent dans la construction de la parentalité. Ces éléments sont au sens de Moro (2009) les ingrédients de la parentalité.

En Afrique, la grossesse est entourée par un ensemble d'interdits et de prescriptions qui répondent à des fonctions bien précises. C'est ainsi que dès la certitude de la grossesse, la femme est soumise aux interdits et prescriptions pour la santé de l'enfant et pour faciliter son accouchement (Nkoghe, 2008 ; Tsala Tsala 1996a, 1996b). Ainsi, en Afrique, la culture structure la maternité à travers les mythes et symboles. La grossesse est considérée comme une bénédiction et la femme bénie doit adopter des attitudes et des interdictions qui vont réguler sa

vie. Pour Fofana Mémou cité par Actu Cameroun (2017), chaque société africaine a des règles et coutumes bien spécifiques liées à la naissance. Cela obéit à un ordre social et celui qui se met en marge, en subit les conséquences. Ces pratiques permettent de protéger la mère et l'enfant des mauvais sorts durant la grossesse, la naissance et le post-partum.

Selon Bartoli (2007) dans de nombreux pays d'Afrique, notamment au Bénin, au Sénégal au Mali ou au Cameroun, la femme enceinte est soumise à des interdits et prescriptions qui vont l'aider à mener sa grossesse dans le respect de l'admis et du non admis ou permis pendant cette période. Ces interdits et prescriptions visent la protection de la femme et son bébé et permettent la bonne venue de l'enfant et la bonne santé de la mère. À l'inverse, le non-respect de ces derniers peut avoir des conséquences graves pour la dyade mère-bébé et mettre directement en cause le comportement de la mère puisque c'est elle qui est « responsable de son fœtus » (Rollet & Morel, 2000 ; Tsala Tsala 1996a, 1996b).

Toute transgression de ces interdits et prescriptions peut avoir d'importantes conséquences chez l'enfant et même chez la femme, car certains actes posés par un individu peuvent le poursuivre et avoir des conséquences sur son futur (Nguéma Obame, 1983). Durant la grossesse, plusieurs problèmes peuvent surgir et venir perturber le déroulement de celle-ci. Ils sont le plus souvent surnaturels, l'œuvre des mauvais esprits, de la jalousie, des attaques sorcières, la mauvaise action d'un esprit malveillant et du non-respect des interdits (Bartoli, 1998 ; Tsala Tsala 1996a, 1996b ; Erny, 1999, Frydman, 2008). C'est dans ce sens que Nkoghe (2008) souligne que la non-observance des interdits et recommandations peut être fatale pour la mère et l'enfant (mort, maladie, malformation, avortement, naissance précoce, difficile, etc.). La femme et la famille trouvent toutes les moyens pour la sécurité de la mère et celle de « l'œuf de vie » (Nkoghe, 2008).

Selon Mellier et Sorin (2013), culturellement, la prématurité peut être due au manquement moral de la femme, une volonté surnaturelle, la consommation des plats interdits et des mets réservés aux hommes, l'adultère de la femme enceinte, l'envoûtement ou le désaccord des esprits (ancêtres) des familles. Les enfants « nés avant » sont ainsi posés dans l'exception, l'indésirable social, la crainte culturelle. La naissance prématurée vient donc rompre le cours de ce qui est estimé naturel dans un groupe social. Que ce soit à l'échelle d'une famille, d'une région ou d'un territoire, les enfants « nés avant » provoquent des chocs culturels (Mellier & Sorin, 2013). Dans ce contexte, de nombreuses interrogations naissent en ce qui concerne le devenir mère chez la femme qui a accouché de manière prématurée. D'une part, l'arrivée

prématurée de l'enfant est angoissante, voir traumatogène pour elle. D'autre part, la culture la culpabilise. Tout ceci suscite de nombreuses interrogations en ce qui concerne le devenir ou la construction du maternel dans les situations d'accouchement prématuré.

Les études (Dénis, 2005 ; Bréhat, 2018) sur la construction du maternel ou du devenir mère en situation de prématurité renseignent que la mère vit douloureusement son accouchement et le traumatisme induit par l'accouchement l'envahit au point où elle n'est pas psychiquement disponible pour accueillir son bébé. Pour Denis (2005), l'impact de la prématurité dans le tissage des liens est plus ou moins marqué selon le degré de prématurité de l'enfant. Pour elle, lorsqu'un enfant vient au monde prématurément, le projet maternel est ébranlé. La mère bouleversée par la naissance de son bébé peut ne pas être au rendez-vous de sa maternité, car le bébé tant désiré s'impose avec sa propre réalité comme étranger. La naissance constitue alors une véritable menace pour le psychisme de la mère (Denis, 2005).

Toujours dans le même sens, Bréhat (2018) en s'intéressant à la construction du maternel en situation de grande prématurité met en évidence le fait qu'une naissance très prématurée serait potentiellement davantage traumatique qu'une naissance à terme. En mettant en branle la dimension narcissique et imaginaire, les naissances prématurées viendraient mettre à mal l'investissement libidinal du bébé en empêchant la symbolisation de sa naissance. Pour elle, pour être investi, l'enfant doit pouvoir occuper une place de phallus imaginaire pour la mère pour pouvoir être investi comme objet de jouissance et ouvrir à une relation narcissisante.

Du point de vue méthodologique, en partant d'une approche comparative, elle vise à explorer l'impact psychique dans la construction du maternel lors d'une hospitalisation pour menace d'accouchement prématuré (MAP) dans le vécu de la grossesse et le nouage des liens précoces que la naissance soit prématurée ou non. Elle a constitué trois groupes : Groupe 1 (naissance avant 33 SA avec ou sans MAP), groupe 2 (naissance avant 33 SA avec MAP) groupe 3 (groupe témoin : femme dont la grossesse se déroule sans complications). L'approche longitudinale du deuxième et du troisième groupe lui a permis de repérer l'évolution des processus psychiques au cours de la grossesse et après la naissance de l'enfant. Les entretiens se sont déroulés après deux (2) mois de vie de l'enfant, autrement dit, au-delà du premier mois de vie de l'enfant. Elle aborde le vécu de l'accouchement prématuré et les premiers contacts mère-enfant dans une perspective rétrospective. Bien que cette étude appréhende la construction du maternel dans les situations de grande prématurité, de nombreuses interrogations subsistent

à propos de cette construction durant le premier mois qui est selon les théories du devenir mère la période durant laquelle l'ajustement entre le nouveau-né et sa mère s'effectue.

1.2. FORMULATION DU PROBLÈME DE L'ÉTUDE

En Afrique, la grossesse peut être vue comme le signe que la femme va devenir mère. Pour citer Megne Me Ndong (2016), la grossesse est de toute évidence le signe de l'imminence du devenir mère. Celle-ci a un ventre qui peut porter les enfants, elle est réceptive et peut donner la vie. C'est le cas par exemple de la femme beti (Cameroun) qui n'a que sa maternité pour rehausser voire changer son statut social. Ceci du fait que la grossesse est perçue comme une promesse de reconnaissance sociale. Dans ce contexte la période de gestation et le temps de l'accouchement font en sorte que les regards et l'attention de l'entourage soient convergés vers la femme (Tsala Tsala, 1996a).

Mais la grossesse ne suffit pas pour garantir le passage du statut de femme à celui de mère. La naissance est alors considérée comme la seule et véritable preuve de fécondité qui assure l'acquisition du statut de mère. Il est nécessaire qu'elle mène le processus jusqu'au bout (terme de la grossesse) et que ce dernier se solde par l'accouchement et l'arrivée de l'enfant pour qu'elle intègre le cercle des mères et soit considérée comme telle (Megne Me Ndong, 2016). La grossesse en contexte culturel traditionnel africain est un moment particulier de la vie de la femme, sa famille et sa communauté. Dans ce contexte, elle ne saurait être envisagée sans tenir compte de tous les facteurs qui sont mis en jeu et lui donnent un sens. Comme le souligne Nathan :

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

En Afrique, la grossesse est entourée par des interdits et des prescriptions qui ont pour fonction la protection. Ces interdits et prescriptions doivent être respectés dès la certitude de la grossesse pour assurer la santé de l'enfant et faciliter l'accouchement (Nkoghe, 2008 ; Dupuis, 1991, Tsala Tsala 1991a ; 1996a ; 1996b, 1999). Toute transgression de ces interdits et prescriptions aura des conséquences chez la femme tout comme chez l'enfant, car les actes

posés par un individu peuvent le poursuivre et avoir des conséquences sur son futur (Nguéma Obame, 1983). Les interdits et les prescriptions durant la grossesse jouent un rôle de pare-excitation, protègent et servent à prévenir tous les risques ou situations pouvant compromettre le déroulement de la grossesse. Tout au long de la grossesse, en Afrique traditionnelle, tout est mis en œuvre pour assurer le bien-être de la mère et de l'enfant à naître.

Cette dimension culturelle occupe ainsi au sens de Moro (2004, 2006, 2009) une place importante dans les réaménagements psychiques indispensables au devenir mère. La maternalité en tant qu'état affectif de la femme enceinte ou qui vient de mettre au monde un bébé mobilise un certain nombre de processus psychiques (transparence psychique, préoccupation maternelle primaire, relation d'objet virtuel, anticipation maternelle, etc.) qui tout au long de la grossesse et des premiers mois après l'accouchement assurent l'investissement libidinal, l'adaptation, l'attachement, l'installation de la relation mère-bébé, la rencontre et l'adoption mutuelle des parents et leur(s) bébé(s).

À propos de la maternalité, Stern (1997), explique qu'au moment de la naissance de son enfant, la mère vit un important réaménagement psychique, qu'il nomme « la constellation maternelle ». Une nouvelle triade psychique apparaît, laissant à la propre mère de la femme qui devient mère une place importante. Cette dernière s'identifie à sa mère, laquelle l'autorise à devenir mère à son tour. Selon Stern, chaque interaction avec son enfant la conduit à établir deux expériences (celle de mère et celle d'enfant) étroitement imbriquées qui font le lien entre deux générations. Dans sa posture de nouvelle mère, elle a besoin de modèles. Elle revit ses identifications avec sa mère ou d'autres figures maternelles. La réorganisation de l'identité devient la cause et la conséquence du réinvestissement des figures maternelles et de la matrice de soutien (Stern, 1997, p.235). Selon Racamier (1967) cité par Ndje Ndje et Tsala Tsala (2017), l'identification à la mère est un élément central dans la genèse de la féminité et de l'identité maternelle. Partant de ce point de vue, naissent de nombreuses interrogations sur l'identification maternelle chez la primipare ayant un nouveau-né prématuré. L'accouchement prématuré ne lui a pas permis de suivre l'exemple de sa mère en menant sa grossesse jusqu'à terme. Dans ces conditions, Ndje Ndje et Tsala Tsala (2017) renseignent que lorsque l'identification est rendue inefficace ou impossible, le sujet peut développer le sentiment de culpabilité.

La grossesse constitue un moment de forte stimulation du narcissisme primaire des futurs parents, cette stimulation réactivée au moment de la naissance permet aux parents d'être de bons parents, heureux dans l'exercice de leur parentalité. Pour Borghini, et Muller Nix (2008),

l'accouchement prématuré constitue pour les parents une marque qui modifie leur attitude à l'égard de leur enfant.

Cet accouchement met en péril la relation qui se développe entre les parents et leur enfant. Ses répercussions traumatiques vulnérabilisent les parents et les rendent peu disponibles à la découverte de leur enfant (Borghini & Muller Nix, 2008). Pour Thompson et al. (1993) ; Hynan (1996), avec les processus de la maternité, les parents se sont construit des représentations idéalisées de la grossesse, de l'accouchement et de l'enfant. L'accouchement prématuré est dès lors, un élément perturbateur qui vient chambouler toutes ces représentations et pousse les parents à faire le deuil de la naissance à terme et de l'enfant « parfait ». Face à cette situation, il va naître chez les parents le sentiment de culpabilité. Ce qui va mettre en difficulté l'attachement, car les parents se sentent incompetents en ce qui concerne l'entrée en contact avec leur bébé (Ravier & Scotto di Vettimo, 2017).

Selon Bartoli (1998) ; Erny (1999) ; Frydman (2008) en contexte africain, plusieurs problèmes (l'œuvre des mauvais esprits, de la jalousie, des attaques sorcières, les mauvaises actions d'un esprit malveillant et du non-respect des interdits, etc.) peuvent surgir et perturber le déroulement de la grossesse. Grossesses, interdits et prescriptions vont ensemble parce que ces derniers ont un rôle préventif et permettent à la femme de faire de beaux enfants (Ewombé-Moundo, 1991).

Dans ce contexte, l'enfantement est une affaire de toute la communauté, car « *Depuis toujours, lorsqu'une femme met au monde un enfant, la portée de cette naissance touche directement la famille, le clan, la communauté. En tous lieux, à toutes les époques, cette histoire privée se situe aussi dans une histoire collective* » (Frydman, 2013, p. 11). Du fait que la grossesse est entourée des interdits, on devrait s'attendre à ce que chaque femme les respecte, car le fœtus peut être la proie de mauvais esprits qui cherchent continuellement les voies et les moyens pour s'attaquer à la femme enceinte (Frydman, 2008). Les interdits et prescriptions aident ainsi la femme à mener sa grossesse dans le respect de l'admis et du non admis ou permis. Nkoghe (2008) ; Dupuis (1981) regroupent ces interdits et prescriptions à respecter et précisent qu'ils sont d'ordre général ou individuel et intègrent plusieurs catégories d'aliments et de comportements. Ces interdits et prescriptions visent la protection de la femme et de son bébé et permettent la bonne venue de l'enfant et la bonne santé de la mère.

À l'inverse, le non-respect de ces interdits et prescriptions peut avoir des conséquences graves pour la mère et son bébé, ce qui met en cause le comportement de la mère, car elle est

responsable de son fœtus (Rollet & Morel, 2000, p.16 cité par Megne Me Dong, 2016). En effet, « *s'il arrive un malheur à l'enfant, on le regrette de toutes les façons* » (Nkoghe, 2008, p. 74). Dans le même ordre d'idées, Megne Me Dong (2016) mentionne que le regret et la culpabilité seraient plus accentués lorsque la femme qui n'a pas observé les interdits, vient à avoir des difficultés pendant sa grossesse, lors de l'accouchement, ou si son bébé a un problème (malformations, etc.). C'est ainsi que, la non-observance des interdits et recommandations peut être fatale pour la mère et l'enfant (mort, maladie, malformation, avortement, naissance prématurée et/ou difficile, etc.) (Nkoghe, 2008).

Selon Mellier et Sorin (2013), les enfants nés trop tôt sont posés dans l'exception, l'indésirable social, la crainte culturelle. Ils ajoutent que la naissance prématurée rompt le cours de ce qui est estimé naturel dans un groupe social, que ce soit à l'échelle familiale, régionale, ou territoriale or comme le renseignent Ndje Ndje et Tsala Tsala (2017), on note dans le contexte culturel africain une "obsession" pour le caractère naturel de la grossesse et de l'accouchement. Ainsi, les enfants prématurés partout provoquent des chocs culturels.

L'accouchement prématuré entraîne un manque de gratifications sociales qui accompagnent habituellement la naissance, le report de l'entrée de l'enfant dans la famille, l'incertitude sur sa survie constitue les ratés des rites qui ce faisant, questionnent l'humanité des bébés prématurés (Mellier & Sorin, 2013). Pour Razy (2007), les données anthropologiques permettent de dessiner des figures de la prématurité en Afrique subsaharienne. La dimension temporelle, marquée par le calcul du terme ne croise que partiellement les éléments fondamentaux des compréhensions traditionnelles en Afrique. Ceci interroge le processus du devenir mère chez la femme ayant un nouveau-né prématuré dans ce contexte.

Selon Mercer (2004) le devenir mère est un processus qui se met en place en suivant quatre étapes. Les femmes entrent ainsi dans ce processus en suivant les étapes du développement de l'identité maternelle et de l'acquisition du rôle maternel. S'identifier au rôle maternel implique des sensations de compétences qui sont en développement, la confiance et la joie ressenties au moment des soins maternels à l'enfant. Ce processus d'incorporation ou d'acquisition des comportements maternels émerge avec la naissance de chaque nouvel enfant, il se met en place en quatre phases (Mercer, 2006 ; Taskin, 2007). Il s'agit de : l'anticipation ou étape de la préparation, d'engagement et d'attachement qui renvoie à la période de la grossesse durant laquelle la préparation de l'acquisition du rôle maternel a lieu (Mercer, 2004). Durant cette période, la future mère va faire un ajustement psychologique au fait de devenir

mère. L'étape des connaissances approfondies et de la restauration physique qui se met en place après l'accouchement, notamment lorsque le rôle maternel est appris et assumé dans un contexte social. L'étape du déplacement vers une nouvelle norme. Elle se met en place durant les premiers mois qui suivent la naissance de l'enfant. Durant cette étape, malgré le contexte social, la mère va jouer son nouveau rôle (rôle maternel) en suivant un chemin qui lui est propre. Elle va gagner en confiance en ce qui concerne le fait de s'occuper de son enfant (Howard & Stratton, 2011). L'étape de l'acquisition de l'identité maternelle qui a lieu environ 4 mois après la naissance de l'enfant. La mère intériorise harmonieusement son rôle et son expérience, ses compétences et la confiance.

Selon Mercer (2004) ces étapes peuvent se chevaucher, mais elles progressent habituellement dans un ordre séquentiel prévisible. Elle décrit également comment la transition entre ces étapes et finalement l'acquisition du rôle maternel est influencée par les attributs personnels de la mère, ses croyances culturelles, les conditions de sa communauté et sa société, son statut socio-économique, ses connaissances antérieures, le stress social, le soutien social, la conception de soi, son statut sanitaire et ses traits de personnalité (Skelton, 2014).

Durant la grossesse, les expériences du passé se mêlent aux expériences du présent. La femme enceinte entre dans une fusion mentale avec le fœtus et s'identifie à une mère attentive. La double identification de la femme lui rappelle son union infantile avec sa mère : elle est celle qui prend soin et celle qui reçoit les soins. La femme enceinte reste en même temps la fille de sa mère et la mère de son enfant. Grâce à cette double identification à sa mère et au fœtus, la femme peut réélaborer ces expériences (Pola, 1999). Cette remémoration des expériences passées participe à la construction du maternel ou devenir mère.

Delassus (2007a, 2007b) s'interroge sur ce que l'on entend par devenir mère. De ses multiples interrogations, il arrive à la conclusion selon laquelle : on ne naît pas mère, on le devient... C'est un long parcours qui retrouve un trésor laissé de côté depuis l'enfance, constitué pendant l'enfance : la mère est un secret d'enfance. De par ce postulat, nous comprenons que la maternité et par ricochet le devenir mère est un processus et en tant que tel, il relève du domaine de l'inconscient et de l'affect et renvoie à un processus personnel qui se construit chez une femme dès son enfance et résulte d'un processus de filiation, d'un héritage transgénérationnel. En considérant tout cela, nous comprenons que la mère doit naître psychologiquement tout autant que son bébé naît physiquement. Car dans son esprit, la femme

ne met pas au monde un nouvel individu, mais plutôt une nouvelle identité, ou tout simplement le sentiment d'être mère (Delassus, 2007b).

Selon Delassus (2007a, 2007b), durant la phase de maternalité, le devenir mère est initié par la maternogenèse, qui permet d'étudier comment la femme devient une mère et quelle est l'origine du maternel. La construction du maternel est une question de désirs et de pulsions qui passe par l'originnaire (période durant laquelle la personnalité maternelle est nécessaire pour pouvoir assurer le passage entre le milieu intra-utérin et le milieu extra-utérin). Durant cette période, la mère offre les conditions nécessaires pour que l'enfant puisse naître psychiquement (Delassus 2007a, 2007b, 2014). Le devenir mère se fait au cours de la maternogenèse (genèse du sentiment maternel).

Pour Delassus (2007a, 2007b, 2014), une femme aura la possibilité de devenir mère, si dans son enfance, différentes étapes lui avaient permis d'évoluer dans son désir de mère. Ce n'est que dans un second temps qu'elle choisira d'accéder ou non à la maternité. Tout cela se déroule dans l'inconscient, c'est la « maternité psychique » qui permet le transfert de la totalité originnaire et dont dépend la capacité du don. Les processus psychiques du devenir mère sont regroupés en quatre étapes, et constituent le champ de la maternogenèse.

La première est la constitution du maternel ou de l'originnaire qui consiste en l'adaptation du naissant au monde à travers le maternel ou l'originnaire en acte (maternage). C'est une expérience qui sera reproduite en fonction de ce que l'on a pu connaître. On ne devient mère qu'une fois que le maternel s'est élaboré. L'originnaire permet de retranscrire la totalité enregistrée au plus profond de l'être, et cela grâce au maternel.

La seconde étape est la rupture du syncrétisme qui correspond à la rupture avec la petite enfance, aux alentours de l'âge de deux ans. Il faut rompre avec la mère pour pouvoir être soi, acquérir de l'autonomie et se constituer en tant que sujet. La troisième étape est l'auto-attribution du maternel qui pour la petite fille consiste à la possibilité de revivre l'originnaire, car elle fait partie du genre féminin, potentielle future mère. L'attribution de l'originnaire étant définitif lorsque la fille ne pensera plus l'originnaire pour elle-même, mais pour autrui. Il n'y a pas encore de désir d'enfant, mais une reconnaissance de la possibilité d'être mère. Cette attribution du maternel se fait dans la continuité de la rupture du syncrétisme et constitue l'identité du moi. La petite fille pense alors comme une future mère inconsciemment. La quatrième étape est la confirmation par le père, car seule une figure représentant le paternel peut confirmer pour la fillette cette possibilité de devenir mère un jour.

Pour Delassus (2007a, 2007b, 2014), la première étape de la maternogenèse concerne le maternage que la mère a reçu et connu dans son enfance. Les perceptions et les sensations qu'elle a retenues de ce maternage vont lui permettre de le transmettre à ses enfants. La deuxième étape correspond à l'accès vers l'autonomie. Le maternel donné en plein régime au cours de la petite enfance, prend fin vers un an. La troisième étape correspond à la phase où la femme, de par son appartenance au sexe féminin, va soit faire valoir ce droit d'accéder au maternel, soit reconnaître ce pouvoir et en avoir la charge. C'est un cap décisif où tout un destin se joue pour la future mère. La quatrième étape fait intervenir le père dans la relation avec sa fille. C'est lui qui va autoriser inconsciemment par la parole, la possible construction du maternel.

Nous comprenons que pour la théorie de la maternogenèse (Delassus, 2007a ; 2007b ; 2014) le devenir mère se structure durant l'enfance, notamment avec la constitution de l'originaire qui doit être transmis, donné, transféré de la mère à l'enfant qui en est dépourvu. La maternalité devient dès lors un état qui prépare et assure la transmission ou le transfert de l'originaire enfouie dans l'inconscient de la mère. Avec la maternalité, la future mère entame un long voyage au fond d'elle-même pour retrouver la mère qu'elle a eue afin de s'identifier à elle pour être elle-même mère.

La femme se prépare à devenir mère dès le temps de la gestation en parcourant un chemin dans des rythmes plus ou moins différents (Darchis, 2016). Pour Darchis (2000a), le voyage psychique au temps de la grossesse (voyage de Télémaque) met en mouvement un réaménagement psychique individuel, mais aussi une réorganisation groupale, au sens psychanalytique de maturation et d'élaboration. Il s'agit d'un véritable processus psychanalytique groupal au cours duquel sont retrouvés, partagés (avant d'être transformés) les vécus anciens de l'enfance et les expériences ressenties par les personnes de la famille dont on fait partie et à laquelle on s'est identifiée. Ce sont aussi des réveils d'ambiances d'autrefois, mais aussi de résistances ou de défenses familiales (Darchis, 2000a). Ce retour vers le passé (voyage de Télémaque) est un complexe qu'il importe de résoudre (Vincent, 2004). Ainsi, en périnatalité, le complexe de Télémaque est le processus qui structure la psyché du futur parent pendant la grossesse où, dans un mouvement régressif, le sujet retrouve ses racines pour s'y relier afin de mieux s'en séparer (Darchis, 2000b).

La crise de réaménagement psychique qui a lieu dès la grossesse rend possible la rencontre entre les parents et le bébé dans les jours qui suivent la naissance. Le berceau familial

symbolique, préparé pendant la gestation, va s'ouvrir pour accueillir l'enfant et permettre au père et à la mère de devenir parents (Darchis, 2016). Classiquement la construction du lien maman-bébé s'organise dès les premiers jours, en traversant trois stades nécessaires et structurants que sont : l'adoption, l'adaptation, la sécurisation (Darchis, 2000b). La naissance prématurée rompt le cours de la grossesse et précipite le moment du devenir mère et engendre au sens de Brushweiler-Stern (1997), la naissance d'une « mère prématurée ». Cette naissance ébranle ainsi les processus psychiques à l'œuvre pendant la grossesse.

Les processus tels que la transparence psychique/transparence culturelle et la préoccupation maternelle primaire qui sont les garants de la réactualisation de l'originaire (maternage reçu) sont stoppés. L'accouchement prématuré met ainsi un terme à tous ces processus en cours sans que toutes les étapes nécessaires à la réactivation et au transfert de l'originaire soient parcourues. Cet accouchement ébranle le projet maternel et la mère bouleversée peut ne pas être au rendez-vous de sa maternité. Selon Bréhat (2018), dans le cas des naissances prématurées, la grossesse est brutalement interrompue plusieurs mois avant le terme prévu. Et dans ces situations, les processus psychiques (régression narcissique, maturation psychique et fantasmatisation) à l'œuvre dans la construction du maternel seraient entravés. Compromettant ainsi la préoccupation maternelle primaire (Bréhat, 2018). La prématurité constitue alors « *un empêchement plus ou moins puissant à donner à son nouveau-né : à savoir donner, à pouvoir donner, à avoir envie de donner* » (Delassus, 2014 p.95). Elle constitue une rupture qui prive la devenant mère des ressources psychiques indispensables à la construction du maternel. Pour la théorie de la maternogenèse, dans les conditions de privation des ressources psychiques, la maternité débouche sur l'effondrement maternel. Et la devenant mère s'enlise dans la difficulté maternelle (Delassus, 2014).

Selon la théorie de la maternogenèse, du fait que l'accouchement prématuré stoppe les remaniements psychiques en cours et prive les mères des ressources psychiques indispensables à la construction du maternel. La primipare ayant un nouveau-né prématuré devrait s'enliser dans la difficulté maternelle qui signerait alors l'échec de la construction du maternel. Or, à la suite des entretiens avec les mères (primipares) de nouveau-nés prématurés (enfant qui vient de naître et est âgé d'au plus 28 jours), nous avons observé que malgré les retentissements de l'accouchement, les difficultés et les incapacités notées durant les premiers jours qui suivent la naissance (elles sont comme figées face à leur bébé ; elles éprouvent de nombreuses difficultés à prodiguer des soins à leur bébé et une absence d'émotion, de tendresse et de sollicitude ; elles évitent l'entrée en relation ou en contact avec le bébé ; elles n'éprouvent pas de joie suite à cette

naissance et certaines ne veulent rien savoir de leur bébé), avec le temps qui s'écoule, elles éprouvent les mêmes sensations, entrent en relation avec leur bébé et assurent les fonctions maternelles comme les mères ayant accouché à terme (elles éprouvent de la sollicitude et de la tendresse envers leur bébé ; prodiguent des soins et éprouvent de la joie vis-à-vis de la maternité ; entrent en contact avec leur bébé et certaines éprouvent le désir d'être en permanence avec leur bébé). Nous avons ainsi constaté que suite à la rupture des processus de maternalité et la privation des ressources psychiques indispensables, la construction du maternel est effective chez la primipare (femme qui accouche pour la première fois) ayant un nouveau-né prématuré. Ce constat s'inscrit à la suite de Bouchard-Godard (1983) qui renseigne que face à l'accouchement prématuré, le psychisme maternel subit une réorganisation. Et de Bréhat (2018) qui renseigne que pour faire face à la prématurité, la mère mobilise des ressources psychiques et intersubjectives pour échapper ou dépasser un éventuel état de sidération face au bébé né trop tôt.

En résumé, selon les théories du devenir mère, dans les conditions de privation des ressources psychiques, la maternité débouche sur l'effondrement maternel. Et la devenant mère s'enlise dans la difficulté maternelle. Or nous avons constaté que malgré la privation des ressources ou processus psychiques, la construction du maternel est effective chez la primipare ayant un nouveau-né prématuré (elle éprouve les mêmes sensations, entre en relation avec son bébé, assure les fonctions maternelles comme les mères ayant accouchés à terme). Ceci alors qu'en restant dans le cadre des théories du devenir mère, on se serait attendu à ce qu'elle manque le rendez-vous de sa maternité et s'enlise dans la difficulté maternelle.

1.3. QUESTION ET HYPOTHÈSE DE RECHERCHE

Il est question ici de concrétiser le problème de recherche ainsi énoncé par la formulation de la question de recherche et d'une hypothèse de travail en réponse à cette question.

1.3.1. Question de recherche

La question à laquelle cette étude va tenter de trouver des réponses est formulée en ces termes : *comment le maternel se construit-il chez la primipare ayant un nouveau-né prématuré ?*

1.3.2. Hypothèse

Selon Bouchard-Godard (1983), par rapport à l'attente escomptée de neuf mois, la naissance prématurée bouleverse l'organisation psychique de la mère dans le temps et dans l'espace. L'accouchement prématuré bouleverse ainsi son psychisme à l'instar d'un traumatisme ou à la façon d'un raz de marée dont les dégâts ne pourront être réparés qu'avec beaucoup de temps. Ces dégâts pourraient donner lieu à des constructions originales. Pour elle, il ne s'agirait pas seulement de réparer, mais bien de trouver, dans de nouvelles créations, un nouveau mode d'être, un nouvel espace psychique radicalement changé.

Cette réorganisation s'inscrit dans le champ des théories de l'étayage qui stipulent au sens de Kaës (1990 p. 14) que face à un « *changement brusque et décisif dans le cours d'un processus* » qui affecte l'organisation psychique tel que l'accouchement prématuré, le sujet (devenant mère) doit faire un travail psychique visant la réorganisation et l'établissement d'un équilibre psychique. Autrement dit, face à cet accouchement, le psychisme de la devenant mère en plein réaménagements doit se réorganiser pour s'adapter et maintenir un certain équilibre. Cet équilibre est indispensable, car comme le renseignent Bernard et Eymard (2008), devenir mère engendre donc des réaménagements psychiques et affectifs, sans lesquels la femme ne pourrait pas répondre aux besoins de son enfant.

En nous appuyant sur tout ceci, nous formulons l'hypothèse que : *chez la primipare ayant un nouveau-né prématuré, le maternel se construit à partir de la réorganisation psychique qui œuvre pour le transfert de l'originare*. La réorganisation psychique qui se fait par les processus de symbolisation, mentalisation et d'élaboration psychique jouerait un rôle de catalyseur pour la restauration des réaménagements psychiques nécessaires à la construction du maternel. L'hypothèse ainsi formulée n'a pas vocation d'être vérifiée, elle est l'idée directrice de cette étude.

1.4. L'OBJECTIF DE LA RECHERCHE

L'objectif de cette étude est d'appréhender la construction du maternel chez la primipare ayant un nouveau-né prématuré au Cameroun. Cette appréhension va passer par les processus psychiques mobilisés et leur action dans la restauration des réaménagements psychiques indispensables à la construction du maternel.

1.5. INTÉRÊTS DE L'ÉTUDE

La littérature sur les répercussions psychologiques de l'accouchement prématuré est foisonnante. De nombreuses études abordent et traitent de la construction des liens parents-bébé qui sont mis à mal par la prématurité. Ces études présentent cette relation comme impliquant des partenaires qui sont soumis à des défis différents et des professionnels assurant les soins dans un environnement hautement technologique. Nous intéresser à un sujet de recherche portant sur le devenir mère chez la primipare ayant un nouveau-né prématuré nous a paru très intéressant. Dans cette section, il est question de présenter les intérêts de cette étude. Ces intérêts vont être présentés sur le plan scientifique et sur le plan social.

1.5.1. Intérêt scientifique

Les intérêts scientifiques de cette étude seront présentés sous les aspects théorique et clinique.

La majorité des travaux sur les répercussions psychiques de la prématurité met directement l'accent sur la construction des liens parents-enfant. Or l'entrée en relation avec l'enfant dépend de la manière avec laquelle les réaménagements psychiques induits par la maternité et ses processus se déroulent. Autrement dit, l'entrée en relation avec l'enfant est structurée par les processus de la maternalité qui se mettent en place tout au long de la grossesse et quelque temps après l'accouchement. La prématurité vient mettre un terme à la grossesse sans que tous ces processus s'achèvent. Ainsi, cette étude a le mérite d'explorer la dynamique psychique de la mère qui a un enfant prématuré dans un contexte où les représentations culturelles viennent en plus de la vulnérabilité culpabiliser.

Sur le plan théorique, cette étude a le mérite d'aborder la construction du maternel ou devenir mère suite à la rupture des processus de maternalité. Pour ce, elle se situe aux confins des théories du devenir mère qui stipulent que le devenir mère est un processus qui se déroule sur plusieurs étapes (maternogenèse) durant l'enfance. La première de ces étapes est la constitution de l'originaire qui fait référence aux premiers échanges affectifs et physiques dans la relation mère-enfant. Les autres étapes de la maternogenèse (rupture du syncrétisme, auto-attribution du maternel et confirmation par le père) vont consolider ce maternel et l'originaire constitué sera inaccessible au niveau du conscient. Avec la grossesse et les processus de maternalité y relatifs, la devenant mère doit faire un voyage au fond d'elle pour retrouver la mère qu'elle a eue (originaire) afin de s'identifier à cette dernière pour devenir mère. Les

processus de maternalité, oeuvrent donc pour la réactualisation de l'originare et sa transposition dans la relation mère-enfant. En cas de rupture de ces processus, la construction du maternel se solde par l'installation d'une difficulté maternelle (état pathologique).

Sur le plan clinique, cette étude va contribuer au développement des connaissances qui permettront de faire un accompagnement de la mère ayant un enfant prématuré sur le chemin de la parentalité afin de réduire les angoisses et d'optimiser la construction des liens mère-bébé dans ce contexte particulier qu'est la prématurité.

1.5.2. Intérêt social

Il est ici question de présenter les apports de l'étude pour la société camerounaise. Il s'agit précisément de l'utilité sociale de cette recherche. En effet, la prématurité est préoccupante et constitue un véritable problème de santé publique. Elle vient mettre à mal l'entrée ou l'initiation de la relation parents-bébé. Ceci peut entraver le développement des différents protagonistes de cette relation.

Cette recherche s'intéresse à la mère ayant un enfant prématuré afin de comprendre son vécu vis-à-vis de la prématurité pour lui apporter un accompagnement psychologique adéquat dans un contexte où les soins apportés sont essentiellement médicaux et fournis à l'enfant. Cette étude révèle également la nécessité de prendre en considération les parents d'enfant prématurés pour leur accorder un accompagnement psychologique dans le but d'optimiser l'accompagnement de leur enfant. Car il est nécessaire qu'un soutien ou un accompagnement soit mis sur pied pour la famille pendant et après le séjour du bébé en unité de soins néonataux intensifs.

CHAPITRE 2 : APPROCHE NOTIONNELLE ET CONCEPTUELLE DE L'ÉTUDE

Dans ce chapitre, il est question d'apporter une clarification aux concepts clés qui sont utilisés dans cette étude. Cette clarification ne se résume pas à une simple définition, mais présente les contours de chaque concept afin de préciser le sens dont il revêt dans cette étude.

2.1. LE DEVENIR MÈRE OU CONSTRUCTION DU MATERNEL

Selon Delassus (2010), la construction du maternel (devenir mère) chez l'être humain est une disposition psychique à donner ce qui manque, avec pour effet de le recevoir de l'enfant qui renvoie, à la mère comme au père, l'image de la totalité de leur être. Selon Bellion (2001), le devenir mère impose un travail psychique qui permet à la femme d'aménager ses sentiments ambivalents liés d'une part à son état de grossesse et d'autre part au fœtus qu'elle porte. En neuf mois, cet inconnu va induire et concrétiser le processus de maternalité mis en place tout au long du développement psychoaffectif de la fille. Les aspects psychologiques de l'accouchement ne peuvent être dissociés de la période périnatale et du processus associé au « Devenir mère ».

Pour, Winnicott (1969) le terme de mère « normalement folle » est dû à l'hypersensibilité autour de la naissance et concerne l'état d'hypervigilance par rapport au nourrisson. Les approches psychanalytique et psychodynamique ont proposé de très nombreuses conceptualisations autour de cette crise développementale « normale » dans la vie d'une femme. La théorie de Racamier (1961) sur la « maternalité » et les travaux de Lebovici et Stoleru (2003), Missonier (2003), Bydlowski (2000 ; 2002) ont contribué à l'illustration du Cheminement féminin vers la maternité.

La psychologie périnatale décrit la grossesse et la naissance du premier enfant comme une situation de crise développementale pour la femme, car cette période implique des changements intenses et irréversibles au niveau corporel et psychosocial (Langer, 2004 ; Gloger-Tippelt, 1988 cité par Dorn, 2003). Dans ce sens Filip (1990), répertorie la grossesse et l'accouchement dans les événements majeurs de la vie (changement dans la situation de vie de la personne). Ce changement peut trouver sa source dans la personne elle-même ou dans son environnement et exige un effort d'adaptation (Dorsch, 2004 cité par Krings-George, 2013).

Pourtant, l'impact que va avoir cet événement dépend de l'intensité des émotions associées à l'événement. L'implication émotionnelle peut avoir une valeur affective positive ou négative (le décès d'un proche, le mariage, la naissance d'un enfant). Selon les capacités d'adaptation psychologique de la personne à cet événement, les conséquences varient largement. L'expérience d'une crise et la gestion de celle-ci peuvent avoir un impact positif sur

la personne, dans un sens de croissance et maturation personnelle, ou un effet négatif, comme des troubles de l'adaptation (Dorsch, 2004 cité par Krings-George, 2013).

Les enjeux de la période périnatale sont multiples. Il s'agit non seulement du devenir mère, mais aussi de faire d'un homme un père, ainsi que de changer le statut du couple en couple parental. Canavarro (2001) a proposé un modèle théorique en huit étapes pour décrire ce processus évolutif. Chaque stade implique une problématique spécifique, une tâche développementale à accomplir et est marqué par des expériences psychologiques particulières. Les facteurs qui empêchent la réalisation d'une ou de plusieurs de ces tâches de développement posent des difficultés dans le processus d'adaptation psychologique pendant la transition vers la parentalité. Les principales tâches de développement pendant la grossesse et le post-partum sont :

- L'acceptation de la grossesse (pendant le premier trimestre de grossesse, les femmes reconnaissent la grossesse, acceptent qu'elle soit réelle et adaptent leurs comportements à cette nouvelle réalité) ;
- L'acceptation de la réalité du fœtus (pendant le deuxième trimestre de grossesse, les mères à venir reconnaissent le fœtus en tant qu'entité individuelle et réelle ; le contact avec le fœtus à travers les mouvements fœtaux est fondamental pour établir la relation entre la mère et le fœtus) ;
- La réévaluation et la restructuration de la relation avec les parents (à partir du deuxième trimestre, les futures mères se basent sur les expériences de leurs propres parents pour assumer et construire leurs nouveaux rôles parentaux) ;
- La réévaluation et la restructuration de la relation conjugale (élargissement de la relation conjugale pour intégrer une nouvelle dimension : l'alliance parentale) ;
- La réévaluation et la restructuration de l'identité : intégration de l'identité maternelle (évaluation des avantages et des pertes et acceptation des changements impliqués par le nouveau rôle de mère) ;
- La préparation pour l'accouchement et l'accouchement (c'est la principale tâche du troisième trimestre, où les futures mères se préparent pour l'arrivée de l'enfant et anticipent la relation avec l'enfant après l'accouchement) ;
- La parentalité (construction de la relation avec l'enfant basée sur les comportements et les signes du bébé) ;

- La réévaluation et la restructuration de la relation avec les autres enfants (intégration de l'enfant dans un réseau relationnel plus complexe et attribution des rôles interdépendants dans la fratrie).

Pour aborder la construction du maternel, nous nous positionnons à la suite de Bréhat (2018) qui tente de cerner ce concept complexe à travers le sentiment maternel, le désir d'enfant et le présente comme ayant une double direction et aboutissant au lien à l'enfant.

S'agissant du sentiment maternel, il est tridimensionnel : sensoriel, intellectuel et intersubjectif dans le fait de se sentir mère de son enfant. Évoquer la dimension intersubjective revient dès lors à reconnaître une relation à l'autre ou à l'enfant. Dans ce sens se sentir mère ne correspond pas à un état émotionnel de l'ici et maintenant, mais plutôt au résultat d'un processus complexe qui débute avec la naissance de la mère elle-même, prise dans une histoire transgénérationnelle. Comme le soulignent Spiess et Thevenot (2014, p.169) : « *Ce lien est un lien construit qui s'origine dans l'histoire la plus ancienne de la femme et tient à des déterminations inconscientes* ». Par-là, nous comprenons que le sentiment maternel trouve son origine dans la relation que la mère a eue avec sa propre mère, et cette relation s'inscrit dans un cycle transgénérationnel où chaque génération est tour à tour réceptrice et transmetteuse.

Il existerait un lien entre le sentiment maternel et le désir d'enfant en ce sens que c'est ce désir qui nourrit le sentiment maternel et se structure lui-même dans l'infantile en tant que vestiges du désir œdipien d'avoir un enfant du père. Pour d'autres psychanalystes tels que Winnicott et Klein, c'est la mère précœdipienne qui serait au centre du maternel en considérant l'environnement comme permettant à l'enfant de se construire (Bréhat 2018). Pour Bydlowsky (2008, p. 21), « *par le désir d'enfant, la femme donne corps au lien charnel indestructible qui l'unit à sa mère* ».

La maternel a une double direction dans la mesure où il n'est pas la mère, mais pose au sens d'Abensour (2011, p. 285) : « *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* ». Sa double direction concerne l'origine et la fonction ; du côté de l'origine, le maternel pourrait s'envisager comme le fond originel, autrement dit archaïque. Dans ce sens, *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 regression et l'engloutissement qui y seraient possible » (Anzieu-Premmereur, 2011 p. 1449).

En parlant de la fonction, le maternel serait au sens d'Anzieu-Premmereur (2011) une entité fonctionnelle qualifiant autant les soins physiques reçus par le nourrisson (le maternage) que la capacité des femmes et des hommes de développer cette capacité de prendre soin.

En abordant la question de la fonction du maternel, on aboutit au lien et le maternel devient le lien à l'enfant. En effet, comme le mentionne Bréhat (2018), dans la rencontre avec l'enfant réel ou l'enfant du dehors, la femme a affaire avec la confrontation à son manque à être auquel la confronte l'altérité de l'enfant réel. La maternité serait alors liée à la castration et pour pouvoir investir libidinalement son enfant, ce dernier doit venir prendre la place du phallus imaginaire.

Concernant la construction de la relation à l'enfant, il est important de mentionner que c'est l'investissement narcissique qui sous-tend le lien à l'enfant. En effet, le narcissisme parental en tant que reviviscence du narcissisme infantile, serait une source d'amour intense dans un transfert d'espairs et idéaux. Le narcissisme sous-tend ainsi les processus identificatoires mis en jeu dans la construction du maternel comme l'affirme Anzieu-Premmereur (2011, p. 1479) en ces termes : *« 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 »*.

Pour Chevalérias (1996) cité par Bréhat (2018), la relation à l'enfant se construit dans l'intime de la rencontre entre la mère et son nouveau-né. En effet, pour elle, *« il apparaît donc que les processus psychiques mis en jeu, s'ils s'apparentent avec ceux existant dans la relation primitive de 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 »* (chevalerias 1996, p. 87).

Roussillon (2011, p. 1500) a défini quatre traits qu'il aborde *« à partir des élans pulsionnels du bébé et de leur accueil par la mère »*. Les deux premiers traits sont la réceptivité de l'élan pulsionnel par l'objet maternel et l'ajustement réciproque entre la mère et l'enfant, ils 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 constituerait le

troisième et le quatrième trait permettant la construction et l'investissement du lien (Bréhat, 2018).

Selon Bréhat (2018), le maternel peut se définir comme un nouage (Opération de tissage) complexe entre une dimension intrapsychique (processus psychiques) et intersubjective (relation à l'enfant) qui s'articule à une dimension affective dans une histoire générationnelle.

En évoquant la question de l'identité maternelle, elle précise que l'appropriation de l'identité maternelle se construit et évolue au fil de la relation, des besoins psychiques de l'enfant caractérisés par son âge. Autrement dit, l'identité maternelle va se modeler en fonction de l'âge de l'enfant d'une part et d'autre part en fonction de ses besoins.

En partant du point de vue de Guyomard (2009, p. 160) qui affirme :

Être 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 le maternel peut être rencontré, produit dans l'après-coup d'une transmission du fait de l'enfant (en appel, en attente de mère).

Le maternel à une caractéristique subjective, car c'est à partir de sa subjectivité, de son histoire marquée par un enchaînement et une succession particulière des événements qui auront organisé sa psyché que le sujet va lui donner un sens.

En partant de tout ce qui précède, pour nous, le devenir parent en général et le devenir mère en particulier est une crise affective accompagnée d'un grand réaménagement psychique pendant la grossesse et après la naissance. L'ensemble constituant une aventure régressive au fond de soi suivi d'un mouvement constructif et progressif devant aboutir à la naissance psychique en tant que mère et à la construction des liens (à l'enfant et au groupe familial), ainsi qu'à l'entrée en relation avec l'enfant. Avec la maternité et les processus de maternalité qui l'accompagnent l'ensemble du psychisme maternel est en réaménagement, la femme fait un voyage au fond d'elle-même pour retrouver la mère qu'elle a eue et le maternel (originaire ou totalité) et s'identifier à cette dernière et par la même occasion, l'originaire ou la totalité est réactivé. Cela est suivi par un mouvement progressif qui prépare et structure le transfert de cet originaire.

Par devenir mère, nous désignons le processus par lequel la future mère crée et investit son futur enfant d'une part, mais aussi le processus par lequel elle se crée elle-même en tant que mère et commence progressivement à investir son rôle (rôle maternel) ou ses fonctions maternelles. Dans ces processus, les représentations maternelles constituent le relais entre les deux protagonistes dans la mesure où la manière par laquelle la mère va se représenter/s'imaginer (créer et investir) son enfant, va déterminer non seulement la relation mère-fœtus, mais également la relation précoce entre elle et son bébé en postnatal.

2.2. LA RÉORGANISATION PSYCHIQUE

Pour définir le concept de réorganisation psychique, nous nous situons dans la perspective de Wiener (1997) qui part de l'appréhension de la structure psychique pour décrire la désorganisation et la réorganisation psychique. En parlant de structure psychique, il renseigne que la première et la seconde topique sont avantageusement complétées par le recours à d'autres paramètres, par exemple les modalités d'élaboration, et surtout la mentalisation. Dans cette logique, pour lui, la notion de structure psychique est différente de celle de personnalité, dont la définition est très difficile, en raison du grand nombre d'auteurs qui l'ont utilisée.

La structure psychique est à prendre comme un schéma d'intelligibilité et non comme l'expression d'une réalité (Simmel & Boudon, 1984). Elle saisit des propriétés formelles et permet une utile analyse conceptuelle. Il s'appuie sur la conception de Piaget (1968) qui stipule que la structure est un système de transformation qui comporte des lois en tant que système, et qui se conserve ou s'enrichit et comprend les trois caractères de totalité, de transformation et d'autorégulation. Wiener (1997) appréhende la structure psychique à partir de la métapsychologie (topique, économique et dynamique). Du point de vue topique qui répond à la question où. Une structure psychique est caractérisée par le satisfaisant développement et agencement de la première et de la seconde topique freudienne. Du point de vue économique qui répond à la question pourquoi. Une structure psychique détermine dans ses grandes lignes la relation du sujet à son propre inconscient. Elle est régie par un champ de forces, par un rapport de forces internes et externes, tel que le résultat, vecteur fixé dès la première enfance, reste pour l'essentiel invariant. Du point de vue dynamique qui répond à la question du comment ? Partant de là, la structure psychique est l'ensemble des possibilités régressives du sujet, répondant au réseau de ses fixations.

En s'appuyant sur Bouvet (1967), il établit la différence entre les notions de structure et de défense et décrit la structure psychique pathologique comme étant le résultat d'un

développement défectueux, avec différenciation insuffisante des deux topiques, appauvrissement des possibilités économiques et des potentiels dynamiques.

Pour Wiener (2001), la notion de désorganisation (qui n'est pas à proprement parler une notion métapsychologique) a des implications topiques, mais il s'agit davantage d'une notion à incidences économiques. Pour lui, on peut reconnaître à la désorganisation une tendance à l'irréversibilité qu'il considère comme l'expression d'un mouvement vers l'état d'équilibre de type thermodynamique. C'est par la voie des mécanismes spécialisés, biophysios psychologiques et relationnels que se reconstruit ce qui a été défait par la désorganisation.

Il précise que la notion de désorganisation s'applique à des structures et à des processus d'ordre divers.

Les notions de désorganisation et de réorganisation permettent de constituer le cadre d'une nosographie (Wiener, 1983). Les catégories nosographiques habituelles et les notions de désorganisation et de réorganisation appartiennent ainsi à des catégories distinctes. La désorganisation et la réorganisation désignent l'état général, de la structure et de l'organisation psychique, en tant que résultat de divers processus qui animent ces dernières. Elles mettent en scène la dialectique de la réversibilité et de l'irréversibilité.

Pour lui, un diagnostic psychiatrique est l'appréciation du degré de désorganisation de la structure psychique. La désorganisation ne peut donc se définir par aucun mécanisme propre, même par opposition. Tous les mécanismes sont susceptibles de se désorganiser. Il distingue plusieurs types de désorganisations :

- La désorganisation progressive

Selon lui, elle peut rester purement psychique, relationnelle ou comportementale (suicide), elle s'exprime souvent par des maladies somatiques graves (infarctus du myocarde, etc.). Elle tend vers l'irréversibilité maximale, et peut concerner la mort physique ou psychique.

- La désorganisation fonctionnelle

Selon Wiener (2001), elle est rarement isolée en psychopathologie. La désorganisation fonctionnelle est une variante des désorganisations partielles. Il la rapproche de la désorganisation temporaire et durable, tout en citant l'exemple des épisodes psychotiques aigus qu'il considère comme étant des désorganisations temporaires. Pour lui, les désorganisations sont des spirales descendantes de mouvements de désorganisation et aussi souvent ascendantes, de réorganisation.

En abordant la notion de réorganisation, il précise qu'elle permet aussi de présenter les résultats d'une cure psychanalytique (Chassequet-Smirgel, 1990). Le malade, à défaut de

pouvoir suffisamment aménager les contraintes qui pèsent sur lui, change par voie régressive sa conscience du vécu ou sa conscience de soi.

Wiener (2001), renseigne que le fonctionnement dépend de l'interaction de la pression pulsionnelle et de l'efficacité de la structure de la personnalité pour la traiter (en question la qualité de l'élaboration psychique). Quand la pression augmente au-delà du supportable, le malade se désorganise. Quand la pression diminue, une réorganisation spontanée se fait.

En partant des conceptions de Lehmann (2014) qui rendent compte de la désorganisation psychique et la perte des repères chez les patients en cancérologie, nous appréhendons la désorganisation psychique et la perte des repères des parturientes suite à l'accouchement prématuré.

Selon Thom (1976), la crise est une perturbation temporaire des mécanismes de régulation d'un individu ou d'un ensemble d'individus. Pour lui, il suit de cette perturbation, et de son retentissement subjectif, que la crise comporte une menace aiguë pour l'intégrité du sujet, une menace de mort ; cette menace est généralement mobilisatrice de moyens d'action pour la survie, c'est-à-dire pour la mise en œuvre de nouveaux comportements régulateurs. Toute crise est génératrice d'angoisse qui fonctionne comme un signal d'alarme activateur de mécanismes d'extinction de la crise.

Suite à la crise, les processus qui régissent le fonctionnement psychique et qui ont pour fonction la régulation afin de réduire l'émergence des angoisses sont perturbés. Les repères ainsi rompus constituent selon Lehmann (2014) une partie essentielle de la subjectivité et de la singularité de chacun et sont indispensables comme elle le mentionne :

Car même s'ils impliquent des obligations, ce sont des obligations consenties. La subjectivité de chacun se situe et se construit par rapport à ces repères. Qu'on les accepte ou qu'on les refuse, ils existent indépendamment de nous et c'est dans un certain rapport à eux qu'on se définit. Les repères ne sont pas forcément conscients. C'est quand ils font défaut qu'on en découvre l'importance » (Lehmann, 2014 p. 46).

La perte des repères produit au minimum un sentiment d'étrangeté et entraîne fréquemment des épisodes de confusion. Ce qui en résulte n'est pas seulement un déséquilibre ou un flou, mais en certains points des états de crise (Lehmann, 2014).

Chez la parturiente confrontée à l'accouchement prématuré, il y a de nombreuses angoisses et questionnements qui sont parfois si intenses qu'elles se retrouvent dans l'incapacité de les évoquer. Selon Lehmann (2014), la maladie et par extension, la crise (accouchement prématuré) rend caducs les équilibres et les défenses qui sous-tendent la vie quotidienne. La crise (maladie, accouchement prématuré) déstabilise et désorganise partiellement ou totalement les fondements sur lesquels la vie a été construite, réveille par la même occasion les problématiques non résolues et crée la tendance au retour sur soi. Elle poursuit en mentionnant que la crise opère une rupture qui va générer des bouleversements au sein de la vie quotidienne. La personne confrontée à cette crise se retrouve brutalement projetée dans un ailleurs qui dans le cas de l'accouchement prématuré est le monde de l'hôpital avec ses restrictions et ses contraintes auxquelles la parturiente doit s'habituer (Lehmann, 2014).

Selon Kaës (2013), la crise comporte un aspect bénéfique puisqu'elle rend possible, par un mouvement de retraite salvatrice, les modifications du comportement, des systèmes de défense, des schémas de représentation et d'action. Le dérèglement que provoque la rupture s'accompagne du sentiment intense d'une menace pour l'intégrité du soi et pour la continuité de l'existence subjective, de brèches dans la capacité d'être contenu. L'expérience de la rupture suppose que la rupture a pu être éprouvée et élaborée comme cessation de l'état d'union, fin de la continuité et perte de la contenance (Kaës, 2013). L'expérience de rupture peut déboucher sur son aménagement dans la continuité (Transitionnalité).

Dans cette étude, c'est cet aménagement de la rupture que nous désignons par le concept de réorganisation psychique. Cette réorganisation psychique s'observe normalement lors des phases de transition de la vie, par exemple à l'adolescence, mais aussi au décours d'une crise existentielle telle que l'accouchement prématuré (Wiener, 2001). La réorganisation psychique fait appel aux modalités d'élaboration psychique.

En partant du travail de la maladie (mise en représentation de la maladie) décrit par Pedinielli (1990), nous disons que face à l'accouchement prématuré, l'aménagement de la rupture consiste à une mise en représentation et en sens de l'accouchement prématuré afin d'assurer un fonctionnement psychique stable face à cette crise.

Par réorganisation psychique, nous désignons l'aménagement de la rupture visant le rétablissement de l'équilibre psychique mis à mal à la suite de l'accouchement prématuré. Cette réorganisation psychique pour être effective passe par les processus d'élaboration psychique pour donner un sens à la crise, maîtriser les affects qui l'accompagnent (symbolisation) afin

d'assurer une régulation de ces affects, pulsion, etc. (mentalisation). La réorganisation psychique fait référence à la confrontation à la crise et à la rupture induites par l'accouchement prématuré et aussi au dépassement de ces dernières.

Bien que les frontières entre les processus de symbolisation, représentation, mentalisation, pensée, fonction symbolique, processus psychique et élaboration psychique soient très floues, Bouchard et Lecours (1997) établissent une hiérarchie des processus de mentalisation dans lesquels sont insérés plusieurs de ces concepts. Ils conçoivent cette hiérarchie comme un continuum n'établissant pas de frontières nettes entre chaque niveau. Plusieurs degrés de symbolisation y sont définis au sein même de différents sous-niveaux de mentalisation. Golse (1999) pour sa part, englobe toute une série de processus dans le concept de symbolisation. À cet effet, il écrit : « *Finally, pour les psychodynamiciens, la naissance de la vie psychique correspond essentiellement à la mise en place des processus de symbolisation, c'est-à-dire, à l'instauration des capacités de représentation, de représentation du monde, de soi et des relations entre soi et le monde.* » (Golse, 1999 p. 149).

Lecours et Bouchard (1997) reprennent l'idée selon laquelle la symbolisation serait une fonction supérieure qui relie entre elles les représentations mentales déjà formées. Les processus de mentalisation constituent un continuum allant de la somatisation à l'insight, ce continuum ne constitue pas un processus linéaire et systématiquement évolutif puisque. Cependant, le plus souvent, un seul de ces modes est privilégié par l'individu. La symbolisation est le processus fondamental, indispensable d'une part à la mentalisation et d'autre part à l'élaboration psychique (Lecours & Bouchard, 1997).

2.2.1. La Symbolisation

Bergeret et al. (1986) rendent compte d'une opération fondamentale notamment pour la spécifier : la symbolisation. Cette dernière a deux faces. Elle renvoie d'abord au travail de transformation par la pensée des excitations pulsionnelles, c'est-à-dire des tensions de nature principalement sexuelle et agressive, en représentations mentales communicables. Elle porte aussi sur le travail d'élaboration mentale des affects, principalement de déplaisir, sous forme de liaison à des représentations partageables susceptibles de donner un sens au ressenti du sujet. Bergeret (1991) cité par De Tichey et al. (1992) souligne qu'elle est la voie la plus noble, la plus adaptative du traitement des tensions. Ainsi, la symbolisation est la capacité de l'appareil psychique à se représenter un objet ou un événement, à lui donner un sens afin de le relier dans

un premier temps aux autres représentations et dans un second à un mot qui le représente. Par la symbolisation, cet objet ou cet événement peut être dit.

Selon Roussillon (1996), le Moi ne travaille jamais à partir des données premières, brutes, primaires, la matière première de la psyché doit être transformée en représentation psychique pour être « utilisable » par la psyché subjective, cette transformation suppose un travail de représentation et de mise en sens. La première opération de symbolisation consiste à transformer les excitations intolérables en images puis en représentations partageables, communicables. La deuxième opération est la traduction en mots des affects, qui nécessitent de pouvoir lier la représentation à l'affect correspondant (De Tychev, 2001).

Symboliser, c'est avoir la capacité de créer des liens entre différentes représentations. Mais comme le rappelle Brunet : « *Il ne s'agit pas d'une liaison aléatoire et sans but ; il s'agit plutôt du transfert d'une qualité émotionnelle liée à la première représentation psychique vers d'autres représentations qui s'éloignent peu à peu de la représentation initiale de l'objet de la pulsion* » (Brunet, 1997 p. 62).

La symbolisation permet de supporter l'angoisse liée aux divers mouvements intrapsychiques. En liant les diverses représentations, elle permet une meilleure tolérance à l'affect et ainsi diminue son intensité, les conflits se jouent alors sur la scène interne. La symbolisation est indissociable à la capacité de contenance. Mais celle-ci comporte une forte dimension intersubjective puis qu'elle se développe à partir de l'environnement premier qui participe activement à la formation de la symbolisation qui à son tour renforce cette fonction.

La symbolisation se dégage de l'importance du rôle de l'objet réel et présent dans le développement des capacités de symbolisation et non seulement de l'objet absent « à symboliser » (Roussillon, 1995).

Le fonctionnement symbolique est caractérisé par la capacité de gérer les conflits intrapsychiques sur la scène interne sous la forme de relations intersystémiques. Les affects douloureux sont mieux tolérés parce que vécus moins intensivement et l'actualisation des conflits est moins ressentie dans l'urgence. Ce fonctionnement est fortement relié à la capacité de contenir : « *Ce qui est symbolisé peut être « contenu » et se prête à la construction de structures mentales élaborées et abstraites, lesquelles, à leur tour favorise la vigueur de la capacité à contenir* » (Lecours, 2005 p. 93).

Lecours (1997) identifie également divers degrés de symbolisation. La symbolisation est un processus fondamentalement interrelié à d'autres processus psychiques desquels elle est tributaire, mais auxquels elle participe activement, en ce sens, elle peut être qualifiée de processus réflexif. La symbolisation se fait souvent après-coup, dans une reprise, une ressaisie, une représentation, et au sein d'une situation qui s'y prête, d'une situation de sécurité, et ceci, car il faut des conditions particulières pour que cette reprise puisse s'effectuer (Roussillon, 1996).

En fait une partie du travail de symbolisation s'effectue « sur le moment », dans le présent de l'action, mais un certain nombre d'aspects de ce travail ne peut avoir lieu sur le moment, le sujet se contenant d'une forme de maîtrise de ce qui se produit (mainmise, main tenace). Une partie s'effectue après-coup, dans les rêves par exemple. Mais, quand la situation mobilise des aspects inconscients de la vie psychique particulièrement investie, potentiellement traumatique, ou débordante les capacités de symbolisation actuelle du sujet, celui-ci s'assure, sur le moment d'une mainmise suffisante de ceux-ci, une maîtrise suffisante, et reprend la question plus tard et au sein d'une situation plus sécurisée et symboligène (Roussillon, 1996).

La symbolisation est le fruit d'un véritable travail psychique de transformation qui implique la présence d'un objet et plusieurs temps : un temps intersubjectif, un soin ou un jeu intersubjectif, un temps auto subjectif, un temps de jeu solitaire ; un temps « narcissique », celui du rêve (Roussillon, 1996). Symboliser est l'acte essentiellement fondateur du psychisme humain. C'est la signature de la possibilité d'être pris dans les filets d'un langage codé et commun. Ainsi, la symbolisation désigne la capacité d'utiliser et de comprendre les symboles. Elle permet d'imaginer l'objet en son absence et de relier cet objet au mot qui le signifie et le représente. Ce mot peut donc venir en lieu et place de l'objet pour le représenter.

2.2.2. La Mentalisation

Le terme de mentalisation utilisé en psychosomatique désigne l'ensemble des opérations symboliques par lesquelles l'appareil psychique assure la régulation des énergies instinctuelles et pulsionnelles, libidinales ou agressives (Kamieniecki, 1994). Pour Marty (1991), la mentalisation traite de la quantité et de la qualité des représentations psychiques des individus, représentations qui se manifestent dans le système préconscient. Pour Bergeret (1991, p.17-27) cité par De Tychev et al. (1992) la mentalisation correspond à l'utilisation mentale qu'on va faire de l'imaginaire. C'est un des modes de fonctionnement de l'imaginaire qui s'oppose à la

somatisation et au comportement. Marty (1991) souligne que la qualité de l'espace imaginaire et de la mentalisation est très variable d'un sujet à l'autre.

Pour Debray (1991), la mentalisation désigne la capacité qu'a le sujet de tolérer, voire de traiter ou même négocier l'angoisse intrapsychique et les conflits interpersonnels ou intrapsychiques. Il s'agit en définitive d'apprécier quel type de travail psychique est réalisable face aux angoisses, à la dépression et aux conflits inhérents à la vie. Marty (1991, p.18) souligne qu'elle repose sur le fonctionnement du préconscient, espace imaginaire peuplé de représentations et d'affects en plus ou moins grand nombre, circulant plus ou moins facilement, plus ou moins disponibles dans le temps en fonction de la nature et de l'usage des défenses mobilisées par le sujet.

Marty (1991) précise que lorsqu'une ou plusieurs des dimensions du préconscient est altérée, la mentalisation du sujet devient défectueuse, l'appareil psychique ne peut plus élaborer les excitations. Néanmoins leur décharge est nécessaire et se fera alors soit par la voie comportementale, soit par la sphère somatique. Pour Marty (1991) la confrontation à un événement traumatique éveille chez les sujets des conflits intrapsychiques plus ou moins latents ce qui compte avant tout c'est l'accumulation, l'excès d'excitations qui ne peuvent plus recevoir un traitement mentalisé (Rebourg et al, 1992).

Debray (1983, 1991, 1996, 2001) reste proche du positionnement théorique de Marty et apporte de nouvelles contributions au développement de la clinique psychosomatique. Elle s'écarte quelque peu de la définition de la mentalisation proposée par Marty, souhaitant une définition qui fasse sens. Elle suggère que la mentalisation soit rapportée à la capacité qu'a le sujet de tolérer, voire de traiter ou même de négocier l'angoisse intrapsychique et les conflits interpersonnels ou intrapsychiques. Il s'agit en définitive d'apprécier quel type de travail psychique est réalisable face aux angoisses, à la dépression et aux conflits inhérents à la vie (Debray 2001). Debray donne ici une place importante à la réalité externe, aux facteurs environnementaux, qu'il s'agira de relever lors de désorganisations somatiques. Mais elle précise que ces données externes conjecturales de type traumatisme externe repérable : accident, deuil, etc., ne suffisent pas à elles seules à rendre compte du mouvement de désorganisation somatique, car il faut dans le même temps que ces éléments entrent en résonance avec des fragilités internes (Debray 1996).

La conception de Bergeret diffère des précédentes puisqu'il fait la distinction entre imaginaire et mentalisation. Bergeret (1991) cité par Tychev et al. (1992), pose que la

mentalisation est l'utilisation mentale de l'espace imaginaire. L'imaginaire permet de ne pas se sentir écrasé par une action trop intrusive en s'évadant, en fuyant une réalité intolérable. Pour Bergeret, imaginer c'est être capable d'engendrer des fantasmes, des rêveries, des rêves qui, pour un individu, mettent en images de façon très vivante sa place et sa manière d'être en relation dans le monde de même que le modèle de ses échanges avec les autres (Rebourg, De Tychey, & Vivot 1991). Ainsi, une plus grande richesse de l'espace imaginaire constituerait un facteur de protection, à condition seulement que les capacités d'élaboration mentale de cet imaginaire soient suffisantes, au risque toutefois d'être débordé par cet imaginaire. Bergeret (1991) précise que lorsqu'il y a faillite du traitement mental de l'excitation, deux voies de décharge sont possibles : la décharge dans l'agir comportemental ou celle encore plus archaïque par la voie somatique : le comportement est là pour utiliser l'imaginaire dans un modèle relationnel qui n'est pas mentalisé, qui passe par des actes au lieu d'être mentalisé alors qu'une partie du somatique, le psychosomatique, constitue une façon d'utiliser le corps dans une traduction relationnelle de l'imaginaire qui ne passe ni par le comportement (du moins directement), ni par la mentalisation (De Tychey, Diwo, Dollander 1992).

Dans cette étude, la conception de la mentalisation retenue s'inscrit d'une part dans la perspective de Mayi (2017) qui conçoit la mentalisation comme étant un processus psychodynamique qui vise à amoindrir l'impact des automatismes psychologiques et psychobiologiques sur le sujet ; à les réorienter en leur donnant des tournures positives, c'est-à-dire favorables à ce dernier et à sa communauté et allant dans le sens de la communauté ; à les éliminer afin d'adopter des solutions adéquates, mais qui dans leur visée sont définitivement toujours plus humaines. Et d'autre part dans la perspective de Wiener (2001) qui conçoit la mentalisation comme étant la capacité du sujet, nourri de son inconscient, à reprendre par la pensée, via le préconscient, les termes des problèmes qui se posent à lui. Chez de tels sujets, désirs, conflits, ambivalence, frustrations, perte d'objet, tout trouve son expression au niveau mental. Ce qui se traduit par une vie fantasmatique et onirique riche, des capacités d'association et de création.

De ces conceptions, nous comprenons que la mentalisation est un processus ou travail de la pensée qui œuvre pour la réduction de l'impact psychologique d'une situation ; à l'orientation de la dynamique psychique vers l'adoption des comportements adaptatifs. Selon Lustin (2004), le travail de mentalisation passe par une activité de représentation, à savoir un travail de symbolisation (opération de sens) et un travail d'élaboration mentale des affects (liaison affect-représentation).

2.2.3. L'Élaboration psychique

C'est un concept qui correspond à une activité fondamentale du psychisme. Ce concept réfère au travail psychique consistant à faire face aux tensions surgissant d'exigences pulsionnelles ou des modifications du monde externe du sujet.

Selon Laplanche et Pontalis (1981, p.130), ce terme fut utilisé par Freud *pour désigner, dans différents contextes, le travail accompli par l'appareil psychique en vue de maîtriser les excitations qui lui parviennent et dont l'accumulation risque d'être pathogène. Ce travail consiste à intégrer les excitations dans le psychisme et à établir entre elles des connexions associatives* ». Dans un sens très large, l'élaboration psychique pourrait désigner l'ensemble des opérations de l'appareil psychique ; mais l'usage qu'en fait Freud est plus spécifique : l'élaboration psychique est la transformation de la quantité d'énergie permettant de maîtriser celle-ci en la dérivant ou en la liant (Laplanche & Pontalis, 1981).

Le concept de « travail » appliqué à des opérations intrapsychiques se comprend par référence à la conception freudienne d'un appareil psychique qui transforme et transmet l'énergie qu'il reçoit. L'élaboration psychique est précisément ce travail de transformation de l'énergie permettant de maîtriser celle-ci en la liant ou en la dérivant. En définitive, le concept d'élaboration psychique correspond à un travail de psychisation des exigences pulsionnelles.

Selon Laplanche et Pontalis (1981), proposent de distinguer dans la notion d'élaboration psychique deux aspects :

- La transformation de la quantité physique en qualité psychique ;
- L'établissement de voies associatives qui suppose comme condition préalable cette transformation ».

Ainsi, « *l'élaboration consiste donc à transformer l'énergie libre en énergie liée, ce qui permet d'établir le processus secondaire et donc de différer la décharge sous forme motrice ou hallucinatoire* » (Doron, 1991, p.247).

La notion d'élaboration fournit une charnière entre le registre économique et le registre symbolique. De Tychey, Diwo, et Dollander (2000), mettent l'accent sur « la nécessité du travail d'élaboration des affects, en particulier des affects de déplaisir (angoisse, dépression) » et sur la nature des conflits d'ordre intrapsychique ou interpersonnel.

2.3. LE TRANSFERT DE L'ORIGINAIRE

Les travaux d'Aulagnier (1975) forment ce qu'elle a appelé une « réinterrogation » du modèle métapsychologique freudien rendue nécessaire par la clinique psychanalytique de la psychose. Son hypothèse concerne la nature de la matière psychique sédimentée dans les couches profondes de la psyché qui sert de base aux processus primaires et secondaires. Pour elle, la théorie freudienne laisse hors champ le fond représentatif à partir duquel œuvrent les deux autres types de processus psychiques. Ce fond représentatif est défini par le concept d'originaire où l'activité représentative repose sur le pictogramme. Dans sa réinterrogation du modèle métapsychologique freudien, Aulagnier (1975) définit un nouveau registre conceptuel qui rend compte de l'échec des processus primaire et secondaire. L'articulation entre les processus primaire et secondaire est liée à un troisième terme qui se présente comme un espace d'engendrement, et non de transformation, de la matière psychique, d'où son nom d'originaire.

Selon Aulagnier (1975), l'originaire est un fonctionnement psychique qui précède la distinction entre processus primaire et processus secondaire. Dans le même sens, Kristeva (1969, 1974) pense que ce fonctionnement est présent pendant les premiers mois de la vie, avant la stabilisation du fonctionnement du processus primaire et du processus secondaire. L'originaire est le lieu où se déposent les premiers éprouvés du nourrisson, voire du fœtus, expériences extrêmes de néantisation, de morcellement ou de jouissance totale, c'est une zone profondément refoulée et interdite. L'origine de la vie psychique humaine est la capacité, innée, liée à l'évolution de l'espèce, de transformer les perceptions et les sensations en « signifiants » et donc en « signes ». Dans la recherche des fondements, de la vie psychique, Freud (1914), s'intéressait à son origine et il s'attelait également à repérer un fonctionnement qui serait au-delà du processus primaire.

Ce processus originaire a pour fonction d'inscrire dans le psychisme les éprouvés corporels agréables ou comportant une frustration tolérable. Ils s'inscrivent naturellement dans la psyché précoce. Ruffiot (1983, 1985) reprend la théorisation d'Aulagnier et précise que les éprouvés corporels s'inscrivent dans deux espaces psychiques.

Pour définir l'activité de représentation, Aulagnier (1975) emploie la métaphore de la métabolisation (issue de la biologie). La métabolisation est la fonction par laquelle un élément hétérogène à la structure cellulaire est rejeté ou, à l'inverse, transformé en un matériau qui lui devient homogène (Aulagnier 1975). Ce travail de métabolisation concerne ainsi les éléments

dont l'apport est nécessaire au fonctionnement du système et ceux dont la présence s'impose à lui alors qu'il est dans l'impossibilité d'en ignorer l'action. Il existe alors trois processus de métabolisation correspondant à trois espaces psychiques: le processus originaire, le processus primaire et le processus secondaire. Aulagnier (1975) postule que ces processus coexistent dans la vie psychique et ne sont pas d'emblée présents dans la vie psychique et qu'ils apparaissent successivement dans un délai bref et non mesurable. Les représentations issues de ces trois registres sont respectivement la représentation pictographique ou le pictogramme, la représentation fantasmatique ou le phantasme, la représentation idéique ou l'énoncé. Chaque espace fonctionne selon un postulat spécifique:

- Tout existant est auto-engendré par l'activité du système qui le représente, c'est là le postulat de l'auto-engendrement selon lequel fonctionne le processus originaire ;
- Tout existant est un effet du tout-pouvoir du désir de l'Autre, c'est là le postulat propre au fonctionnement du processus primaire ;
- Tout existant a une cause intelligible dont le discours pourrait donner connaissance, c'est là le postulat selon lequel fonctionne le secondaire.

Le point d'origine de l'espace originaire est une situation de rencontre : Psyché et monde se rencontrent et naissent l'un avec l'autre et l'un par l'autre, ils sont le résultat d'un état de rencontre que nous avons dit être coextensif de l'état d'existant. Une des caractéristiques de ce point d'origine est sa dimension spéculaire ; c'est-à-dire que toute création de l'activité psychique se donne à la psyché comme reflet, présentation d'elle-même (Aulagnier 1975). L'originaire est le siège d'une activité auto, où la psyché ne peut connaître que ce qui se donne comme reflet d'elle-même.

Selon Aulagnier (1975), le travail de métabolisation de l'originaire repose sur l'oscillation entre le prendre en soi et le rejeter hors soi. Le prendre en soi correspond à une expérience de plaisir, alors que le rejeter hors soi correspond à une expérience de déplaisir. Ces métaphores rendent compte sur un plan sensoriel des mouvements d'investissement et de désinvestissement. Dans cette logique, toute expérience de déplaisir suscite l'émergence d'un mouvement de rejet qui implique le désir d'automutilation de l'organe et de destruction des objets d'excitations correspondants. La dimension spéculaire de l'activité originaire fait que ce mouvement de rejet se traduira par un rejet mutuel entre l'instance représentante et le représenté. Pour Aulagnier (1975), vu, entendu, goûté seront, ou bien perçus par la psyché comme une source de plaisir par elle auto-engendrée et donc par excellence faisant partie de ce qui "est pris" à l'intérieur d'elle-

même, ou bien comme une source de souffrance à rejeter et ce rejet implique que la psyché s'automutile de ce qui, dans sa propre représentation, met en scène l'organe et la zone, source et siège de l'excitation. Les conditions nécessaires à la représentabilité d'un éprouvé, la mise en route d'un processus représentatif, reposent sur la mise en activité d'une, ou plusieurs, fonctions du corps au contact d'un objet ayant un pouvoir de stimulation à son égard, cette rencontre étant la source d'un plaisir.

L'originaire concerne ainsi les mouvements de représentation chez le nourrisson, issus de ses premiers ressentis, alors qu'il est dans la symbiose avec sa mère. Ce type de représentation prend source dans un état d'indifférenciation entre une zone érogène (bouche) et l'objet source d'excitation et de plaisir (sein). Aulagnier (1975) parle alors « d'objet-zone complémentaire ». Le sujet et l'objet sont fusionnés sensoriellement, dans une « indissociation, éprouvant-éprouvé » (Aulagnier, 1975). Tout se concentre sur cette jonction sensorielle fondatrice de l'activité de représentation.

En effet, à partir de cet éprouvé corporel (de plaisir ou de déplaisir) peut se construire une pensée. Par exemple, c'est à partir de la rencontre de la bouche du bébé avec le sein de la mère que l'enfant pourra halluciner, sous la forme pictographique, la présence du sein lorsqu'il est absent. Le pictogramme a une fonction centrale dans le développement psychique, celle de métaboliser l'expérience en une représentation. Pour Aulagnier, rien ne peut se développer dans la psyché qui n'a pas d'abord été métabolisée en une représentation pictographique. Il s'agit donc d'un « fond représentatif » constitué à partir de la sensorialité.

La représentation pictographique ne s'inscrit ni dans le « processus primaire » (représentation fantasmatique), ni dans « le processus secondaire » (activité signifiante et idéique dans l'énoncé discursif), mais dans le « processus originaire » (pictogramme ou représentation pictographique), premier temps d'accès psychique à partir de traces sensorielles.

Le pictogramme est le produit complexe de cette métabolisation, il est à la fois affect et représentation, éprouvé et action (d'attraction ou de rejet). De ce fait, tout pictogramme est à la fois le représenté (l'objet métabolisé en un symbole correspondant) et le représentant (la fonction qui permet l'activité représentative). Le pictogramme et l'originaire apportent aussi des éléments qui modifient la vision classique du narcissisme primaire (Aulagnier, 1975).

Ce fond représentatif de la psyché (originaire) reste inaccessible à la conscience en tant que telle, mais ses effets peuvent se faire ressentir par des éprouvés indéfinissables que le langage traduit par des métaphores banales comme: « se sentir bien dans sa peau », « être mal à l'aise »... C'est dans le champ des problématiques psychotiques que ce fond représentatif originaire vient prendre le devant de la scène, non pas en émergeant brutalement sur la scène du conscient, mais en imposant un travail impossible de mise en sens aux processus secondaires. La dialectique souple entre processus primaire et processus secondaire s'enracine dans l'élaboration d'un troisième registre, l'originaire. Chaque éprouvé psychique trouve sa traduction dans les trois registres. Le processus originaire met en forme les premières sensations, le processus primaire le met en scène à travers les rêves ou les fantasmes, et le processus secondaire le met en pensée. Pour Aulagnier, la psyché est condamnée à représenter (Aulagnier 1975) ce qu'elle expérimente dans un travail qui implique conjointement ces trois registres, ces trois dimensions.

Selon Sylvestre (2015), en introduisant l'originaire, et le pictogramme qui la spécifie, Aulagnier (1975) cherche à établir un point ou plutôt un contexte d'origine à cette rencontre entre le corps de l'infans et le monde environnant, se pénétrant l'un l'autre. L'originaire permet, à partir des éprouvés les plus précoces, de donner un socle commun aux évolutions ultérieures de la structure psychique, de remodeler le concept de narcissisme en le détachant de la définition freudienne de « investissement libidinal originaire du moi », puisque pour elle le monde est aussitôt présent dans cette « spécularisation moi/monde » très précoce, et donc de le lier plus étroitement aux processus identificatoires, avec une équivalence entre libido narcissique et libido identificatoire.

Pour Aulagnier (1975) dans ce temps des tout débuts, la mère préempte le rapport au monde, en saturant par son action les différentes zones érogènes de l'enfant, notamment celles indispensables à la vie, en s'imposant au corps comme réponse au besoin, en étant ce porte-parole qui amène à l'enfant langage et pensée, par l'intermédiaire du besoin et du manque qu'elle peut seule interpréter et combler. L'originaire est le fonctionnement psychique qui précède la distinction entre processus primaire et processus secondaire. C'est le lieu où se déposent les premiers éprouvés du nourrisson (voire du fœtus), expériences extrêmes de néantisation (réduction au néant, faire disparaître, concevoir comme non être), de morcellement ou de jouissance totale, bref c'est une zone profondément refoulée et interdite. L'originaire constitue le fond représentatif du psychisme. Le processus originaire met en forme les premières sensations et permet, à partir des éprouvés les plus précoces, de donner un socle commun aux

évolutions ultérieures de la structure psychique. L'originare structure l'existence et le lien au monde chez l'individu.

Selon Sylvestre (2015), la compréhension mutuelle permettant de traverser l'impuissance originelle de l'infans est pour Freud à l'origine des motifs moraux, alors que pour Aulagnier s'initie, avec cette fonction prothétique de la psyché maternelle, une violence primaire présente aussi bien dans l'interprétation du besoin que dans la réponse qui préforme à jamais ce qui sera demandé.

À la suite, elle mentionne que de même, le cri vient chez Freud ajouter au caractère hostile de l'objet, alors qu'Aulagnier note une gradation entre le cri associé à une souffrance et la détresse hurlée qui témoigne de la représentation psychique de cette souffrance. Elle ne met pas l'accent comme Freud (1925) sur la prématuration, c'est-à-dire sur les incapacités de l'infans, son inadéquation à sa propre survie sans la personne secourable, mais sur l'anticipation pour insister sur l'excès infligé inévitablement à l'infans, excès d'excitation, de frustration, de protection, d'informations, tout est en excès par rapport aux possibilités de l'infans de métaboliser ce qui lui arrive. La parole maternelle, notamment, est la forme première et déterminante de cette anticipation imposée à l'infans, responsable de la violence primaire. Elle assujettit l'enfant au système de parenté, à la structure linguistique, aux effets du discours sur les affects à l'œuvre sur la scène inconsciente.

Cette violence serait l'effet de la rencontre entre l'espace psychique maternel ayant déjà subi les effets du refoulement contrairement à celui de l'infans : premier viol d'un espace et d'une activité qui obéit à des lois hétérogènes au je et au discours. Violence primaire présente dans une offre de signification telle qu'elle implique déjà la réponse, et un des écueils de la relation analytique sera de buter sur la difficulté à « séparer l'inséparable ». Il est important de noter la distinction entre cette violence primaire nécessaire, et une violence secondaire qui s'étaie sur la première, et qui n'a d'autre but que de s'opposer à tout changement, lors d'un conflit entre-deux je ou bien entre un je et un discours social.

Si la mère, située par Aulagnier en position de porte-parole, est ainsi clé de voûte du devenir psychique de l'infans, ce que le père ne semble pas du tout être, c'est en fonction de son rapport d'intimité avec le corps de l'infans, de la précession de son désir (désir d'enfant qu'elle distingue du désir de maternité), de sa prépondérance dans la satisfaction des besoins vitaux de l'infans, mais essentiellement du fait de cette place de filtre sensible et tout-puissant,

constituant l'un des éléments moteurs de l'activité de représentation elle-même. Pour mieux appréhender l'originaire, il est nécessaire de faire appel à l'archaïque.

L'originaire s'exprime par l'archaïque. Selon Ciccone (2008), l'archaïque concerne le commencement, le début, l'origine, le primaire, etc. On peut penser que les expériences archaïques laissent des traces, sous forme d'angoisses, de modes de défense, de types de relation au monde, même si le développement, dans les situations ordinaires, modifie sans doute et recouvre, efface, transforme considérablement ces éprouvés premiers qui deviennent perdus.

L'archaïque ne dépend plus seulement des inscriptions précoces dans le psychisme de l'infans, mais aussi des fantasmes et gestes parentaux qui précèdent la maturation de l'enfant. L'archaïque s'enracinerait dans la préhistoire infantile. La ligne de démarcation serait donc tracée au moment où apparaissent chez l'enfant naissant des possibilités de traductions langagières des messages provenant des adultes. L'archaïque témoignerait des inscriptions autres que celles relevant des processus primaires propres au fonctionnement du refoulé. Pictogrammes, signifiants de démarcation ou signifiants formels (Ciccone, 2008).

L'archaïque serait plus proche des inscriptions qui constituent le noyau du refoulé originaire. Il engrangerait des traces sensorielles et motrices issues de l'effraction précoce des pare-excitations précédant la constitution de l'enveloppe sonore des mots. C'est d'ailleurs l'un des éléments par lequel se caractérisent les fantasmes originaires, qui sollicitent le vu, l'entendu et le toucher dans une tentative de liaison qui se situe en deçà des processus primaires. Les fantasmes originaires seraient les premières tentatives de liaison de l'archaïque.

Dans cette perspective, l'archaïque témoignerait d'une dette et d'un esclavage corporels. L'archaïque serait plus proche de l'agir et du perçu propre aux modalités de réactions de l'infans que du fantasme et de la représentation qui, eux, se rattachent aux représentations des mots (Ciccone, 2008).

Du même coup, il existerait aussi des analogies entre l'archaïque et la certitude de la maternité. L'archaïque n'est pas le refoulé ni les processus primaires, mais il se place au-delà des uns et des autres. Il se rapprocherait plus du clivé, du forclos, de l'enclavé et de l'intraduisible. S'agit-il aussi d'une impossibilité de " conversion " totale du transfert maternel en transfert paternel et vice-versa ? Placé dans un passé reculé, à peine reconnaissable, l'archaïque n'est pourtant pas un étranger absolu pour celui qui le découvre, mais plutôt une

reconnaissance à travers une mémoire qui utilise d'autres outils que les mots : une mémoire corporelle, sensorielle et affective (Ciccone, 2008).

Selon Ciccone (2008), l'expérience de la parentalité va particulièrement mobiliser les aspects infantiles. Elle va réveiller l'enfant œdipien en soi, et le confronter à une nouvelle expérience de transgression. Le désir d'enfant est toujours transgressif pour l'enfant œdipien resté vivant dans le parent. Il suppose de prendre la place de son propre parent, de le tuer d'une certaine manière. C'est pourquoi l'enfant œdipien reste persuadé que la sexualité, la parentalité lui sont interdites, sont réservées à une autre génération. C'est ce qui fait, entre autres, que nombre de grossesses s'accompagnent, chez la mère comme chez le père, de rêves de crainte d'une malformation, d'une anomalie, d'un accident, etc.

C'est ce qui fait aussi que nombre d'adultes, lorsqu'ils deviennent parents, renouent avec leurs propres parents, retrouvent la situation d'être l'enfant de ses parents. L'angoisse, la détresse ou un certain nombre de difficultés peuvent s'installer lorsque de telles retrouvailles sont impossibles, tout comme lorsque l'enfant présente une réelle anomalie, un handicap, ou tout simplement traverse des difficultés périnatales plus ou moins importantes : la réalité rejoindra alors le fantasme.

La parentalité confrontera également à des éprouvés plus archaïques de rivalité narcissique. Le bébé est un rival narcissique. Il représente le bébé rival de l'enfance – bébé réel ou imaginaire – qui a accaparé l'attention parentale, qui a fait perdre au sujet l'amour exclusif dont il bénéficiait, ou qui est responsable du fait que le sujet n'ait jamais bénéficié d'un amour suffisant. Cette rivalité que vit le parent avec son bébé est parfois projetée sur un autre enfant, frère ou sœur aînée, ce qui rendra particulièrement difficile la gestion de la jalousie fraternelle.

Les éprouvés d'envie, de rivalité narcissique seront alors fortement mobilisés chez le parent. Ces éprouvés infantiles, archaïques, infiltreront le lien au bébé, et généreront certains affects, comme la haine, et certaines conduites, comme des mouvements de séduction narcissique, des conduites incestuelles. Ces affects et ces conduites sont en partie « ordinaires » dans le lien au bébé.

L'archaïque est ce qui parle de l'origine, parce que l'origine même est muette. L'archaïque est dès lors intronisé de cette déconcertante tâche rhétorique de faire métaphore à quelque chose qui n'existe pas en original c'est le cas où jamais d'employer l'expression. On comprend même pourquoi il fournit une métaphore littéralement inépuisable c'est qu'il est en quelque sorte la

métaphore absolue, ce qui vit de l'absence de son objet, ou du moins de l'impossibilité de le dire en personne.

L'archaïque s'organise sur l'espace originaire et s'illustre selon deux potentialités que sont la potentialité mélancolique et la potentialité paranoïaque. Aulagnier (1975) a montré le paradigme de l'émergence de l'archaïque en postulant, dans l'activité de représentation, le pictogramme originaire du prendre en soi/rejeter hors soi, à partir des processus primaires du fantasme et des processus secondaires de l'idée. Pour de Mijolla (2005) :

L'archaïque pourrait donc être défini comme l'incarnation de survivances, répétition et actualisation d'un vécu fossile. Ces formes épurées, condensées dans des images ou des mots ont pour destin aussi bien de se répéter à l'identique dans des expériences oniriques ou dans le vécu de l'inquiétante étrangeté par exemple, que de s'élaborer en mythe ». (p. 18)

Retenons que « l'archaïque » s'organise suivant deux tendances antagonistes : l'une de solipsisme, l'autre d'altérité qui s'exprimeront et se conjugueront tout au long de la vie. Il y aurait donc dès l'origine un refus, un déni de réalité portant sur la nécessité de la présence de l'autre, au profit d'une pratique et d'un discours composés de propos d'autosuffisance, de complétude narcissique et d'évitement de l'autre. Les fondements des deux positions archaïques utilisées par le sujet s'appuient sur l'articulation du narcissisme originaire au masochisme originaire (Bonnet 2013). Ciccone (2014) pense que les expériences précoces, infantiles, archaïques laissent des traces dans la subjectivité, voire continuent de se déployer et motivent nombre de traits de caractère, de symptômes, de psychopathologies.

Ces éprouvés infantiles, archaïques, infiltreront le lien au bébé, et généreront certains affects, comme la haine, et certaines conduites, comme des mouvements de séduction narcissique, des conduites incestuelles. Ces affects et ces conduites sont en partie « ordinaires » dans le lien au bébé.

Delassus (2010) conçoit l'originaire comme étant la fondation du monde qui permet de l'interpréter selon notre être. Il précise que l'originaire est la matière de l'hominisation en même temps qu'une charge d'amour en nous. L'originaire recouvre les premiers échanges affectifs et physiques entre l'enfant et sa mère (totalité initiale) garanties par le bon maternage et la protection contre des agressions. Avec ces échanges, la mère offre les conditions

nécessaires pour que l'enfant puisse naître psychiquement. Avec l'originaire, le nouvel individu s'adapte au monde. Durant cette période, la mère offre les conditions nécessaires pour que l'enfant puisse naître psychiquement : il s'agit concrètement du stade où le sentiment maternel et la capacité du don nécessaire à la naissance de l'enfant se constituent (Delassus 2007b ; 2014). C'est la période au cours de laquelle le nouvel individu s'adapte au monde.

L'originaire est le premier état du transfert natal. L'être, qui tient son être de la structure acquise dans le milieu originel d'une homogénéité totale, se trouve tout d'un coup versé dans le monde extérieur, particulièrement hétérogène. C'est pour lui le monde à l'envers, une impossibilité d'être et donc la nécessité de l'aménagement d'une transition qui permette de surmonter la Différence natale. C'est le premier stade de la maternogenèse, directement en prise avec l'expérience natale. À cette corrélation, il faut une base solide. L'originaire est cette fondation du monde qui permet de l'*interpréter* selon notre être et malgré la pression des superstructures institutionnelles qui en faussent la vérité (Delassus 2010).

Selon Delassus (2010), pour le nouveau-né (être sorti de son origine), il n'y a rien qui convienne : tout se retourne contre lui, il n'y a plus d'homogénéité vitale et il est incapable de la produire de lui-même. C'est le moment de l'impact de la différence natale. L'enfant crie, ouvre les yeux, les referme, se rendort et se réveille alternativement ; il est dans un désordre indescriptible, une panique mortelle. Le secours doit venir d'ailleurs, de la mère, son corps et sa présence. Sans ce secours, il n'y aurait pas de naissance, cette fois. Mais la maternité est le lieu, comme le moyen, du passage. Elle est l'interface du changement natal. D'un côté, la mère fournit les aliments que le nouveau-né serait bien incapable de se procurer, elle soigne son corps et, de plus, le remet dans une ambiance et un environnement à l'image de ce que fournissait le milieu utérin. D'un autre côté, la mère intervient du dehors, parle et se fait sentir à partir de là comme si l'*Urkind* (enfant originaire ou primordial) avait pris forme dans sa présence (Delassus, 2010). Le monde n'est plus aussi différent et étrange, il n'est plus contre l'enfant. Le nouveau-né s'y laisse aller, avec ses impulsions et ses retraits. Il s'y installe aussi dans la mesure où il apprend à avoir confiance dans la mère. Un équivalent global de ce qu'il était au-dedans apparaît à l'extérieur. L'enfant se tourne alors vers ce qui, bien que contraire à sa naissance, devient peu à peu le lieu possible d'une naissance psychique.

Pour Delassus (2010), la maternité psychique se construit selon deux axes : celui du transfert dont l'enfant est l'objet et dont il veut devenir le sujet, et celui des stades traversés au cours de la petite enfance où la nature des liens contractés vient modeler et consolider la

possibilité personnelle de mettre en œuvre ce transfert. Cette structure n'est pas toujours assurée et l'identité maternelle peut vaciller d'elle-même ou sous l'influence de facteurs extérieurs qui la déstabilisent. Mais ces deux axes se profilent à partir d'un locus de la maternité dont la base est trinitaire. Là où en même temps la structure neurontologique reste indemne, une scission s'est surajoutée qui est le lieu d'une angoisse originaire. La figure de la mère va l'occuper jusqu'à ce que, par l'effet du matricide, elle cède la place à la volonté d'être soi-même, ce qui se fantasme dans le désir d'enfant. C'est une trinité à géométrie variable où la place du père pallie l'éviction progressive de la mère. Ainsi, chez l'être humain le *maternel* est une disposition psychique à donner ce qui manque, avec pour effet de le recevoir de l'enfant qui renvoie, à la mère comme au père, l'image de la totalité de leur être.

Selon Delassus (2014), dans la relation maternelle, ce que la mère doit donner à son enfant ne serait pas quelque chose qu'elle aurait à soi et en propre. Ce qui soulève un paradoxe : comment donner ce qu'on n'a pas ? Par la suite, il mentionne que malgré que la mère ne possède pas ce qu'elle veut donner à son enfant, elle est dans l'intentionnalité de donner. L'intentionnalité constitue la modalité du don.

Ce qui doit être donné à l'enfant est en fait la totalité (originaire). C'est la totalité initiale, garantie par le bon maternage, par la protection des agressions (mère suffisamment bonne). Ce moment où l'enfant est dans la totalité ou l'absolu est l'originaire. Il correspond à la période durant laquelle la personnalité maternelle est nécessaire pour pouvoir assurer le passage entre le milieu intra-utérin et le milieu extra-utérin. Durant cette période, la mère offre les conditions nécessaires pour que l'enfant puisse naître psychiquement : il s'agit concrètement du stade où le sentiment maternel et la capacité du don nécessaire à la naissance de l'enfant se constituent (Delassus 2007b ; 2014). Dans le cas du transfert maternel, ce n'est pas le médecin, mais l'enfant qui devient l'objet du transfert. Mais quelle est alors cette personne antérieurement connue ? C'est la plus antérieure et donc la mère qui a pris en charge notre problématique natale, cette fracture ontologique dont nous souffrons et dont nous ne nous remettons jamais totalement, quels que soient les efforts du moi et les identifications ou liens d'amour que nous pouvons constituer. Si la personne la plus antérieurement connue est évidemment la mère, il ne faut pas négliger que c'est aussi soi en tant que l'on avait déjà un enfant en soi, en tant aussi que l'on vivait une fracture de soi qui normalement s'atténuait au contact de l'*Urkind* et de la présence de la mère. Donc, cette personne antérieure est double : c'est soi, mais lié à la mère. Autrement dit le fantasme qui alimente le transfert maternel est celui d'avoir un enfant qui remplace cette double personne antérieurement connue et qui est l'ensemble soi/mère. Avoir

un enfant répond à cette situation, inversée et rapportée à soi : être la mère pour un enfant naissant et parallèlement revenir au temps de sa propre origine.

Par rapport au transfert thérapeutique, c'est donc le contraire qui se produit dans le transfert maternel. La mère surmonte son ancienne dépendance infantile et se projette dans un enfant dont elle assure l'existence dans la mesure où elle fantasme en lui sa propre complétude infantile et cette symbiose dont elle poursuit le rêve. La blessure natale dont elle est marquée s'efface dans la formation natale de l'enfant, c'est-à-dire dans une « nouvelle édition » de l'existence de soi. Il y a transfert de celle-ci dans l'existence de l'autre. Il est fait avec les matériaux de soi, y compris ce qui a été blessé à mort, mais on y remédie en se constituant comme le rempart d'existence pour l'enfant, c'est-à-dire comme mère. La mère est l'homogénéité retrouvée (Delassus, 2010).

C'est la « maternité psychique » qui permet le transfert de la totalité originaire et dont dépend la capacité du don. Elle permet l'adaptation du naissant au monde. Il n'y a pas de mémoire de l'origine, ce n'est pas un objet de conscience réfléchi, il en résulte une « amnésie infantile ». Il n'y a pas la possibilité de s'en souvenir, car il n'a pas trouvé matière à s'élaborer, ni d'arriver dans le temporel. Cependant, une seule personne peut assurer au mieux le lien avec l'originaire, il s'agit de la mère qui le représente. L'enfant ne voit pas « la mère », mais il voit la mère en train d'être maternelle, il voit donc le maternel, c'est-à-dire l'originaire en acte.

On ne devient mère qu'une fois que le maternel s'est élaboré. L'originaire permet de retranscrire la Totalité enregistrée au plus profond de l'être, et cela grâce au maternel. La maternité est dès lors la transmission de l'originaire ; c'est-à-dire un transfert et c'est ce que témoigne cette expression « il n'y a de transfert que d'originaire ». En faisant recours au transfert, le don devient la problématique centrale de la maternité. Dans cette logique, l'enfant est pour la mère la totalité revenue et se situe à cette place où a lieu le manque comme attente, il comble cette attente et l'image de la totalité qu'il représente concrètement.

L'enfant qui vient au monde a besoin que se constitue sa vie originaire de totalité ; la mère qui met cet enfant au monde a besoin de lui donner la totalité qui est l'optique suivant laquelle elle l'a désiré. Il y a ainsi, normalement, passage nécessaire et désiré de la totalité de la mère à l'enfant. Ce transfert maternel est un transfert de l'originaire maternelle.

L'originaire inscrit en chacun d'entre nous une figure qui est en réalité la nôtre. Cette figure à la spécificité d'être sans visage, mais dotée d'une réalité qui constitue une donnée de

la vision intérieure. Ainsi, l'enfant a en lui une mère intérieure (la mère de l'origine) et un enfant. Dans cette logique, le mot maternalité implique automatiquement l'infantilité et vis-versa ; autrement dit, chacun contient en lui une figure d'enfant et une figure de mère qui donne l'expérience précoce d'un enfant en chacun. L'*Urkind* (enfant originaire ou primordial) est employé pour désigner cette figure qui va nous habiter.

L'enfant primordial permet de comprendre que la réalité de la maternité a là son point d'origine. La question de la maternité humaine s'origine dans celle de l'enfant primordial. Selon Delassus (2008), nous rêvons de la parfaire en la donnant, ce qui devient la passion de faire naître. Suivant cette logique, nous comprenons que l'acte maternel ne relève pas tant de l'amour que de la nécessité pour être soi de se transposer dans un autre venu de soi et à qui l'on se consacre. La maternité est donc préalable à elle-même, c'est un fait psychique qui se développe à partir de la naissance de l'enfant et chez l'enfant. On fait naître directement à partir de la maternité qui est en soi. En somme, la maternité est une réaction natale.

Le transfert de l'originaire est la réactualisation des premiers éprouvés, des expériences extrêmes de néantisation, de morcellement ou de jouissance totale (enfant originaire ou primordial) de la devenant mère. Les processus de maternalité œuvrent pour la réactualisation du fond représentatif du psychisme, de la structure de l'existence et du lien au monde de la devenant mère.

En résumé, le transfert de l'originaire fait référence à la réactualisation et la transposition des premiers échanges affectifs et physiques (entre l'enfant et sa mère) garanties par le bon maternage et la protection contre des agressions dans la relation entre la devenant mère et l'être naissant (foetus, bébé, etc.).

2.4. LA PRÉMATURITÉ

Par accouchement prématuré, on désigne une naissance survenue avant le terme normal de la grossesse qui serait du point de vue médical de 41 SA. Selon Bréhat (2018), l'accouchement prématuré a d'abord été déterminé par le poids de naissance. En effet, l'OMS définit l'accouchement prématuré par un poids de naissance inférieur ou égal à 2,5 kg, suivant cette définition, les bébés pesant moins de 1,5 kg étaient de grands prématurés et ceux de moins de 1 kg étaient de très grands prématurés. Cette définition a évolué et l'accouchement prématuré est devenu la naissance survenue avant la 37^e SA révolue, soit huit mois de grossesse ou par un

poids de naissance inférieur ou égal à 2,5 kg en 1961 avec l'inclusion du terme de la naissance par l'OMS.

L'accouchement prématuré est une issue imprévue de la grossesse et le processus du devenir mère en cours. Pour l'OMS (2018), une naissance est considérée comme prématurée lorsque le bébé naît vivant avant 37 semaines d'aménorrhée. L'âge gestationnel représente le nombre de semaines qui se sont écoulées depuis le premier jour des dernières règles jusqu'à la naissance du bébé. Alors qu'une naissance à terme a lieu entre la 37^e et la 42^e semaine de gestation. En fonction du nombre de semaines d'aménorrhée qui précèdent la naissance, on distingue : la prématurité extrême (naissance à moins de 28 semaines) ; la grande prématurité (naissance entre la 28^e et la 32^e semaine) et la prématurité moyenne ou tardive (naissance entre la 32^e et la 37^e semaine).

D'après l'OMS, une naissance est prématurée lorsqu'elle survient avant 37 semaines révolues d'aménorrhée (SA) (INSERM, 1997). Quatre stades de prématurité peuvent être distingués : la petite prématurité qui s'étend du début de la 33^e à la fin de la 36^e SA ; la grande prématurité qui va du début de la 28^e à la fin de la 32^e SA ; la très grande prématurité qui concerne les enfants nés de la 26^e à la 27^e SA ; l'extrême prématurité qui est définie par une naissance survenant avant la 26^e SA.

Le plus souvent, la prématurité résulte de divers facteurs étiologiques qui peuvent être schématiquement répartis en cause maternelle, fœtale ou mixte. Ces facteurs étiologiques, mais surtout leurs éventuelles conséquences fœtales sont à l'origine des décisions qui seront prises pour définir les modalités d'accouchement, ce qui explique que les causes d'une prématurité induite sont généralement différentes des causes d'une prématurité spontanée.

L'étude EPIPAGE se base sur une population qui comprend l'ensemble des naissances d'enfants grands prématurés, naissances survenues entre 22 et 32 semaines d'âge gestationnel ou avec un poids de naissance inférieur à 1 500 grammes dans 9 régions de France en 1997. Il résulte de cette étude une extrême difficulté, pour ne pas dire une impossibilité, de prédire une telle évolution péjorative à long terme sur les constatations qui peuvent être faites en période néonatale précoce, même quand on a recours aux imageries cérébrales les plus performantes (Ancel, Du Mazaubrun, & Kaminski, 2003 ; Larroque, Ancel, & Marret, 2008).

Ces progrès sont liés à trois facteurs essentiels : régionalisation des soins périnataux, corticothérapie anténatale et surfactants exogènes. Certaines complications autrefois fréquentes (entérocolites, rétinopathie du prématuré) ont pratiquement disparu dans cette population. Les

extrêmes prématurés (moins de 28 SA) ont également gagné en survie, mais leur devenir à moyen et long termes reste problématique. Les progrès actuels consistent en une meilleure maîtrise de l'iatrogénicité, de la nutrition et de la généralisation des soins de développement. Des progrès importants ont été réalisés dans l'appréciation du pronostic neurologique, surtout grâce au développement de l'imagerie par résonance magnétique (Zupan Simunek, Razafimahefa & Chabernaude, 2007).

Pour Druon (2012), la naissance prématurée est une violence faite à l'enfant en même temps qu'elle est une violence faite aux parents. Elle ajoute que la naissance prématurée est donnée par l'équipe médicale aidée par la mère quand celle-ci n'est pas anesthésiée, alors que dans une naissance à terme c'est la mère qui donne naissance à l'enfant, assistée par l'équipe médicale. Cette différence change fondamentalement la donne par rapport à une naissance à terme. Les parents sont ainsi confrontés à un environnement où la mort et la vie se côtoient constamment, ce qui génère des angoisses. Elle ajoute que la survenue inopinée de l'accouchement et les premiers contacts avec le bébé dans un monde où les machines et la haute technologie sont présentes peuvent générer de la sidération chez les parents. Les parents sont ainsi confrontés à la question de la survie de l'enfant.

La prématurité est classée en 3 sous-groupes, en fonction de l'âge gestationnel (Beck, Wojdyla et al. 2010) :

- Les nouveau-nés prématurés modérés : âge gestationnel compris entre 32 et 36 SA ;
- Les nouveau-nés grands prématurés : âge gestationnel compris entre 28 et 31 SA ;
- Les nouveau-nés très grands prématurés : âge gestationnel inférieur à 28 SA

Il existe une autre classification de la prématurité, faite également en fonction de l'âge gestationnel (Goldenberg, Culhane et al., 2008) :

- Les nouveau-nés presque à terme : âge gestationnel compris entre 34 et 36 semaines d'aménorrhée ;
- La prématurité modérée : âge gestationnel compris entre 32 et 33 semaines d'aménorrhée ;
- La prématurité sévères (28 et 31) semaines d'aménorrhée ;

- L'extrême prématurité : ce sont les naissances avant 28 semaines d'aménorrhée (Haas 2006 ; Pennell, Jacobsson et al., 2007).

L'accouchement prématuré peut être le résultat de 3 processus (Goldenberg, Culhane et al. 2008) :

- Accouchement spontané

La prématurité spontanée est la conséquence d'un début de travail inopiné. La mise en travail se fait sans intervention ni humaine ni médicamenteuse. Cette définition a été reconnue par l'ensemble des publications (Antoine, 2002). Cela peut se produire, par exemple, lors d'un travail chez une patiente à 28 SA avec une présentation du siège. On préférera alors réaliser une césarienne (Antoine, 2002).

Parmi les facteurs directement responsables, on retrouve les grossesses multiples, les malformations utérines, l'hydramnios, la rupture prématurée des membranes et les causes infectieuses. Les facteurs favorisants peuvent être la primiparité, l'âge de la mère (inférieur à 18 ans ou supérieur à 35 ans), la mauvaise surveillance de la grossesse, l'abus de toxiques (tabac, alcool...), les antécédents d'accouchement prématuré et les conditions de vie pendant la grossesse (travail difficile, longs trajets, classe socio-économique défavorisée...). Enfin, il existe des accouchements spontanés qui pourraient être induits par le fœtus lui-même, en réaction à un environnement hostile (Lansac, Marret, & Oury, 2006).

- Accouchement induit

La prématurité induite (ou médicalement consentie) fait suite à une décision médicale. L'accouchement est alors déclenché et réalisé (par voie haute ou par voie basse) lorsque la poursuite de la grossesse est menaçante pour la santé de la mère ou lorsqu'il est estimé que le risque pour l'enfant né avant terme est moins grand que s'il reste in utero (Rozé, Muller, & Baraton, 2007). Cette estimation est bien sûr délicate à faire. En ce qui concerne la voie d'accouchement, certaines équipes préfèrent la voie basse afin de ne pas rajouter à la prématurité les conséquences d'une césarienne (plus de difficultés respiratoires...). D'autres équipes choisissent la voie haute afin de limiter les traumatismes qu'une voie basse peut engendrer (passage du mobile fœtal encore très fragile dans le bassin). Le placenta praevia, l'hématome rétroplacentaire, le retard de croissance intra-utérin (surtout si celui-ci est évolutif et à l'origine d'un arrêt de la croissance), des signes de souffrance fœtale, un diabète déséquilibré de la mère et la toxémie gravidique ou prééclampsie en constituent les principales indications (INSERM, 1997).

Dans les cas où la poursuite d'une grossesse pourrait présenter un risque grave pour la mère ou pour le fœtus, un accouchement prématuré par césarienne ou par déclenchement du travail est pratiqué pour des raisons médicales aux fins d'amélioration des résultats obstétricaux (Iams et al., 2008). Des complications telles que l'hypertension, un saignement maternel, un retard de croissance intra-utérin et la souffrance fœtale sont parmi les justifications médicales les plus courantes d'accouchement prématuré. Les naissances prématurées spontanées peuvent aussi être causées par la souffrance fœtale ou par une croissance intra-utérine insuffisante (Ananth & Vintzileos, 2006).

Selon l'ICIS (2009), certains problèmes de santé, comme l'infirmité motrice cérébrale, des troubles psychiatriques et les troubles de l'attention, subsistent souvent jusqu'à l'âge adulte. De nombreuses raisons peuvent expliquer la naissance prématurée d'un bébé. Les naissances prématurées peuvent être spontanées ou justifiées par des raisons médicales.

Selon l'ICIS (2009), certains des facteurs associés aux naissances prématurées incluent un faible statut socio-économique, le lieu de résidence en milieu urbain ou rural, l'âge maternel, les naissances multiples, une parité faible ou élevée, des antécédents d'accouchement prématuré et des maladies chez la mère telles que l'hypertension et le diabète. D'autres facteurs qui peuvent également contribuer aux naissances prématurées, comprennent l'origine ethnique de la mère, le stress physique et psychologique, les infections génito-urinaires, les troubles placentaires, la toxicomanie et des soins prénatals insuffisants (ICIS 2009).

La prématurité peut être due à plusieurs facteurs parmi lesquels les principaux selon l'INSERM (2010) sont : biologique, social et psychique.

- Sur le plan biologique, l'étude de l'INSERM met en avant les grossesses gémellaires ;
- Sur le plan social, c'est la précarité socio-économique qui est mise en avant.
- Sur le plan psychique, c'est principalement la dépression qui est mise en exergue.

Selon Hedegaard et al. (1993), la détresse psychologique vers la 30^e semaine de grossesse est associée à un risque accru d'accouchement prématuré. Toujours dans le même sens, Dayan et al. (2006) montrent que la dépression prénatale serait significativement liée aux naissances avant terme.

**CHAPITRE 3 : LA CONSTRUCTION DU MATERNEL À L'ÉPREUVE DE
L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ**

Dans ce chapitre, nous envisagerons la maternalité et la prématurité afin de ressortir les conséquences de la rencontre de ces événements sur l'établissement de la relation mère-enfant. Nous commencerons par la présentation de la maternalité, ainsi que la grossesse et ses processus. Ensuite nous présenterons la prématurité ainsi que ses diverses répercussions.

3.1. LA MATERNALITÉ

Dans cette section, pour avoir une précision en ce qui concerne la maternité et la maternalité y relative, nous avons jugé opportun de commencer par un développement sur la parentalité. En effet, cerner la parentalité qui est considérée comme le processus par lequel on devient parent est nécessaire pour appréhender la maternalité.

Le concept de parentalité a été introduit par Benedeck (1959). La parentalité est le « *processus psychique d'élaboration d'une position parentale interne au sujet, qui accompagnerait le déroulement des différentes étapes de prise en charge de l'enfant de sa conception à son indépendance, tout en inscrivant l'enfant dans une généalogie* » (Neyrand, 2013 p. 15). Le terme de parentalité tend à désigner le processus par lequel on devient parent d'un point vu psychique. On parle également de processus de parentification (Houzel, 2000). La parentalité recouvre la maternalité et la paternalité. Elle commence dès le désir d'enfant.

La parentalité est un processus qui se met en place durant la grossesse et les premiers mois de la vie de l'enfant. La grossesse vient réactualiser les principes organisateurs de la personnalité à l'instar du complexe d'Œdipe chez les futurs parents. Le sens du concept parentalité varie en fonction des disciplines qui ont des approches différentes. Houzel (1999) a dégagé trois axes (l'axe de l'exercice de la parentalité, l'axe de l'expérience de la parentalité et l'axe de la pratique de la parentalité) correspondant chacun à une dimension précise de la parentalité.

L'exercice de la parentalité renvoie aux droits et devoirs inhérents aux fonctions parentales, à la place qui est réservée à chacun (père, mère, enfant) dans la filiation et la généalogie. La pratique de la parentalité renvoie aux tâches affectives, objectivement observables, qui incombent à chacun des parents : soins à l'enfant, interactions comportementales, pratiques éducatives, etc. (Neyrand, 2013). L'expérience de la parentalité renvoie à l'expérience subjective de ceux qui sont chargés des fonctions parentales, autrement dit, l'expérience de la parentalité englobe les dimensions affectives et imaginaires des personnes devenant parents.

Benedek (1959) conçoit la parentalité comme une période de développement psychoaffectif de la femme. Cette période constitue une crise identitaire comparable à l'adolescence à cause de la vulnérabilité engendrée par l'instabilité et la fragilité des structures mentales de cette période. Comme crise identitaire, la parentalité (maternalité) est accompagnée de modifications sur le plan physiologique (changements hormonaux), sur le plan physique (modifications corporelles). Tout ceci dans un contexte marqué par la réactivation des conflits liés au vécu infantile, la modification des identifications et de la perception de soi (Benedek, 1959 ; Racamier, 1961).

En tant que crise identitaire, le devenir mère passe par toutes les phases du développement psychoaffectif. À chaque étape, l'enfant va faire l'objet d'un investissement particulier. Pour illustrer cela, Racamier (1961) renseigne que dans cette crise, la reviviscence des expériences infantiles de satisfaction et de frustration dans la relation avec sa propre mère constitue le stade oral, l'investissement du bébé comme un trésor fait référence au stade anal, le stade phallique quant à lui est représenté par la phase durant laquelle l'enfant vient compenser le manque de pénis, la phase œdipienne avec la question de l'identification à la mère dont l'issue déterminera la qualité des futures relations avec le père. Avec Racamier (1961), le terme de maternalité désigne les transformations de la personnalité et du fonctionnement psychique de la mère durant la grossesse et au début de la vie de l'enfant, c'est une véritable crise d'identité comparable à la crise de l'adolescence.

La maternalité constitue une crise identitaire et maturative dans la mesure où pour y accéder, la femme doit réaménager les liens qu'elle a avec ses propres parents en particulier avec sa mère, elle doit s'identifier à cette mère. Cette crise participe à la réorganisation du moi de la future mère par la résolution des conflits infantiles et l'identification à ses propres parents.

L'adolescence et la maternité sont des périodes importantes de la vie d'une femme, elles possèdent des points en commun (transformations corporelles et hormonales, changement de statut social, des fluctuations pulsionnelles, une réactivation et un remaniement des conflits infantiles, remise en question des identifications précoces (notamment à la mère), une transformation de l'image du corps vécu et du sentiment de l'identité personnelle, une remise en cause du système de défense. C'est ce qui a emmené Racamier (1961) à les comparer. Chacune de ces étapes a son enjeu.

La maternalité a été définie par Racamier comme l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent chez une femme à l'occasion de ses maternités successives.

Il est donc bien question d'un processus psychique dynamique, enclenché par un phénomène biologique, la grossesse. Selon lui, cette étape est comparable à la période de l'adolescence du fait que les bouleversements se situent à la fois sur les plans biologiques (transformation du corps), psychiques et sociaux (passage de l'état de fille à celui de mère, qui entraîne de nombreux changements dans les rapports avec le corps familial et social) (Poizat, 2003).

La maternalité est un concept introduit en 1961 par Racamier. Ce concept regroupe l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme lors de la maternité. Il est une condensation des termes maternité et maternel. Racamier l'a introduit pour évoquer l'investissement profond et inconscient de la mère à l'égard de son enfant. Il le conçoit comme une phase principalement inconsciente du développement psychoaffectif de la femme qui s'effectue à l'occasion de la maternité. Il met un accent sur le rôle de l'identification à la mère, élément central du destin de la maternité et assimile la naissance à une rupture et à un traumatisme pour la mère. Selon Bergeret-Amselek (1999), le processus de maternalité aboutit à la transformation de la personnalité et du fonctionnement psychique de la mère pendant la grossesse et au début de l'existence de l'enfant.

Selon Racamier (1961), la maternalité est une phase où la structure psychique s'approche normalement, mais réversiblement d'une structure psychotique. Bergeret-Amselek (2005) la conçoit comme une étape existentielle clef dans l'éclosion de l'identité d'une femme sur le parcours de sa féminalité ou féminité en pleine croissance. Celle-ci commence au désir d'enfant réalisé ou non et se poursuit pendant la grossesse et après l'accouchement, elle s'estompe et s'arrête à la séparation de la mère et de l'enfant. La maternalité est une remise en cause narcissique plus ou moins consciente pouvant ébranler la femme dans son identité et faire revivre et intégrer peut-être des événements enfouis de sa vie passée. C'est pour en rendre compte de l'intensité du travail psychique mis en œuvre au cours de la grossesse que Racamier (1961) a introduit ce concept. C'est un moment essentiel de la maternité. Au cours de ce dernier, la femme met en place et développe avec son enfant des liens particuliers. Durant cette même période, la femme tend à s'aimer plus fortement et à aimer l'enfant qu'elle porte. La maternalité est un concept introduit en 1961 par Racamier. Elle regroupe l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme lors de la maternité. Elle prépare ainsi la mère en prénatal à anticiper progressivement l'enfant à naître, ses fonctions, son rôle et la relation avec l'enfant.

Pour Bydlowski (2001), dès les premières semaines de la grossesse, la transparence psychique est de repérage aisé, car l'équilibre habituel de la jeune femme est ébranlé. La femme établit sans gêne une corrélation évidente entre la situation de gestation actuelle et les remémorations de son passé. D'autres fois, pendant cette période, le passé revient sous la pure forme d'un affect douloureux, d'une tristesse irraisonnée. Enfin, la plupart des femmes qui ont l'occasion de s'exprimer librement sont silencieuses sur l'enfant qu'elles portent et se centrent de façon nostalgique sur celui qu'elles ont été autrefois. Les représentations de l'enfant à venir, les fantasmes le concernant, tiennent une place restreinte, parfois nulle, dans leurs propos spontanés. L'enfant imaginaire, s'il existe, est soigneusement maintenu au secret !

3.1.1. Le désir d'enfant

La question du désir d'enfant a préoccupé de nombreux auteurs. Parmi eux, on retrouve principalement des psychanalystes et les systémiciens. Selon Delassus (2010), l'être humain est le seul être qui a un désir d'enfant. Ce désir peut se reporter sur bien d'autres intentions et même se sublimer de diverses manières. Mais, quand il s'agit de désir d'enfant, il faut comprendre ce que signifie ici le mot « enfant », ce qu'il représente comme objet du désir. Certes, l'enfant n'est pas un objet, mais la figuration d'un désir particulier. Pour lui, on a déjà bien du mal à être soi et qu'il est en somme assez curieux que l'on veuille s'encombrer d'un autre être qui va réclamer des soins constants et nous détourner de nos priorités personnelles. Pour lui, on a coutume de dire que la mère se sacrifie pour son enfant (elle le fait passer avant ses propres nécessités). Il y'aurait donc de l'abnégation dans ce désir, mais ce n'est qu'une apparence. En fait, dans l'enfant, c'est de la mère qu'il s'agit. Pour le père capable d'une maternité affective, il en va de même.

Par la suite, il s'interroge sur ce qu'est avoir un enfant quand on est un être adulte déjà bien en peine d'assurer sa propre existence ? Il mentionne qu'il n'est pas nécessaire d'être adulte pour avoir ce désir, car les petits enfants l'ont déjà. Pour illustrer cela, il mentionne l'exemple du petit Hans qui vers quatre ou cinq ans disait : « Moi aussi, je veux avoir des enfants. » On n'accorde pas d'importance à cette prétention puisque l'enfant est bien trop jeune pour que ce qu'il dit puisse être pris au sérieux. Il n'empêche que les petits enfants jouent à avoir des enfants. C'est donc que l'enfant a déjà pour eux la signification qu'on lui donne dans l'expression « désir d'enfant ». Il représente quelque chose d'important, voire de vital, alors que ces enfants ne manquent de rien en principe : leurs parents leur fournissent ce dont ils ont besoin. Pourtant la satisfaction n'est pas totale, il y a comme un fort reste de désir qui n'est pas apaisé et, au

contraire, insiste de manière lancinante. L'enfant, tout comme l'adulte qui veut un enfant, indique que ce qui manque, c'est un enfant (Delassus, 2010).

Par la suite, il s'interroge sur la signification de l'enfant en se posant la question : que signifie cet *enfant* dont on rêve ou que l'on fantasme ? Que cache ce mot et qui vaut bien l'énigme posée à Œdipe ? Pour lui, le terme « enfant » représente d'abord la relation première et inconsciente à l'*Urkind*, c'est-à-dire à l'enfant en soi qui se complète et devient conscient dans la mesure où l'on est en même temps l'enfant de sa mère. La relation avec l'enfant que l'on a en soi se retrouve, comme en miroir, dans la relation de l'enfant que l'on est pour la mère. Toutes deux se potentialisent et forment le germe du *locus* de la maternité. Le mot mère, non prononcé dans l'expression « désir d'enfant », est l'implicite de cette formulation et, plus encore, la réunion des deux, le fait que l'un n'est pas sans l'autre, c'est-à-dire que la Différence natale est annulée. Cette fracture ontologique, masquée sous la conceptualisation de la castration, s'efface dans la relation mère-enfant. Ainsi le désir d'enfant devient plus compréhensible et il est difficile de douter de son évidence humaine (Delassus, 2010). Il termine en soulignant qu'on ne devrait pas se laisser obnubiler par l'aspect extérieur des choses, car on dit *enfant*, mais c'est en fait pour signifier la relation maternelle dans son effet essentiel qui est de vaincre la Différence en rétablissant l'origine comme totalité. Le désir d'enfant est celui d'une abolition de la Différence (Delassus 2010).

Pour Freud, le désir d'enfant est une sorte de récompense narcissique que les parents reçoivent. C'est ainsi qu'il affirme que l'amour des parents si touchant, et, au fond, si enfantin, n'est rien d'autre que leur narcissisme qui vient de renaître et qui, malgré sa métamorphose en amour d'objet, manifeste à ne pas s'y tromper son ancienne nature (Freud, 1914). Par cette affirmation, il démontre que l'amour, l'investissement que le parent fait de son enfant n'est rien d'autre qu'un choix d'objet de type narcissique.

Par la suite, Freud cité par Laplanche et Pontalis (1967) situe le désir d'enfant à la résolution du complexe d'Œdipe aussi bien chez le garçon que la fille. Selon Laplanche et Pontalis (1967), le complexe d'Œdipe désigne l'ensemble organisé de désir amoureux et hostile que l'enfant éprouve à l'égard de ses parents. Ce complexe se présente sous deux formes, une positive et une autre négative. Sous sa forme positive, il implique le désir de mort ou la haine du parent du même sexe et le désir sexuel ou amoureux pour le parent de sexe opposé ; sous son versant négatif, il implique des désirs amoureux pour le parent de même sexe et la haine, jalousie pour le parent du sexe opposé. Ces deux formes se retrouvent à des degrés divers dans

la forme dite complète du complexe d'Œdipe (Bergeret et al 1995). Le complexe d'Œdipe n'est pas vécu de la même manière par le garçon et la fille.

– Complexe d'Œdipe chez le garçon

Le complexe d'Œdipe est moins complexe chez le garçon que chez la fille, car il n'y a pas changement d'objet comme c'est le cas pour la fille ; autrement dit, la fille doit effectuer un transfert de la mère au père.

Chez le garçon, on note d'abord une dépendance envers la mère, mais la confrontation du garçon aux relations parentales, il va introduire le père dans la dyade mère-enfant qu'il constitue avec la mère. Cette introduction du père emmène le garçon à prendre conscience du fait que l'objet du désir de la mère se trouve chez le père qui est détenteur du phallus (symbole de l'autorité, de la puissance et de la loi) (Bergeret et al., 1995).

Dès lors, le garçon va faire un investissement sexuel de la mère. Il va mobiliser ses stratégies de séduction et d'agression dans le but de capter l'attention de la mère et de la conquérir. Dans cette tentative de conquête de la mère, le garçon fait face à un rival qu'il jalouse du fait de sa suprématie réelle et qu'il surestime du fait de sa signification symbolique, tandis que les fantasmes œdipiens ne font que renforcer les thèmes fantasmatiques de castration (Bergeret et al., 1995). Ce rival auquel le garçon est confronté est le père ou la figure paternelle détenteur du phallus et garant de l'autorité, le garçon par ses fantasmes œdipiens (désir sexuel envers la mère) va à l'encontre de la loi qui est représentée par le père du fait de sa suprématie réelle et symbolique. Le garçon craint d'être castré par ce rival si puissant et tant redouté dont la seule présence suffit pour générer en lui de la culpabilité. En réaction à cette culpabilité, le garçon va s'attacher au père, ce qui va aboutir à une identification au père ou à la figure paternelle.

Freud situe le désir d'enfant chez le garçon au niveau de la résolution du complexe d'Œdipe. En effet le garçon sous la menace de la castration va renoncer à la conquête de la mère, par la menace de castration, il intègre également la loi du père et l'interdiction de l'inceste ce qui va le pousser vers des objets externes.

– Complexe d'Œdipe chez la fille

Le complexe d'Œdipe est plus complexe chez la fille, la fille doit changer d'objet, passé de la mère au père. Elle entre dans l'œdipe par le complexe de castration, car elle a l'impression

qu'elle possédait autrefois un pénis et que sa mère le lui a pris (Bergeret, 1995), elle ressent une déception de la part de sa mère, autrement dit, elle en veut à sa mère le fait de lui avoir pris son phallus. Cela la pousse à se détourner de la mère et d'aller vers le père détenteur du pénis, elle espère recevoir du père ce que sa mère lui a refusé (pénis). À ce propos, Freud cité par Laplanche et Pontalis (1967) précise que le renoncement au pénis ne se réalise qu'après une tentative de dédommagement : La fille glisse le long d'une équivalence symbolique pourrait-on dire du pénis à l'enfant, et son complexe d'œdipe culmine dans le désir longtemps maintenu d'obtenir comme cadeau un enfant du père, lui mettre au monde un enfant. Par là, il montre que le retournement de la fille vers le père est dans un premier temps une quête du pénis, mais ce désir du pénis va se transformer en un désir d'enfant du père. On note également chez la fille une haine jalouse chargée de culpabilité envers la mère, elle va également intégrer l'interdiction de l'inceste et renoncer à avoir un enfant du père. À travers son désir d'enfant, elle va finalement s'identifier à sa mère.

Klein (1959) situe le désir d'enfant au niveau de l'Œdipe précoce, un stade qu'elle situe au cours du deuxième semestre de vie de l'enfant. Au cours de ce stade, le bébé est envahi par des angoisses archaïques, suscitées par la violence de ses propres pulsions envers sa mère, risquant d'endommager l'objet. Afin d'éviter la culpabilité en découlant, l'objet paternel est introduit dans l'univers fantasmatique en tant que processus réparateur : il assure à la fois la protection de la mère vis-à-vis des pulsions infantiles et une restauration de celle-ci, notamment dans ses capacités de fécondité et d'enfantement.

Elle va alors décrire chez l'enfant l'existence d'un fantasme d'union entre les deux parents, pouvant être perçue de façon positive (fantasme « de bonne scène primitive ») puisqu'il leur confère la possibilité de se réparer mutuellement face aux attaques de l'enfant. Ce fantasme préserve, de façon, la qualité des liens que l'enfant établit avec chacun des parents. Le désir d'enfant est ainsi situé sur cette identification du sujet à ses bons objets parentaux, unis dans une relation d'amour et de fécondité (Klein 1959).

Pour aborder la question du désir d'enfant, les approches familiales systémiques définissent des rôles qui sont joués par chaque individu dans la famille ou dans la filiation. C'est ainsi que Boszormeny-Nagy (1991) utilise le concept de « loyauté familiale invisible ». À travers ce concept, il attribue aux membres de la famille des missions bien distinctes en vue de l'homéostasie familiale. Il distingue deux types de missions : les missions sacrificielles (un des membres de la famille porte le fardeau familial pour s'acquitter de la dette à l'égard des

générations précédentes) et les missions de développement qui garantissent le développement du groupe familial par expansion sociale et par procréation.

Le deuxième type de missions est conceptualisé par les systémiciens en termes de « dette de vie » ou « dette existentielle » pour désigner le fait que l'enfant devienne redevable à l'égard de ses parents qui lui ont donné la vie (Boszormeny-Nagy, 1991). Pour rembourser cette dette, le jeune doit trouver les aménagements nécessaires pour pouvoir donner la vie soi-même et ceci par loyauté à ses parents. Il doit passer du statut d'enfant « débiteur » à celui de parent « créateur ».

3.1.2. Le désir d'enfant et le désir de grossesse : la perspective de Bydlowski

Pour Bydlowski, le désir d'enfant est aussi conscient qu'inconscient. Sur le plan conscient, désirer un enfant revient à se positionner d'une part en tant que parent, au même titre que ceux qui nous ont précédés, par un processus d'identification, mais aussi se perpétuer, transcender son propre destin, sa propre finitude et réaliser un désir d'immortalité, c'est jouer le germe immortel contre le soma périssable (Bydlowski, 1983). Par cette affirmation, elle démontre que le fait de désirer un enfant revient à se mettre aux mêmes échelons que ses propres parents, ceci est fait par le processus d'identification aux parents. Désirer un enfant revient également à réaliser le désir de continuer d'exister à travers sa progéniture.

Sur le plan inconscient, Bydlowski (1989) fait la différence entre le désir de grossesse et le désir d'enfant. Le désir de grossesse désigne le désir d'être grosse d'un bébé et ainsi de confirmer sa féminité et sa capacité à faire des enfants (Bydlowski, 1989). Pour Bruwier (2012), le désir de grossesse cherche à vérifier le bon fonctionnement physiologique de sa capacité reproductrice pour la femme. Dans ce type de grossesse, la femme ne souhaite pas vraiment avoir l'enfant, mais cherche tout juste à vérifier si elle est capable de se reproduire, de faire des enfants. Bydlowski (1997) souligne également le fait que certaines femmes n'auraient qu'un désir de grossesse et pas le désir de maternité qui l'accompagne habituellement. La conséquence pour ces grossesses où il n'existe qu'un désir de grossesse non accompagné par le désir de maternité ou désir d'enfant rencontre des difficultés dans « l'établissement des relations et des liens mère/enfant ». Ces difficultés vont entraver l'organisation psychique de l'enfant qui va naître.

Le désir d'enfant quant à lui désigne un ensemble complexe qui mêle des sentiments conscients et inconscients plus ou moins ambivalents. Pour Bydlowski (1997), le désir d'enfant

est le résultat d'une combinaison harmonieuse entre le désir d'être comme sa mère des premiers soins et un autre désir, celui d'avoir comme elle un enfant du père. Bydlowski démontre par-là que le désir d'enfant chez une femme prend son origine dans une identification à sa mère et au complexe d'œdipe (avoir un enfant du père).

Bydlowski (1997) va également utiliser le terme de « dette maternelle » pour démontrer que la grossesse s'inscrit dans une filiation où la femme enceinte fait référence à sa propre mère, plus précisément à sa figure maternelle pour devenir mère, elle reconnaît cette figure à l'intérieur d'elle. À ce sujet, elle affirme qu'avec la grossesse, une femme rencontre et touche sa mère : elle la prolonge en se différenciant d'elle.

3.2. LES PROCESSUS ET LE VÉCU DE LA GROSSESSE

La grossesse est un état qui va de la fécondation à l'accouchement et entraîne des changements tant physiologiques que psychiques chez la femme. Du point de vue physiologique, la grossesse est considérée comme un paradoxe immunologique, car l'enfant est considéré comme un corps étranger, une greffe qui habite le milieu utérin durant neuf mois avant d'y être rejeté (Soulé & Soubieux, 2006). Sur le plan biologique et somatique, il y a une implantation fœtale qui sur le plan psychique correspond à la nidification psychique décrite par Missonnier (2004), Bayle (2005) ; cette nidation psychique marque selon ces auteurs, la tolérance du fœtus au sein du corps maternel et l'acceptation de fusionner avec lui pour permettre sa croissance jusqu'au moment où il pourra quitter le milieu utérin. Du fait qu'elle recouvre les aspects somatiques et psychiques, Deutsch (1945) a qualifié la grossesse « d'événement biopsychique » et « sociologique » qui participe au développement de l'identité féminine. Pour Bribing (1959, 1961), la grossesse est une crise maturative et évolutive au cours de laquelle la femme revit les conflits passés (infantiles) avec sa mère ou son substitut à laquelle elle doit s'identifier. Cette période (grossesse) s'avère ainsi capitale au développement de la femme. Pour Pines (1972, 1982), durant cette période, un travail de remaniement psychique est nécessaire pour préparer la future mère à la séparation à sa mère.

La grossesse s'étend sur trois trimestres, chaque trimestre constitue une division avec ces caractéristiques qui lui sont propres. La grossesse est présentée par la littérature comme une crise de personnalité, caractérisée par les changements corporels, sociaux émotionnels et psychiques. Son déroulement est fonction de chaque femme, de l'organisation de leur personnalité et du milieu de vie. Pines (1972, 1982) et Raphael-Leff (1993) décrivent la

grossesse en deux étapes : avant la perception des mouvements et la phase qui vient lorsque la femme imagine la séparation. Le fœtus prend alors sa propre personnalité.

– Le premier trimestre

La grossesse est une période de maturation qui va permettre à la femme de rechercher son identité féminine. La naissance marquera la fin de son unité d'indépendance et le début d'une relation mère-enfant. Elle sera responsable de la vie et du développement d'un autre être humain. Cette période implique beaucoup de changement pour la femme tant au niveau physique que psychique. Les neuf mois de grossesse permettent à la future mère de faire un cheminement important afin d'établir un futur lien avec son enfant (Pines, 1972, 1982 ; Raphael-Leff, 1993).

La grossesse est une période de grand stress, d'autant plus quand c'est une première parité. Ces stress sont engendrés par des perturbations hormonales, l'activation de conflits inconscients et une réorganisation intrapsychique. Le premier trimestre de la grossesse est imprégné d'une labilité émotionnelle. La future mère est envahie d'anxiétés, d'irritabilités et parfois d'humeurs dépressives, car elle a peur de décevoir, de perdre l'enfant ou du handicap. Certaines femmes ne dissocient pas encore bien l'être par lequel elles sont habitées et rattachent l'atteinte de maladie ou du handicap du fœtus à leur propre intégrité, ce qui suscite des inquiétudes. Les anxiétés et les inquiétudes sont généralement verbalisées par les parturientes si on leur en donne la possibilité. Elles concernent les transformations corporelles, la future réorganisation familiale, les craintes financières, l'organisation des horaires de travail... Ces deux émotions précédentes suscitent des sentiments de culpabilité et de vulnérabilité chez elle. Mais c'est un état transitoire (Pines, 1972, 1982 ; Raphael-Leff, 1993).

Toutes ces inquiétudes peuvent traduire un sentiment inconscient ambivalent concernant le bébé qu'elle porte, ce qui est un processus normal au cours d'une grossesse. La mère est partagée entre l'amour et la haine. Le premier sentiment est acceptable alors que l'autre est refoulé. C'est la phase d'adaptation de la grossesse au futur enfant. Les mères vont avoir l'impression d'être habitées par un « étranger » ou par « un petit doudou », ce qui provoque en elles soit un sentiment d'envahissement, soit un sentiment de puissant attachement.

Lors de la première échographie, la présence du bébé retentit au niveau affectif chez la future mère ; c'est l'ébauche du lien mère-enfant. En revanche, il ne faut pas abuser de ces échographies, car les échographies de confort ou spectacles qui entraveraient le fantasme du

bébé imaginaire et auraient des retentissements sur le développement psychologique de la grossesse. C'est la période d'objectivation de la grossesse. L'annonce de la grossesse va déclencher les sentiments positifs chez certaines personnes et des doutes et d'inquiétudes chez d'autres. Cette période est caractérisée par une absence de représentation de l'embryon, du fœtus et le discours de la femme tourne autour du fait d'être enceinte et non du fœtus (Pines, 1972, 1982 ; Raphael-Leff, 1993).

Selon Pines, (1972, 1982) ; Raphael-Leff (1993), le travail psychique de cette période consiste à l'acceptation du fait que le fœtus fait partie de soi-même, et ce sans preuve à part les nausées et des éventuelles envies qui peuvent également être le signe de l'ambivalence vis-à-vis de l'embryon lorsqu'ils prennent une ampleur considérable. En effet, la femme peut ressentir une ambivalence entre garder l'enfant (bébé désirer qui va remplir la vie) ou le rejeter (bébé perçu comme celui qui va envahir, détériorer le corps). La conscience de l'existence du fœtus va se caractériser par la préoccupation maternelle primaire et l'état de transparence psychique.

Le premier trimestre va aussi dans le sens de la vérification du bon fonctionnement des organes génitaux et par conséquent de la fertilité. Il existe également des rêves, des cauchemars d'angoisse et de l'angoisse durant cette étape. L'angoisse porte sur le fait de faire une fausse couche ou de porter un enfant qui aurait une anomalie et permet à la mère d'organiser son futur rôle, de se projeter au niveau de ce que sera le rôle de mère. Chez certaines femmes, l'angoisse est ressentie face aux stigmates de la grossesse, une peur du morcellement chez celles qui sont fragiles. Pour d'autres, l'enfant est un parasite qui les déforme, morcelle et font d'elles des personnes qu'elles ne reconnaissent plus. Il existe une autre catégorie de femmes pour laquelle l'angoisse est liée au fantasme d'intrusion, à une peur d'envahissement corporel. Chez certaines femmes, l'angoisse envahit complètement leur psychisme et se manifeste par des rêves qui tournent au cauchemar (Pines, 1972, 1982 ; Raphael-Leff, 1993).

– Le deuxième trimestre

Au cours du second trimestre, les angoisses vont régresser. C'est souvent la période la mieux vécue par les parturientes : une période de bien-être. Ces trois mois correspondent au fantasme du bébé imaginaire. Les futures mères sont conscientes de leur grossesse et l'ont acceptée. L'enfant est alors représenté comme fusionné avec sa mère.

Les modifications corporelles vont être visibles, et de ce fait les manifestations des signes physiques tels les nausées et vomissements vont disparaître. Elles vont percevoir les mouvements fœtaux : c'est la fin du stade d'ambivalence. Elles vont alors pouvoir s'investir dans la future relation avec le bébé. Cela se traduit par le choix d'un prénom, l'aménagement de la future chambre du bébé... Considérées comme l'étape paisible de la grossesse, les femmes ressentent moins d'angoisse, la relation au fœtus est paisible. Le fœtus bouge déjà et l'identité maternelle s'accroît aussi. Le second trimestre est le moment où la femme va plus se détourner de ses centres d'intérêt habituels pour se tourner sur son vécu interne.

– Le troisième trimestre

La période paisible est terminée. Il y a de nouveau ambivalence entre le fait de garder le bébé et celui de l'expulser (fardeau de plus en plus lourd). Travail de séparation et de deuil de l'enfant imaginaire commence à se mettre en place, sortie de ce moment dyadique fusionnel. Angoisse décuplée à la fin de la grossesse. Cette angoisse touche principalement à la peur de l'accouchement, des anomalies, la peur de la mort de l'enfant et/ou de soi. À ce moment les femmes commencent à se poser la question de comment elles veulent accoucher. Accoucher épreuve qu'il faut réussir comme sa mère. Certaines ont encore l'idée de « tu accoucheras dans la douleur ». Le fait de ne pas accoucher dans la douleur, de ne pas avoir à réussir une épreuve correspond à un vécu différent de leur féminité. La souffrance est très différente d'une femme à l'autre et aussi d'une culture à l'autre. Avantage de la péridurale : on vit son accouchement, avec son compagnon. Parfois l'accouchement est un vécu difficile pour le compagnon : la caméra constitue alors un entre-deux. Elle a permis aux hommes de n'être pas aussi culpabilisés par la souffrance de leur compagne. Possibilité de garder le contact avec l'entourage, mais malgré tout fantasme de ce qu'est un accouchement (Pines, 1972, 1982 ; Raphael-Leff, 1993).

À la fin du troisième trimestre, la mère commence à réinvestir les objets extérieurs, elle doit reprendre contact avec la vie ce qui provoque une certaine agressivité. Dans un mouvement dynamique. Elle va pouvoir intégrer cette dimension agressive en anticipant la venue de l'enfant, sa relation, et en ayant des préoccupations matérielles (préparer la chambre et tout ça : de façon superstitieuse elle attend cette période pour le faire).

La fin de la grossesse la rend encore plus proche de sa mère. C'est à ce moment qu'elle se vit comme le plus identique à sa mère, mais c'est aussi le moment où elle a conscience qu'elle va devoir acquérir une individuation pour devenir mère à son tour. Amanniti (1991) parle d'un

troisième processus d'individuation à ce moment-là par rapport à la mère. Il y a pris de distance tout en se rapprochant.

Le premier processus d'individuation était celui du bébé de 5 à 36 mois par rapport à sa mère (Malher). Le second processus d'individuation était celui de l'adolescence par rapport aux parents. Le troisième processus d'individuation est la prise de distance de la femme par rapport à sa mère (via naissance de son enfant).

Enfin, au cours du troisième trimestre, des angoisses peuvent ressurgir concernant la peur de l'accouchement, la hantise du bébé porteur de handicaps... En revanche, le processus de projection après la naissance permet le cheminement du bébé imaginaire vers le bébé réel.

Généralement la grossesse va engendrer une grande perméabilité de l'inconscient tout au long des 9 neuf mois dont elles parlent librement. Elles vont avoir accès aux souvenirs enfouis dans leur inconscient. La grossesse va réactiver des conflits passés et la future mère aura besoin de s'appuyer sur sa mère. La femme enceinte va soit s'identifier à sa propre mère soit rivaliser avec elle, pour être une meilleure mère que la sienne. Après la naissance, la jeune accouchée va quitter cet état de transparence psychique pour pouvoir investir son enfant, son mari et sa profession. Si ce n'est pas le cas, c'est pathologique. Tout au long de la grossesse, la qualité de la relation avec le conjoint est capitale et en relation avec la santé mentale de la parturiente. Les relations conjugales peu satisfaisantes peuvent être en lien avec des dépressions du post-partum. L'état de vulnérabilité présent au cours de la grossesse se prolonge autour de la naissance. Cet événement est également source de bouleversements psychiques (Pines, 1972, 1982 ; Raphael-Leff, 1993).

En effet, l'accouchement est un moment fort et de grande vulnérabilité pour la mère et le bébé. C'est un bouleversement pour l'enfant qui doit s'adapter à son environnement et à ses parents. L'accouchement nécessite un travail de deuil pour la maman. Elle doit renoncer à l'enfant imaginaire et à l'enfant porté pendant neuf mois. Elle doit faire le deuil de la fusion avec son bébé, de l'enfant qu'elle était, de son couple comme il était et de son état de grossesse. Elle doit apprendre à se séparer de son bébé. La naissance physique ou la mise au monde est différente de la naissance psychique de l'enfant qui se fera un peu plus tardivement. Cette naissance psychique est l'ensemble des moyens qui permettent à l'enfant de vivre, percevoir et ressentir la prolongation de la fusion avec sa mère en post-partum. Elle est essentielle pour le développement du nourrisson et s'appuiera sur la relation de la dyade. En effet, le fœtus a

développé tout au long des neuf mois, des compétences sensibles et il a intégré son monde originel qui est le ventre maternel (Pines, 1972, 1982 ; Raphael-Leff, 1993).

Comme le mentionnent de nombreux auteurs parmi lesquels Bruschiweiler-stern (1997), durant la grossesse, la mère réalise une profonde transformation de son identité. Cette transformation lui permet de se faire une image de son bébé, une image d'elle en tant que mère. Selon Riazuelo (2010, p. 448), au cours de la grossesse, l'enfant devient une réalité et progressivement, la mère « *se laisse aller à se le représenter, à l'imaginer, à le rêver* ». Elle précise que durant cette période, l'étayage corporel est important au niveau du processus d'investissement du bébé qu'au niveau du développement des représentations qui sont le signe. Pour Cupa-Pérard et al. (1992) cités par Riazuelo (2010) l'investissement du bébé est nécessaire pour la structuration progressive des représentations du bébé. Ces représentations ont pour but une éventuelle recherche de contact avec le bébé.

La dynamique psychique ainsi décrite se construit et fait émerger une relation qui se crée in utero. Cette relation précoce est au sens de Missonier et al. (2004) une « protorelation » entre la devenant mère et le devenant enfant, c'est la base de la relation après la naissance. Pour Devouche et Apter (2012, p.482), les représentations maternelles sont « *le premier berceau imaginaire tissé autour de l'enfant, un premier contenant psychique pour l'enfant à naître* ». Pour Picco (2005), le travail d'investissement narcissique, représente un effort de mise en représentation de l'enfant à venir ; la mère réalise un travail qui vise à contenir, transformer et organiser « l'inconnu » qui est en elle, pour en faire quelque chose de connu et familier.

Selon les travaux actuels sur l'échographie fœtale, elle a un impact important sur le travail de représentation parentale (Viaux-Savelon et al. 2014). Ces chercheurs parlent d'une sorte de remodelage des fantasmes imaginaires de la future mère pendant lequel celle-ci passe alternativement des représentations de l'enfant imaginaire aux images du bébé. Selon ces auteurs, l'échographie permettrait également une première rencontre des parents avec la réalité du fœtus et une image du futur bébé qui contribuerait, à l'humaniser. Riazuelo (2010, p.449) qualifie les représentations générées durant la grossesse de « *représentations anticipatrices* » dans le sens d'une projection sur l'enfant à naître. La mère « *prend donc le risque de créer et de préinvestir le bébé imaginé* ». Comme l'explique Bruschiweiler-Stern (1997), la représentation du bébé provient également d'une exploration des souhaits et des craintes qui sont issus du passé et du présent, et qui intègrent des éléments qui se produisent pendant la grossesse.

Les représentations s'intensifient avec les premiers mouvements fœtaux et l'échographie pour culminer au 7^e mois de grossesse, période riche en représentations. En effet, comme le précise Riazuelo (2010), c'est à partir du 7^e mois de grossesse que le bébé devient viable en cas de naissance prématurée, permettant aux mères de prendre le risque d'investir davantage le bébé à naître. Selon elle, à partir de cette dernière phase, l'image du bébé disparaît progressivement, car la mère se préoccupe de plus en plus de l'accouchement et sa préoccupation principale devient la bonne santé du bébé. Enfin, selon Riazuelo (2010), si le travail de représentation du bébé est à considérer comme un travail de création, cela suppose, au moment de la naissance, un travail de deuil que l'auteur qualifie de deuil du narcissisme parental. En effet, Riazuelo (2010) considère qu'il y aura un passage du bébé idéalisé vers le bébé réel qui conduira à la séparation de l'œuvre créée par la mère, cette œuvre sera alors à l'épreuve de la réalité.

À la naissance de l'enfant, la mère doit faire un deuil du développement. Le « deuil du développement » est un concept développé par Manzano et Palacio Espasa (1993) pour décrire le processus qui est mis en place chez le futur parent. Au cours de ce processus, le futur parent doit élaborer les différents deuils qu'il a vécus (renoncer aux fantasmes, rêveries...) au cours de son développement. Le deuil du développement consiste donc à :

- Renoncer à la place de l'enfant jusque-là occupé auprès de ses propres parents ;
- S'identifier à ceux-ci (parents) afin de fonctionner en tant que parent.

C'est en réalité un processus qui contribue à la maturité dans les rapports humains comme l'écrit Palacio Espasa (2000) : lorsque les deuils développementaux sont bien élaborés, la parentalité devient une phase du développement de l'être humain. Elle permet une réédition corrigée et augmentée des relations paterno-infantiles conflictuelles ou manquées durant le propre passé infantile des parents. Dans ce sens, elle facilite l'accès à la maturité dans les rapports humains.

Lorsqu'un enfant est annoncé, ses parents doivent faire le deuil du développement, c'est-à-dire renoncer à la place d'enfants qu'ils occupaient auprès de leurs parents et s'identifier à ces derniers pour pouvoir occuper la place de parent auprès de leur enfant et fonctionner comme parent. À travers les identifications projectives, les parents vont projeter sur l'enfant des images issues de leurs propres enfances. En fonction du type d'élaboration du « deuil du développement », on distingue quatre types de conflits de la parentalité. Il s'agit de : les conflits de la parentalité normale, les conflits de la parentalité névrotique, les conflits de la parentalité masochique caractéropatique et les conflits de la parentalité narcissique dissociée. (Palacio

Espasa, 2000). Il précise également qu'en pratique, on ne trouvera jamais une forme pure de ces conflits chez un sujet, on trouvera plutôt une alternative entre ces conflits chez un parent.

3.2.1. L'anticipation maternelle

La grossesse est une inquiétante étrangeté au sens de Freud (1919), elle est familière, mais crée de l'angoisse, de la peur et s'apparente à l'effroi. Autrement dit, la grossesse est familière, pourtant très inconnue et pleine d'incertitudes. Au cours du prénatal, les devenant parents sont confrontés à une liste infinie d'inconnus événementiels et affectifs face à la grossesse, la naissance et l'accueil du bébé (Missonnier 2006a). Pour Missonnier (2003), cette anticipation est cruciale en ce qui concerne l'adoption symbolique du fœtus, car elle donne une relative souplesse à la conflictualité liée aux désirs parentaux et à la confrontation aux aléas du principe de réalité biologique.

Missonnier (1998), utilise le concept de « périnatalité psychique » pour désigner le volet de la parentalité qui a lieu du projet parental d'enfant à la fin de la deuxième année de l'enfant. Il utilise à cet effet l'image d'un « fonctionnement psychique placentaire » pour décrire les phénomènes psychiques et les représentations maternelles inhérents au fonctionnement psychique prénatal et au temps de « gestation psychique de la contenance ». Dans ce contexte, l'empathie maternelle à l'égard de l'enfant et la contenance maternelle postnatale constituent le point d'aboutissement du processus de maturation durant le prénatal, car durant cette période, les représentations maternelles vont évoluer sur un fond de réédition des conflits infantiles entraînant une lente maturation objectale de l'enfant qui va déterminer la qualité de l'empathie parentale en postnatal.

Pour Missonnier (1998), la rencontre avec l'enfant réel (enfant du dehors) est chargée du passé prénatal riche en bouleversements/remaniements psychiques. À cet effet, il affirme qu'il existe un point d'équilibre entre continuité de la contenance périnatale du fœtus/enfant et rupture du passage d'une contenance parentale interne à une contenance externe. La relation qui s'établit entre la mère et le nouveau-né est donc fortement empreinte de cette grossesse psychique et de ses scénarios conscients et inconscients.

Missonnier (2000), utilise la métaphore de la préparation d'une pièce de théâtre avant le soir de la première présentation pour désigner la continuité qui existe entre le pré et le postnatal. Pour lui, au théâtre, le soir de la première, la pièce n'existe que grâce au travail en amont. Pendant les répétitions, le metteur en scène, à partir de ses propres identifications projectives,

anticipe le rôle du public. La nouveauté de la première, c'est le regard et l'effusion psychique du public, mais pas du metteur en scène. Un metteur en scène suffisamment bon assure probablement la continuité de la contenance de ces identifications projectives entre les réplétions et les représentations publiques. Cette continuité est princeps, même s'il y a beaucoup à dire sur l'émotion, seconde, du grand soir.

Les devenant parents et la devenant mère en particulier occupe ainsi le rôle du metteur en scène et à travers leurs identifications projectives, ils anticipent leurs fonctions parentales qui seront déployées en post-partum. Ainsi, au vu de ce qui précède, la période prénatale (gestation psychique) est importante dans le processus du devenir mère et le devenir de l'individu. Il existe une (dis) continuité entre le pré — et le postnatal qui mérite d'être exploré non comme une préhistoire, mais bien comme le premier chapitre de la vie (Missonnier, 2004a). C'est au nom de cette (dis) continuité entre le pré et le postnatal que nous envisageons l'étude de l'anticipation créatrice chez les primipares durant la gestation psychique, car la relation en prénatal constitue un processus évolutif qui précède et rend possible la relation mère-bébé en postnatal.

La (dis) continuité entre le pré et le postnatal se fait sous un fond de création, d'investissement et de représentations de l'enfant à naître. Les représentations maternelles prénatales et leurs retentissements sur l'initiation des interactions mère-enfant et la construction de la relation mère-enfant en postnatal ont fait l'objet de plusieurs études.

C'est ainsi que dans une étude portant sur l'influence psychique du monde maternel et de ses relations intériorisées sur le type d'attachement et la qualité de la relation réciproque entre la mère et le nourrisson, Ammaniti (1991) a mis en évidence l'influence des représentations que la mère a d'elle-même et de son futur bébé sur les interactions précoces et le style d'attachement avec les enfants. Il a ainsi démontré que les représentations maternelles prénatales ont une valeur organisatrice des relations futures entre la mère et l'enfant, et par ricochet un lien de continuité entre le pré et le postnatal. En nous référant à cette étude, nous comprenons que durant la grossesse, le monde psychique de la mère structure les relations qui seront établies en postnatal.

Nous pouvons également citer cette étude d'Ammaniti et al. (1999) qui portait sur les représentations maternelles et la manière donc ces représentations s'agencent entre elles. En partant sur le fait que les représentations maternelles construites durant la grossesse permettent à la parturiente de se préparer à devenir mère et instaurent par là un espace interne de relation avec l'enfant. Pour eux, les représentations maternelles prénatales auraient une valeur

prédictive du comportement interactif qui suit la naissance. Ils parlent alors d'un processus d'attachement au fœtus qui a lieu pendant la grossesse pour montrer que l'instauration des liens parent-enfant a lieu avant la naissance. Bayle (2005) va dans le même sens lorsqu'il affirme que plus la relation anténatale à l'enfant à venir est différenciée (objectalisée), plus la mère s'adapte à son enfant en postnatale ou plus la relation avec le nouveau-né se fait « sur le mode de la souplesse et sans doute de mutualité ». Ces chercheurs mettent ainsi en évidence une continuité entre styles maternels développés au cours de la gestation psychique (en prénatal) et la relation mère-bébé en postnatal.

En reprenant la théorisation du bébé imaginaire faite par Soulé (1982), puis par Lebovici (1983), Cupa (1992) dans une étude menée dans l'objectif de montrer que certaines représentations du bébé imaginé par la mère durant la grossesse sont mises en actes par celle-ci dans les interactions précoces avec le bébé. Cupa (1992) met en évidence l'association entre certaines thématiques présentes dans l'interaction mère-bébé avec certains fantasmes maternels (relatifs à la scène primitive) relevés en prénatal. Toujours dans le même sillage, Stoléro et al. (1985) mettent en évidence le lien entre les anticipations, craintes et fantasmes concernant l'enfant à venir et les choix affectifs des mères et la conflictualité qui sous-tend l'interaction en postnatal.

De par ces représentations, les devenant parents s'engagent dans un processus d'anticipation de l'enfant, de leur rôle ainsi que les interactions parent-bébé. Les représentations parentales pendant la grossesse à un niveau conscient et préconscient sont selon Cupa-Pérard et al. (1992) des « représentations anticipatrices » à travers lesquelles les parents prennent le risque de créer, de réinvestir le bébé imaginé. En fait, ce bébé imaginé est une représentation anticipatrice constituée par des énoncés qui témoignent des souhaits parentaux concernant le nourrisson et aboutissent à une série de représentations qui figurent et identifient l'enfant, ainsi que l'univers relationnel et affectif dans lequel le parent l'inscrit.

En ce qui concerne l'anticipation durant le prénatal, Missonnier (2001) précise que sur cette toile de fond, le processus de parentalité anténatale s'organise autour de l'anticipation comportementale, émotionnelle et fantasmatique de cette séparation de la naissance, du paradoxe de l'altérité radicale du nouveau-né et de sa dépendance primaire à l'égard des parents. L'anticipation se révèle ainsi comme un fil conducteur pour la compréhension des variations du développement de la parentalité et de l'enfant (Missonnier 2006a). La réalité biopsychique de l'anticipation parentale périnatale est constituée par la confrontation du bébé virtuel prénatal

et du bébé actualisé en postnatal, l'anticipation parentale est dès lors un processus dynamique et adaptatif d'humanisation progressive du fœtus (Missonnier 2006a). En ce qui concerne le processus de parentalité, Missonnier (2012) dit que face à la rencontre matricielle du devenir parent et du naître humain, l'anticipation se révèle être un fil conducteur très prometteur pour la compréhension des variations tempérées et pathologiques du développement de la parentalité et de l'enfant. Il conçoit donc l'anticipation comme une variable centrale dans le naître humain et le devenir parent, car elle correspond à la première étape du processus de construction de l'identité maternelle.

Pour Missonnier (2012), l'anticipation est dans ce contexte une voie d'accès incontournable à la symbolisation, car c'est dans la violence de l'interprétation anticipatrice parentale que les représentations primaires de l'infans émergent. Toujours dans la même lancée, Riazuelo (2014) dit que l'environnement maternel vient influencer les représentations maternelles dans ce qui la concerne en tant que mère, mais aussi les représentations de l'enfant. Cela prend part à l'anticipation maternelle, à cette « anticipation créatrice (Cupa, Deschamps-Riazuelo, Michel, 2001 ; Riazuelo 2003).

L'étayage corporel est ainsi important tant dans le processus d'investissement du bébé qu'au niveau des représentations qui en sont les signes. Cela met en marche un véritable travail créatif. Le travail de création est à l'œuvre. Il s'agit d'un travail de création, d'un travail, au même titre que le rêve et le deuil et qui viendra influencer les liens précoces (Riazuelo 2014).

Nous comprenons alors la grossesse, au niveau psychique, comme un processus de parentalisation pour l'adoption psychique du bébé à partir de la rencontre d'un univers sensoriel et représentationnel. Cette étude de l'anticipation maternelle va au-delà de l'étude des représentations maternelles dans la mesure où l'anticipation maternelle englobe les représentations maternelles, mais ne peut se résumer à elles. En effet, l'anticipation maternelle concerne en premier lieu les représentations maternelles de l'enfant, mais également les représentations de la devenant mère en tant que mère, l'acquisition des rôles maternels à travers les réaménagements identitaires et surtout la relation entre la devenant mère et son devenant enfant (fœtus) (Riazuelo 2014).

Dans ces processus, les représentations maternelles constituent le relais entre les deux protagonistes dans la mesure où la manière par laquelle la mère va se représenter/s'imaginer (créer et investir) son enfant, va déterminer non seulement la relation mère-fœtus, mais également la relation précoce entre la mère et son bébé en postnatal. Ladite anticipation se

déroule ainsi dans le processus de parentalisation sous-tendu par un fonctionnement psychique particulier des devenant parent. Ce fonctionnement est désigné par le concept maternalité.

La grossesse inaugure ainsi une rencontre avec soi-même et peut être assimilée à un état partiel de régression. Lors de l'attente d'un enfant, les réminiscences touchant la sexualité infantile, les souvenirs cachés peuvent devenir communicables comme si la censure qui les maintenait dans le non-dit était levée, au moins partiellement. Ainsi, la grossesse et la transparence psychique qui l'accompagne avivent la mémoire de l'origine. Cette perméabilité de l'inconscient peut être à la source de craintes comme la répétition d'un malheur déjà vécu, pouvant prendre une allure pathologique. Ces angoisses et craintes vont organiser la manière avec laquelle la mère crée et investit son enfant. Cet investissement de l'enfant en prénatal va à son tour structurer le style maternel et par ricochet les diverses interactions mère-bébé en postnatal (Missonnier 2006a).

3.3. MATERNALITÉ ET IDENTITÉ MATERNELLE

Le devenir mère est décrit comme un processus prenant sens dans l'histoire de la femme, ceci en prenant appui sur des repères relatifs à la filiation où la mère et le père occupent des places centrales. Attendre un enfant n'est pas forcément synonyme de devenir mère, pour ce, la mère évolue dans un environnement familial où il y a d'autres mères ou figures maternelles qui font office de figure identificatoire. Le devenir mère est un processus qui se fait tout au long de la grossesse et même après l'accouchement, la mère n'est pas encore psychiquement mère. Le premier cri de l'enfant, l'enfant sur le ventre de la mère, l'enfant au sein (nourrir le bébé signifie que la grossesse est terminée), le regard du bébé sont les moments importants pour que naisse le sentiment maternel (Lesage, 2014).

3.3.1. La construction de l'identité maternelle

L'identité maternelle est définie par Perun et Franko (2013) comme l'unité principale de la perception de soi, la conscience et le ressenti d'une femme en tant que mère, aussi bien que sa propre réalisation durant la maternité. L'identité de la femme-mère est inséparable de son identité globale. L'identité maternelle est une composante de l'identité globale d'une femme qui, à une certaine étape de sa vie, peut devenir dominante ou même essentielle.

Selon Blackburn (2006), la grossesse et la période qui suit la naissance d'un enfant constitue une période de bouleversement psychologique majeur dans la vie d'une femme et il en résulte la formation de l'identité maternelle. L'identité maternelle a intéressé beaucoup

d'auteurs. Rubin (1975) la définit comme une sensation interne d'une femme : la reconnaissance qu'elle est compétente en tant que mère aussi bien que la connaissance et la compréhension de son enfant. Shewtchuk (2010) quant à lui définit l'identité maternelle comme une construction psychologique à travers laquelle une femme exprime sa perception complexe, sa conscience et son expérience de mère, aussi bien que sa réalisation personnelle dans la maternité. L'identité maternelle est une formation centrale du besoin maternel, la sphère motivationnelle et axiologique qui se met en place quand une femme commence à s'identifier à son nouveau rôle de mère.

Selon la théorie de Mercer (théorie du devenir mère), le devenir mère est un processus qui se met en place en suivant quatre étapes qui sont : l'anticipation ou étape de la préparation, l'engagement et de l'attachement, l'identité formelle ou l'étape des connaissances approfondies et de la restauration physique, l'identité non formelle ou l'étape du déplacement vers une nouvelle norme et la dernière est l'identité personnelle ou l'étape de l'acquisition du rôle maternel proprement dit (Howard & Stratton, 2011).

Mercer a développé cette théorie en se basant sur le fait que les femmes entrent dans le processus de devenir mère en suivant les étapes du développement de l'identité maternelle et de l'acquisition du rôle maternel. S'identifier au rôle maternel implique des sensations de compétences qui sont en développement, la confiance et la joie dans les soins maternels fournis à l'enfant (Mercer, 2004). Ce processus d'incorporation ou d'acquisition des comportements maternels émerge avec la naissance de chaque nouvel enfant. Il se met en place en quatre phases (Mercer, 2006 ; Taskin, 2007). Ces étapes sont :

L'identité maternelle est une interprétation subjective d'un rôle, au travers des données sociales et psychiques, qui supposent un choix entre des représentations concurrentes de soi Kaufmann (2004) cité par Bernard (2008). Les bases de l'identité maternelle sont inscrites dans l'enfance de la petite fille et se constituent avec les interactions entre elle et sa propre figure maternelle (mère ou son substitut), les jeux, les expériences communicationnelles personnelles avec les petits enfants. Elle se met en place pendant la grossesse et avec les interactions entre la mère et son enfant (Perun & Franko, 2013). L'identité maternelle implique l'acquisition de nouvelles compétences en ce qui concerne les soins à prodiguer au bébé, la perception du rôle maternel.

En allant dans le sens de ces auteurs, nous comprenons que l'identité maternelle est une représentation de soi comme mère, accompagnée par le sentiment d'être mère et par-dessus le

fait de se conduire comme mère. Ceci fait directement référence à l'exercice du rôle et/ou des fonctions maternelles. La devenant mère va ainsi s'approprier et adhérer aux idéaux sociaux afin de les intérioriser ; ce qui va faire en sorte qu'elle se conforme aux attentes et rôles que la société lui a assignés.

➤ **Particularités de la période post-partum dans la vie mentale d'une femme**

La période post-partum est décrite par Perun et Franko (2013) comme une période importante pour la construction de l'identité maternelle. La période post-partum est une phase critique de la vie d'une femme. Ceci parce que durant cette période, l'état physique, social et émotionnel de la femme est très fragile et surtout chez les primipares. Cette période est également marquée par le changement de statut chez la future mère. Ce changement implique un réaménagement identitaire devant aboutir à la construction d'une identité maternelle (Bernard et Eymard, 2008). Durant cette période, la femme éprouve des sensations et des émotions diverses qui pourront se refléter dans sa relation avec son enfant, mais aussi dans sa relation avec les autres membres de la famille. C'est également une période marquée par la présence des rituels, les règles et les croyances relatives à la maternité.

Selon Perun et Franko (2013), les interactions chaleureuses entre la mère et son enfant sont aussi importantes pour le développement de l'enfant que pour la construction de l'identité maternelle. Ces interactions sont établies par la communication non verbale à travers la transmission des signaux émotifs qui vont déterminer le style éducatif familial et l'identité maternelle.

3.3.2. La nidation psychique de l'embryon

Missonnier (2011) retrace la nidification psychique de l'embryon et du fœtus humain. Il présente la parentalité périnatale comme englobant la synergie potentielle dans un espace conjugal et familial de trois processus indissociables : (re) devenir mère (maternalité), (re) devenir père (paternalité) et naître humain. Pour lui, la première condition de validité de cette formule est de se tenir véritablement à l'écart de toute vision réductrice « unisexe » qui masquerait un déni de la différence des sexes et des genres. Ce devenir parent correspond à de longues évolutions spécifiques en pelure d'oignon qui traversent l'enfance et l'adolescence, et se poursuivront toute la vie durant (notamment avec l'éventuel devenir grands-parents). À ce titre, la séquence périnatale de la parentalité est seulement un segment d'actualisation hypothétique de la diagonale d'un devenir parent virtuel (Missonnier (2009).

La deuxième condition de pertinence de cette parentalité périnatale : elle bénéficie d'être conçue comme un processus à « double hélice » biopsychique tout autant à l'abri d'un clivage psyché/soma simplificateur que d'une confusion des modèles épistémologiques dans une psychosomatique impressionniste.

La troisième condition de validité de cette définition de la parentalité périnatale dans le contexte d'une psycho (patho) logie psychanalytique est le fait qu'elle recouvre les relations comportementales, émotionnelles, les représentations conscientes, mais elle aspire, tout autant, à prendre en compte dans une vision bifocale « complémentariste » les affects et les représentations préconscientes/inconscientes (Devereux 1972).

Il parle de fonctionnement psychique « placentaire » pour mettre en exergue sa finalité : la gestation des fonctions maternelles de contenance et d'interface à l'égard de l'enfant à naître. Selon Missonnier (2011), au début de la grossesse, l'embryon/fœtus est une extension corporelle maternelle. Mais chemin faisant, à l'entrecroisement des interactions fœto-environnementales (où la proprioception joue – en creux ou en plein – un rôle majeur pour la mère) et des identifications projectives qui expriment le projet d'enfant, une objectalisation de l'« enfant virtuel » s'impose progressivement. Du degré de maturation objectale en prénatal de cet enfant initialement narcissique dépend notamment le devenir de l'empathie maternelle à l'égard du nouveau-né en postnatal.

Il décrit la période prénatale en termes de mise à l'épreuve des fondations identificatoires et, à ce titre, c'est un lieu privilégié de répétitions traumatiques. La maturité cicatricielle de ces éventuelles blessures est reflétée par le degré de tolérance maternelle aux mutations somatopsychiques inhérentes à la maternité, au suivi médical de la grossesse (Soulé et al. 1991), aux interactions fœtomaternelles surdéterminantes et aux éventuelles complications médicales. Entre haine et amour, la mère chemine dans un conflit d'ambivalence à l'égard du fœtus.

La naissance est donc avant tout un passage d'un état à un autre, une modification radicale, un bouleversement, mais d'une vie déjà en cours tant pour la mère, l'enfant, que pour le père et la famille. Entre rupture et continuité, il existe pour chacun un point d'équilibre entre catastrophe naturelle (traumatisme parental de la naissance) d'une impossible adaptation spontanée, et anticipation créative à l'accouchement et à la confrontation au nouveau-né.

3.3.2.1. *La Relation d'Objet Virtuelle*

Missonnier utilise le concept de triade biologique pour expliquer le processus du devenir mère et du naître humain. Pour élucider ce processus, Missonnier (2006) a élaboré une proposition conceptuelle, la Relation d'Objet Virtuelle (ROV). En s'appuyant sur la conception de la triade biologique, la ROV met en exergue la réciprocité fœtus environnement, la trajectoire transformationnelle intra- et inter (proto) subjective de la gestation, le caractère virtuel de son objet, et, dans la filiation des relations d'objet orale, anale, génitale, son site utéroplacentaire.

Dans ce creuset théorique, la grossesse est une double métamorphose progressive et interactive du devenir parent et du devenir humain ; le fœtus ne naît pas humain, il le devient durant la grossesse ; on ne naît pas parent à la naissance, on le devient ; l'espace utéroplacentaire est l'interface fœtus environnement ; les métamorphoses prénatales habitent l'humain toute sa vie durant (Missonnier 2011).

Missonnier (2006) définit la ROV de la manière suivante : c'est la constitution du lien réciproque biopsychique qui s'établit en prénatal entre les (re) devenant parents opérant une « nidification » biopsychique et le fœtus qui s'inscrit dans un processus de « nidation » (fixation de l'œuf fécondé des mammifères dans la muqueuse utérine) biopsychique. Il mentionne le fait qu'en périnatalité, l'enfant du dedans se trouve à l'entrecroisement du bébé virtuel prénatal et du bébé actualisé en postnatal. C'est la confrontation dialectique et permanente du bébé virtuel et du bébé réactualisé en postnatal qui constitue la réalité biopsychique de l'anticipation parentale périnatale. Cette anticipation est considérée par Missonnier (2006) comme ne concernant pas un état psychique statique chez les parents « enceints », mais un processus dynamique et adaptatif d'humanisation progressive du fœtus. Il démontre par-là que l'anticipation parentale va permettre au fœtus de s'adapter et de s'humaniser progressivement.

La ROV est du point de vue strict de la relation d'objet, une nouvelle modalité conceptuelle qui concerne les parents, l'embryon puis le fœtus. Comme on parle en psychanalyse d'objet typique de la relation orale, anale, génitale, caractéristique princeps, la ROV est utérine. Comme le phallus, qui appartient à l'évolution libidinale des deux sexes, le contenant utérin de cette ROV concerne les femmes et les hommes. La ROV est inscrite fantasmatiquement dans le processus de parentalité chez la femme et chez l'homme. Elle se conçoit comme la matrice de toute la filière ultérieure qui va de la relation d'objet partiel à la relation d'objet total. Sa fonction première est de contenir cette genèse et d'en rendre possible

le dynamisme évolutif à l'œuvre. On peut, avec profit, considérer que la ROV correspond à la version prénatale de la « fonction contenant » décrite par Bion (1962) et Anzieu (1993).

En se référant au cadre d'une « intersubjectivité primaire » dont les racines plongent en prénatal, on peut décrire la ROV côté embryon/ fœtus/bébé puis côté devenant parent à condition de ne pas oublier qu'il s'agit justement des deux versants d'un même processus (proto-intrasubjectif et proto-intersubjectif). Du côté de l'embryon/fœtus/bébé (nidation), on considère la genèse de la « fonction de contenant » de la ROV comme la préhistoire de l'incorporation de la fonction parentale aérienne (Missonnier, 2011).

Plus globalement, l'épigenèse prénatale (au point de rencontre des compétences évolutives embryofœtales et des influences environnementales proximales et distales) fonde la première étape prénatale du développement psychologique du fœtus résolument animé par son orientation (proto) intersubjective primaire vers l'« autre virtuel » (Bräten 1992). Le devenir de cette épigenèse anténatale constitue son altérité humaine en devenir que Bayle (2005) a fort justement intitulé son « identité conceptionnelle ». Du côté des parents (nidification), la contenance utérine de la ROV parentale en devenir est le nid prénatal de la filière objectale ultérieure de l'enfant. La commémoration générationnelle est vive quand les devenant parents sont enceints et bâtissent une ROV contenant à l'égard du fœtus/nouveau-né : leur transparence psychique réactualise électivement leur ROV d'ex-contenu et ses éventuels avatars dysharmonieux.

Dans une conception résolument « interpersonnelle » de la relation d'objet, la ROV concerne donc simultanément les (re) devenant parents de la grossesse et l'enfant du dedans, devenant humain. Pour le fœtus et les parents enceints, on peut donc dire que la ROV se réfère, avec une grande variabilité individuelle, à un processus qui va de l'investissement narcissique extrême (qui tend vers un degré zéro de l'objectal) à l'émergence progressive d'un investissement (pré) objectal. Au fond, cette ROV est une interface entre le « devenir parent » et le « naître humain » qui précède – et rend possible – celle de la relation parents/bébé. Sa persistance et sa coexistence tout au long de la vie avec d'autres modalités objectales doivent être bien sûr envisagées. À ce sujet et en accord avec la proposition de Bergeret et Houser (2004), il est probable que les « souvenirs/non-souvenirs » (les hypothétiques traces sensorielles protoreprésentatives engrammées de la ROV utérine) ne soient pas ultérieurement directement symbolisables, mais, en revanche, actives dans l'homéostasie psychosomatique du sujet et tous les nombreux conflits affectifs intrapsychiques et interpersonnels qui

commémorent la dialectique primordiale contenue/contenant et son expression narcissique. L'universalité du fantasme originaire de vie intra-utérine de Freud (1915) est un excellent argument en faveur de la permanence de cette ROV.

Les quatre strates des fantasmes originaires décrites par Bergeret & Houser (2004) sont les suivantes:

- Niveau 1, le plus proche du registre manifeste d'un ordre sexuel et œdipien à l'œuvre dans des reconstructions en après-coup ;
- Niveau 2 latent, d'ordre narcissique ;
- Niveau 3, plus archaïque, s'enracinant dans la vie intra-utérine ;
- Niveau 4, d'un registre phylogénétique.

Finalement, bien avant la mère archaïque des premières relations (pré) objectales, la mère utérine s'impose fantasmatiquement, après-coup, comme la matrice de l'existence même. Elle offre à l'embryon/fœtus la possibilité d'être un mammifère viable... pouvant prétendre naître humain au sein d'une ROV suffisamment bonne : la nidation embryofœtale dans une nidification parentale constitue la partition interactive de la ROV (Missonnier 2011).

La ROV concerne selon Missonnier (2006), l'ensemble des comportements, des affects et des représentations (conscientes, préconscientes et inconscientes) à l'égard de l'embryon puis du fœtus et contient également le projet de conception de l'enfant (contenir l'enfant à venir en le représentant par la pensée et en le formant biologiquement).

Missonnier (2004) a décrit trois temps de la ROV correspondant approximativement aux trois trimestres de la grossesse. Lors du premier trimestre, la mère est centrée sur la grossesse, durant le deuxième trimestre, son attention va être portée sur le fœtus (l'enfant du dedans) et enfin lors du troisième trimestre son attention va être portée sur le bébé (qui sera bientôt l'enfant du dehors).

- ✓ Différents profils de la relation d'objet virtuel de la « devenant mère »

Missonnier (2004) propose une réflexion psycho (patho) logique de la ROV. Pour le faire, il s'appuie sur Raphael-Leffe (1993) qui a distingué la devenant mère facilitante (facilator) qui s'investit dans les métamorphoses biopsychiques de la grossesse en les idéalisant, la régulatrice (regulator) qui s'y oppose en tentant de les maîtriser et l'ambivalente (reciprocator) qui a des réactions mixtes, équilibrées. Pour schématiser les styles de conflits inconscients qui habitent

les représentations de l'embryon/fœtus comme « objet virtuel » de la « devenant mère » à l'égard de l'embryon/fœtus « devenant enfant », Raphael-Leffe (1993) s'est référée à cette tripartition :

– La facilitante

Elle l'appréhende globalement comme très bienveillante. C'est peu à peu un parfait compagnon imaginaire qui répond à sa curiosité pour le « bébé cadum » idéalisé du dehors qu'elle anticipe.

– La régulatrice

Elle le perçoit globalement comme un parasite incontrôlable. D'intrus informel déterminé, il deviendra figure humaine source de pessimisme pour l'enfant à naître.

– L'ambivalente

Elle lui reconnaît un statut d'être humain en devenir à l'égard duquel elle a des sentiments mêlés d'une amplitude tempérée.

En fonction de leur profil, les futures mères vont s'impliquer dans la ROV de différentes manières. C'est ainsi que la facilitante s'investit dans une ROV marquée par le sceau de l'investissement narcissique et la suprématie de l'enfant imaginé sur l'enfant actuel. L'anticipation et la préparation à l'altérité du nouveau-né sont faibles surtout en regard de la complexité de l'intendance maternelle d'un bébé dépendant. La haine inconsciente, la violence fondamentale inhérente à la parentalité sont défensivement tenues à distance. Toute pathologie somatique périnatale maternelle et/ou infantile heurtera violemment cette idéalisation.

La ROV de la régulatrice est synonyme d'attaque interne des liens. Plutôt que d'anticipation ouverte au possible, il s'agit là de prévisibilité d'une altérité immanquablement gage de dangerosité. La haine inconsciente, la violence fondamentale inhérente à la parentalité débordent et mettent en défaut le système défensif adaptatif en présence. Toute pathologie somatique périnatale maternelle et/ou infantile viendra confirmer et dramatiser encore ce mauvais pronostic.

L'ambivalente met en scène une ROV empreinte d'une intrication équilibrée d'Éros et de Thanatos. À l'abri des mirages de l'idéalisation et des malédictions de la répétition morbide, l'anticipation, mécanisme « adaptatif » est ouverte au champ des possibles favorables ou non.

L'altérité de l'enfant virtuel, pour le meilleur et pour le pire, est progressivement appréhendée. Une esquisse objectale du nouveau-né caractérise le nid maternel aérien qui prolonge le nid utérin de l'enfant du dedans. La survenue de pathologie somatique périnatale maternelle et/ou infantile n'est jamais totalement impromptue, car envisagée a priori comme probable.

✓ Phases psychologiques de la R.O.V.

Afin de mettre en exergue l'évolution de la relation d'objet virtuelle au cours de la grossesse, Missonnier (2004) en a décrit trois grandes phases psychologiques, se basant sur la division chronologique de la grossesse de Raphael-Leffe (1993) correspondant approximativement aux trois trimestres successifs de celle-ci.

– La première phase

Elle est inaugurée par la révélation de la grossesse, elle est centrée sur celle-ci et sur la cascade de modifications qu'elle engendre : corporelles (symptômes somatiques), émotionnelles et psychologiques.

– Deuxième phase

La considération du fœtus comme « être distinct » apparaît, généralement, à la fin du premier trimestre avec la première échographie, ainsi qu'avec les premiers mouvements fœtaux et marque un tournant dans la maturation du processus de parentalité. La place de l'échographie sur le travail du virtuel parental a d'ailleurs été particulièrement par Missonnier (1999). Cette deuxième phase est marquée par « l'investissement croissant du fœtus individuel » dont les pensées parentales autour de l'enfant témoignent (sexe, prénom, tempérament, ressemblances, etc.).

– La troisième phase

Le dernier trimestre va donc être centré sur les préoccupations concernant l'approche de l'accouchement et de la naissance de l'enfant. La continuité entre la contenance prénatale (interne, « nid utérin ») et la contenance externe va être fonction de la qualité de l'anticipation parentale. Ce moment est à la fois redouté (reviviscence d'angoisses archaïques et « intuition de l'hémorragie narcissique inhérente à la naissance ») et attendu avec impatience (de retrouver son corps de femme et de voir son enfant). Cette dernière phase est marquée par de nombreuses incertitudes, concernant le déroulement de l'accouchement (survie de la mère et de l'enfant, douleurs, date, etc.), mais également « l'enfant du dedans, bientôt dehors », les relations avec

l'entourage social (mère/nouveau – né, mère/père, mère/grands-parents, professionnelles, etc.), ainsi que concernant les compétences maternelles.

3.3.2.2. L'Espace Maternel de Différenciation et d'Identification Psychique de l'Être Humain Conçu (EMDIPEHC)

L'EMDIPEHC est un concept qui doit son origine à Bayle (2004) il est utilisé pour désigner un espace de représentations maternelles qui accompagnent le développement du fœtus. Durant la grossesse, cet espace destiné à la nidification et à la gestation psychique de l'enfant à naître, structure la relation des futurs parents à l'être humain conçu. Cet espace va se construire en fonction de la future mère, son histoire, son psychisme et ses projections et aussi en fonction de « l'identité conceptionnelle » de l'être conçu. Par identité conceptuelle, on comprend avec Bayle (2004) c'est l'identité que possède l'être humain en tant que conçu d'un homme et une femme à tel moment de l'histoire, dans tel lieu et telle circonstance. Elle contribue à l'inscription de l'être humain conçu dans un contexte et dans une lignée comme le démontre cette affirmation : Cette identité inscrit l'être humain dans un registre psychosocioculturel et qui trouve sa place au sein de l'ontogenèse (Bayle, 2004).

Les notions avancées par cet auteur rejoignent en bien des points celles développées par Missonnier, leur but étant aussi de mettre en avant l'importance de la prise en compte de la période anténatale comme « premier chapitre » du développement de l'individu. Cependant, elles mettent également l'accent sur certains autres aspects.

À l'instar de Missonnier, Bayle (2005) souligne le caractère biopsychique de la grossesse, qu'il décrit comme un processus psychophysiologique. Ces termes mettent l'accent sur le développement conjoint de ces deux aspects : les phénomènes corporels (physiologiques) sont indissociables des phénomènes psychologiques. Ainsi, c'est la présence de l'embryon qui déclenche les phénomènes psychiques de la grossesse chez la femme, et c'est encore la croissance du fœtus qui stimule le développement psychique maternelle qui marque la période prénatale. Inversement, on peut penser que la manière dont se développent les phénomènes psychiques propres à la grossesse va influencer la perception des événements corporels de celle-ci. Notons au passage que cette conception donne à l'embryon un rôle actif : celui-ci « est agent de ces transformations ».

Comme Missonnier (2006), l'auteur s'appuie sur l'importance du « nid » psychique qui se met en place pendant la grossesse pour l'enfant virtuel, ou enfant à naître, qui n'est autre que

le précurseur du « nid » externe d'après la naissance au sein duquel pourra se développer de manière harmonieuse le lien mère-enfant. L'exemple du déni de grossesse et des difficultés qui s'ensuivent illustre bien l'importance de ce nid. Au-delà de la césure de la naissance, l'auteur invite, donc, lui aussi à penser la continuité psychique entre les périodes pré et postnatales. Cependant, là où Missonnier avait pensé cette continuité ainsi que l'objectalisation de la relation entre la devenant mère et l'être en gestation, en termes de développement progressif de la Relation d'objet virtuelle, Bayle décrit, pour sa part, la constitution d'un espace psychique maternel concernant l'enfant à venir.

Cet espace se construit tout au long de la grossesse allant progressivement vers une identification et une différenciation de l'être humain conçu et permet les liens mère-enfant après la naissance. L'enfant à naître est perçu peu à peu comme autre de la femme ; il se trouve identifié et différencié à l'intérieur d'elle-même, non seulement dans sa réalité organique, corporelle, mais aussi dans son identité psychique, ou plutôt, pour ne pas prêter à confusion, psychosocioculturelle. Ce processus contribue à l'établissement des liens entre la mère et l'enfant, avant et après la naissance (Bayle, 2005).

Par cette conceptualisation de l'Espace Maternel de Différenciation et d'Identification Psychique de l'Être Humain Conçu (EMDIPEHC), l'auteur insiste sur le travail psychique de la femme (travail de différenciation et d'identification de l'être humain conçu), mais aussi sur l'importance de ce processus pour le développement prénatal de l'être humain.

Enfin, il esquisse à son tour une réflexion psychopathologique concernant ces phénomènes. Ce qu'il nomme « psychopathologie conceptionnelle » décrit les perturbations possibles de cet espace psychique maternel. Par exemple en cas de deuil non fait d'un précédent enfant (« enfant de remplacement ») dans lequel l'espace est envahi par la présence de l'enfant décédé rendant difficile la construction d'une place suffisamment différenciée pour l'enfant à naître ; ou encore le cas de mère psychotique où la relation narcissique fusionnelle et l'indifférenciation soi autrui des débuts de la grossesse perdurent de manière pathologique tout au long de celle-ci.

✓ Interactions fœto-maternelles

Revenons cependant à la période anténatale. En ce qui concerne les déterminations psychosocioculturelles de l'embryon humain au sein de la relation embryo/fœto-maternel, l'auteur en souligne les implications en termes d'« intersubjectivité prénatale ». Bien que les

subjectivités respectives de l'embryon et de la devenant mère soit dissymétriques (l'une étant à l'état de fondement, l'autre étant déjà une conscience de soi constituée), ces deux subjectivités se rencontrent en terre prénatale. En effet, la femme réagit à l'être en gestation en fonction de son identité conceptionnelle, c'est-à-dire en fonction de ce qu'il est et représente pour elle de manière subjective. L'histoire conceptionnelle fonde la subjectivité de l'enfant à naître. Par le développement de l'espace psychique maternelle la femme participe à la subjectivation de l'être humain conçu en travaillant pour son identification et sa différenciation. De son côté, l'être en gestation, incarnation de son histoire conceptionnelle, renvoi à la devenant mère une réalité subjective. Celle-ci se trouve transformée en retour dans son identité de femme devenant mère, de par ce qu'est l'être humain conçu. L'enfant qu'elle porte la rend « mère d'une certaine sorte », et subjective donc la femme en tant que mère d'une façon particulière. Il existerait donc, selon l'auteur, dès la période de grossesse, un processus de subjectivation réciproque entre la femme et l'être humain conçu qui rendrait pertinent le concept d'« intersubjectivité prénatale » (Bayle, 2005).

Ces divers concepts permettent de définir la relation psychoaffective qui lie le fœtus et la mère. Cependant, outre l'élaboration de représentations mentales, l'auteur va mettre en évidence le dialogue à la fois psychique et corporel qui caractérise les interactions fœto-maternelles et participe également à l'élaboration de l'Espace Maternel de Différenciation et d'Identification Psychique de l'Être Humain Conçu. En effet, l'identification de l'être humain conçu par le biais des représentations conduit à un certain style de dialogue corporel entre la femme et le fœtus (Bayle, 2004). Les manifestations corporelles de la mère telles que : le type de portage utérin (souplesse ou résistance de la paroi utérine), la gestuelle maternelle (inhibition ou stimulations) et l'activité motrice de fond (rythme d'activité de la mère) sont en lien étroit avec ses affects et préoccupations conscientes et inconscientes. Or, le fœtus les éprouve dans le corps à corps avec la mère. Réciproquement, le fœtus possède sans aucun doute un style moteur propre (tonus et façon de se mouvoir). Ces mouvements fœtaux sont ressentis corporellement par la mère et sollicitent aussi ses émotions, impliquant sa vie affective consciente et inconsciente. Ainsi, l'histoire qui préside à la conception de l'enfant influence ce dialogue psychocorporel entre la devenant mère et l'enfant à naître, celui-ci « est déjà riche de bouleversements et paraît former le creuset de l'intersubjectivité prénatale » (Bayle, 2005).

Le processus psychique du devenir parent, ou parentalité est donc un processus psychique complexe et évolutif. Si l'on se centre sur le segment prénatal de ce processus (et sur le

processus spécifique de maternalité), nous pouvons mettre en avant les phénomènes psychiques et l'activité représentationnelle qui caractérise la femme enceinte.

3.4. L'ACCOUCHEMENT ET LES PREMIÈRES INTERACTIONS MÈRE-ENFANT

Au cours de la grossesse, la mère se prépare à entrer en relation avec son bébé en tant qu'objet externe. Bien avant la naissance, il existe ce que Bayle (2005) a désigné en termes d'interactions fœto-maternelles. Avec ce type d'interactions, la mère est en relation avec un objet qui est au sens de Missonnier virtuel. Ce n'est qu'à l'accouchement qu'elle va véritablement entrer en relation avec son bébé.

3.4.1. De l'enfant imaginaire à l'enfant réel

Lebovici (1985) dans ses travaux a conceptualisé les types de représentations que la mère a de son enfant durant la gestation. Il en distingue 5 :

- Le bébé imaginaire qui est issu du désir d'enfant ; il est le bébé rêvé idéalisé, supposé tout réparer, tout combler. Il est situé au niveau du conscient et du préconscient de la mère ;
- Le bébé fantasmatique qui est situé au niveau de l'inconscient maternel est l'héritier du complexe d'Œdipe ;
- Le bébé narcissique quant à lui correspond au bébé du narcissisme de la mère ; il est perçu comme le prolongement corporel et psychique de la mère, il renvoie également à la mère. Il désigne le type d'investissement qui sous-tend la représentation de l'enfant idéal. Il est vu comme l'enfant qui doit tout faire et tout réparer. Ce serait un enfant dont on attend quelque chose ; un enfant en qui on place un espoir. L'enfant narcissique peut être considéré comme l'enfant providentiel, celui qui sera sans défaut et qui aura toutes les qualités requises pour ne point décevoir les parents et pour faire avec habileté ce qu'ils n'ont pas pu ;
- Le bébé mythique qui correspond au bébé porteur de l'ensemble des références culturelles de la mère ;
- Le bébé réel qui est le bébé dans sa corporéité propre. Missonnier (2006) utilise le concept de l'enfant du dehors pour le désigner.
- Bébé construit. Cupa et al. (1992) parlent d'une opposition et d'une superposition du bébé imaginaire et du bébé réel. Il s'agit d'une représentation double. C'est ce que ces auteurs nomment le « bébé construit ».

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

Pour Lebovici (1985), la naissance de l'enfant est caractérisée par une rencontre et une intrication de toutes ces représentations. Ce mélange va avoir une répercussion sur les interactions de la mère-bébé. Ceci témoigne de l'existence d'une relation étroite entre la vie imaginaire de la mère et les processus de maturation de l'enfant à naître. Solis-Ponton (2002 p.33-34) quant à écrit que :

La naissance du bébé marque un brusque face-à-face avec le bébé réel que la mère doit accueillir sans avoir terminé la gestation du bébé imaginaire, non achevé par définition, et ce dans la pleine effervescence de ses fantasmes inconscients réactivés par les aspects les plus profonds du narcissisme transgénérationnel et des conflits œdipiens. Cet ensemble de circonstances fait de la période périnatale une phase pleine de vicissitudes et une terre fertile pour les projections inconscientes des parents, ce qui explique la complexité des processus d'harmonisation des premières interactions mère-bébé.

3.4.2. Les styles maternels pendant la grossesse

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

Les travaux de Raphael-Leff (1983) présentent deux styles maternels. Il s'agit en premier de : 1- la mère régulatrice : en anglais (regulator mother), la mère régulatrice considère son enfant comme un ensemble de besoins qu'elle doit satisfaire. L'enfant est perçu comme un être dont on doit s'occuper et aider à intégrer le monde. La femme a une perception contraignante de la grossesse. Elle donne l'impression de ne pas éprouver du plaisir à être mère. L'enfant est considéré comme dangereux et sa grossesse comme un état qu'elle est obligée de supporter. 2- La mère facilitante : (Facilitator mother) : c'est une mère qui considère l'enfant comme un être non différencié. Idéalisé, l'enfant est l'objet de constructions imaginaires. Elle vit ce moment comme un rêve et prend plaisir à communiquer avec le petit être en elle. Nous avons ainsi deux catégories de mères selon leur capacité à s'occuper de l'enfant et à répondre à ses besoins. Dans le premier cas, c'est l'enfant qui s'adapte à la mère et à l'environnement et dans le second, c'est la femme qui cherche à s'ajuster et à s'adapter aux besoins du tout-petit. Ammaniti (1991) explique que la mère régulatrice attribue à la grossesse une signification différente en tentant de résister à la déformation transitoire de la grossesse. Les deux styles maternels de Raphael-Leff (1983) montrent chez les femmes enceintes deux manières de vivre la grossesse comme souligné ci-dessus. Une troisième catégorie de mère a été définie par l'auteur (Raphael-Leff, 1993), il s'agit de la mère ambivalente (reciprocator). Cette mère est plus équilibrée. Elle attend un enfant en prenant en compte qu'il s'agit d'un sujet humain. Sa caractéristique, c'est l'ambivalence de ses sentiments à l'égard de l'enfant à naître (impatience, joie, craintes, peur peuvent être citées). Elle n'est pas complètement aspirée par l'état de grossesse. Une autre étude plus récente est venue enrichir la littérature des styles maternels. C'est une équipe de chercheurs italiens (Ammaniti, Candelori, Pola, & Tambelli, 1999) qui l'a réalisée à partir d'un outil appelé l'IRMAG (Interview pour les Représentations Maternelles pendant la Grossesse). C'est un entretien semi-directif standardisé visant à explorer l'univers représentations de la femme en grossesse à l'exemple de son vécu de la grossesse, les représentations du bébé, la construction de la parentalité, les identifications de la femme au cours de sa grossesse. Ce travail part d'un postulat que nous résumerons en ces quelques lignes : la mère au cours de sa grossesse établit une relation avec son enfant qui la prépare à devenir mère. Les chercheurs se proposent d'investiguer au cours du septième mois de grossesse, la représentation de la mère en tant que mère, celle de l'enfant, et celle de la mère et l'enfant.

3.4.3. La relation précoce mère-enfant

La relation mère/enfant commence à se constituer pendant la grossesse. Cette constitution passe par plusieurs états parmi lesquels nous avons la transparence psychique, l'imaginaire (la future mère imagine son enfant), la résurgence de la relation avec sa propre mère.

Les interactions mère/enfant désignent le processus par lequel la mère et son enfant entrent réciproquement en communication. Bowlby a ouvert la voie à la description des interactions mère/bébé en tenant compte des différentes recherches menées dans d'autres disciplines (éthologie animale, psychologie génétique, théorie des systèmes). La conception de la relation mère/nourrisson s'est modifiée avec l'évolution des connaissances sur le fonctionnement de chaque partenaire et leur rôle respectif dans la dynamique interactive. Il n'y a pas un partenaire unique, organisateur de la relation, mais deux partenaires qui s'influencent l'un l'autre.

❖ Les trois niveaux d'interactions

➤ Les interactions comportementales (interactions réelles)

C'est l'ensemble des échanges directement observables entre la mère et son bébé que l'on peut décrire selon trois registres corporels, visuel et vocal.

- Les interactions corporelles peuvent se représenter sous la forme d'un dialogue tonique que forme l'ajustement réciproque des postures de la mère et du bébé. Winnicott évoque sous le terme de Holding, la manière dont le bébé est porté, maintenu et le Handling, la façon de le soigner, de le toucher. Ce dialogue tonique évolue pour chaque couple, chacun des partenaires par leurs postures respectives, leur tonus musculaire participe à la création de moments de détente corporelle globale ou partielle, de raidissements localisés ou généralisés qui peuvent alors affecter l'un et/ou l'autre partenaire ;
- Les interactions visuelles sont un des modes privilégiés de communication entre la mère et le bébé dès les premières semaines de la vie. Ce regard mutuel a une importance majeure. On note que ces premiers moments où l'enfant regarde sa mère contribuent pour elle à faire disparaître le caractère étranger de son enfant et inversement le rôle de miroir du visage maternel qui permet au nourrisson l'intégration d'états affectifs différents et de favoriser la constitution d'une image de soi. Cette communication par le regard est variable selon chacun des membres de la dyade, certains recherchant plus activement le regard que d'autres ;

- Les interactions vocales que sont les cris et les pleurs sont le premier langage du nourrisson. Sorte de « cordon ombilical acoustique » il favorise le rapprochement spatial mère/bébé, restaurant leur proximité.

On peut distinguer trois types de cris : le cri fondamental qui a une intensité régulière dans le temps, la dysphonation, timbre rauque et rude et l'hyperphonation, cri aigu et sifflant, signe de souffrance. Du côté des mères on note un ensemble de modifications de leur langage lorsqu'elle s'adresse à leur bébé. La fréquence prosodique est particulière, timbre plus aigu, caractère chantant de la voix, rythmé, locution ralentie avec plus de pauses donnant ainsi une place au locuteur potentiel qu'est le bébé. L'importance de l'intonation signifie une manière d'entrer en relation avec le bébé.

❖ **Les interactions affectives**

Les interactions affectives renvoient au bain d'affects dans lequel vivent la mère et le bébé durant les six premiers mois que l'on peut ressentir, mais qui est difficile à décrire, car le contenu de cette relation est essentiellement composé d'émotions et d'affects où les pensées et représentations se rapportent peu à des objets extérieurs au couple mère/bébé. En étudiant l'évolution du langage maternel adressé à l'enfant, on note l'évolution de ces interactions affectives. Si au début le contenu du discours vise à parler de l'état interne de l'enfant de ses émotions, l'apparition du sourire social vers deux mois, la réaction à l'étranger, le développement des activités, les événements du monde extérieur contribuent à l'enrichissement de la vie émotionnelle de l'enfant.

Stern (1989) a conceptualisé l'accordage affectif comme un élément fondateur du vécu affectif de l'enfant. La mère par sa capacité à reproduire la qualité des états affectifs de son bébé sur un autre canal sensorimoteur lui permet d'intégrer ses expériences de vécu interne dans une communication possible avec l'autre. Un des autres éléments importants de ces interactions affectives est la réactivité de la mimique maternelle. Plus la fréquence des changements d'expression du visage de la mère face à son bébé survient rapidement en réponse avec le changement d'expression du nourrisson, plus le bébé manifeste des mimiques positives. Réciproquement, plus le nourrisson exprimait d'émotions positives plus la mère se montre réactive dans ses réponses mimiques.

❖ **Les interactions fantasmatisques**

On observe les interactions fantasmatisques du côté de la mère qui dispense des soins à son bébé. On peut parler des effets de l'enfant imaginaire qui se développe avec le désir d'enfant

et la grossesse. Il est l'objet des rêveries de la future mère. L'enfant fantasmatique naît des fantasmes maternels concernant l'enfant à venir, l'enfant né. Il remonte à un passé lointain, celui des conflits infantiles conscients et inconscients. Face à l'enfant de la réalité, la mère porte aussi dans ses bras l'enfant imaginaire et fantasmatique qui s'inscrira dans les fondements de la relation et les soins qu'elle lui porte. Du côté de l'enfant, la vie fantasmatique tient compte de ses capacités à transformer ses hallucinations de l'objet qui fait défaut en représentations. On peut parler déjà de la capacité du bébé à halluciner des expériences antérieures de satisfaction des besoins puis de capacité à se sentir continûment d'exister à partir du moment où il anticipe la signification des comportements maternels qu'il maîtrisera plus tard par son jeu l'absence et la séparation.

La qualité des interactions doit être étudiée en fonction de l'âge et du développement du nourrisson. La mère et son nourrisson peuvent rester fixés à un certain stade ou revenir à des comportements et des modalités interactives archaïques. Le nourrisson est alors "englué" et les interactions constituent une prison plutôt qu'un moyen de s'éveiller et de s'ouvrir sur le monde. Inversement, certaines mères peuvent exiger de leur nourrisson une autonomisation trop précoce avec des exigences auxquelles l'enfant ne peut répondre ("parentification" du bébé). Les effets de ces interactions sont alors délétères sur le développement psychique de l'enfant.

Nous savons aujourd'hui, grâce aux travaux réalisés sur les représentations maternelles, qu'il existe une interaction entre la mère et l'enfant au cours de la grossesse. La « constellation maternelle » (Stern, 1997) montre que le bébé que la femme enceinte donnera naissance se construit et prend corps dans la psyché de celle qui le porte. En effet, pendant sa grossesse, la femme porte son enfant psychiquement, et, petit à petit, elle prépare son arrivée en même temps qu'elle se prépare à être mère. L'idée d'une continuité entre les représentations et la vie fantasmatique de la mère pendant la grossesse et les relations avec le bébé réel est soutenue et démontrée. Il y a une évolution des représentations (Stade psychique de la grossesse) qui part d'un point de quasi non représentabilité « Blanc d'enfant », aussi appelé « fantasme blanc » (Revault d'Allones, 1985-1986), à une phase de pleinement représentable ; avant l'arrivée de l'angoisse de l'accouchement et l'attente du bébé réel, qui vient calmer le bouillonnement fantasmatique lié à l'attente de l'enfant.

3.5. LA CULTURE ET LA MATERNITÉ : LE CAS DE L'AFRIQUE ET DU CAMEROUN

En parlant de la culture, Roheim (1943) a mentionné qu'il n'existe pas d'homme sans culture. Pour lui la culture est donc une dimension inhérente à tout homme. À sa suite, Abou (1981), conçoit la culture comme étant l'ensemble des manières de penser, d'agir et de sentir dans une communauté dans son rapport à la nature, à l'homme et à l'absolu.

Selon Paduart (2004), la culture remplit trois fonctions qui permettent la vie en groupe. Il s'agit de : elle empêche le chaos en érigeant de l'ordre et des règles ; elle est dispensatrice d'une identité, à la fois individuelle et groupale ; elle donne du sens aux énigmes de la vie et de l'univers. La culture prescrit des règles, des limites, des codes afin d'éviter le chaos généralisé et l'anarchie ; elle indique ainsi le permis et l'interdit, le licite et l'illicite ; elle est pourvoyeuse de hiérarchie sociale et assigne les places et les tâches de chacun; la culture définit aussi le pur et l'impur et elle privilégie certains comportements au détriment des autres ; elle prescrit également la distance à respecter entre les corps. Elle structure la psyché à travers les mythes qui sont pleins de figures de séduction, castration, scène primitive, inceste, cannibalisme, meurtre, filiation, mère phallique, rivalité œdipienne ou retour intra-utérin (Juillerat, 1993). Ces mythes sont des récits, partagés et partageables, de représentations dramatisées, donnant réponse aux grandes questions concernant l'origine, la sexualité, la différence des sexes, la castration ou la mort.

Les mythes constitutifs de chaque culture ont un rôle très important sur la richesse et la souplesse du fonctionnement psychique (Green, 1980 ; Kaës et al. 1998). Ils étoffent le préconscient en représentations multiples, disponibles pour l'élaboration intrapsychique des conflits. Ce sont des ressources de figurabilité pour faciliter la représentation des conflits intrapsychiques (Kaës et al. 1998).

Devereux (1955) pense que le milieu culturel intervient de façon décisive pour déterminer lesquels parmi les pulsions et les fantasmes seront actualisés par des moyens culturels, lesquels s'exprimeront indirectement et sous la forme de substituts qui ne seront actualisés que de façon subjective et lesquels enfin demeureront généralement inconscients et tenus à l'écart sous forme de matériel refoulé, soit par les moyens fournis par la culture, soit par des moyens élaborés idiosyncrasiquement et privés de tout support culturel.

En Afrique, en général et au Cameroun en particulier, la maternité est l'aboutissement d'un long processus non pas individuel, mais communautaire. C'est même un construit social. Pour Ficarra, Thiam et Vololonirina, (2005-2006 p. 41) :

Dans la pensée traditionnelle africaine, l'enfant, dès sa conception, appartient à la communauté. La femme n'est pas la seule à attendre un enfant ''son ventre n'étant qu'un réceptacle, devient celui de la communauté [...] Les techniques de maternage et les modifications corporelles à visée esthétique telle que les tatouages sur son visage ont pour objet de marquer son appartenance à sa communauté. C'est pourquoi les parents biologiques n'ont pas le droit exclusif sur leurs enfants. Les membres de la famille sont autorisés de donner un point de vue sur la conduite et l'avenir des enfants, l'enfant n'appartient pas à sa famille, mais à son lignage.

C'est ainsi qu'au Mali, l'enfant est attendu et accueilli par le groupe familial auquel il appartient. Dans ce milieu, le groupe l'emporte sur l'individu, le parent. L'enfant est défini et considéré en référence à la communauté à laquelle il appartient et qui lui donne un nom. D'ailleurs, toute la vie de l'enfant est régie par ce système de parenté. Par ailleurs, dans ce pays, « *l'enfant est considéré comme un être fragile qui ne pourra se développer qu'avec l'aide des adultes. Dans ce contexte, les pratiques de maternage vont être très activées* » (Ficarra, Thiam et Vololonirina, 2005-2006 p.41). Du retour de la maternité, la mère malienne est aidée, conseillée et assistée par la famille, les voisins, les amis, ceux durant les quarante jours qui suivent l'accouchement.

Chez les Malgaches, l'enfant est perçu comme le symbole de la vie, il permet la perpétuation de sa descendance, c'est pourquoi son arrivée s'accompagne toujours d'une grande réjouissance. L'enfant c'est la plus grande richesse, c'est la raison même du mariage ; à tel point que les couples qui n'ont pas d'enfant sont considérés comme « *maudits, car ils vont tomber dans l'oubli une fois disparu* » (Ficarra, Thiam et Vololonirina, 2005-2006 p.51). Cette place de choix qu'occupe l'enfant malgache donne aux pratiques de maternage une importance conséquente.

En abordant cette question des éléments culturels autour de la naissance, Bartoli (2007) dit que l'enfant de l'Africain est « sacré », c'est pourquoi il doit être protégé dès avant sa naissance. C'est ce qui fait en sorte que dans de nombreux pays d'Afrique, notamment au Bénin, au Sénégal au Mali ou au Cameroun, la femme enceinte est soumise à un certain nombre d'interdits : elle devra par exemple éviter de sortir la nuit, protéger sa maison de toute intrusion, car les mauvais esprits rôdent et pourraient transformer l'enfant en monstre, l'enfant aura le physique d'un bébé, mais la nature d'un serpent, d'un fou ou naîtra couvert de plaies.

Les rituels d'accompagnement de la grossesse constituent pour la mère une période d'enveloppement psychique qui aide à la régression en brisant son isolement et en confortant sa sécurisation. Durant cette période, elle va retrouver et réintérioriser les comportements de contenance et de holding de son entourage qui l'accompagne dans ce moment crucial et elle pourra, à son tour, dans la sécurité acquise ou retrouvée, s'occuper de son enfant et l'envelopper d'une écoute relativement satisfaisante (Ismahan Diop, 2012). Un soutien de la part de l'entourage, la présence et la dimension de la famille paraissent constituer des éléments protecteurs contre les risques de dépression post-partum.

La culture africaine est gorgée de mythes et de symboles, et la grossesse y est généralement considérée comme une bénédiction de (s) Dieu (x), une Bénédiction qui se mérite. De ce fait, la femme bénie de (s) Dieu (x), a des attitudes, des restrictions et des interdits qui régiront sa vie jusqu'à l'arrivée de Bébé et parfois même après (Megne Me Ndong, 2016).

Selon le journal en ligne Actu Cameroun (2017), en Afrique, où plus de 36 millions de personnes naissent chaque année, la venue d'un nouveau-né reste aujourd'hui encore un événement exceptionnel entouré d'une multitude de croyances, de mythes, rites et coutumes. Pour Fofana Mémon cité par Actu Cameroun (2017) : « *Chaque société africaine a des règles et coutumes bien spécifiques liées à la naissance. Cela obéit à un ordre social et celui qui se met en marge, en subit les conséquences. Ces pratiques permettent de protéger la mère et l'enfant des mauvais sorts durant la grossesse, la naissance et post-partum* ».

En ce qui concerne le Cameroun, les substrats culturels de la grossesse et de l'accouchement varient en fonction des aires culturelles. Les Grassfields constituent une région de hauts plateaux très vallonnés, d'origine volcanique. Du fait de la fertilité des sols, c'est une des régions les plus peuplées de l'Afrique. (Lavachery, 1989). Selon Pradelles de Latour Dejean

(1979) chez les Bangwa, il ressort des rites que la naissance n'est pas un événement neuf ouvrant un avenir, elle n'apporte rien qui ne soit déjà là.

Selon Maguiabou (2014), dans la culture Bayangam (une tribu de l'ouest Cameroun), la femme enceinte chez les Tchala'a ne doit pas manger les hannetons, sinon la salive sortira sans cesse de la bouche du nourrisson, elle doit éviter les balades de nuit, surtout la traversée des bosquets et des cours d'eau, sinon elle s'expose à l'emprise des sorciers qui sont capables de transformer le fœtus et même de compliquer l'accouchement.

Chez les Bambalang de l'Ethnie Tika dans l'arrondissement de Ndop, région du Nord-Ouest Cameroun la future mère est soumise à des rites qui préparent à la maternité et à l'accouchement, elle doit se plier à des interdits (ne pas marcher dans la nuit par exemple), elle doit se laver avec l'eau d'unealebasse contenant une mixture d'herbes médicinales... (Maguiabou 2014).

L'aire culturelle Fang-Beti-bulu est constituée des régions de l'Est, du Centre et du sud Cameroun. Dans cette aire la grossesse est régie par de nombreux interdits, c'est ainsi que les Ye Veng, de l'arrondissement de Sangmelima, la femme enceinte est soumise à un certain nombre d'interdits : elle ne doit pas manger le serpent ou le singe, ni boire dans la bouteille, encore moins traverser les pieds des personnes assises. Il est également prescrit à la femme enceinte de prendre certaines écorces qui ont la vertu de faciliter l'accouchement, de protéger le bébé, de le rendre fort et clair de peau, de précipiter la marche bipède (Maguiabou 2014).

Chez les Biguela, Les interdits auxquels la femme enceinte est soumise sont ceux de la femme Beti en général. Ils doivent, selon la culture, être scrupuleusement respectés au risque de subir les dures conséquences dues à leur transgression. La femme enceinte ne doit pas manger de serpent, de lièvre, ou d'antilope, de même que certaines espèces de poisson, elle doit éviter de traverser les pieds des personnes assises, elle ne doit pas regarder la tête de la panthère... Selon Pegie (2018), chez les Bulu, il est interdit à la femme enceinte de manger certaines espèces de poisson, de peur d'exposer l'enfant aux maladies les plus redoutables : éruption, convulsion, etc. Il en est de même de la viande d'une grande antilope saignante, car elle provoquerait une hémorragie au moment des couches. Pas de viande de lièvre, car celui-ci paraît toujours fatigué et endormi et l'enfant naîtrait avec le bec-de-lièvre. Par ailleurs, interdiction est faite pour deux femmes enceintes de demeurer dans une maison ou de s'asseoir sur un même banc. Interdiction pour la future mère de regarder la tête d'une panthère et pour le

père de creuser une tombe durant la grossesse de sa femme, car l'enfant mourait dès la naissance.

Après l'accouchement et dès la sortie de la maternité, on amène la femme à la maison de préférence dans la cuisine de sa mère, on racle les bords du lit qui a été confectionné pour le rite plus précisément le côté avant et arrière du lit. La poudre recueillie lui est remise pour qu'elle l'aspire comme prise. Cette prise permet de blinder le lit destiné au rite. Et ce blindage permet à la mère d'être à l'abri des sorciers ou mieux de toute pratique de sorcellerie ou de nuisance et l'épargne de tout danger ou même de la présence d'un esprit maléfique. Ainsi, la femme qui vient d'accoucher ne salue pas n'importe comment, à la rigueur ne salue même pas. On lui dit juste bonjour. Elle a sa cuillère, son verre, ses assiettes, son seau est à un endroit précis. Les gens ne s'assoient pas sur son lit. Elle ne sort pas avec le bébé jusqu'à un certain temps établi par sa mère ou sa grand-mère.

3.5.1. La représentation de la femme enceinte dans les sociétés traditionnelles.

La femme enceinte est considérée comme un intermédiaire entre le monde des ancêtres et le monde réel. Elle entretient des relations privilégiées avec les êtres de l'au-delà (Bartoli, 2007). Mais elle est aussi, comme l'être qui l'habite, la proie des mauvais esprits, qui veulent entrer en contact avec le monde réel. Au préalable à la grossesse et à l'accouchement sont exécutés les rites de séparation qui sortent la femme enceinte de la société générale et familiale. Considérée comme impure et dangereuse (Rivière, 1990), son état jugé temporairement anormal, la future mère se met à représenter une menace pour la société. On la place alors dans une situation d'isolement : elle entre dans une phase de marginalisation, laquelle se voit marquée d'un grand nombre de rites de marge. Enfin les rites de l'accouchement dits d'agrégation ont pour objet de réintégrer la femme dans la société à laquelle elle appartenait antérieurement et de lui assurer ainsi un nouveau statut : celui de mère (Van Gennep, 1981).

3.5.2. L'objet des rites

La grossesse est source d'ambivalence. Que sera l'enfant à naître ? Tout comme la naissance, elle est porteuse d'angoisse, car elle place la femme enceinte et la société tout entière dans l'attente et n'est gérable par aucune rationalité idéale. Chez les Ewé l'enfant porté peut n'être pas décidé à rester sur Terre parce qu'il aura choisi de retrouver la mère primordiale dans l'au-delà (Rivière, 1990). Or l'enfant assure la continuité de la lignée selon le vœu des ancêtres, en ce sens la grossesse est aussi porteuse d'espoir. Selon certaines croyances les ancêtres sont

des artisans qui modèlent et taillent l'argile qui constituera le corps. Selon d'autres croyances, le nouveau-né est la véritable réapparition de l'ancêtre. En outre, ce dernier participe à la constitution du destin du nouveau-né (Rivière, 1990).

Prières et sacrifices, respect des obligations et interdits, confession et purification visent à rendre propices les divinités et les ancêtres pour que l'enfant à naître soit sain et normal. C'est donc pour sublimer les tensions sociales, maîtriser les aléas du temps destructeur ou se concilier des puissances numineuses que des rites animistes naissent et assoient leurs influences. Ces rites de protection et de prédiction entourent le fœtus, nourrissant l'imaginaire maternel et ses représentations de l'enfant à naître (Bartoli, 2007).

3.5.3. Les rites modernes de la maternité

La grossesse et la naissance d'un enfant sont des périodes particulières et très importantes. Dans toutes les cultures, elles sont accompagnées par des rites qui ont pour fonction de permettre l'émergence du nouveau. Chaque société a institué des rites de passage à cette occasion et organisé des formes particulières d'aide et de soutien aux femmes devenant mères (Poizat, 2003).

Dans les sociétés dites modernes, la très grande médicalisation et la rationalité scientifique des suivis de femmes enceintes ont tendance à bannir les rites de passage de cette très importante étape maturative de la vie des femmes. Ces rites culturels sont peu à peu remplacés par de nouveaux qui répondent aux critères de la rationalité scientifique. C'est ainsi qu'en suivant cette rationalité scientifique, deux types de rites se dessinent aujourd'hui au cours de la grossesse. Il s'agit des examens médicaux et de l'accompagnement de la grossesse.

Les examens médicaux, d'abord, qui constituent le suivi des femmes enceintes. Ce sont des examens très codifiés, prescrits à des stades précis de la grossesse, dont les patientes connaissent l'existence avant même la conception. Un certain pouvoir prédictif est alors projeté sur la médecine, avec une probable fonction d'anxiolyse de l'épreuve de passage. Ces examens ont officiellement pour fonction de vérifier le bon déroulement de la grossesse au niveau organique, mais sont chargés par la femme, et aussi par le groupe social, d'une marge fantasmatique qui leur attribue une valeur supplémentaire concernant la capacité maternelle (Poizat, 2003).

On peut citer les examens sanguins du début de grossesse, mais aussi les échographies qui sont systématiquement proposées au premier, deuxième et troisième trimestre. Ces examens, parfois appréhendés dans une anticipation anxieuse, sont très souvent vécus, après coup, avec un soulagement qui va bien au-delà de la simple réassurance sur l'état de santé du bébé. Ainsi constituent-ils des étapes qui signifient, pour la femme et son entourage, le franchissement d'une nouvelle étape de grossesse. À chacune de ces étapes, la femme enceinte peut se sentir validée dans sa capacité à mener cette grossesse, donc à mettre au monde un bébé. Elle trouve là matière à réassurance pour sa capacité maternelle actuelle et future. Ces divers examens, avec leur dimension de référence pour le groupe, peuvent donc être considérés comme de nouveaux rites (Poizat, 2003).

On peut constater un contre-exemple de cette valeur rituelle lorsqu'une femme accouche sans avoir fait suivre médicalement sa grossesse, pour des raisons diverses. Même si la mère et le bébé vont très bien sur le plan somatique, cette situation suscite souvent une inquiétude dans l'entourage professionnel et familial au sujet de la capacité de cette mère à s'occuper de son bébé. Comme si la femme qui s'est soustraite au suivi médical avait également échappé au processus de maturation du devenir mère. Ces suivis ou consultations médicales se voient donc conférer une valeur ajoutée à leur simple statut d'examens médicaux. Cette valeur ajoutée signifierait symboliquement l'inscription de cette grossesse dans le groupe social. Celui-ci, par l'intermédiaire des professionnels de la maternité, attribue une valeur symbolique au fait même que la femme se soumette aux examens de santé et qu'ainsi elle soit reconnue en tant que mère possible pour ce groupe social, sachant que celui-ci entretient des imagos maternelles propres à le réassurer (Poizat, 2003).

L'accompagnement à la naissance ou la préparation à la naissance pourraient constituer le second type de rites de la grossesse tels qu'ils sont proposés aux femmes enceintes, et parfois aux couples. Là aussi, on peut considérer que ces différents types d'accompagnement organisés par le groupe social, et mis en œuvre par les équipes médicales et paramédicales, sont connus à l'avance de la plupart des femmes. Ils sont repérés comme une aide et un soutien possible pour franchir l'étape de l'accouchement et l'arrivée du bébé. Ces aides prennent différentes formes (cours collectifs, accompagnement individuel) et ont une valeur organisatrice dans le sens où ces séances soutiennent activement le processus psychique de maternalité (Poizat, 2003).

La richesse de cet accompagnement suppose, de la part des soignants, la reconnaissance de l'originalité de chaque grossesse et la singularité de l'histoire de chaque femme. Celle-ci ne peut être préalablement répertoriée et renvoie à la densité d'une histoire qui porte son tempo actuel, renvoyant pour les soignants à la nécessité d'accueillir l'imprévu, d'accepter de se laisser surprendre, conditions indispensables pour que le processus psychique puisse se déployer en étant soutenu. Cela est particulièrement vrai pour les femmes en situation de vulnérabilité, qui, confrontées aux angoisses liées à la grossesse, n'auront pas les moyens de s'adresser à un thérapeute en individuel et auront besoin de la médiation des professionnels de santé, comme les sages-femmes et les médecins qui les entourent pendant cette grossesse. Tout se passe comme si la conjugaison des liens entre ces professionnels, ainsi que ceux établis entre eux et la femme enceinte, constituaient un tissu relationnel sur lequel les mouvements psychiques de la future mère pourront s'étayer (Poizat, 2003).

3.5.4. La contenance culturelle de la maternalité

À l'entame de ce point qui s'intéresse aux approches culturelle et transculturelle de la parentalité.

La grossesse dans les sociétés traditionnelles est un moment particulier. Traiter de ce sujet en Afrique, c'est prendre en compte chacun des facteurs qui donnent sens à cet événement dans cet environnement géographique, social et culturel.

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

Pendant la grossesse, plusieurs problèmes peuvent surgir et venir perturber le déroulement de celle-ci, elles sont le plus souvent surnaturelles, l'œuvre des mauvais esprits, de la jalousie, des attaques sorcières, mauvaise action d'un esprit malveillant et du non-respect des interdits (Bartoli, 1998 ; Erny, 1999, Frydman, 2008). Les interdits et les prescriptions serviront à prévenir tout risque ou situation pouvant compromettre le déroulement de la

grossesse. La grossesse est une période au cours de laquelle tout est mis en œuvre pour que le bien-être de l'enfant et sa mère. Elle se divise en trois étapes chez plusieurs populations africaines (Ewombé Moundo, 1991) :

- La première part de 1 à 3 mois : c'est une période au cours de laquelle la femme ne doit pas révéler qu'elle est enceinte pour éviter tout esprit malveillant. De plus, on n'est pas encore sûr de la viabilité du fœtus ce n'est à ce moment-là qu'« une masse de sang » ;
- La deuxième étape se situe entre 3 et 6 mois : la femme est maintenant considérée comme étant enceinte. Cette étape est marquée par des interdits et des prescriptions ;
- La troisième et dernière étape est celle où la femme est « pleinement enceinte ». Les interdits et prescriptions sont renforcés et il est demandé à la future mère de se reposer.

Chez les Tanala à Madagascar, rapporte Ravolomanga (1991), la femme en grossesse va observer des interdits et prescriptions pour sa protection et pour donner naissance à un enfant en bonne santé, fort et beau. Ainsi, grossesses, interdits et prescriptions vont ensemble. Elles ont un rôle préventif et permettent à la femme de faire de beaux enfants. C'est ce qu'Ewombé-Moundo (1991) appelle la « calipédie » ou l'« art de faire des beaux enfants ». Plus loin, il précise qu'« *Il faut mettre tout en œuvre, tout ce qui est humainement possible, pour que l'enfant soit exempt de toute tare, anomalie, disgrâce, dysfonctionnement* » (Ewombé Moundo, 1991, p. 42). La grossesse n'est pas que l'affaire de la femme et son conjoint. C'est la famille, la communauté qui attend le bébé. En effet, « *Depuis toujours, lorsqu'une femme met au monde un enfant, la portée de cette naissance touche directement la famille, le clan, la communauté. En tous lieux, à toutes les époques, cette histoire privée se situe aussi dans une histoire collective* » (Frydman, 2013, p. 11).

D'ailleurs en étant bienveillant et en montrant beaucoup d'attention à l'égard de la femme enceinte, en réalité, on veille sur l'enfant. Il s'agit d'une sorte de préoccupation materno-infantile collective. Un exemple de cette préoccupation est la solidarité et l'attention à l'égard de la femme et du fœtus pendant la grossesse et après l'accouchement comme cela est le cas chez les Nzébi au Gabon (Dupuis, 1981). Des interdits entourent la période de la grossesse chez la femme africaine. On devrait donc s'attendre à ce que chaque femme observe des interdits pour mettre au monde un enfant beau et conforme. Concernant l'annonce par exemple, la

femme n'annonce pas sa grossesse au début de celle-ci. Elle doit d'abord la garder en toute discrétion tant qu'elle n'est pas encore visible, tant que l'enfant n'est pas bien formé pour éviter l'envie et la jalousie des personnes qui pourraient vouloir jeter un mauvais sort sur l'enfant (Akare Biyoghe, 2010). Chez les Lobi (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana), pour annoncer la grossesse, il y a un rituel qui sera réalisé par un parent du mari bien indiqué dès que la grossesse deviendra une certitude. Il doit verser une jarre d'eau sur la femme enceinte en prononçant les paroles marquant l'acceptation de l'enfant, quelle que soit sa condition : Ce rituel accompli, on peut désormais annoncer la grossesse de l'épouse (Erny, 1991). Plusieurs sociétés pensent que le fœtus est la proie de mauvais esprits. Ces derniers cherchent continuellement les voies et les moyens pour s'attaquer à la femme enceinte (Frydman, 2008).

Tsala Tsala (1991) en parlant du rite mevungu note que ce n'est pas un hasard si les beti jugent leur femme d'après quatre critères : la fécondité, la capacité de travail (ménager et champêtre), la discrétion respectueuse et la capacité à faire de la bonne cuisine. Dans ce contexte, il apparaît que dans la plupart des sociétés africaines traditionnelles, la vie est une valeur absolue qui doit être protégée et sa perpétuation constitue une obligation. C'est ainsi que chez les beti du Sud-Cameroun comme dans la grande majorité des traditions africaines, les rites et les interdits qui précèdent et accompagnent la naissance disent les croyances et les mythes collectifs que les communautés se créent pour répondre à la question de leur origine et manifeste leur conception de la vie (Tsala Tsala, 1996a).

La femme beti n'a que sa maternité pour rehausser voire changer son statut social. Ceci du fait que la grossesse est perçue comme une promesse de reconnaissance sociale. Dans ce contexte la période de gestation et le temps de l'accouchement font en sorte que les regards et l'attention de l'entourage soient convergés vers la femme. En revanche, la stérilité est perçue comme une grande humiliation ou une malédiction et la femme qui en est victime fait l'objet d'un mépris (Tsala Tsala, 1996a).

En pays bété, le début de la grossesse est entouré du plus grand secret. La femme enceinte se confie en premier à une autre femme plus expérimentée qu'elle ne soupçonne pas être adepte des pratiques maléfiques. La discrétion dont la femme fait preuve est le premier élément protecteur auquel vont s'ajouter de nombreux interdits. Cette protection est mise en œuvre, car la vie dans ses débuts est fragile et mérite d'être l'objet de toutes les protections nécessaires. Il existe ainsi autour de la femme enceinte une pression sociale qui vise à contrôler ses émotions,

ses sentiments et son comportement dans le but de canaliser et orienter le cheminement et les étapes de la grossesse (Tsala Tsala, 1996a).

La femme est entièrement responsable de sa grossesse et de son issu. Pour veiller à ce qu'elle arrive à terme sans difficulté (effets de la sorcellerie, malformations de l'enfant à la naissance), la femme enceinte doit respecter de nombreux interdits comportementaux (fendre du bois de chauffage, enjamber une tombe, etc.), alimentaires (les reptiles, la moelle d'un os, etc.), sexuels (éviter d'entretenir des rapports sexuels avec un autre homme en dehors de son mari, etc.). Sa mauvaise conduite à l'instar de la transgression d'un interdit pendant la grossesse ou l'accouchement est susceptible de provoquer de conséquences sur la vie de l'enfant (Tsala Tsala, 1996a).

En effet, comme le mentionne Tsala Tsala (1996b), la transgression des interdits expose la vie et la santé de l'enfant qui peut être atteint par un mauvais sort ou de la sorcellerie. Et le respect des interdits revient également au respect de la loi du groupe ; lorsque cette dernière ne respecte pas cette loi, elle est reconnue coupable du fait d'avoir privé son mari et la société de ce qu'elle leur doit un enfant sain. Le rôle et le devoir éthique de la mère sont de porter et de protéger la vie (Tsala Tsala, 1996b).

3.5.4.1. La grossesse et acquisition du statut de femme

La grossesse peut être vue comme le signe qui montre que la femme va devenir mère, elle va avoir un enfant. Quand une femme fait un enfant, la communauté, le groupe sait qu'elle est mère pour l'avoir vu en grossesse. C'est à l'exemple des Tanala à Madagascar chez qui la grossesse est l'événement qui vient donner de l'importance à la femme et suscite les attentions de la communauté (Ravolomanda, 1991). Au Gabon selon Megne Me Ndong (2016), quand une fille commence à avoir ses menstruations, on dit qu'elle est devenue une femme, car elle peut désormais être mère. Mais ce statut n'est qu'en puissance, ou en devenir. Il reste à être confirmé par la naissance d'un enfant. Toutefois la grossesse est de toute évidence le signe témoin de l'imminence du devenir mère. Héritier (1978, 1996) insiste sur la conception comme, ce qui vient changer le statut de la femme : « *Ce qui donne à la jeune fille le statut de femme, ce n'est pas la perte de la virginité ni le mariage ni même la maternité, c'est la conception.* » (Héritier, 1978, p. 392). La grossesse est l'événement de vie qui affirme la féminité de la femme en Afrique. On sait qu'elle a un ventre qui peut porter les enfants, elle est réceptive et peut donner la vie. Mais la grossesse ne suffit pas pour changer son statut, la naissance d'un enfant pouvant être considérée comme la seule et véritable preuve de fécondité qui, comme le dit

Lallemand (1990), « *valorise qui la donne* » (p.7). Il est donc nécessaire que la femme mène le processus jusqu'au bout et que ce dernier se solde bien par l'accouchement et l'arrivée de l'enfant pour qu'elle intègre le cercle des mères et soit considérée comme telle. La grossesse n'est donc qu'une étape vers la maternité véritable.

La femme au cours de sa maternité (grossesse, post-partum) est valorisée, on dira qu'elle a tenu ses promesses ou simplement qu'elle a fait ce pour quoi elle a été créée. C'est pour cette raison que : « La période qui va de la conception au sevrage de l'enfant donne à voir pour la majorité des populations d'Afrique noire, une extrême valorisation de la femme enceinte puis, après l'accouchement, du couple mère/enfant » (Dupuis, 1991, p. 78). La femme a un traitement particulier en Afrique quand elle attend un enfant ou quand elle vient d'en faire. C'est un statut qui lui confère bien de privilèges. Exactement comme dans les sociétés, dites développées où on observe les mêmes attentions pour la mère et son bébé.

Pour Moro (1994), traditionnellement, la grossesse est un moment initiatique où la future mère est nécessairement portée par les femmes du groupe : accompagnement, préparation aux différentes étapes, interprétation des rêves... Par l'accouchement et la grossesse, la femme s'inscrit dans la filiation des femmes en s'appuyant sur un étayage efficient (familial, médical, amical). Si cet étayage n'est pas efficient ou inexistant, on pourrait voir des mères qui sombrent dans des difficultés en ce qui concerne la maternalité (Moro, 2009).

La grossesse est une période d'extrême sensibilité qui nécessite d'être bien accompagnée. Car elle va réactiver des conflits passés et la future mère semblerait avoir besoin de s'appuyer sur sa mère. La femme enceinte va soit s'identifier à sa propre mère soit rivaliser avec elle, pour être une meilleure mère que la sienne. Après la naissance, la jeune accouchée va quitter cet état de transparence psychique pour pouvoir investir son enfant, son mari et sa profession. Si ce n'est pas le cas, c'est pathologique. Tout au long de la grossesse, la qualité de la relation avec le conjoint est capitale et en relation avec la santé mentale de la parturiente.

La parentalité se construit à partir d'éléments qualifiés par Moro (2009) d'ingrédients de la parentalité. Bon nombre de ces ingrédients relèvent non seulement du passé individuel des devenant parents, mais aussi de la société, de l'ethnie, bref de la culture d'appartenances de ces futurs parents. Ainsi, autour de la naissance il existe de nombreuses croyances, mythes, rites, tabou et coutumes qui relèvent de la culture et entrent dans la construction de la parentalité. Comme l'affirme Moro (2004, 2006, 2009). Les éléments culturels ont une fonction préventive en permettant d'anticiper le comment devenir parent et si besoin, de donner un sens aux avatars

quotidiens de la relation parents-enfant, de prévenir l'installation d'une souffrance. Les éléments culturels se mêlent et s'imbriquent avec les éléments individuels et familiaux de manière profonde et précoce. Même lorsqu'on croyait l'avoir oubliée, la grossesse, par son caractère initiatique, nous remet en mémoire nos appartenances mythiques, culturelles, fantasmatiques.

On comprend alors que la culture a déjà tracé le chemin que la personne qui devient parent doit suivre pour accéder véritablement à la parentalité. On ne naît pas parents, on le devient... La parentalité cela se fabrique avec des ingrédients complexes. Certains sont collectifs, ils appartiennent à la société tout entière, changent avec le temps, ceux-là sont historiques, juridiques, sociaux et culturels. D'autres sont plus intimes, privés, conscients ou inconscients, ils appartiennent à chacun des deux parents en tant que personne et en tant que futur parent, au couple, à la propre histoire familiale du père et de la mère. Ici se jouent ce qui est transmis et ce que l'on cache, les traumatismes infantiles et la manière dont chacun les a colmatés (Moro, 2004, 2006, 2009).

Et puis, il est une autre série de facteurs qui appartiennent à l'enfant lui-même qui transforme ses géniteurs en parents. Certains bébés sont plus doués que d'autres, certains naissent dans des conditions qui leur facilitent cette tâche, d'autre part leurs conditions de naissance (prématurité, souffrance néonatale, handicap physique ou psychique...) doivent vaincre bien des obstacles et déployer des stratégies multiples et souvent coûteuses pour entrer en relation avec l'adulte sidéré.

Il y a mille et une façons d'être père et d'être mère, toute la difficulté réside dans le fait de laisser de la place pour qu'émergent ces potentialités et que nous nous abstenions de tout jugement sur « la meilleure façon d'être père ou d'être mère ». Mais c'est un travail ardu ; les éléments sociaux et culturels participent à la fabrication de la fonction parentale. La culture partagée permet d'anticiper ce qui va se passer, de le penser, de se protéger. Elle sert de support pour construire une place à l'enfant à venir. Les avatars de cette construction du lien parents-enfants trouvent dans l'expérience du groupe social des noyaux de sens. Les seuls points fixes sont alors le corps et le psychisme individuel (Moro, 2004, 2006, 2009).

L'objectif est de permettre à ce parent de passer du dedans à ce dehors qui lui fait peur et parfois le menace en particulier lorsque l'enfant est vulnérabilisé par une prématurité ou une singularité qu'elle soit somatique ou psychique. La culture doit être prise en considération, car il y a une double structuration psychique et culturelle de l'individu (Di, Perinelle, & Moro,

2010). Nathan (1986) cité par Di, Perinelle, & Moro (2010), mentionne qu'en grandissant, un sujet se structure en tant qu'individu, mais en même temps en tant qu'appartenant à une culture.

Ce point de vue témoigne de toute la place de la culture dans la maladie et par extension aux événements et le soin. Dans l'univers culturel, ces processus sont à tel point familiers qu'on les tiendrait pour naturels. Ils ne demandent pas un effort de penser pour être mis à contribution du soin. Ils sont incorporés dans le « vivre » et « l'être » au quotidien (Moro, 2000).

L'ethnopsychanalyse en partant du principe de complémentarisme est basée sur l'hypothèse selon laquelle « *historiquement, la culture et l'esprit humain sont des co-émergents et se présupposent réciproquement* » (Devereux, 1970 p 371). L'être humain est défini dans cette perspective comme étant en interaction constante et incontournable avec son système culturel d'appartenance. Le principe de complémentarisme s'inscrit dans la perspective selon laquelle les logiques culturelles servent de levier au travail d'élaboration psychique et aux associations du patient.

Selon Moro (1994), la compréhension de ce qui arrive à une personne (prématurité par exemple) s'appuie sur un décodage qui passe par une analyse à un triple niveau : le niveau de l'être, celui du sens et celui du faire. Pour elle, les trois niveaux d'analyse portent sur :

- les manières de voir et de considérer le monde, autrement dit, la dimension ontologique (l'être) ;
- l'attribution de sens à ce qui arrive ;
- les logiques thérapeutiques qui en découlent (le faire).

Face à la maladie, au désordre, un processus d'attribution du sens se met en place. Ce sens se construit à partir des représentations culturelles disponibles au sein de la société considérée, constituant un corpus d'hypothèses communes à ses membres. Ainsi s'élaborent de véritables théories étiologiques. Ces théories font appel à différentes catégories de causes (Moro & Nathan, 1995).

3.6. LA CULTURE ET LES ALÉAS DE LA MATERNITÉ

Dans une étude sur le sentiment de culpabilité et l'identification au rôle maternel chez les primipares ayant accouché par césarienne en contexte camerounais, Ndje Ndje et Tsala Tsala (2017) mettent en exergue le fait selon lequel la culture africaine de par son caractère naturel crée chez les parturientes primipares une obsession de la normalité et la césarienne viendrait les

culpabiliser. Selon ces auteurs, en créant une scission entre la naissance imaginaire et la naissance physique, la césarienne crée chez les parturientes une absence et un sentiment de manque. Elles se sentent ainsi coupables de ne pas avoir été en mesure d'accoucher par voie basse comme toutes les femmes de leur entourage. Le sentiment de culpabilité ainsi installé va les empêcher de faire une identification au rôle maternel assigné par la culture.

Dans une étude sur les signifiants culturels et les rapports au monde dans les troubles psychopathologiques de la grossesse et de la puerpéralité en contexte camerounais, Mboua & Olga (2015), évoquent des éclairages psychopathologiques classiques, tout en insistant sur le rôle de la culture et son influence sur l'idiosyncrasie et l'histoire psychosexuelle de la femme. Ils mettent également en exergue le rôle sensibilisateur du vécu psychique, entaché de croyances et de tabous divers, prétextes de reviviscences traumatiques dans le vécu psychosexuel, souvent ignorés, mais qui peuvent permettre de mieux interpréter et prévenir les accidents au cours de la puerpéralité. Pour ces auteurs, la grossesse, l'accouchement et le post-partum sont des moments importants, car ils interrogent le rapport de la femme au monde. La puerpérale demeure globalement un moment pendant lequel explosent plusieurs accidents psychopathologiques affectant la sphère sexuelle. Dans cette étude, ils arrivent à la conclusion selon laquelle le vécu puerpéral au Cameroun est un moment critique où éclatent les conflits issus du rapport de la femme au monde, à soi et à la sexualité. Ils mettent le statut de la femme et son rôle au centre de ces crises de la féminité. L'analyse du contexte socioculturel et socio-économique qu'ils ont effectué donne des indices importants et suggère que la psychose puerpérale tout comme les états dépressifs réactionnels, les états anxieux pourraient être révélateurs du rapport de la femme au monde. Ces auteurs montrent également une maternité, une double menace en termes d'isolement et d'acculturation.

Selon Cadart, Egullion et Ekoué (2009), en ce qui concerne le rapport culture/périnatalité, la prise en compte de la dimension culturelle est d'autant plus importante qu'à la vulnérabilité de la femme lors de toute grossesse s'ajoute la vulnérabilité de la migration et de l'exil. Ainsi, dans ce contexte d'exil, la femme ne trouve plus les étayages externes nécessaires pour colmater le désordre interne qu'elle peut ressentir, entraînant des mécanismes de confusion potentialisés par l'exil. Elles arrivent à la conclusion selon laquelle il est important de prendre en considération la culture dans les soins psychiques, particulièrement dans le cadre de la périnatalité, lorsque l'instauration des liens précoces s'avère difficile, dans un contexte migratoire.

Selon Mboua et Olga (2015), certains facteurs associés au vécu puerpéral ont une importance considérable. L'urbanisation, surtout considérée en tant que transplantation depuis des modes de vie traditionnels vers des formes de vie moderne, avec des valeurs empruntées à d'autres cultures et/ou non encore assimilées comme référents culturels, paraît jouer un rôle majeur dans l'éclosion des syndromes dépressifs et psychotiques. Les conditions de la vie moderne apparaissent en elles-mêmes anxiogènes, reléguant le sujet dans la solitude et l'ambivalence, loin des artefacts culturels.

Selon Kumar (1994), il convient également de souligner le rôle angoissant des tabous culturels, des conditions économiques et des accouchements en salle commune dans les hôpitaux. Le mode de vie urbain, espace sociologique d'acculturation, est surtout le lieu de la plus grande désorganisation psychologique puerpérale : le sujet doit parfaitement fonctionner comme femme, épouse, mère, salariée, fille, belle-fille, et parfois comme grand-mère, dans un contexte où les sujets n'ont pas toujours un projet cohérent de vie et une claire perception du soi individuel et social, et dans un environnement culturel et social en pleine mutation. On peut observer que la grossesse permet d'extérioriser sur un mode pathologique les problèmes du couple, sur un double plan économique et affectif. La dépendance vis-à-vis du mari, comme ses absences fréquentes, peut être mal tolérée par la femme. En raison de l'inégalité des rapports sociaux entre les sexes, la grossesse et l'accouchement deviennent un mode d'expression des revendications affectives et d'autonomie.

On pourrait penser que la grossesse et la puerpérale constituent des moments de crise chez la femme, et les symptômes une réponse apportée aux conditions sociales économiques et culturelles de sa société. En outre, la perte des références culturelles et de leur signification psychologique, dans le contexte de la modernité, se vit dans un cadre où les accouchements se font désormais à l'hôpital, sans les rituels d'accompagnement et dans l'isolement social. Cette perte de référence psychique, sans mode de remplacement, serait propre à alourdir le coût psychologique et social de la puerpérale. En Afrique, on assiste au passage de contextes traditionnels (où la grossesse et l'accouchement constituent des prétextes de mobilisation communautaire et culturelle autour de la femme, encadrés par les rituels ayant fonctions totémiques), à un contexte de modernité (dans lequel émerge un plus grand isolement de la femme, où les rituels d'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement, devenus rares, favorisent l'éclosion des angoisses et les conflits de la vie, lesquels sont renforcés par les angoisses diffuses des rituels non accomplis, au cours du puerperium » (Mboua & Olga 2015). On retrouve dans les milieux urbains africains la coexistence de deux modèles.

3.6.1. La culpabilité et la maternité : la culpabilité maternelle

Selon Benhaïm (2002), de la même façon que l'enfant attribue au même objet le « bon » et le « mauvais », la mère dirigera sur le même objet, l'enfant, l'amour et la haine. La culpabilité maternelle pourrait être ce sentiment qui entrave, en même temps qu'il engendre, la reconnaissance d'une ambivalence nécessaire à l'élaboration de la séparation, coupure symbolique à l'origine de la subjectivité de l'enfant et du (ré) investissement du champ du féminin pour la mère.

Selon cet auteur, la clinique des mères révèle que dans le destin maternel, la « responsabilité » tend à se confondre avec la « culpabilité ». Les discours, les lapsus, les craintes plus ou moins conscientes, les rêves, les cauchemars des mères viennent confirmer, témoigner de ce qui, ailleurs, dans le champ de la psychopathologie, apparaît de façon plus manifeste : l'expression d'une faute imaginaire, l'expression d'une faute ayant été commise par quelqu'un d'autre, le sentiment de culpabilité qui lui est étroitement associé et le « besoin de punition » qui s'avère relever ici d'un appel, d'une demande thérapeutique.

La clinique de la culpabilité maternelle met à jour l'ambivalence amour/haine. L'hypothèse se précise : la culpabilité, le sentiment de culpabilité, s'il permet de reconnaître l'ambivalence, c'est-à-dire que de la haine traverse l'amour maternel et ainsi en tempère les excès, pourrait recouvrir le concept de sollicitude winnicottien, qui verrait là une mère ayant quitté sans remords le stade de préoccupation maternelle primaire et devenir responsable d'un autre.

Selon Van Hove (2018), en ce qui concerne la naissance prématurée, les parents se culpabilisent à l'idée de ne pas avoir pu gérer la grossesse plus longtemps et/ou d'avoir commis une faute. C'est ce que Ravier et Scotto di Vettimo (2017, p.248) relèvent lorsqu'ils affirment que la culpabilité des parents d'enfant prématuré viendrait compenser « *le fantasme d'avoir abîmé l'objet d'amour* ». Mais d'un autre côté, le maintien de la culpabilité maternelle joue un rôle favorable dans la construction du lien mère-bébé (Van Hove 2018). En effet, la présence de la culpabilité maternelle peut avoir une fonction dans la relation à l'enfant puisqu'en se sentant coupable, la mère se soucie davantage du bébé dont elle se sent responsable (Ravier & Scotto di Vettimo, 2017).

La prématurité induit d'emblée un contexte particulier. Cela provoque souvent chez les parents, et plus particulièrement chez les mères, une souffrance psychique et un vécu de culpabilité massif. La naissance prématurée a un impact sur la maternité. Ainsi, la culpabilité dans le lien mère/enfant dans un contexte de prématurité marque un lien coûte que coûte en proie à la fragilisation et à la souffrance psychique. Ce vécu peut amener une circularité pernicieuse à laquelle répondent un appel au châtement et une tendance au masochisme moral. Toutefois, cette culpabilité peut aussi, dans une dimension paradoxale, être un marqueur de la maternité, un lien à ce prix-là qu'il s'agit d'accueillir tel quel pour permettre une valorisation qui pourra, dans un second temps, favoriser une séparation psychique et une prise de distance avec les mécanismes de symbiose secondaire, première modalité de lien post-traumatique (Ravier, Vanier, & Scotto di Vettimo 2018).

3.7. LE VÉCU DE LA PRÉMATURITÉ

Les auteurs sont unanimes dès les premières heures de sa vie, le bébé prématuré est séparé de sa mère, ce qui constitue pour la dyade une rupture brutale. Cette rupture est d'autant plus violente pour le prématuré, car comparé au nouveau-né à terme, il ne dispose pas d'une maturité suffisante pour la franchir sans difficulté (Druon 2012). Contrairement au bébé à terme, la continuité entre le milieu utérin et l'extérieur ne peut s'effectuer progressivement et en douceur, le pronostic vital étant souvent engagé. Les premiers contacts avec la maman se font dans l'urgence et l'inquiétude (Druon 2012). Pourtant, le simple croisement des regards de l'enfant et sa mère, à défaut d'un contact physique, faciliteraient déjà le processus d'attachement. C'est cela qui pousse Jacques (2003) à dire qu'en termes de continuité-discontinuité, les expériences que vit l'enfant prématuré ont un caractère aberrant.

Pour Pedespan (2004), les premiers actes de maternage (alimentation, toilette...) qui participent à la construction de la relation mère-enfant ne peuvent avoir lieu. Il peut parfois se passer plusieurs jours avant que la mère puisse rendre visite à son enfant. Pour le bébé, la séparation est vécue comme une disparition de la mère qui n'est plus là n'existe plus (Pedespan, 2004). Il n'est pas capable de s'imaginer son retour et reste donc inconsolable. Les sentiments d'abandon et de détresse ressentis par le nouveau-né le plongent dans une insécurité qui ne peut être apaisée par le bien-être apporté par la proximité de sa mère.

Selon Druon (2005), dans certains cas, on peut voir apparaître des phénomènes de retrait difficiles à dénouer quand on les a laissés s'installer, avec un risque psychique grave. Le bébé

se ferme aux interactions, regarde dans le vide ou n'ouvre plus les yeux. La relation parents-bébé prématuré devient alors un enjeu pour la vie psychique (Druon, 2005). Le refus de communiquer de l'enfant peut être très mal vécu par ses parents, les décourager et les mener à un désinvestissement affectif. Enfin, il arrive que l'ambivalence des sentiments maternels à son égard, amène le bébé à ressentir sa mère inconsciemment partiellement rejetante vis-à-vis de lui. La naissance prématurée est véritablement traumatisante, à la fois pour l'enfant et pour ses parents.

Pour Druon (2005), en situation de prématurité, l'ambivalence des parents est exacerbée et retentit sur l'attachement. La mère culpabilise inconsciemment de ressentir des émotions négatives pour son bébé. Elle tente d'adapter son comportement afin de compenser ses sentiments contradictoires. Le déplacement de l'attention médicale de la mère au bébé peut également être mal vécu par la mère. Un sentiment de rivalité inconscient s'installe entre elle et son enfant, objet de tous les soins. Les mères disent souvent ne pas se sentir capables de donner les soins à leur bébé. Elles peuvent même s'y refuser malgré leur désir exprimé auparavant. La crainte de capacité s'associe aux difficultés de contact et à la crainte de toucher un bébé si fragile. L'ambivalence s'exprime aussi dans le regard que portent les parents sur leur enfant en situation de survie. L'annonce des éventuelles séquelles alimente les sentiments contradictoires ressentis par les parents. L'expression et la mise en mots des sentiments ambivalents permettent aux parents d'évacuer une part de leur culpabilité. C'est aussi un moyen de se défendre contre les idées de mort et de souffrance de leur bébé. Ainsi, ils oscillent continuellement entre espoir et abattement. Il est alors aisé de comprendre ce qui se joue lors des échanges avec leur enfant. Sans certitude d'une amélioration spontanée de l'état de leur bébé, les parents ne peuvent tisser de liens sécurisants avec l'enfant. Druon (2005), parle de « cécité parentale temporaire ».

3.7.1. Les enjeux psychiques de la prématurité

Moulin (2010), dans une étude sur le processus d'objectalisation du fœtus s'est demandé si les mouvements fœtaux favorisaient ce processus ou non. Elle a pu montrer que pour les femmes qui accouchent très prématurément, les mouvements fœtaux sont mal perçus, dérangeants et porteurs d'un sexuel dont elles ne veulent rien savoir. Elle mentionne également que ces femmes ne parviennent pas à rêver et à figurer le conflit qui les habite. Une force destructrice les empêche d'investir la grossesse et le fœtus qu'elles portent. Leur corps devient porteur d'une excitation inqualifiable, qui ne peut plus se différencier de la psyché. La présence

du fœtus produit un effet traumatique et tend à exacerber l'expression de la destructivité. Il menace le Moi.

En formulant l'hypothèse selon laquelle les femmes qui accouchent très prématurément attaquent l'objet fœtus parce qu'elles l'identifient à l'objet primaire maternel. Elles accoucheraient afin de suspendre la violence traumatique inhérente au surgissement du non-moi dans le moi. Cette expérience originale serait traumatique pour ces femmes en raison de la défaillance de l'objet primaire maternel, qui n'a pas joué son rôle structurant dans sa présence, son mode d'être, sa continuité, altérant alors le processus de la différenciation intrapsychique. Les carences dans le lien avec l'objet primaire ont conduit ces femmes à effectuer une différenciation trop précoce du Moi (mauvais accordage) ; elle a montré que les relations entre ces femmes et leur mère étaient souvent froides et dépourvues de tendresse et que leur apparent détachement trahissait une dépendance forte à l'égard de leur mère. Leurs difficultés de procréation et leurs difficultés à distinguer le féminin du maternel et à investir leur corps comme un corps érogène pendant la grossesse témoignent de l'emprise de l'objet maternel sur leur propre corps et de l'échec de la subversion libidinale. La pauvreté du matériel onirique renforce l'idée d'une défaillance dans les relations précoces à l'origine d'un fonctionnement opératoire. À l'issue de sa réflexion, elle se demande si la prématurité vient en réponse au processus d'objectalisation impossible du fœtus ou si elle est l'expression d'un processus de désobjectalisation entamé dès la grossesse et parfois même dès le processus de procréation (Moulin 2010).

Pour elle, il apparaît que c'est davantage l'investissement du fœtus qui est attaqué que le fœtus lui-même. Moulin (2010) montre également que les difficultés d'investissement du processus de la grossesse sont présentes bien avant la perception des mouvements fœtaux. Les études de cas de certaines participantes ont mis en évidence leurs difficultés à investir le fœtus et à investir positivement la grossesse. Leurs récits de grossesse sont sombres et négatifs.

En s'appuyant sur Green (1993, p.119) qui soutient que le :

narcissisme négatif comme aspiration au niveau zéro, expression d'une fonction désobjectalisante qui ne se contenterait pas de se porter sur les objets ou leurs substituts, mais sur le processus objectalisant lui-même. [...] La visée objectalisante des pulsions de

vie ou d'amour a pour conséquence majeure d'accomplir, par la médiation de la fonction sexuelle, la symbolisation (Bion, Winnicott, Lacan) ».

Elle met en évidence la puissance de l'investissement conscient et inconscient et ses effets psychosomatiques. Dans le processus d'objectalisation du fœtus, c'est l'investissement lui-même qui est objectalisé et qui permet de transformer « ça » en « bébé ». Aussi, ce qui est attaqué n'est peut-être pas seulement l'objet-fœtus, mais également l'investissement du fœtus, en tant qu'il a subi le processus d'objectalisation.

Pour Green (1993, p.119) cité par Moulin (2010), le désinvestissement est la manifestation propre à la destructivité de la pulsion de mort. La fonction désobjectalisante, loin de se confondre avec le deuil, est le procédé le plus radical pour s'opposer au travail de deuil qui est au centre des processus de transformation caractéristique de la fonction objectalisante.

Ainsi, ces femmes, dans l'incapacité de revivre le deuil traumatique engagé dans le processus d'objectalisation, et de différenciation moi/non-moi, seraient aux prises avec la pulsion de mort et sa force désintrançante. La survenue des mouvements fœtaux déclenche le processus de destructivité. Les mouvements fœtaux donnent le sentiment à une participante qu'elle réalise « quelque chose de vrai ».

Selon Le Vaguerèse (1983, P.70), « *la prématurité est un symptôme à la fois psychologique et somatique* ». Il ajoute plus loin que le symptôme de prématurité s'enracine dans l'ambivalence de la mère vis-à-vis de la naissance de cet enfant à naître. En termes simples cela veut dire que la mère peut éprouver vis-à-vis de cet enfant tout à la fois le désir qu'il vive et celui qu'il meure, et que cette ambivalence peut aboutir à ce compromis qu'est le symptôme prématurité (Le Vaguerèse, 1983, p. 73).

Un certain nombre de travaux épidémiologiques confortent les études cliniques en faveur de l'existence de composantes psychologiques dans l'étiologie de la prématurité. Il s'agit des travaux d'Audras de la Bastie (1984), Mamelle, Gerin, Measson et al. (1986), Omer, Palti, Friedlander, (1986) qui ont mis en évidence des facteurs psychopathologiques présents chez les femmes qui accouchent prématurément (angoisse importante durant la grossesse, vécu physique difficile, choc psychologique). Les travaux de Mamelle, Measson, Munoz et al. (1989) ont permis de mieux cerner les relations entre certains traits psychologiques de la femme enceinte et une éventuelle naissance prématurée (Moulin 2010).

Ces travaux ont permis de dégager des indicateurs psychologiques significativement plus fréquents dans les naissances prématurées : perturbation de l'image corporelle, absence du sentiment de plénitude du temps de la grossesse, une place peu importante faite au père de l'enfant, une pauvreté du lien de filiation et de l'identification parentale, importance accordée aux superstitions et aux croyances. La présence d'au moins deux de ces indicateurs augmente le risque de prématurité. Cette approche a conduit à proposer une intervention psychologique auprès des femmes enceintes ayant des signes de menace d'accouchement prématuré, intervention visant à soutenir et à accompagner psychologiquement les femmes enceintes en difficulté à un moment de leur grossesse (Moulin 2010).

Face à l'accouchement prématuré, les parents doivent faire de nombreux deuils : il s'agit entre autres du deuil de la grossesse à terme, le deuil de l'accouchement normal, le deuil de l'enfant imaginaire, le deuil du retour à domicile après l'accouchement.

- Le deuil de la grossesse à terme

Quand la prématurité survient, la mère doit faire le deuil de la grossesse idéale, c'est-à-dire celle qui dure neuf mois. Elle perd par la même occasion, d'un coup, trop tôt le statut de femme enceinte et la place qu'elle occupait pour devenir un cas médical. Face à cette situation, les mères éprouvent souvent de la culpabilité accompagnée d'un sentiment d'incapacité de mener leur grossesse à terme.

- Le deuil de la naissance normale

Vient ensuite le deuil de la naissance se passant dans de bonnes conditions. Les parents doivent renoncer aux moments privilégiés vécus avec leur enfant juste après l'accouchement. En cas de prématurité, le bébé n'est pas vu comme un objet de satisfaction, de reconnaissance, mais comme un objet de déceptions, d'angoisses. L'éclosion des tout premiers liens d'attachement s'en retrouve entravée. Il faudra également faire le deuil de l'annonce aux proches de la naissance comme un moment de joie partagée. Les angoisses de mort et les inquiétudes entraînent une retenue de la part de l'entourage, la prématurité empêchant la naissance du bébé d'être « fêtée » socialement.

- Le deuil de l'enfant imaginaire

Le bébé prématuré n'est jamais celui que la mère attendait, c'est-à-dire le bébé idéalisé et qui devait naître après neuf mois de gestation. Ce bébé-là est chétif, ne peut subvenir seul à ses besoins vitaux et ne correspond en rien au bébé idéalisé, bien potelé et souriant.

– Le deuil du retour à domicile

Après de longues semaines passées dans le service de néonatalogie, des liens très forts se sont noués entre les parents et le personnel soignant. Le service, auquel les parents accordent confiance et reconnaissance, est alors vécu comme un « substitut parental » (Druon 2005) assurant à leur place les soins nécessaires au bébé. Cette relation particulière donne parfois lieu à un investissement de l'équipe au détriment de l'attachement au bébé. À la sortie de l'hôpital, les parents retrouvent leurs fonctions parentales ou plutôt les découvrent. Ils peuvent par conséquent se sentir démunis et inquiets face à leurs nouvelles responsabilités et vivre le départ du service comme un deuil. L'inquiétude restant prégnante, les appels téléphoniques et les visites sont nombreux juste après la sortie, puis s'espacent progressivement, un « refoulement nécessaire se mettant en route ».

3.7.2. La prématurité et les liens parents-enfant

Dans une étude sur l'impact des représentations parentales sur le processus de création du lien mère-père-bébé prématuré, Van Hove (2018), fait une exploration des processus qui œuvrent dans le sens de la construction des liens parents-bébé en cas de naissance prématurée. Parmi ces processus, elle ressort les processus défensifs tels que la minimisation des affects ou des représentations qui se manifeste par des expressions telles que « *ce n'est pas grave* ». Face aux conflits internes tels que le bouleversement des attentes parentales, l'écart très important entre le bébé imaginé et le bébé réel etc. Van Hove (2018), observe que les pères et les mères minimisent l'impact de la situation conflictuelle. Elle relève également chez les parents une tendance à l'idéalisation du bébé qui est vu par ses parents comme un « combattant » ; ceci rejoint le point de vue de Muller Nix et al. (2009) qui relèvent la présence de représentations idéalisées de l'enfant suite aux effets du traumatisme. Certains parents font recours à l'évitement ; Szijarto et al. (2009), ont également montrés que le processus d'évitement est présent chez les parents de prématurés à haut risque. Ce processus d'évitement aiderait les parents de prématurés à se protéger de l'angoisse de perte provoquée et/ou entretenue par la réalité médicale.

En ce qui concerne les affects, Van Hove (2018), mentionne que la charge émotionnelle est importante pour les parents au moment de la naissance ; ce qui s'observe également lors des premières rencontres avec le bébé. Ainsi, certains parents pour faire face à l'angoisse font preuve d'inhibition et de contrôle, d'autres expriment leurs émotions. Le père exerce auprès de la mère une fonction d'étayage (Druon, 2012 ; Herzog et al. 2003 ; Ravier & Pedinielli, 2015). Les pères autant que les mères font recours à l'étayage bien que les supports soient différents (Van Hove, 2018). À la suite de Herzog et al. (2003), elle mentionne que l'équipe médicale représente un support particulièrement aidant pour certains parents.

3.7.3. L'accouchement prématuré et la représentation de soi en tant que parent

Selon Van Hove (2018) ; Herzog et al. (2003), chez les parents multipares, les représentations maternelles préexistantes (liées à leur précédente maternité), influencent l'interprétation de l'évènement et la manière dont la naissance va être psychiquement absorbée par la mère pour investir le lien avec l'enfant. En effet, selon ces chercheurs, les représentations en tant que mère impactent la façon dont les mères multipares abordent la naissance prématurée et les met particulièrement en difficulté dans la relation avec leur bébé, comme s'il y avait un décalage entre la naissance prématurée et la naissance à terme. Goutaudier, Séjourné, Bui, Cazenave et Chabrol (2014) relèvent cela en précisant que le décalage entre naissance à terme et naissance prématurée conduirait à une perception de la naissance prématurée d'autant plus traumatique. Ainsi, la naissance prématurée mène à une représentation dévalorisée de l'image que les mères multipares ont d'elle-même (Van Hove 2018).

Herzog et al. (2003) en abordant la question de la naissance prématurée chez la mère multipare stipulent qu'elle peut se sentir attaquée dans son narcissisme et se vivre comme défaillante. Pour Van Hove (2018), ces mères ne peuvent se sentir mère à « 100 % », car, avec ce bébé, elles ne peuvent assurer complètement le rôle qu'elles attribuent à une mère. C'est également le cas des pères multipares. En effet, les repères acquis précédemment et les représentations préexistantes ne sont pas suffisants pour faire face à la naissance prématurée. Ainsi, les parents multipares peuvent être dans le même processus par rapport à leurs représentations préexistantes qui seraient moins aidantes, se sentant dévalorisés et moins en mesure d'interagir avec leur enfant.

Les mères primipares quant à elles ont des représentations positives qui ont été élaborées avant et pendant la grossesse en lien avec leur passé et des éléments transgénérationnels. Selon

Herzog et al. (2003) ; Van Hove (2018), certaines de ces représentations sont modifiées par la naissance prématurée en lien avec la réalité extérieure. Ces mères expriment également leur manque de temps pour terminer ce travail de construction (Druon, 2012). Ravier et Pedinielli (2015) soulignent également le manque de temps pour réaliser un travail d'élaboration psychique préparant la mère à la naissance.

En ce qui concerne l'entrée en relation avec leur enfant né prématurément, les mères primipares expriment des éléments tels que le risque mortel pour le bébé ; ce risque nécessite une mise à distance de ce bébé pour que la mère se sente protégée. Elles expriment également un écart trop important entre le bébé imaginé et le bébé réel et la confusion mentale liée à l'état de santé de la mère. Selon Van Hove (2018), l'entrée en relation de la mère primipare et son bébé prématuré est déclenchée par le « premier contact peau à peau » qui est un véritable déclic en ce qui concerne l'initiation de la relation et la connexion au bébé. Ce premier contact viendrait ainsi créer la connexion mère-enfant, car selon Spinelli et al. (2015), la mère se sent déconnectée de son bébé. De plus, ce contact accorde au bébé le statut d'objet externe qui peut être investi par la mère.

3.7.4. L'accouchement prématuré et les représentations de l'enfant

Tout comme toute la sphère des processus relatifs à la parentalisation, la prématurité retentit également sur les représentations de l'enfant. En effet, les parents se représentent leur enfant prématuré comme un être très vulnérable, très fragile ou au contraire, ils l'idéalisent et se le représentent comme un combattant (Van Hove 2018). Muller Nix et al. (2009) ont mis en évidence l'alternance des représentations idéalisées et de vulnérabilité chez les parents. Ladite alternance des représentations serait selon ces chercheurs un effet du traumatisme de la naissance et la persistance de cette alternance va retentir sur la relation parent-enfant à long terme. Pour Van Hove (2018), cette alternance de représentations s'inscrirait davantage dans un processus défensif qui permet aux parents de faire face au conflit suscité par la vulnérabilité du bébé afin d'être plus fonctionnel dans leurs interactions. Herzog et al. (2003) vont dans le même sens en ce qui concerne les pères.

Les représentations ambivalentes des parents sont selon Muller Nix et al. (2009) complexes à gérer pour la mère. Pour Van Hove (2018), ces représentations ne sont pas forcément nuisibles en ce qui concerne les interactions mère-enfant. Ces représentations ambivalentes permettraient selon Muller Nix et al. (2009) de dissocier leur comportement de

leurs représentations négatives. Cette dissociation contribuerait ainsi de manière positive à la qualité des interactions mère-enfant.

Les parents d'enfant prématurés éprouvent des difficultés dans la perception des états émotionnels de leur enfant. Pour Guillaume et al. (2013), ces difficultés éprouvées par ces parents sont liées à leur sentiment d'incompétence et surtout au fait qu'ils sont dans l'incapacité d'interpréter les réactions de leur enfant.

Selon Ravier et Pedinielli (2015), les projections négatives des parents font suite à une réduction des capacités d'empathie des parents, consécutive au vécu sidérant de la naissance. Selon Ratynski et al. (2007) et Muller Nix et al. (2009), les difficultés d'interprétation des réactions du bébé et les projections négatives rendent la relation à l'enfant plus difficile et la satisfaction dans l'exercice du rôle parental est ainsi mise à mal.

Selon Flohica, Abdelhakb et Moro (2015), la naissance d'un enfant est un événement important. Cependant, elle peut se révéler compliquée. De nombreux facteurs peuvent en effet rendre délicate la construction des liens parents-enfant. Entre autres, la migration, subie ou non, entraîne la perte de repères et solitude face à une nouvelle culture. Dans ce contexte, une naissance peut s'avérer difficile. En effet, dans les sociétés dites « traditionnelles », le groupe accompagne les individus dans les moments cruciaux de la vie. Les représentations du bébé, du rôle de parents, sont souvent différentes d'un pays à un autre. Pourtant, aucune n'est plus importante qu'une autre, car elles participent à la construction de l'identité culturelle. Il s'agit d'une période de « vulnérabilité » (Mouchenik & Sharara, 2006). Une naissance prématurée fragilise la construction des liens parents-enfant. De plus, les parents migrants se trouvent brutalement confrontés à la médecine française. L'hospitalisation de ce bébé représente une séparation d'avec sa famille et sa culture. Séparation culturelle qui renforce donc l'expérience de rupture vécue par tous les parents dans cette situation de prématurité (Flohica, Abdelhakb & Moro, 2015).

3.7.5. L'accouchement prématuré et l'attachement mère-enfant

La prématurité questionne la construction de la relation parents-enfant voir la construction des liens parents-enfant (Borghini & Muller Nix, 2000). Face à la prématurité, les parents de manière générale et particulièrement les mères doivent faire de multiples deuils. En effet, elles doivent faire le deuil d'un accouchement à terme et normal, le deuil de l'enfant imaginaire...

En reprenant Binel (2000), ces mères doivent en premier lieu, faire le deuil de la grossesse idéale, celle qui dure neuf mois. Elle perd d'un coup le statut de femme enceinte et la place privilégiée qu'elle occupait socialement pour devenir un « cas » médical. Les mères éprouvent souvent une grande culpabilité et un sentiment d'incapacité de mener leur grossesse à terme. Vient ensuite le deuil de la naissance se passant dans de bonnes conditions. Les parents doivent renoncer aux moments privilégiés vécus avec leur enfant juste après l'accouchement. En cas de prématurité, le bébé n'est pas vu comme un objet de satisfaction, de reconnaissance, mais comme un objet de déceptions, d'angoisses. L'éclosion des tout premiers liens d'attachement s'en retrouve entravée. Il faudra également faire le deuil de l'annonce aux proches de la naissance comme un moment de joie partagée. Les angoisses de mort et les inquiétudes entraînent une retenue de la part de l'entourage, la prématurité empêchant la naissance du bébé d'être « fêtée » socialement. Le bébé prématuré n'est jamais celui que la mère attendait, c'est-à-dire le bébé idéalisé et qui devait naître après neuf mois de gestation. Ce bébé-là est chétif, ne peut subvenir seul à ses besoins vitaux et ne correspond en rien au bébé idéalisé, bien potelé et souriant (Binel, 2000).

Pour Druon (2005), après de longues semaines passées dans le service de néonatalogie, des liens très forts se sont noués entre les parents et le personnel soignant. Le service, auquel les parents accordent confiance et reconnaissance, est alors vécu comme un substitut parental qui assure à leur place les soins nécessaires au bébé. Cette relation particulière donne parfois lieu à un investissement de l'équipe au détriment de l'attachement au bébé. À la sortie de l'hôpital, les parents retrouvent leurs fonctions parentales ou plutôt les découvrent. Ils peuvent par conséquent se sentir démunis et inquiets face à leurs nouvelles responsabilités et vivre le départ du service comme un deuil. L'inquiétude restant prégnante, les appels téléphoniques et les visites sont nombreux juste après la sortie, puis s'espacent progressivement, un refoulement nécessaire se mettant en route (Druon 2005).

Korja, Latva et Lehtonen (2012) ont fait une méta-analyse dont l'objectif était de comparer 29 études traitant de l'attachement maternel, de l'interaction mère-enfant prématuré et de l'attachement de l'enfant prématuré envers sa figure maternelle. Les résultats qu'ils obtiennent montrent que les auteurs des articles décrivent les mères ayant des enfants prématurés comme moins sensibles et se sentant moins impliquées que les mères ayant des nouveau-nés à terme. Elles ont aussi plus de craintes irrationnelles sur la sécurité de leur enfant. Globalement, il n'y a pas de différence dans l'attachement maternel entre les mères ayant

accouché prématurément et les mères ayant accouché à terme dans l'étude de Korja et al. (2009) et dans celle de Cox et al. (2000).

L'étude de Borghini et al. (2006) met en évidence un taux plus important d'attachement insécurisé, englobant l'attachement désengagé et déformé chez les mères ayant un enfant prématuré. Mais dans cette dernière étude, les patientes ayant accouché prématurément ont un statut socio-économique plus faible que dans les deux autres études.

Concernant les études sur l'interaction mère-enfant prématuré, les auteurs trouvent que les mères d'enfant prématuré ont un type particulier d'interactions. Elles ont des interactions plus directes, plus actives que les mères d'enfant né à terme. Dans cinq études, il n'y a pas de différence significative entre le groupe prématuré et le groupe à terme et leurs mères. Mais dans chaque étude le niveau socio-économique des mères varie significativement de l'une à l'autre, ceci peut engendrer des biais.

Le critère d'inclusion des prématurés varie énormément d'une étude à l'autre. Les bébés prématurés sont généralement plus passifs et moins alertes au cours des interactions comparé aux enfants nés à terme. Cette passivité à l'air de continuer après six mois d'âge corrigé. Or, plusieurs études montrent qu'il n'y a pas de différence dans l'interaction mère-enfant prématuré et mère-enfant né à terme à 6 mois d'âge corrigé. De plus, une autre étude démontre que les mères d'enfant prématuré ont des interactions plus positives, ont plus de réactivités et portent plus leur enfant comparé aux mères ayant leur enfant à terme. Concernant l'attachement de l'enfant prématuré à sa mère, les auteurs constatent que ce dernier est comparable à celui de l'enfant né à terme. Une seule étude, incluant uniquement des familles de faible niveau socio-économique, dénote un attachement insécurisant chez l'enfant prématuré comparé à celui né à terme. Il existe des facteurs de risque pouvant affecter l'attachement de l'enfant. Les enfants prématurés ayant une déficience neurologique soit des problèmes respiratoires ou encore ayant effectué un long séjour en unité de soins néonatale pourraient augmenter le risque d'attachement insécurisant (Korja, Latva & Lehtonen, 2012).

Korja, Latva et Lehtonen (2012) concluent que les dyades mères-enfants prématurés ne sont pas plus à risque d'attachement précaire quand l'enfant atteint 12 mois d'âge. Les différences dans le comportement d'un enfant prématuré par rapport à un enfant à terme sont évidentes dans les premiers mois de vie et se poursuivent jusqu'à l'âge de deux ans. Ils précisent également que l'accouchement prématuré et la confrontation de l'enfant réel et de l'enfant

imaginaire entraînent chez les parents une difficulté en ce qui concerne l'acceptation de la part de la mère.

Selon Korja et al. (2012), quand le stress et l'anxiété maternels ont enfin fini par diminuer, les mères développent d'autres moyens d'attention envers leur enfant prématuré ce qui permet d'instaurer des échanges émotionnels entre la mère et l'enfant prématuré comparable à un enfant à terme. La mère s'adapte aux besoins particuliers de son enfant prématuré entraînant un attachement sécurisant.

Korja, Ahlqvist-Björkroth, Savonlahti, Stolt, Haataja, Lapinleimu, et al. (2010) dans une étude dont l'objectif était d'évaluer la relation entre les représentations maternelles et la qualité des interactions mère-enfant dans un groupe d'enfants nés prématurément formant les cas et dans un groupe d'enfants nés à terme constituant le groupe témoin.

Korja, Ahlqvist-Björkroth, Savonlahti, Stolt, Haataja, Lapinleimu, et al. (2010) pensent que les représentations maternelles ne sont pas liées à la qualité des interactions mère-enfant prématuré aussi fortement que dans le groupe témoin d'enfants nés à terme. Dans leur démarche, ils ont démontré que l'attachement maternel est lié à plusieurs éléments dans le comportement des interactions mère-enfant chez les prématurés et les enfants nés à terme. Pour eux, l'attachement maternel équilibré est lié à une bonne qualité d'interaction dyadique à six et 12 mois d'âge corrigé sans différence entre les enfants prématurés et les enfants à terme. Leur étude montre également que l'attachement maternel déformé était plus fortement lié à des problèmes d'interaction mère-enfant que dans l'attachement désengagé. Cette étude permet de constater que la prématurité n'a pas d'incidence sur l'association entre l'attachement maternel et les interactions mère-enfant. Le niveau socio-économique, les antécédents et la disponibilité de la famille dans l'unité de soins néonatale peuvent expliquer la bonne qualité dans la relation mère-enfant prématuré. Le lien mère-enfant n'est pas toujours affecté suite à une naissance prématurée. L'attachement maternel est fortement lié au comportement maternel lors des soins donnés à son nouveau-né tant chez le prématuré que chez l'enfant à terme.

La relation mère-enfant prématuré est une organisation complexe et dynamique qui est influencée par différents facteurs tant du côté de la mère que de celui de l'enfant qui a le potentiel de réduire l'impact de la prématurité.

Laganière, Tessier, et Nadeau (2003) dans une étude dont l'objectif consistait en l'évaluation du lien entre une naissance prématurée et la relation d'attachement de l'enfant à sa figure maternelle en tenant compte de la variable médiatrice des perceptions maternelles et de la variable modératrice qui est le contexte familial, le tout comparé à un groupe d'enfants nés à terme. Suite à leurs analyses, ils soutiennent que les enfants nés prématurément ont un attachement significativement moins sécurisant que les enfants nés à terme. Les bébés prématurés à haut risque néonatal sont ceux qui présentent un attachement le moins sécurisant. Ensuite, ils décrivent que les perceptions maternelles positives de leur nouveau-né entraînent un attachement plus sécurisé de leur enfant, qu'il soit prématuré ou né à terme. Un attachement plus grand de la part de l'enfant est associé à moins de difficultés perçues par la mère.

La prématurité est un risque pour l'enfant né d'avoir un attachement insécurisant vis-à-vis de sa figure maternelle et donc que ceci entraîne des difficultés de développement socioémotif.

Les auteurs proposent quelques hypothèses qui permettent d'expliquer pourquoi les prématurés, particulièrement ceux à haut risque, développent une relation d'attachement insécurisante. Tout d'abord la mère doit être capable de reconnaître, d'interpréter et de répondre de manière adéquate aux besoins de l'enfant permettant d'effectuer des échanges gratifiants pour l'un comme pour l'autre. L'enfant prématuré, quant à lui, est caractérisé comme plus difficile à comprendre, plus passif, plus maussade et plus difficile à consoler et ayant des difficultés attentionnelles. Tout ceci peut représenter une source de freins pour l'expression de la sensibilité de la mère. Ces mères peuvent donc avoir spontanément des conduites compensatoires qui permettent de diminuer les difficultés de l'enfant en ayant des conduites structurantes. Cela favorise et entraîne le développement d'interactions non optimales, la mère étant l'initiatrice et l'enfant jouant le rôle de récepteur. Cette manière d'agir empêcherait l'enfant d'être un partenaire actif propre à une relation d'attachement sécurisé.

Au niveau des perceptions maternelles, les enfants prématurés sont une source de stress pour leurs mères, car ils sont considérés comme ayant des difficultés à s'adapter aux changements et étant plus distraits, exigeants et de plus étant d'humeur plus difficile. Les perceptions, que l'enfant soit prématuré ou non, jouent un rôle de « filtre » dans l'établissement de la relation. Par conséquent, les perceptions qui ont tendance à être plus négatives entraîneront des relations non optimales. Ceci pourrait nous orienter sur une planification de programmes d'interventions. La perception maternelle peut être une cible déterminante dans un programme

visant à influencer l'évolution de la relation d'attachement de l'enfant prématuré et sa mère (Korja, Latva & Lehtonen, 2012).

3.7.6. L'accouchement prématuré et les interactions parents-enfant

Les études qui se sont intéressées aux interactions parents-enfant en situation de prématurité ont pour la plupart fait une comparaison entre les bébés nés à terme et ceux nés prématurément. Cette manière de procéder leur a permis de mettre en évidence la spécificité des interactions parents nourrisson en situation de prématurité. Selon Mazet et Stoleru (2003), les difficultés rencontrées par les dyades/triades père-mère-nourrisson prématuré ne tiennent pas seulement au bouleversement affectif, mais aussi à la réactivité particulière des enfants prématurés. Les parents sont d'une part moins investis dans la relation et moins proches de leur bébé. Les difficultés présentées par les parents vont, s'étendre à l'entrer en communication avec le nourrisson. Ces difficultés se manifestent ainsi par des contacts corporels, des sourires et des contacts verbaux moins présents qu'en cas de naissance à terme.

Selon Magny (2009), à la sortie de l'unité de soins intensifs, les mères présentent moins de comportements maternels et réussissent moins bien à se coordonner avec les états d'attention momentanée du nourrisson. Le blanc (1989) quant à lui pense que les mères d'enfants prématurés se déplaceraient d'avant en arrière, contrairement aux mères d'enfants nés à terme qui se déplacent de droite à gauche. Il mentionne également que ces mères sont souvent trop stimulantes et attendent des performances trop élevées par rapport aux possibilités du bébé. Pour lui, ces particularités pourraient être à l'origine de difficultés à percevoir les signaux et les limites du bébé prématuré.

D'autre part, selon Mazet et Stoleru (2003), le bébé prématuré est moins alerte aux stimulations parentales. Le manque de maturité l'empêche de réguler correctement ses actions motrices et ses états de vigilance, rendant difficile son entrée en relation avec ses parents. Ainsi, de par le manque de réponses aux sollicitations, le nourrisson prématuré apparaît comme moins gratifiant et peu coopérant. La réactivité particulière du prématuré n'est pas uniforme. Mazet et Stoleru (2003) distinguent trois profils :

- Le bébé hyperréactif ou hyperexcitable : la moindre stimulation déclenche chez ce bébé des décharges motrices et des cris. Les parents devront redoubler d'efforts pour limiter les stimulations agressives et assurer leur fonction de pare excitation ;

- Le bébé apathique : cela signe souvent un retrait de la part de l'enfant qui ne répond pas aux stimulations interactionnelles. Des soins relationnels adaptés en service de néonatalogie peuvent prévenir ce risque ;
- Le bébé entre ces deux extrêmes : il peut entrer en interaction avec ses parents grâce à une meilleure régulation de ses états de vigilance.

Pour Magny (2009), le processus d'accordage affectif théorisé par Stern (1989) s'établit moins bien entre les partenaires, leurs activités paraissent se faire en parallèle et leurs échanges manquent d'organisation et de fluidité. À ceci s'ajoute une absence du plaisir à échanger, ce qui pourrait s'expliquer par le manque de lien des premiers instants de vie de l'enfant.

3.7.6.1. De la prématurité à la perturbation de la relation parents-enfant

Pour des chercheurs tels que Mazet et Stoleru (2003), l'accouchement est aussi prématuré pour le bébé que pour la mère ; rompant ainsi la continuité entre l'attachement mère-bébé in utero et l'attachement à la naissance. La séparation du bébé de sa mère modifie ainsi l'attachement. La prématurité engendre ainsi une double séparation, la première étant physique, la seconde due au transport du bébé dans une autre pièce voire un autre hôpital.

La privation d'interaction et de contact physique avec son enfant empêche alors la mère d'investir son rôle. Elle ne peut assurer normalement les premiers actes de maternage qui participent à la construction de la relation mère-enfant (allaitement, toilette, change, contact physique, face à face (Magny, 2009). Par conséquent, la construction du lien d'attachement se voit malmener. La relation devient tripartite avec le soignant et ce que Winnicott (1992) nomme la préoccupation médicale primaire, supprime la préoccupation maternelle primaire.

Pour Binel (2000), plusieurs éléments concourent à influencer les premiers signes d'attachement (échanges visuels, verbaux, manière de porter et manipuler le bébé...). Parmi ces éléments, on peut citer le fait que la mère ait pu porter ou voir son enfant avant qu'il ne soit transféré en service de néonatalogie. Ces mères montrent souvent par la suite des signes d'attachement plus forts que celles qui n'ont pas eu cette chance. De même, l'attachement est d'autant plus favorisé que la mère est autorisée à voir rapidement son enfant. Plus le délai s'allonge et moins les signes d'attachement sont présents lors de la première rencontre. Le nombre de jours en service de néonatalogie a également un impact sur les prémices de

l'attachement. Enfin, la manière dont les parents parlent de leur bébé est également un témoignage de leur attachement.

En s'intéressant à l'établissement des premiers liens, Borghini et Muller Nix (2000) mentionnent qu'ils se font dans un contexte angoissant voire traumatique aussi bien pour les parents que pour leur enfant. Ils affirment que la séparation précoce, le manque de contact, l'anxiété parentale, les difficultés du bébé à communiquer, le manque d'intimité dans l'univers de la néonatalogie sont autant d'entraves à l'établissement d'une relation harmonieuse.

3.8. DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ À LA CONSTRUCTION DU MATERNEL

Il est question pour nous dans cette section de faire une présentation des travaux qui ont été effectués sur la construction du maternel dans la prématurité.

3.8.1. La place des équipes médicales et soignantes dans la construction du maternel

Selon Tombeur, Lempereur, et Durieux, (2007) il existerait une interdépendance des relations au sein de la triade parents bébé-soignant et de l'influence du soignant sur le processus de parentalisation. Le soignant aurait un rôle facilitateur dans la construction du lien parent-bébé, mais aussi la vulnérabilité des relations au sein de cette triade et l'émergence possible de boucles interactives négatives. Amener les soignants à se questionner quant à la perception de leur rôle, du rôle des parents et des relations au sein de la triade parents-bébé-soignant, peut contribuer à l'évolution positive de cette triade et améliorer la rencontre entre les parents et leur enfant.

Le soignant (tiers constamment présent) a autorité sur la rencontre entre les parents et leur bébé. Le soignant aide les parents à s'approprier leur identité de parents. En leur confiant leur enfant le plus possible et les soutenant dans leur rôle parental, il participe au processus de parentalisation. Il a également un rôle de potentialisateur dans le processus de parentalisation et dans le renforcement des compétences parentales. On note également la vulnérabilité des relations et les boucles interactives négatives dans lesquelles la triade peut se trouver entraînée par le biais des mécanismes projectifs et les conséquences au niveau du sentiment de disqualification qui circule entre les soignants et les parents.

Le soignant occupe la position de tiers pesant dans la relation parents/bébé, surtout en début de séjour. Et cette position évolue au fur et à mesure du processus de parentalisation vers

une position de tiers plus léger, le soignant permettant aux parents de s'approprier leur rôle de parents de leur enfant, en les soutenant et en se mettant petit à petit en retrait pour permettre aux parents et à l'enfant de se rapprocher.

Ainsi, les infirmiers assument au départ une position centrale auprès du bébé qu'ils investissent intensément. En même temps, ils doivent garder une identité professionnelle et éviter de se substituer aux parents. Ils doivent permettre aux parents d'évoluer à leur rythme, accepter leurs difficultés transitoires de prendre leur place sans leur renvoyer une image de « mauvais parents ».

Le soignant, tiers dans la construction du lien parent-bébé prématuré hospitalisé se fonde sur la différenciation et la lisibilité des places. Permettre au soignant de prendre conscience de la position de tiers pesant qu'il peut occuper dans la triade parents/bébé/soignant l'aide à trouver sa place et à passer progressivement aux parents ce relais nécessaire au bon déroulement du processus de parentalisation. Les possibilités de relais entre soignants et parents sont bien entendu tributaires de l'état de santé du bébé.

3.8.1.1. Le vécu de l'accouchement prématuré et de l'hospitalisation

Veroneza, Barbosa Borghesana, Martins Corrêaa et Harumi Higarashia, (2017), dans une étude dont l'objectif était de décrire comment les soins maternels fournis par les infirmières durant la période d'hospitalisation des bébés prématurés servent de médiateur. Les résultats qu'ils ont obtenus montrent qu'il existe trois catégories qui rendent compte du chemin et de l'adaptation des mères aux soins de leurs bébés prématurés, de la préparation à vaincre les peurs et l'insécurité à propos des soins à la maison. Ils arrivent ainsi à la conclusion selon laquelle, il est important pour les mères dans cette étape initiale et critique d'hospitalisation d'enfants prématurés de recevoir l'assistance, surtout quant à la réceptivité et aux soins progressifs, comme une stratégie à utiliser pour encourager l'autonomie maternelle et l'adaptation à la maison.

Les résultats montrent que la naissance prématurée cause une inquiétude, la fragilité, l'insécurité, la peur, et des défis pour les mères. Dans ces cas, les infirmières jouent un rôle crucial dans la construction de l'attachement entre mères et enfants et l'autonomie de mères par rapport aux soins. Dans ce processus, la communication appropriée entre l'équipe sanitaire et la famille peut renouveler des espoirs de récupération du nouveau-né, minimisez l'angoisse

maternelle, et encouragez la famille. Cette étude révèle ainsi le rôle important d'infirmières comme médiateurs de la construction de l'autonomie maternelle en ce qui concerne les soins.

La naissance prématurée et l'hospitalisation subséquente de l'enfant dans l'Unité de Soins Intensif Néonatal (USIN) est un événement très traumatisant et affligeant pour les parents (Russel, Sawyer, Rabe, Abbott, Gyte, Duley, et al 2014), et peut mener à un échec de l'unité de la famille dû aux obstacles, contraintes, et situations qui sapent la routine de la famille (Frello & Carraro 2012).

L'hospitalisation d'un enfant dans l'USIN est une expérience difficile et éprouvante pour les mères et leurs familles, depuis l'environnement très moderne et technologique de l'USIN qui sépare physiquement les bébés, psychologiquement, et émotionnellement de leurs parents (Frello, Carraro 2012 ; O'Brien, Bracht, Macdonell, McBride, Robson, O'Leary, et al. 2013). De plus, les familles doivent faire face à plusieurs problèmes pendant la période d'hospitalisation : à savoir l'expérience de séparation, la peur de la maladie et de l'inconnu, l'environnement hospitalier, et l'incertitude au sujet du présent et le futur de la famille (Cartaxo, Torquato, Agra, Fernandes, Platel, Freire 2014 ; Anjos, Lemos, Antunes, Andrade, Nascimento, & Caldeira, 2012).

Quant aux mères, l'hospitalisation dans l'unité de soins intensifs produit un chevauchement de pertes : à savoir la perte de l'enfant idéalisé et l'impossibilité d'être avec l'enfant à la maison. Selon ces auteurs, ces mères sont spectatrices du bébé et sont ainsi privées de leur fonction maternelle, incapable de se reconnaître comme mères et souvent incapable d'accepter et de reconnaître leur enfant. Dans ce contexte, il n'est pas rare que les mères aient des sensations d'inutilité, d'échec et d'infériorité (Frello & Carraro, 2012 ; Cartaxo, Torquato, Agra, Fernandes, Platel & Freire 2014 ; Fleury, Parpinelle & Makuch, 2014).

Vu que cette étape est délicate pour les mères et les familles, toute possibilité d'établissement de lien avec le bébé peut être compromise ; ceci va entraîner les troubles dans la relation mère-enfant. Faciliter la proximité des parents avec leur enfant et l'établissement des liens affectifs donne aux mères la capacité de se soucier de leur enfant (Fleury, Parpinelle, & Makuch, 2014 ; Perlin, Oliveira & Gomes, 2011 ; Guillaume, Michelin, Amrani, Benier, Durrmeyer, Lescure, et al. 2013).

Il est à noter que des bons rapports entre parents et personnel soignant sont essentiels et à encourager pour la liaison et la permanence des parents dans l'USIN durant la période

d'hospitalisation de l'enfant prématuré (Fleury, Parpinelle, Makuch 2014 ; Guillaume, Michhelin, Amrani, Benier, Durrmeyer, Lescure, et al., 2013).

3.8.1.2. L'Éprouvé de la mère à l'arrivée du bébé prématuré à l'Unité de Soins Intensifs.

La maternité est un moment spécial et unique attendu par la plupart des femmes, et le processus de grossesse et l'accouchement restructure considérablement le rôle social de femme (Perlin, Oliveira, & Gomes, 2011). Cependant, la possibilité d'un accouchement prématuré et voir l'enfant hospitalisé, fait en sorte que les mères soient confrontées à la perspective d'avoir ou de ne pas avoir leur bébé. La menace potentielle à la santé de leur enfant peut déclencher des sensations d'impuissance, d'instabilité émotionnelle, et d'inquiétude dans le maternage (Anjos, Lemos, Antunes, Andrade, Nascimento, & Caldeira, 2012 ; Melo, Souza, & Paula, 2012).

Quand la naissance est prématurée, les mères sont bouleversées par la naissance inattendue et la fragilité du bébé. L'hospitalisation du bébé dans l'USIN interrompt la dynamique en cours dans la famille et installe les membres dans une crise (Cartaxo, Torquato, Agra, Fernandes, Platel, & Freire 2014).

Faire face à cette situation est plus difficile quand l'hospitalisation est exigée immédiatement après la naissance (Schmidt, Sassá, Veronez, Higarashi, & Marcon 2012). En effet, tous les plans envisagés doivent être annulés. Les mères sont confrontées à une situation qu'elles n'ont jamais imaginées, et la maternité dans ce scénario produit des sensations de peur, d'insécurité, et d'incertitude par rapport à la survie des enfants.

L'inquiétude, la tristesse, le chagrin, et la souffrance sont les sensations les plus fréquentes chez les mères en situation d'accouchement prématuré (Anjos, Lemos, Antunes, Andrade, Nascimento & Caldeira 2012).

La crainte de la perte de l'enfant est une autre sensation très présente dans les premiers jours d'hospitalisation de l'enfant. Initialement, c'est la perte du rêve de maternité et de l'enfant idéalisé. Cette sensation fait référence à l'impossibilité d'accomplir le rôle maternel et de fournir des soins et la chaleur à l'enfant dû à la distance physique et affective imposée par l'hospitalisation (Melo, Souza, & Paula 2012).

Cette perte représentée par la séparation immédiate du bébé cause plusieurs problèmes et des émotions qui doivent être surmontés avec des attitudes positives. L'équipe

multidisciplinaire doit encourager et potentialiser l'amour-propre de parents, et permettre l'approximation et la participation dans les soins du nouveau-né.

L'arrivée à l'USIN est considérée, par les infirmières comme un moment extrêmement délicat qui exige une prudence. Une intervention diminue toutes les peurs et doutes, atténue le choc de l'hospitalisation, et le fait traumatisant (Perlin, Oliveira, & Gomes 2011). Par conséquent, les infirmiers doivent réagir réciproquement et communiquer avec la famille, et aider les membres à comprendre la situation de l'enfant, ses besoins et possibilités, les niveaux et routines de l'unité, et, au-dessus de tout, comment leur présence et leur participation peuvent aider dans la récupération de l'enfant (Perlin, Oliveira, & Gomes 2011 ; Frello, & Carraro, 2012).

Comme les jours passent, les mères changent progressivement leur attitude. Elles ont tendance à aller plus proche de leur enfant puisqu'elles gagnent en force et vaincs leurs peurs. Une fois ce pas franchi, les mères s'identifient à leur enfant et commencent à l'observer attentivement. Cette expérience de connaissance de l'enfant, de conscience de soi et du rôle maternel, est un lien extrêmement important dans l'attachement mère-enfant. La mère identifie simultanément avec l'environnement, apprend au sujet de la dynamique de l'USIN, et devient familière avec les routines de l'unité. En conséquence, elle peut former des opinions et donner des idées sur tout ce qui se passe, et crée des liens positifs avec l'enfant et l'équipe qui sont si importants pour la mère et sa famille (Perlin, Oliveira, & Gomes 2011 ; Frello, & Carraro, 2012).

3.8.1.3. L'insertion de la mère dans les soins

Cette catégorie fait référence aux premiers soins que la mère fournit au nouveau-né à l'hôpital. La participation des parents fortifie l'attachement avec l'enfant (Fleury, Parpinelle, & Makuch, 2014 ; Guillaume, Michelin, Amrani, Benier, Durrmeyer, Lescure, et al. 2013), cet entraînement acquis à l'hôpital serait fondamental pour les soins à la maison (Couto & Praça, 2012). Cette déclaration révèle l'importance du premier contact entre mère et enfant dans la construction des liens, cela atténue les peurs éprouvées jusqu'à ce moment.

De plus, le processus graduel d'approximation fait en sorte que les mères se sentent sûres et capables de représentation des soins maternels. C'est la responsabilité du professionnel soignant. Fournir des détails de chaque orientation et accompagner chaque procédure peut aider des mères à développer des compétences et les bonnes techniques pour des soins sûrs, donc

éliminer l'impression négative que cette forme de soin est difficile. Le premier bain est généralement un moment de hautes attentes et fait des mères se sentir craintives et incertaines dû aux mouvements et réactions du bébé pendant la procédure.

Les directives des soins déléguées aux mères doivent être répétées plusieurs fois afin d'assurer l'assimilation et l'entraînement jusqu'à ce que les mères se sentent assez confiantes pour exécuter les tâches. En prenant soin de son enfant, la mère se sent utile et confiante au sujet des soins du nouveau-né. Ces moments d'interactions sont une sorte de récompense en dépit de la turbulente situation qu'elles traversent. L'expérience quotidienne avec le bébé prématuré est critique pour les mères en ce qui concerne la confiance en soi et les fonctions maternelles.

L'anxiété est représentée par un état d'inquiétude constante en attendant des nouvelles de l'évolution clinique du bébé. Un autre aspect très estimé dans ce contexte est le gain du poids du nouveau-né. Pendant le séjour à l'hôpital, les enfants prématurés peuvent souffrir de multiples complications qui perturbent leur gain de poids.

Le séjour étendu à l'hôpital exacerbe et s'accompagne de sensations d'impatience, d'inquiétude, et de stress. Les mères comparent l'environnement de l'hôpital à une prison, dans laquelle elles sont soumises à une série de routines et d'ordres externes, et où elles se sentent piégées et incapables de s'exprimer (Couto & Praça, 2012).

3.8.2. La construction du maternel en situation de prématurité :

Dans une étude sur le devenir de la mère d'un nouveau-né prématuré, en partant de la question de savoir comment la mère va réagir aux événements imposés par la prématurité. Quels sont les mécanismes psychiques à l'œuvre, et comment réussit-elle à investir son nouveau-né ? Denis (2005) pose les Hypothèses que : la mère vit douloureusement son accouchement prématuré : cette situation traumatisante dans laquelle elle se trouve la bouleverse. Ce traumatisme l'envahit et elle est de ce fait moins disponible psychiquement pour accueillir son nouveau-né.

La mère éprouve des difficultés à entrer en relation avec son bébé à cause de la séparation provoquée par l'hospitalisation de ce dernier en néonatalogie. En effet, la préoccupation maternelle primaire ne pouvant pas s'exercer face à l'absence de l'enfant, la mère ne parvient pas à « apprendre » son bébé. À travers cette étude, elle cherchait à comprendre la place que

prend cet événement dans l'organisation psychique maternelle. Et d'essayer de dégager un lien entre cette naissance particulière et la relation que la mère établit avec son nouveau-né.

Dans l'objectif d'appréhender les mécanismes psychiques maternels à l'œuvre lors d'une naissance prématurée afin d'en dégager un lien avec la relation au nouveau-né, Denis (2005) pense que selon les différents paramètres liés à la prématurité, les réactions psychiques de la mère allaient être différentes et le traumatisme vécu, être plus ou moins affirmé. En partant des hypothèses selon lesquelles d'une part, le traumatisme envahit la mère et la rend, de ce fait, moins disponible psychiquement, pour accueillir son nouveau-né. D'autre part, en raison de la séparation, la préoccupation maternelle primaire ne pouvant pas s'exercer, la mère ne parvient pas à « apprendre » son bébé. Denis (2005) arrive aux résultats selon lesquels la naissance prématurée d'un enfant fait traumatisme chez toutes les mères, mais la séparation ne fait pas toujours barrage au développement de la préoccupation maternelle primaire que chez les mères de grand et très grand prématurés.

De ce fait, l'impact de la prématurité dans le tissage des liens est plus ou moins marqué selon le degré de prématurité de l'enfant. Pour elle, lorsqu'un enfant vient au monde prématurément, le projet maternel est ébranlé. La mère bouleversée par la naissance de son bébé peut ne pas être au rendez-vous de sa maternité, car le bébé tant désiré s'impose avec sa propre réalité comme étranger. La naissance constitue alors une véritable menace pour le psychisme de la mère.

Toujours dans la même logique, Bréhat (2018) dans une étude sur la construction du maternel en situation de grande prématurité postule qu'une naissance 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. Pour elle, le postulat du traumatisme comme lié à l'événement de corps et à la vision de l'enfant né très prématurément serait à nuancer, car la poursuite des projections fantasmatiques et l'existence d'un regard « auréolé » sur l'enfant prématuré témoigneraient d'une absence de traumatisme pour la mère. Pour elle, 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.

Les résultats de l'étude de Bréhat (2018) sur la construction du maternel en situation de grande prématurité mettent en évidence le fait qu'une naissance très prématurée serait potentiellement davantage traumatique qu'une naissance à terme. Mais, 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.

En effet, pour elle, ce qui ferait traumatisme ne serait pas tant l'accouchement prématuré en tant qu'événement 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.

Le maintien des projections fantasmatiques qui nourrissent la grossesse psychique et soutiennent le sentiment de continuité dans la rencontre avec l'enfant réel s'avère très important dans ce processus. 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 mettant en branle 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.

Ainsi pour être investi, l'enfant doit pouvoir 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 occuperaient une place particulière.

En référence à la pensée winnicottienne, Bréhat (2018) postule également que l'environnement participe à la construction du lien maternel. 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 psychiques. Opérant une greffe symbolique, les projections fantasmatisques 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 renforceraient les difficultés de symbolisation de la naissance de leur enfant (Bréhat 2018).

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 maternalité. 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 fantasmatisque 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.

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.

Allant dans ce sens, Tombeur, Lempereur, et Durieux, (2007) ont démontré l'existence d'une interdépendance des relations au sein de la triade parents-bébé-soignant et l'influence du soignant sur le processus de parentalisation. En effet, ils illustrent le rôle facilitateur du soignant dans la construction du lien parent-bébé, mais aussi la vulnérabilité des relations au sein de cette triade et l'émergence possible de boucles interactives négatives. Amener les soignants à se questionner quant à la perception de leur rôle, du rôle des parents et des relations au sein de la triade parents-bébé-soignant, peut contribuer à l'évolution positive de cette triade et améliorer la rencontre entre les parents et leur enfant.

Selon Bréhat (2018), 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. 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 (Bréhat, 2018).

Bréhat (2018) 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.

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 serait 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 asseoir leur identité maternelle et parentale, révélant par là même l'importance de la place qu'ils ont pu occuper (Bréhat, 2018).

Pour Bréhat (2018), la structure psychique de la mère, son histoire singulière, mais aussi transgénérationnelle singularise 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 », un enjeu d'humanisation est 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 & 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.

**CHAPITRE 4 : INTRODUCTION À LA RÉORGANISATION PSYCHIQUE SUITE À
L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ**

Nous venons de faire une présentation de la maternalité, de la prématurité et du retentissement de cet accouchement qui survient plus tôt, voir trop tôt sur les liens parents-enfant. Le chapitre ainsi entamé est le dernier chapitre du cadre théorique de cette étude. Il a pour ambition de faire une insertion théorique du problème de recherche formulé au premier chapitre. Face à la prématurité, comment le psychisme maternel s'organise-t-il pour ne pas s'effondrer ? Autrement dit, quelles sont les constructions originales effectuées par le psychisme maternel ébranlé par la prématurité pour se maintenir ? Telles sont là présentées quelques interrogations qui organisent le référentiel théorique de cette étude.

4.1. APPROCHE PSYCHANALYTIQUE DE LA PRÉMATURITÉ

En abordant l'approche psychanalytique de la prématurité, nous nous référons aux travaux de Bréhat (2018), qui dans sa thèse a fait une synthèse des travaux des auteurs qui expliquent d'un point de vue psychanalytique les processus psychiques mis en jeu par la prématurité. Cette approche s'intéresse ainsi, aux processus psychiques et aux enjeux psychiques d'une naissance prématurée dans la relation mère-enfant et introduit la dimension du désir, des fantasmes sous-jacents qui permettent de donner un sens à cette relation. Cette approche pour rendre compte de ces enjeux met l'accent sur le caractère traumatique de cette naissance, la séparation mère-enfant, la problématique de perte, le narcissisme, la libidinalisation du lien et l'identification dans le lien.

4.1.1. Accouchement prématuré et Traumatisme psychique

La majorité des travaux effectués sur les naissances prématurées et ancrés dans l'approche psychanalytique reconnaissent cette naissance qui survient trop tôt comme un événement traumatique pour les parents en général et la mère en particulier. Ceci malgré que les répercussions psychiques d'un événement vécu ne se lisent qu'à la lumière du fantasme et le traumatisme dépendant de la manière avec laquelle l'événement est accueilli, élaboré et métabolisé par le psychisme, autrement dit de la capacité de mentalisation.

Pour Druon (2009), cette naissance « aux portes de la vie » peut précipiter les parents face au réel et aux angoisses de perte. Pour Ansermet, (2010, p.66), 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* ». Bréhat (2018) mentionne que la différence dans les naissances prématurées vient du fait que le risque de mort pour l'enfant est réellement présent et c'est le télescopage entre le fantasme, habituellement maintenu inconscient et la réalité qui peut s'avérer traumatique.

L'irruption de ce réel provoqué par la naissance prématurée nous inscrit selon Ansermet (1999, p.43) dans la clinique du traumatisme qui « entraîne une abolition symbolique qui laisse sans représentations. [...] C'est ce trou qui fait trauma ». Selon lui, la réanimation néonatale, l'effroi avec son effet de sidération contrairement à l'angoisse qui 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 » (Ansermet, 1999, p.42).

Le sujet est ainsi confronté au réel au sens lacanien du terme. Pour Chemama et Vandermersch, (1998, p.360) :

le réel n'est pas cette réalité ordonnée par le symbolique, appelé 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 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.

Ainsi, pour faire face ou s'en sortir de la sidération occasionnée par la confrontation à un objet traumatique, Ansermet (1999) précise que le désir doit être remis en jeu : « désirer pour dé-sidérer ». Dans ce cas, l'enjeu est une tentative de symbolisation de ce réel ou de ce non-sens à travers un travail de liaison pour que l'événement puisse peu à peu s'inscrire dans la continuité d'existence du sujet.

En nous référant à Laplanche et Pontalis (1981, p.499) qui définissent le traumatisme comme :

Un événement 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 maîtrise et d'élaborer psychiquement ces excitations.

En partant de cette définition, l'accouchement prématuré est traumatogène dans la mesure où il y a un accouchement inattendu, subit et trop tôt qui atteint le psychisme maternel non

préparé et vulnérable. Générant ainsi l'effroi et la temporalité s'en trouvent modifiée et la mère 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. La prématurité introduirait une coupure laissant un passé inaccessible et une impossibilité d'anticipation. En se référant à la deuxième théorie freudienne de l'angoisse, le traumatisme serait une défense face à une menace de désintégration physique ou psychique face à une surcharge pulsionnelle intolérable (Bréhat, 2018). La difficulté d'investissement libidinal du bébé prématuré lorsque la mère reste marquée par cette naissance qui ne permet pas d'être dans une anticipation adaptative et créative de la situation s'expliquerait par un mouvement de repli sur les pulsions du moi afin de tenter de préserver l'intégrité psychique de la mère au détriment des pulsions érotiques et de l'investissement libidinal.

4.1.2. La séparation mère-enfant suite à l'accouchement prématuré

L'hospitalisation de l'enfant suite à un accouchement 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. Il a été reconnu que les séparations précoces mère-enfant ont des répercussions délétères sur l'installation des premiers liens. C'est dans ce sens que Racamier (1961) parle de la symbiose postnatale qui permet d'amortir la séparation. En effet, dans le cas de l'accouchement prématuré, la mère ne peut être dans cette « symbiose postnatale ». Son enfant dans une couveuse, elle ne peut le toucher, le sentir, le prendre dans ses bras ; pour les bébés les plus prématurés, la mère peut également tenter de se protéger d'un investissement si le bébé venait à mourir (Bréhat, 2018).

L'hospitalisation peut ainsi mettre à mal 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, comme le mentionne Bréhat (2018), 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 peut tisser des rêves de mort, de deuils, de souffrance qui participent au processus de maternité. De plus, la séparation avec l'enfant peut également générer des sentiments dépressifs liés 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 (Bréhat, 2018).

4.1.3. Les enjeux narcissiques dans l'accouchement prématuré

L'accouchement prématuré est également vécu comme une profonde blessure narcissique de n'avoir pu mener la grossesse à son terme, d'avoir échoué dans sa capacité d'enfantement. La blessure narcissique ainsi 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 (Bréhat 2018). En partant du fait qu'il y a toujours un écart entre l'enfant imaginé et l'enfant existant qui confronte à la question de l'altérité, 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'appropriation 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). Les 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 ou prématurées (Bydlowsky, 2000).

4.1.4. La prématurité et la perte

Comme nous l'avons mentionné dans le chapitre précédent, la naissance prématurée confronterait la mère à différents deuils. Ceci du fait que l'interruption de la grossesse entrainerait 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.

Ainsi, 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 (Bréhat, 2018).

4.1.5. Le lien en situation de prématurité

La naissance prématurée mettrait en exergue l'importance de la libidinisation du lien. Selon Vanier (2013), 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.

En effet, la rencontre avec l'enfant ne peut se créer qu'à partir d'une séparation qui fait 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* » (Vanier, 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* » (Vanier, 2013, 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.

Selon Bréhat (2018), le 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, en redoublant la coupure, l'annule, c'est-à-dire empêche sa symbolisation. Pour naître psychiquement, l'enfant doit rencontrer l'Autre comme lieu de langage et d'adresse. Pour 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 centrales, 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* » (Chevalérias, 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* » (Chevalérias, 1997, 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 » (Vanier, 2013, p. 184).

Selon Bréhat (2018), ce processus d'humanisation, créateur de lien intime, permettrait l'inscription de l'enfant dans le désir de la mère. 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).

4.1.5.1. Identification dans le lien et regard Auréole

Au cœur de la préoccupation maternelle primaire, Winnicott (1961) 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 (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 »* (Winnicott, 1961, p. 59).

Le concept de regard auréolé de 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.

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
 (Laznik 2016 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 (Bréhat, 2018).

De cette approche psychanalytique de la prématurité, nous comprenons que les recherches sur le fonctionnement psychique maternel dans la période périnatale mettent en lumière le fait que les processus psychiques à l'œuvre permettent l'élaboration des événements physiologiques de la gestation, ce qui met en exergue l'importance des différentes périodes de la grossesse. En effet, au cours du dernier trimestre de la grossesse, comme nous l'avons mentionné plus haut, des représentations du bébé et de la séparation commencent à émerger, ce qui déclenche le processus de différenciation mère-enfant. Selon Bréhat (2018), les différentes théorisations conçoivent 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 de la naissance prématurée, la grossesse s'interrompt brutalement plusieurs semaines avant le terme prévu.

Ainsi, selon Bréhat (2018), de nombreux 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 la préoccupation maternelle primaire. Face à l'incertitude de la survie de l'enfant, la dimension imaginaire et fantasmatique serait parfois suspendue. La prématurité pourrait se penser comme une temporalité bouleversée ou un imaginaire suspendu. Néanmoins, des ressources psychiques et intersubjectives seraient mobilisables pour échapper ou dépasser un état de sidération face à ce bébé né trop tôt.

C'est dans cette logique que nous avons postulé une réorganisation psychique face à la prématurité chez la devenant mère d'un enfant prématuré.

4.2. APPROCHES THÉORIQUES DES PROCESSUS DE LA MATERNALITÉ

Les processus de maternalité sont nombreux et complémentaires, ces processus abordent la fragilité psychique de la future mère durant la période périnatale. Pour des auteurs tels que Bydlowski, au début de la grossesse, l'enfant est une idée qui va prendre forme tout au long du processus de gestation. Avec la prise de conscience de l'enfant en tant qu'objet interne, il va faire l'objet d'un investissement narcissique. L'enfant envahit ainsi le psychisme maternel et rien de ce qui comptait avant la grossesse n'a encore d'intérêt pour la future mère, seul le rapport à cet objet interne captive l'attention de cette dernière.

4.2.1. Transparence psychique

Il apparaît que la maternité est une période charnière de remaniements psychiques, en lien avec des changements physiologiques importants. Ces remaniements peuvent avoir des effets durables et dont les conséquences sur l'enfant sont considérables. Il s'agit d'une période de grande sensibilité et d'accessibilité à l'inconscient, consécutive à une certaine levée du refoulement. La transparence psychique correspond à un fonctionnement psychique particulier maternel, caractérisé par l'abaissement des résistances habituelles de la femme face au refoulé inconscient, et marqué par un surinvestissement de son histoire personnelle et de ses conflits infantiles, les représentations mentales étant centrées sur une polarisation narcissique (Bydlowsky 1989).

La grossesse inaugure ainsi une rencontre avec soi-même et peut être assimilée à un état partiel de régression. Habituellement, la vie intérieure reste à l'abri de l'irruption intempestive du passé grâce à l'action du refoulement. Mais lors de l'attente d'un enfant, cette force psychique paraît ne plus pouvoir assurer sa fonction protectrice. Des réminiscences touchant la sexualité infantile, des souvenirs cachés peuvent devenir communicables comme si la censure qui les maintenait dans le non-dit était levée, au moins partiellement. Ainsi, la grossesse et la transparence psychique qui l'accompagne avivent la mémoire de l'origine pour beaucoup de femmes, en particulier pour celles dont l'équilibre narcissique est fragile. Cette perméabilité de l'inconscient peut être à la source de craintes comme la répétition d'un malheur déjà vécu, pouvant prendre une allure pathologique. Ce concept rend compte que la femme enceinte est davantage tournée sur son passé que vers son avenir : ce ne sont pas les représentations de l'enfant à venir qui sont présentes, mais celle concernant l'enfant d'autrefois qu'elle a été.

Pour Bydlowski (1991), la vie fantasmatique de la femme est influencée par la grossesse. Cette influence est due à la transparence psychique qui est caractérisée par l'irruption des

fragments de l'inconscient au système conscient. Le concept transparence psychique est utilisé pour désigner un état de régression qui favorise une réactualisation du passé chez la femme enceinte. Cela entraîne chez les femmes une certaine aisance à se rappeler des éléments tels que les fantasmes, les affects etc. Appartenant à son vécu infantile qui est habituellement refoulé. Tout se passe comme si, au cours de la grossesse les censures deviennent moins rigides (levée partielle) du refoulement. Ce qui permet la remémoration des expériences infantiles et des affects chez la femme enceinte.

Durant la grossesse, la femme enceinte va faire un investissement narcissique très intense de l'enfant qu'elle attend. Cet investissement narcissique du bébé va faire en sorte que les thématiques psychiques n'ayant pas de rapport avec le narcissisme soient désinvesties et délestées de leur charge libidinale qui les soumettait à la censure et au refoulement. C'est ainsi que Bydlowski (1991) affirme que l'érotisation de la grossesse est une énergie nouvelle qui dévalue ce qui était précédemment érotisé. Cette force est analogue à celle du transfert, mais c'est un transfert sur l'enfant, et le lien ainsi créé restera actif la vie durant. Cet état de transparence psychique s'estompe après la naissance et toutes les thématiques psychiques qui ont été dévaluées lors de la grossesse seront progressivement érotisées de nouveau. Cet état de transparence psychique est généralement soumis au refoulement par la suite.

Selon Racamier, la grossesse peut se définir comme une « psychose » physiologique similaire à l'adolescence, jouant comme une crise maturative sur fond de conflictualité accrue, où l'on assiste à une invasion narcissique par l'enfant, à un véritable transfert maternel sur l'enfant à venir. Le silence sur l'enfant attendu est habituel et mérite une explication. C'est le silence de l'investissement amoureux et du bonheur qui se passe de commentaire. Il se suffit à lui-même. Quand tout va bien, rien ne se dit (Bydlowsky 2006). Ainsi, l'intensité du discours maternel sur l'enfant est à la mesure de son anxiété. Mais au fur et à mesure de la grossesse, l'attention psychique de la mère s'infléchit : après s'être dirigée vers elle-même, elle se porte progressivement normalement vers son contenu etc. Selon Guedeney (2001), il existerait un filtre au niveau sensoriel qui permettrait à la femme de faire inconsciemment le tri entre les informations qu'elle doit réellement recevoir et les éléments qui parasitent cette information. Pour que la mère soit plus réceptive aux interactions de son nouveau-né, elle doit donc supprimer cette série de filtres et le fait de ne plus avoir de moyens de défense, d'être en « transparence psychique », va lui permettre de ne pas manquer les signaux provenant de son enfant, mais en retour, tout autre élément de l'extérieur va être perçu avec la même force et la

même intensité (Guedeney 2001). L'accès à ce matériel habituellement refoulé peut remonter sous forme d'affects douloureux, craintes, d'une tristesse irraisonnée, rêve.

Il est important de prendre en compte cette transparence psychique pour restaurer l'enfant que la mère a été, pour la conforter sur celui qu'elle porte ou bien d'exhumer un conflit ancien, car l'inconscient maternel influence l'enfant, que la mère lui transmet comme représentation psychique. En effet, dans les interactions entre mère et nourrisson, celle-ci met en acte des représentations psychiques au travers de ses gestes, leurs répétitions, traduisant ainsi ses émotions et humeurs, risquant d'entraîner des troubles dans la sphère du sommeil, de l'attachement et du développement du jeune enfant.

Bydlowski (1991, 1997) décrit ainsi le fonctionnement psychique maternel qui est caractérisé par l'abaissement des résistances habituelles de la jeune femme face au refoulé inconscient, et marqué par un surinvestissement de son histoire personnelle et de ses conflits infantiles avec une plasticité importante des représentations mentales centrées sur une indéniable polarisation narcissique. Ainsi, la future mère, et spécialement pendant la deuxième moitié de la grossesse, va se tourner volontiers vers des thématiques autocentrées et inaccessibles pour la plupart des femmes, en dehors de cette période de son existence. Elle se trouve par conséquent peu disponible pour évoquer des représentations mentales directement liées au futur bébé (Bydlowski & Golse 2001).

Bydlowski (2000) indique en outre que la grossesse inaugure l'expérience d'une rencontre intime avec soi-même. De grandes variations vont être observées, depuis la jeune femme enceinte qui, ayant constitué un bon objet interne lorsqu'elle-même était bébé, aura plus tard une grossesse paisible, jusqu'à celle qui, ayant fait au contraire précocement l'expérience de soins intrusifs ou insuffisants, risquera, au cours de sa grossesse, de revivre des angoisses primitives. Elle considère que l'enfant porté, le fœtus, représente la métaphore de l'objet interne. L'attraction pour l'objet interne qui concernerait ainsi la plupart des femmes enceintes. Ce thème du pôle des processus psychiques originaires ou archaïques (Aulagnier 1975) est important, car leur réactivation met ainsi la jeune femme enceinte en phase avec le fonctionnement débutant de la psyché de son enfant (Bourguignon 1968, Siksou & Golse 1991 cité par Bydlowski & Golse 2001).

– Inconscient et calcul de la date de naissance

À la suite de Ferenczi, qui a, le premier, établi que l'inconscient était susceptible d'opérer de savants calculs ; Bydlowski (1983) a découvert combien cette hypothèse s'applique aux dates de naissance qui s'avèrent bien souvent des dates anniversaires significantes pour l'un ou l'autre parent. Et si la date de la naissance résultait du calcul de l'inconscient de l'un ou l'autre des parents ? C'est par cette interrogation que Bydlowski (1983) introduit la métapsychologie du calcul de la date de naissance. Après des années de pratiques auprès des femmes qui répétitivement échouent leur grossesse (fausses couches, prématurité, mort périnatale...). Un accident grave préside aux antécédents, voire tend à se répéter devant nous et suscite la mise en route d'une machinerie médicale lourde. Bidlowski (1983) exerce sa curiosité à noter tout ce qui échappe au rationnel, aux projets conscients et à la bonne volonté des parents.

Face aux cas de la deuxième voire troisième grossesse espérée après un ou plusieurs insuccès qui ne viennent pas quand on les programme. Et à l'extraordinaire fréquence de ce phénomène, qui peut passer pour anodin, mais qui pourtant défie la biologie de la contraception. Faute de trouver une explication savante, Bydlowski (1983) a formulé une hypothèse dans le sens de l'irruption de l'irrationnel dans un plan de vie pourtant bien réglé. En effet, la théorie psychanalytique, en posant l'hypothèse de l'inconscient, stipule la présence en chaque être d'un ordre qu'il ignore et qui le régit, qui peut mettre en échec ses prévisions conscientes et ses meilleurs sentiments. C'est ainsi que pour 50 % de leur clientèle la date probable d'accouchement a un sens, elle est significative ; elle vient répéter, grâce au cycle du calendrier, la date du précédent mort-né, de la dernière fausse couche, ou du dernier accouchement catastrophe. Bref, la date probable d'accouchement est commémorative, c'est un signifiant. Or tout cela se passe en dehors de la volonté de la femme, qui ne demanderait qu'à oublier le passé et à recommencer à zéro.

En se basant sur cela, elle formule l'hypothèse suivante : et si la date de la naissance, puisqu'elle n'est calculée ni par la volonté des parents, ni par l'accoucheur, était calculée par l'inconscient de l'un des parents ? Il paraît donc exister un calcul inconscient (ou préconscient) de la date de naissance ; calcul, c'est-à-dire, opération (addition ou soustraction) portant sur le moment d'une durée fixée par la biologie (les deux cent quatre-vingts jours de la gestation) à l'intérieur d'une période numériquement limitée (les trois cent soixante-cinq jours de l'année) et cycliquement répétée sur le calendrier.

Pour Bydlowski (1983), l'effet de ce calcul est l'émergence d'une date significative : redonner la vie à la date anniversaire d'une perte décisive (grossesse ou enfant précédent). Plus

tard, elle s'est rendu compte que loin d'être réservé aux grossesses difficiles, le calcul inconscient de la date de probabilité de la naissance avait un caractère plus général. Il s'y est ajouté que la date de la conception aussi pouvait être souvent significative.

Les dates de la conception ou bien de la probabilité de la naissance viennent souvent commémorer l'anniversaire de l'un des parents, l'anniversaire de naissance ou de mort de la génération précédente, la perte d'un être cher (enfant précédent, aîné) ou bien la perte d'une partie vitale de soi (fausse couche, chirurgie sur un organe vital). C'est sur le caractère commémoratif de la date assignée à la naissance que nous voulons insister. Commémoration anniversaire involontaire qui traduit le retour du refoulé avec fatalité de ressouvenir en acte. Ressouvenir en acte, car cette répétition inconsciente est répétition dans un corps maternel et dans celui de l'enfant, et échappe le plus souvent au langage, au commentaire, et même à la mémoire (Bidlowski 1983). Ce phénomène appelle deux remarques :

Au cours des derniers mois de la grossesse, la femme traverse un état psychique très particulier ; il s'agit d'une véritable « crise », c'est-à-dire d'une période de vulnérabilité psychique accrue, une période de plus grande perméabilité aux productions de l'inconscient. Il est devenu banal de considérer l'afflux des rêves nocturnes en fin de grossesse. De la même manière, les remémorations, les associations d'idées autour de la date prévue pour la naissance, affluent plus facilement. Les souvenirs reviennent ; le refoulement qui les maintient habituellement cachés, est fissuré.

Dans l'inconscient humain serait enregistrée la durée de la gestation humaine. En effet, le travail de l'inconscient est de mettre en rapport un événement A (naissance ou conception) corrélé à sa date, signe littéral, disons a, avec un événement B (le deuil, la perte qui a précédé, par exemple) corrélé à la même date, une autre année, disons a'. C'est bien l'identité entre a et a' qui donne un sens à A par rapport à B. Et nous insistons sur la date prévue pour la naissance, car c'est celle-là que calcule l'inconscient.

4.2.2. Préoccupation maternelle primaire

C'est un état psychique caractérisé par une sensibilité accrue que l'on retrouve chez la femme enceinte. Il est comparable à la transparence psychique décrite par Bidlowski (1991). C'est un concept développé par Winnicott (1956) pour désigner un état organisé (qui serait une maladie, sans cet état de grossesse), comparable à un état de repli, ou à un état de dissociation, une fugue ou un état plus profond tel qu'un épisode schizoïde au cours duquel un des aspects

de la personnalité prend le dessus. Durant cet état, la mère s'identifie à son enfant, ce qui lui permet d'interpréter les besoins de son enfant et d'y remédier de façon adéquate. C'est un état durant lequel, la mère par identification à son enfant se met dans des conditions qui lui permettront de reconnaître et d'interpréter les besoins de son enfant afin d'apporter une réponse adéquate à ses besoins (mère suffisamment bonne).

Pour y arriver, la mère doit faire preuve d'une hypersensibilité qui se rapproche d'une « maladie normale » envers tout ce qui concerne son enfant. Cela permet l'étayage du moi de l'enfant en lui offrant une continuité d'existence et la possibilité d'évoluer dans un environnement sécurisant et adapté à ses besoins.

Tout comme la transparence psychique, la préoccupation maternelle primaire se met progressivement en place tout au long de la grossesse et peut s'étaler sur quelques semaines après la naissance de l'enfant. Cet état est ensuite refoulé et les mères ne s'en souviennent que très difficilement. Il permet l'établissement d'un cadre suffisamment bon pour fournir à l'enfant un sentiment continu d'exister et l'établissement d'un sentiment du Moi.

Par préoccupation maternelle primaire, Winnicott désigne cliniquement donc la période particulière, de quelques semaines précédant l'accouchement et le suivant immédiatement, pendant laquelle la mère se montre tout spécialement capable de s'adapter aux tout premiers besoins du nouveau-né, avec délicatesse et sensibilité. Elle capterait des signaux qu'elle serait à même de décoder et d'interpréter avec une efficacité extrême. Cet état durerait pendant les semaines qui suivent la naissance et l'auteur le compare à un repli, à une dissociation, voire à un état schizoïde, une « maladie mentale normale » dont la mère va se remettre. Certaines femmes y parviennent avec un enfant et échouent avec un autre... D'autres ne sont pas capables de se laisser aller à cet abandon. Par ces commentaires, Winnicott indique aussi l'existence de variations individuelles (Bydlowski & Golse 2001). Il s'agirait d'une identification régressive de la jeune mère à son bébé. Un auteur comme Tustin (1972) parle même de « gestation psychique » comme poursuite de la grossesse anatomique et cela nous paraît rendre compte de cette position particulière de l'enfant nouveau-né en tant qu'objet externe-encore-intériorisé, si l'on accepte de s'exprimer ainsi (Bydlowski & Golse 2001).

Ce régime de fonctionnement, qui correspond en partie à la période de « dépendance absolue » du bébé vis-à-vis de son environnement, se verra clos par la « censure de l'amante » (Braunschweig & Fain 1975) correspondant alors à la resexualisation par la mère d'un certain nombre d'objets autres que le bébé (compagnon, profession...), avec corrélativement un

désinvestissement relatif de l'enfant. Ce désinvestissement partiel est éventuellement douloureux, mais structurant pour lui, puisqu'il l'amène à créer et à inventer des moyens de substitution propres à le faire entrer dans une phase de dépendance désormais relative (Bydlowski & Golse 2001).

4.2.3. De la préoccupation maternelle primaire et la transparence psychique à l'objectalisation

Selon Bydlowski et Golse (2001), certains auteurs à l'instar de Cramer et Palacio Espasa (1983) ont parlé de néo fonctionnement psychique de la femme ou de néo-topique mère-bébé (voire père-mère-bébé ?) à cette époque particulière de la vie. En s'appuyant sur les concepts de transparence psychique et de préoccupation maternelle primaire, ils ont proposé l'hypothèse du passage de l'une à l'autre, autour du pivot de la naissance de l'enfant. Ce passage se fonde sur une bascule de l'attention psychique de la mère du dedans vers le dehors, et cette bascule vient témoigner d'un véritable chassé-croisé entre l'objet enfant et les représentations maternelles suscitées par sa présence. Bydlowski et Golse (2001) distinguent quatre étapes principales dans le processus d'objectalisation:

La première étape correspond à la période de transparence psychique qui est une période où le bébé ou futur bébé possède certes déjà une certaine concrétude (il a été conçu et il se développe dans le ventre de la mère), mais il n'a pas encore pour celle-ci le statut d'un objet externe repérable qui ne s'installera qu'avec l'éblouissement de l'accouchement. Cet enfant réel a bien son correspondant imaginaire, fantasmé, narcissique et mythique, mais surtout, 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.

La seconde correspond à la période prénatale de la préoccupation maternelle primaire (dernier mois de la grossesse), le fœtus (pas encore, mais déjà presque nouveau-né) commence à revêtir un statut extérieur bien qu'encore inclus dans le corps de sa mère (statut évidemment de type narcissique). L'attention psychique de celle-ci, qui jusque-là se dirigeait principalement vers elle-même en tant que contenant, s'infléchit progressivement vers son contenu, ce fœtus futur nouveau-né. De ce fait, pour beaucoup de futures mères, celui-ci commence ainsi à s'objectaliser dans leur psyché.

La troisième quant à elle a lieu après la naissance et pendant les quelques semaines qui la suivent, l'attention psychique de la mère va se focaliser désormais sur ce bébé nouveau-né, dès

lors externe, mais avec lequel la mère est en relation grâce aux traces mnésiques profondément enfouies et massivement réactivées du bébé qu'elle a elle-même été.

La quatrième étape à lieu plus tard, le bébé sera investi comme un véritable « objet externe », c'est-à-dire non plus comme pur représentant de l'objet interne, mais désormais comme un interlocuteur externe et n'ayant son correspondant interne qu'au niveau des représentations mentales qui s'y attachent.

Selon Bydlowski et Golse (2001) du point de vue de la mère, il y a donc un gradient qui va de « l'objet interne », métaphore des soins maternels d'autrefois (bébé qu'elle a elle-même été ou qu'elle croit avoir été) à « l'objet externe » (son bébé de chair et d'os) par le biais d'un mouvement de désinvestissement progressif du premier au profit du second. Cette dynamique correspond à une évolution particulière du statut d'extériorité. Déjà externe psychiquement alors qu'il est encore interne physiquement (préoccupation maternelle primaire prénatale), le nouveau-né reste porteur de traces de l'objet interne psychique alors qu'il est désormais externe physiquement (préoccupation maternelle primaire postnatale) ; les deux phases cliniques, pré et postnatales, de la préoccupation maternelle primaire s'intercalant en quelque sorte entre les deux processus psychiques de la transparence psychique initiale et de l'objectalisation définitive de l'enfant.

Dans ce passage progressif de la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire, on observe une bascule des processus d'attention maternelle du dedans vers le dehors, en se souvenant d'ailleurs que l'attention psychique comporte toujours cette double valence centripète et centrifuge (Golse 1991, 1996 cité par Bydlowski & Golse 2001).

Selon eux, cette bascule des processus d'attention forme le socle du mouvement graduel d'objectalisation au sein de la psyché maternelle. Ce mouvement qui est de l'ordre d'un gradient continu est jalonné par quatre étapes correspondant à des statuts différents de l'objet : objet purement interne, objet intérieur physique, mais déjà psychiquement externalisé, objet externe physique, mais psychiquement encore internalisé, objet véritablement externe. Enfin cette dynamique délicate qui se joue pour la mère avec son enfant ou futur enfant est une dynamique mise en jeu à propos d'un objet éminemment narcissique, à savoir le bébé.

Dans la clinique, cette bascule ne se fait pas toujours de façon graduelle et ne coïncide pas toujours au passage anatomique de la naissance. Ainsi beaucoup de femmes restent encore

quelques semaines dans leur rêve de grossesse rêvant de l'objet interne perdu – alors que, mû par la force de son besoin de conservation, le bébé externe la stimule au dialogue.

En outre, la caractéristique de tous les mouvements d'objectalisation est peut-être là : s'essayer d'abord sur des objets narcissiques avant de pouvoir concerner des objets plus directement objectaux. Du point de vue de l'enfant, cela se joue également au niveau de la problématique œdipienne qui concerne d'abord ses images parentales (et donc narcissiques) avant de se rejouer et de s'extrapoler à l'adolescence sur des objets extrafamiliaux.

Le père en regardant la mère la tire de son rêve de grossesse et l'encourage à regarder le bébé. Le regard de ce dernier s'en ira plus tard vers un ailleurs qui n'est ni la mère, ni le père (Bydlowski & Golse, 2001). Cela souligne que la mère a besoin du père (d'un tiers) pour pouvoir regarder son enfant comme un objet à part entière ; ce dernier a lui-même quelque peine à considérer le couple. Il faudra qu'intervienne ici tout le « dialogue des attentions » et de leurs bascules respectives pour que chaque partie puisse, de manière symétrique et réciproque, devenir de manière stable l'objet externe et l'objet interne de l'autre (Bydlowski & Golse, 2001).

4.3. L'ORGANISATEUR PSYCHIQUE DE LA MATERNALITÉ

La continuité entre la maternalité et l'établissement des liens mère-enfant a fait l'objet de nombreuses théorisations. Ces théorisations sont l'œuvre de nombreux chercheurs parmi lesquels nous allons mentionner Stern, dont nous allons présenter leur élaboration théorique.

4.3.1. La constellation maternelle

La construction psychique de la maternalité a été décrite par Stern (1997) par la constellation maternelle qui rend compte du réaménagement des processus psychiques chez la femme qui devient mère. Les représentations mentales déterminent la nature des relations des parents avec leur bébé. Stern (1997) décrit ces représentations en termes de « schémas d'être-avec », car elles seraient construites à partir d'expériences interactives. Ces réseaux de schémas d'être-avec qu'il nomme la constellation maternelle sont en fait la création d'une nouvelle organisation psychique particulière qui vient remplacer la précédente.

Les différents schémas d'être-avec maternels qui se mettent en place ou se modifient à la venue d'un enfant. Stern (1997) va d'abord décrire les schémas concernant l'enfant. Ce schéma correspond au bébé représenté, autrement dit à la représentation de l'enfant en tant que fils ou fille de sa mère et de son père, frère ou sœur des autres enfants, et petit-enfant des grands-

parents, mais inclut aussi des prédictions sur son caractère, sa personnalité future. Le bébé représenté a une longue histoire prénatale. Tandis que le fœtus se développe et grandit dans l'utérus maternel, le bébé représenté poursuit un développement parallèle dans l'esprit de la mère. Stern (1997) parle également d'une discordance possible entre le bébé réel et le bébé représenté, ainsi ce « bébé représenté » et cet écart possible lors de la rencontre entre le « bébé dans les bras de sa mère » et le « bébé dans sa tête » n'est pas sans rappeler l'écart évoqué entre le bébé imaginaire et le bébé réel. Outre cela, la mère réorganise les représentations qu'elle a d'elle-même. Selon Stern, certains de ces changements peuvent avoir été correctement anticipés avant la naissance, d'autres qu'elle n'avait pas prévus, vont s'imposer subrepticement à elle. À la naissance de l'enfant, celui-ci va provoquer d'autres réorganisations du monde représentationnel de la mère.

Il s'agit notamment des transformations de schéma concernant son mari, concernant sa mère (l'arrivée du bébé provoquant une réévaluation de sa propre mère), concernant son père, sa famille d'origine, les figures parentales de substitution et enfin, les phénomènes culturels non expérimentés directement par la mère. Par la suite, Stern explique comment ces représentations se traduisent en acte, et influencent les interactions comportementales observables de la mère avec l'enfant à travers « le discours de la trilogie de la maternité ». On observe une nouvelle triade psychique lors de la naissance (et même avant). La triade est constituée par : la mère de la mère ; la mère ; le bébé.

Les intérêts de la mère vont se diriger plus vers sa propre mère que vers son propre père ; les intérêts de la mère vont se diriger plus vers sa mère en tant que mère que vers sa mère en tant que femme. Les intérêts de la mère vont se diriger plus vers les femmes que vers les hommes (très narcissiques) ; les intérêts de la mère vont plus se diriger vers les problèmes développementaux de l'enfant que les problèmes professionnels ; les intérêts de la mère vont se diriger plus vers son conjoint en tant que père qu'en tant qu'homme et partenaire sexuel (Stern, 1997).

La constellation maternelle décrit ce qu'on pourrait nommer un « nouvel organisateur psychique », bâti sur le modèle du « Complexe d'Œdipe ». C'est une nouvelle figuration des comportements, fantasmes, peurs, désirs, pensées... Spécifique de la femme venant de mettre au monde un enfant. Selon Stern (1997), la constellation maternelle est une organisation psychique particulière chez la jeune mère où celle-ci s'identifie à sa propre mère, laquelle lui donne l'autorisation de devenir mère à son tour. Elle vient bouleverser l'organisation

fantasmatique de la triangulation œdipienne qui s'était installée, avec plus ou moins de bonheur, depuis la petite enfance, pour placer au centre de la vie psychique de la mère la triade formée des représentations de son enfant, de sa propre mère et d'elle-même en tant que mère. Cette constellation maternelle entraîne chez la mère une nouvelle configuration de comportements, de susceptibilités, de fantasmes, de peurs et de désirs. Plus précisément, la constellation maternelle s'organise autour de trois types de préoccupations et donc de trois discours :

- Celui de la mère avec sa propre mère en tant qu'enfant de cette mère ;
- Celui d'elle-même en tant que mère ;
- Celui d'elle-même avec son bébé, constituant ainsi une nouvelle « triade psychique ».

Selon Stern (1997), ces discours sont organisés autour de quatre thèmes. Ces thèmes sont la croissance de la vie, la relation primaire, la matrice de soutien et la réorganisation identitaire.

4.3.1.1. La croissance de la vie (comment subvenir à la vie et au développement de l'enfant).

Ce thème concerne la capacité de la mère à prendre soin de son bébé et d'assurer le développement de ce dernier. C'est le thème de vie fondamental nécessaire à la survie de l'espèce et unique au cours du cycle de vie. La théorie de l'attachement concerne aussi cet épisode de transmission génétique. Les questions associées à ce thème sont : « Suis-je capable de subvenir au développement de mon enfant ? » (Question de sa compétence maternelle).

4.3.1.2. La relation primaire (comment s'engager émotionnellement avec l'enfant afin d'en assurer le développement psychique vis-à-vis de l'enfant qu'elle souhaitait avoir).

La mère peut-elle s'engager psychiquement et de manière satisfaisante pour le développement de son bébé ? L'équilibre émotionnel de la mère permettra-t-il le développement psychique de l'enfant ? C'est le thème de la « préoccupation maternelle primaire » décrite par Winnicott qui inclut « l'établissement des liens d'attachement, de sécurité et d'affection, la régulation des rythmes du bébé et son portage, la production et la réception d'affects et de signaux sociaux, la négociation des intentions et de l'intersubjectivité » (Stern, 1997, p.230). Les questions associées à ce thème sont : « Suis-je capable d'entrer en relation émotionnelle avec mon enfant ? » « Suis-je assez sensible pour entrer en communication avec mon enfant ? » « Suis-je capable de développer une sensibilité pour répondre aux besoins affectifs et physiques de mon enfant ? »

4.3.1.3. La matrice de soutien (comment permettre la mise en place des supports nécessaires à l'accomplissement de ses fonctions).

Pourra-t-elle accomplir la mise en place des supports nécessaires à l'accomplissement de ses fonctions maternelles ? La mère doit bénéficier d'un réseau de soutien qui l'aidera à mener à bien les tâches antérieures. « *La mère a besoin de se sentir entourée, soutenue, accompagnée, valorisée, appréciée, instruite, aidée à des degrés divers* » (Stern, 1997, p. 231). La figure maternelle mobilisée par la nouvelle mère à l'occasion de sa maternité est essentielle pour la construction des liens avec son enfant. Sa propre expérience de maternage dans son enfance a une influence majeure sur son comportement à l'égard de son enfant. Cependant, ce qui s'est produit dans le passé, entre une fille et sa mère ne permet pas en soi de pronostiquer le comportement de cette fille quand elle devient mère, car l'important à ce moment-là, plus que l'expérience positive ou négative, est ce que la fille pense et dit de sa mère. Si sa représentation de ce passé est cohérente, équilibrée et non surinvesti, il est probable que sa relation avec son enfant n'en souffrira pas (Stern, 1997, p. 43). Les questions associées à ce thème sont les suivantes : « *Suis-je capable de créer et mettre en place des supports indispensables pour permettre à l'enfant de se développer ?* »

4.3.1.4. La réorganisation identitaire (comment transformer son identité propre pour faciliter ses fonctions).

Ce thème se réfère à la transformation de son identité propre pour la mise en place et le développement de ses fonctions. La relation de la nouvelle mère avec sa propre mère est essentielle dans ce processus de transmission transgénérationnelle qui permet le passage de fille à mère. Dans ce processus la remémoration est déterminante, car les soins prodigués au bébé réactivent constamment les souvenirs d'enfance de la mère. Il s'agit de savoir si la mère est capable d'intégrer ses autres identités – épouse, fille, femme active – et de faire le nécessaire pour veiller sur le bébé, lui offrir une relation de confiance, et rassembler autour d'elle des personnes capables de la soutenir durant ces premiers mois. La question associée est la suivante : « *Mon identité pourra-t-elle se transformer pour faciliter le développement de mon enfant ?* »

Ces quatre thèmes fournissent un cadre unique, permettant d'appréhender le développement d'une femme qui devient la mère de son enfant (Stern & Weatherston, 2003).

La « constellation maternelle » est temporaire (elle dure de quelques mois à quelques années), mais devient « *l'axe d'organisation dominant de la vie psychique de la mère* », reléguant « *au second plan les organisations ou complexes qui ont joué précédemment un rôle central [...] En un sens, la mère abandonne son complexe d'Œdipe* » (Stern, 1997 p. 223). Cette constellation maternelle est variable en fonction de l'époque et de la culture, et est à comprendre « *comme une construction unique, indépendante, existante en tant que telle, d'une importance primordiale dans la vie des mères, et absolument normale* » (Stern, 1997 p. 223).

Stern (1997), explique qu'au moment de la naissance de son enfant, la mère vit un important réaménagement psychique, qu'il nomme « la constellation maternelle ». Une nouvelle triade psychique apparaît, laissant à la propre mère de la femme qui devient mère une place importante. Cette dernière s'identifie à sa mère, laquelle l'autorise à devenir mère à son tour. Chaque interaction avec son enfant la conduit à tresser deux expériences (celle de mère et celle d'enfant) étroitement imbriquées qui font le lien entre deux générations. La nouvelle mère a besoin de modèles aussi elle revit ses identifications avec sa mère ou d'autres figures maternelles. La réorganisation de l'identité est à la fois la cause et la conséquence du réinvestissement des figures maternelles de la matrice de soutien (Stern, 1997, p.235).

Selon Stern et Weatherston (2003), la constellation maternelle présuppose que chaque mère est un participant actif, un agent de changement, capable de s'adapter à un nouvel ensemble de besoins et de demandes, en préservant ce qu'elle était et ce qu'elle est. Selon Stern (1997), c'est au sein de ce nouveau contexte de soins maternels (caregiving) que l'identité d'une femme commence à se transformer en celle d'« une mère ». Il considère que le holding et le handling du bébé sont les instruments du développement de la relation d'attachement. Il étudie l'intérêt de ces comportements de soins maternels pour le développement de la mère, aussi bien que pour celui de son bébé. Une mère, lorsqu'elle porte, nourrit, linge, caresse ou reconforte son bébé, fait appel à sa propre expérience des soins maternels. Les interactions avec son bébé réveillent des pensées et des sentiments se rapportant à un autre couple mère-enfant, à savoir sa propre mère et le bébé qu'elle était. Il se peut qu'elle s'identifie au même moment à la mère et au bébé ; c'est dans ce contexte actuel que de vieux souvenirs sont remués (Stern Bruschweiler et Stern, 1989 ; Fraiberg et Adelson, 1977 ; Fraiberg, Adelson et Shapiro, 1975).

Pour Stern et Weatherston (2003), l'ajustement de la mère dépendra de son histoire relationnelle. Il est important de bien comprendre cette information ; qui a pris soin d'elle ? Dans quelle mesure la personne qui prenait soin d'elle était-elle disponible, prévisible et

réceptive ? Quelle était la nature de cette relation, et quelle est la solidité du lien ? En suivant une ligne de pensée psychanalytique, qu'est-il arrivé à la nouvelle mère, dans ses premières années, qui influencent actuellement les soins qu'elle donne à son bébé ? Nous voyons dans l'émergence de cette nouvelle relation les vestiges de l'ancienne relation parent-enfant (Fraiberg, 1980). C'est ce modèle interne de relation qui façonne l'attitude de soins envers le bébé de la nouvelle mère et son ajustement à son nouveau rôle maternel.

4.3.2. Constellation maternelle et « constellation œdipienne »

Stern (1997) cité par Konfo Tcholong (2017) ne veut pas abolir la constellation œdipienne avec la formation de la constellation maternelle. Pour lui, la question n'est pas d'abolir l'un ou l'autre, mais bien de dire que la constellation maternelle prend le centre d'une scène de temps en temps, avec un aller-retour, quelque chose de très dynamique entre ces deux constellations chez la jeune mère, voire que d'un moment à l'autre, d'une heure à l'autre, c'est soit le complexe œdipien, soit la constellation maternelle qui prend le centre d'une scène et influence les choses.

Chacun des thèmes est porteur d'un ensemble organisé de représentations concernant ses désirs et ses peurs, ses souvenirs et ses souhaits, qui déterminent et influence les actions, les sentiments et les interprétations de la mère dans ses relations interpersonnelles. C'est pourquoi la prise en compte de cette constellation maternelle peut permettre de comprendre l'évolution des représentations que la femme se fait d'elle-même en tant que personne, en tant que mère, de son enfant, de ses propres figures d'attachement ou encore des personnes chères de son entourage.

4.4. LA MATERNITÉ PSYCHIQUE : LE DEVENIR MÈRE

Bien que toutes les théories discutées jusqu'à présent rendent compte des divers processus qui sont en cours chez la femme durant la phase dite de maternalité. Celles qui suivent envisagent la construction psychique de cette phase.

Selon Delassus (2010), la maternité est une structure psychique acquise où l'on peut distinguer deux axes majeurs de formation : celui du transfert de l'Urkind dont l'investissement vient en réaction à la Différence natale et celui des axes de consolidation que sont les stades de la maternogenèse. Leur intrication est telle qu'il en résulte une charpente, ce locus (c'est l'organisation cérébrale responsable du rapport à une origine qui se manifeste par un même mouvement parallèle et inversé) sur lequel repose la possibilité de la maternité psychique. Dès

lors, celle-ci devient désir, lequel est réalisé, transposé ou sublimé. La maternité n'est pas en effet le seul mode d'actualisation de ce qui vise à l'annulation de la Différence par la mise en œuvre du cycle du don. La maternité n'est donc pas aussi simple et naturelle que l'on croit ; on l'imagine spontanée et elle est requise chez toute femme qui a ou attend un enfant. Quand ce n'est pas le cas, on s'étonne et on se scandalise de comportements jugés anormaux.

En parlant de la maternité psychique, Delassus (2010) mentionne que la maternité humaine est un effet de la constitution ontologique. Pour lui, en arrivant au monde, le nouveau-né est atteint dans son être qui résulte de l'épigenèse, mais qui, atteint par la Différence natale, se trouve brutalement scindé en deux parties entre lesquelles s'installe un intervalle de néant où se disputent des effets opposés : ils vont du recours aux satisfactions libidinales aux efforts de la pensée et au déploiement de l'action. Mais l'enfant qui naît n'a qu'un vœu qui mobilise la totalité de son inconscient fondamental : se raccrocher à l'être de soi, cet *Urkind* qui demeure en lui, et le mettre au monde. Sur l'exemple de sa mère, lié à celle dont il est l'enfant, il veut à son tour avoir un enfant. La mère figure la réunion de soi et sa présence sature le vide en soi. Sur ce modèle, et avec cet appui, on se désire en désirant être la mère, imaginant qu'elle échappe à la Différence puisqu'elle restitue la plénitude.

Pour Delassus (2010), la maternité psychique se construit selon deux axes : celui du transfert dont l'enfant est l'objet et dont il veut devenir le sujet, et celui des stades traversés au cours de la petite enfance où la nature des liens contractés vient modeler et consolider la possibilité personnelle de mettre en œuvre ce transfert. Cette structure n'est pas toujours assurée et l'identité maternelle peut vaciller d'elle-même ou sous l'influence de facteurs extérieurs qui la déstabilisent. Mais ces deux axes se profilent à partir d'un locus de la maternité dont la base est trinitaire. Là où en même temps la structure neurontologique reste indemne, une scission s'est surajoutée qui est le lieu d'une angoisse originaire. La figure de la mère va l'occuper jusqu'à ce que, par l'effet du matricide, elle cède la place à la volonté d'être soi-même, ce qui se fantasme dans le désir d'enfant. C'est une trinité à géométrie variable où la place du père pallie l'éviction progressive de la mère. Ainsi, chez l'être humain le *maternel* est une disposition psychique à donner ce qui manque, avec pour effet de le recevoir de l'enfant qui renvoie, à la mère comme au père, l'image de la totalité de leur être.

Cette maternité psychique œuvre ainsi pour la naissance psychique qui est une dimension très importante dans le processus du devenir parent et du naître humain. En abordant la problématique de la naissance psychique, Delassus (2010) mentionne que l'homme naît par

deux fois, dans deux mondes différents, et la seconde naissance doit s'accorder à la première, de même que celle-ci doit insuffler son esprit à la seconde. Mais toutes deux sont lentes et progressives, elles n'ont pas la soudaineté de l'accouchement.

La première naissance est le fruit du hasard. Imaginons l'univers intra-utérin et, au-dedans de lui, un embryon puis un fœtus qui, peu à peu, développent un espace intérieur. Il est fait de cellules sensibles, de neurones qui n'ont pas de programmation déterminée, qui sont un lieu constitué par les impressions sensorielles et cénesthésiques. Cette expérience sensible est ressaisie, elle s'étend à tout le réseau neuronal libre et l'unifie dans l'ordre d'une structure qui correspond à la constitution d'un genre d'être qui n'existe dans aucune autre espèce. C'est, en nous, la naissance de l'être humain en relation et correspondance totale avec l'homogénéité prénatale, mais dépendant d'elle. Pour l'embryon, les choses sont encore à l'état préliminaire ; chez le fœtus, elles se confirment et se fixent. On peut envisager ici le passage de l'embryon au fœtus, mais on ne saurait repérer une limite précise : le processus est graduel ; de même il n'est pas possible de dire quand il s'achève, quand l'homogénéité vécue est devenue la structure de l'être humain suffisamment élaborée pour qu'il puisse subir sans dommage un accouchement précoce (Delassus, 2010).

La seconde naissance est le résultat de la nécessité. Il faut venir au monde et donc quitter le milieu prénatal. L'organisme s'en accommode et le programme génétique induit certaines adaptations nécessaires, notamment au niveau des fonctions végétatives. Tout est prévu, par exemple, pour que la respiration et la circulation sanguine se modifient en fonction des nouvelles conditions vitales. Par contre, pour l'être sorti de son origine, il n'y a rien qui convienne : tout se retourne contre lui, il n'y a plus d'homogénéité vitale et il est incapable de la produire de lui-même. C'est le moment de l'impact de la Différence natale. L'enfant crie, ouvre les yeux, les referme, se rendort et se réveille alternativement ; il est dans un désordre indescriptible, une panique mortelle. Le secours doit venir d'ailleurs, de la mère, son corps et sa présence. Sans ce secours, il n'y aurait pas de naissance, cette fois. Mais la maternité est le lieu, comme le moyen, du passage. Elle est l'interface du changement natal (Delassus, 2010).

D'un côté, la mère fournit les aliments que le nouveau-né serait bien incapable de se procurer, elle soigne son corps et, de plus, le remet dans une ambiance et un environnement à l'image de ce que fournissait le milieu utérin. D'un autre côté, la mère intervient du dehors, parle et se fait sentir à partir de là comme si l'*Urkind* avait pris forme dans sa présence. Le monde n'est plus aussi différent et étrange, il n'est plus contre l'enfant. Le nouveau-né s'y laisse

aller, avec ses impulsions et ses retraits. Il s'y installe aussi dans la mesure où il apprend à avoir confiance dans la mère. Un équivalent global de ce qu'il était au-dedans apparaît à l'extérieur. L'enfant se tourne alors vers ce qui, bien que contraire à sa naissance, devient peu à peu le lieu possible d'une naissance psychique.

4.4.1. La construction psychique de la maternalité

Selon Anzieu Premmeur (2011, p.1471), la maternalité est une notion qui regroupe le processus de réactivation des conflits infantiles et des identifications à la mère avec la remise en cause des systèmes défensifs ; cette crise d'identité peut être maturative et s'associe à des périodes de labilité proches de la psychose. Mariotti (2012) ressort les trois éléments fondamentaux qui participent à l'édification de la maternalité, il s'agit du désir d'enfant féminin qui tire ses origines des premiers échanges affectifs et physiques entre l'enfant et sa mère ; les manifestations psychiques de la maternalité qui découlent des identifications à la figure maternelle et recouvrent nécessairement un aspect transgénérationnel ; le désir d'enfant est un souhait ancien tirant ses origines du complexe d'Œdipe et s'inscrit dans la psychosexualité (Mariotti, 2012 p.3).

4.4.1.1. La relation sensorielle à la mère

Mariotti (2012) retrace les premiers contacts physiques de la mère avec sa fillette qui, inconsciemment, à un niveau imperceptible, lui transmet certains messages qui, graduellement, participeront à la construction du maternel. Elle lui communique le plaisir de prendre soin d'elle alors que la réaction de son nourrisson lui rappelle vaguement ses propres souvenirs d'elle-même avec sa mère. À travers les contacts physiques avec sa fille, elle retrouve le même sentiment ressenti dans les bras de sa propre mère (Mariotti, 2012, p.4). L'enfant est introjecté dans le Moi de la mère et les premiers investissements œdipiens de cette dernière sont répétés avec l'enfant (Parat, 2013). La psyché s'édifie non seulement à partir de ce que la mère transmet à son enfant dans sa façon de le regarder, de le bercer, de le toucher, de lui parler, mais elle se construit également à travers la tentative du nourrisson d'interpréter ce qui lui arrive (André, 1994).

4.4.1.2. Les identifications

Le désir de maternité s'édifie à travers les sensations corporelles induites dans le lien précoce mère-enfant. C'est à travers ce lien originaire intense que le processus d'identification s'installe. Les identifications successives influencent le désir de maternité ou son absence,

notamment la valeur que prendra l'enfant dans la psyché de la future mère. Cette identification se fait sur plusieurs sources comme le souligne ce passage.

L'identification n'a pas lieu avec une personne, mais avec une ou plusieurs représentations de cette personne. La forme sous laquelle le sujet perçoit la personne n'est qu'une version possible de cette personne. Cette version sera déterminée par les nécessités urgentes ou par les intentions du sujet [...] qui peuvent correspondre au niveau de développement et d'organisation du sujet à un moment donné (Ferraro & Nunziante-Cesaro 1990, p.49).

4.4.1.3. La maternité : Une issue à la relation fusionnelle

Ultérieurement, l'une des issues à la relation duelle pourrait être la recherche de la maternité pour tenter d'atteindre un sentiment de complétude (Faure-Pragier, 1997 ; Haineault, 2006). En substance, le désir d'enfant s'inscrivant dans le registre narcissique est celui de l'enfant idéal issu d'une mère idéale, il a valeur de pénis pour la mère qu'il comble : pas de tiers, négation de la valeur anale, agressive de l'enfant imaginaire.

4.4.2. La maternogénèse

Selon Delassus (2007b), on ne naît pas mère, on le devient... C'est un long parcours qui retrouve un trésor laissé de côté depuis l'enfance, constitué pendant l'enfance : la mère est un secret d'enfance. Ceci est un postulat qui trouve toute sa place en périnatalité et plus spécifiquement durant la phase dite de maternalité. Cette phase est initiée par la maternogénèse, qui permet de comprendre comment la femme devient une mère et quelle est l'origine du maternel. Pour l'homme, la construction du maternel est une question de désirs et de pulsions. Ainsi, rencontrer des femmes qui n'éprouvent pas de sentiments d'amour et de tendresse envers leur bébé après la naissance de ce dernier ne relève pas de l'extraordinaire. Dans cette partie consacrée à la maternogénèse, nous allons aborder le devenir mère chez la femme.

Selon Delassus (2010), en réalité, la maternité humaine n'a plus que les apparences de la maternité animale, car elle se construit en relevant d'un processus de *maternogénèse* qui se superpose aux dispositions anatomiques fonctionnelles, jusqu'à les faciliter ou les entraver. Les effets de la Différence natale qui provoque une fracture ontologique par rapport à laquelle le désir d'enfant devient une solution manifeste, chez les filles, mais aussi chez les garçons. Le

fait essentiel est que la mère est apparue comme l'image et la source d'une synthèse de soi. Être mère, c'est échapper à la Différence tout en se retrouvant dans la personne de l'enfant que l'on a, mais ce désir, quasiment ce fantasme, ne suffisent pas. Il faut qu'ils soient élaborés au cours d'un parcours psychologique, la maternogenèse, où les stades s'emboîtent et s'affermissent l'un l'autre (Delassus, 2010). Cette construction se déroule en quatre étapes qui commencent durant l'enfance (Delassus, 2007b). À la préalable constitution de l'originaire, succédera la rupture du syncrétisme avec la mère, puis l'auto-attribution du maternel qui nécessitera la confirmation par le père.

4.4.2.1. L'enfance est l'origine de la maternité.

Selon Delassus (2007a), au commencement, l'enfant est tout. Pour exister, il faut avoir connu cette totalité initiale, garantie par le bon maternage, par la protection des agressions. (Mère suffisamment bonne). Ce moment où l'enfant est dans la totalité ou l'absolu est l'originaire. C'est originaire qui fait en sorte que l'homme s'attache ; l'expérience de l'originaire structure en lui, au niveau cortical, la matière de son existence et de son lien au monde, laquelle est une disposition à l'amour. La clé de voûte corticale humaine est de la nature de l'amour. L'humain vivra sur le compte de l'originaire. Pour Delassus, l'originaire est la matière de l'hominisation en même temps qu'une charge d'amour en nous.

4.4.2.2. L'avènement de la féminité, choix de parenté avec l'originaire.

Selon Delassus (2007a), il y a un concurrent à l'amour de la mère et de l'originaire : c'est l'amour de l'autonomie. En grandissant, l'enfant ne peut plus tout faire et sa mère ne fait plus tout pour lui. Advient un conflit nécessaire dans lequel l'enfant ne reconnaît plus sa mère. La mère réelle n'est alors plus la mère de l'originaire. Avant, la mère était comme un complément de soi pour soi, comme l'Autre même. La mère devient quelqu'un d'autre. Apparaît la volonté personnelle de l'enfant, qui provoque dès lors la perte de l'originaire. L'enfant rompt la Totalité, c'est un matricide et un suicide. Le Tout devient l'Inconscient. L'apparition du temps vient du fait que l'enfant se met à espérer le retour de l'originaire. À la vie originaire succède alors la vie temporelle. L'entrée dans le temps nous fait changer de conscience. L'ancienne conscience (l'originaire) devient inconscience.

Le Moi apparaît tout de suite après le matricide. Le Moi est la volonté d'être tout. Cette nature totalitaire du Moi est ce qui masque ou combat l'effet de dépression, voire de mélancolie, qui devrait l'affecter. C'est la folie du Moi qui le protège de la folie. Le problème de l'enfant

devient alors : « Comment être la totalité alors qu'il n'est rien d'autre que la seule volonté de l'être ? » La réponse que trouve l'enfant est : « Quand je serai grand ». Mais ce Moi comme projet reste une identité lointaine, or il en faut une à l'enfant qui soit immédiate. C'est le genre sexué qui la fournit. L'enfant doit se résoudre à devenir une partie de la totalité : garçon ou fille.

La petite fille éprouvera de la joie à faire le choix d'être du genre féminin. Car les femmes sont celles qui peuvent avoir des bébés. La petite fille a dès lors la possibilité d'être l'auteur de la totalité, de reproduire à son tour ce qui fut la totalité originaire de soi (Delassus, 2007a). Il ajoute par la suite que ce n'est pas une compréhension consciente, mais une inspiration qui relie l'inconscient au conscient, raccorde l'originaire à l'ordre du temps, accorde au temporel la grâce de l'originaire.

4.4.2.3. La maternité, désir de reproduction de la situation originaire.

Le désir d'enfant est issu d'un « besoin de continuer à bénéficier de l'attribution de l'originaire ». Autrement dit, le désir de maternité est un état d'esprit qui correspond à la nécessité personnelle de fournir à autrui la matière même de l'originaire, que ce soit sous ses formes psychiques ou physiques. Le devenir mère est comme nous l'avons souligné plus haut, une construction psychologique. Cette construction constitue selon Delassus (2007b, 2014) la maternogénèse.

4.4.2.4. L'originaire et sa place dans la maternogénèse

L'originaire correspond à la période durant laquelle la personnalité maternelle est nécessaire pour pouvoir assurer le passage entre le milieu intra-utérin et le milieu extra-utérin. Durant cette période, la mère offre les conditions nécessaires pour que l'enfant puisse naître psychiquement : il s'agit concrètement du stade où le sentiment maternel et la capacité du don nécessaire à la naissance de l'enfant se constituent (Delassus 2007b ; 2014). C'est la période au cours de laquelle le nouvel individu s'adapte au monde. Après avoir défini l'originaire, nous allons présenter les étapes de la maternogénèse.

➤ Les étapes de la maternogénèse

Une femme aura la possibilité de devenir mère, si dans son enfance, différentes étapes lui ont permis d'évoluer dans son désir de mère. Ce n'est que dans un second temps qu'elle choisira d'accéder ou non à la maternité. Tout cela se déroule dans l'inconscient, c'est : la « maternité psychique » qui permet le transfert de la totalité originaire et dont dépend la capacité du don.

Les processus psychiques du devenir mère sont regroupés en quatre étapes, et constituent le champ de la maternogénèse.

– La constitution de l’originaire.

Cette première étape est commune aux deux genres : masculin et féminin. Elle permet l’adaptation du naissant au monde. Il n’y a pas de mémoire de l’origine, ce n’est pas un objet de conscience réfléchi, il en résulte une « amnésie infantile ». Il n’y a pas la possibilité de s’en souvenir, car il n’a pas trouvé matière à s’élaborer, ni d’arriver dans le temporel. Cependant, une seule personne peut assurer au mieux le lien avec l’originaire, il s’agit de la mère qui le représente. L’enfant ne voit pas « la mère », mais il voit la mère en train d’être maternelle, il voit donc le maternel, c’est-à-dire l’originaire en acte. Il s’agit donc de la fonction donatrice de l’originaire, c’est une expérience que l’on reproduit par rapport à ce que l’on a pu connaître. On ne devient mère qu’une fois que le maternel s’est élaboré. L’originaire permet de retranscrire la Totalité enregistrée au plus profond de l’être, et cela grâce au maternel ; l’enfant va être imprégné de la structure de l’originaire, car il y a un donateur : la mère. Cette mère est dans un état d’hypersensibilité maternelle (Inconscient) que l’on nomme : « préoccupation maternelle primaire ». C’est un état de repli, de symbiose de la mère qui fournit à l’enfant les conditions nécessaires à son développement. Le bébé ne ressentant aucune menace va pouvoir s’investir dans la relation à la mère et aux autres, il rentre ainsi dans le cycle du don.

– La rupture du syncrétisme.

C’est le stade de la rupture avec la petite enfance, aux alentours de l’âge de deux ans. Il faut rompre avec la mère pour pouvoir être soi, acquérir de l’autonomie et se constituer en tant que sujet. Il s’agit en fait d’un « véritable matricide ». On rompt avec la mère qui n’est plus dans cet état d’hypersensibilité maternelle inconscient. La rupture de cet état, la rupture d’avec la mère n’est possible que si l’originaire a été bien vécu. Après avoir tout reçu de sa mère, la demande de l’enfant va être tellement plus intense que celle-ci ne pourra plus y répondre seule. Il se détachera alors d’elle pour chercher ailleurs à répondre à ses besoins. En effet, la mère après avoir été l’organe de la Totalité, pour l’enfant, ne correspond plus à ses attentes : « la mère effective n’est plus la mère originaire ». L’enfant peu à peu ne va plus percevoir en sa mère un complément de soi, une concordance. Il va progressivement se rendre compte que lui et sa mère ne forment pas un tout, qu’ils sont différents. Il va apprendre l’existence de l’Autre : c’est « le matricide » qui a lieu, il ne s’agit pas de tuer sa mère, mais inconsciemment d’y renoncer pour préserver le maternel. L’enfant va donc renoncer à percevoir chez sa mère la

Totalité, cependant il désire toujours la retrouver. Son seul moyen de réagir est alors d'espérer et intégrer la notion de temps, la notion d'avenir : « à la vie originaire de l'enfant succède la vie temporelle ». Cette arrivée du temps dans l'esprit de l'enfant va changer son regard et sa conscience, peu à peu la réalité des objets lui apparaît et le langage prend forme. Il va pouvoir s'affirmer et dire « je » (Delassus 2007a).

– L'auto attribution du maternel.

Le maternel est une qualité que l'on peut s'attribuer selon son appartenance au genre correspondant : le féminin. Le garçon doit renoncer au maternel, il va donc difficilement aimer l'originaire se trouvant en lui, il va s'orienter de façon à exprimer son « moi » et se contentera de trouver l'originaire chez sa future femme. La petite fille a quant à elle, la possibilité de revivre l'originaire, car elle fait partie du genre féminin, potentielle future mère. L'attribution de l'originaire étant définitif lorsque la fille ne pensera plus l'originaire pour elle-même, mais pour autrui. Il n'y a pas encore de désir d'enfant, mais une reconnaissance de la possibilité d'être mère. Cette attribution du maternel se fait dans la continuité de la rupture du syncrétisme et constitue l'identité du moi. La petite fille pense alors comme une future mère inconsciemment. Une difficulté à devenir mère pour une femme peut résider dans le fait que sa propre mère n'avait pas eu la possibilité de franchir cette étape, soit par une rétention du maternel qui l'avait empêché d'y accéder, soit parce qu'elle-même à un jugement péjoratif quant à la vision de sa propre maternité. Mais devenir mère ne se limite pas à s'attribuer le maternel, une étape reste déterminante : la confirmation par le père (Delassus 2007a, 2007b, 2014).

– La confirmation par le père.

Seule une figure représentant le paternel peut confirmer pour la fillette cette possibilité de devenir mère un jour. La mère ne peut le faire dans la mesure où pour l'enfant fille ce serait un retour à la dépendance qu'elle a à l'égard de cette mère. Cette attitude de père ne doit pas être considérée comme incestueuse, elle ne sera ici qu'une confirmation de la possibilité maternelle, et permet que ce désir de petite fille puisse patienter jusqu'au moment souhaité. Le père permet que le désir reste à l'état de latence, et d'inscrire dans le temps la capacité à devenir mère. Il ne s'agira alors plus d'un fantasme (Delassus 2007a, 2007b).

Nous pouvons retenir que la première étape de la maternogenèse concerne le maternage qu'elle a reçu et connu dans son enfance. Les perceptions et les sensations qu'elle a retenues de

ce maternage vont lui permettre de le transmettre à ses enfants. La deuxième étape correspond à l'accès vers l'autonomie. Le maternel donné en plein régime au cours de la petite enfance, prend fin vers un an. La troisième étape correspond à la phase où la femme, de par son appartenance au sexe féminin, va soit faire valoir ce droit d'accéder au maternel, soit reconnaître ce pouvoir et en avoir la charge. C'est un cap décisif où tout un destin se joue pour la future mère. Ce cheminement vers le maternel peut être interférée par la relation avec sa propre mère qui empêche sa fille d'y accéder. Ou lorsque la future mère se dévalorise et a une mésestime d'elle-même. Delassus (2007a) s'interrogeait sur « comment envisager d'avoir ou de faire un enfant, de l'aimer et qu'il vous aime si l'on a de soi-même une mauvaise image ? » La quatrième étape fait intervenir le père dans la relation avec sa fille. C'est lui qui va autoriser inconsciemment par la parole, la possible construction du maternel. Selon l'expérience de Delassus (2007b, 2014), les difficultés ou maladies maternelles sont en relation avec ces quatre stades qui permettent à la femme de devenir mère. S'ajoutent à cela, les expériences infantiles vécues par la mère telles que la brutalité, l'abandon, la pauvreté, le désintérêt, les abus sexuels au cours de son enfance... qui sont également des vecteurs de la dépression postnatale. Puis lorsque la femme est en âge de procréer et qu'elle décide de se lancer dans l'aventure de la maternité, elle va être confrontée à des bouleversements psychiques.

4.4.2.5. Aux fondements de la maternité : le transfert.

Pour cette théorie, la maternité est la transmission de l'originaire ; c'est-à-dire un, transfert et c'est ce que témoigne cette expression « il n'y a de transfert que d'originaire ». En faisant recours au transfert, le don devient la problématique centrale de la maternité. En effet pour Delassus (2014), la maternité est un déséquilibre au cours duquel on n'attend pas de recevoir, mais de donner. Pour lui, « *donner est alors la forme de relation à soi qui crée ce qui manque à soi en le donnant à l'autre. Car on n'attend pas l'enfant pour qu'il donne ce qui manque, mais pour être en mesure de lui donner.* » (p.42). Ce don vient de l'impuissance natale du nouveau-né qui nécessite que la mère vienne en lui donnant tout ce qui manque. Elle agit dans l'optique de la totalité (originaire) qu'il ressent devoir assurer. L'amour maternel est donc ce qui rend tout ce que la mère donne, bien cet amour rétablit la possibilité partagée de la totalité.

La mère exerce ses fonctions maternelles dans une optique vécue de la totalité dont l'enfant nouveau-né manque comme la mère en manque elle-même. Mais dans ce contexte, la mère ne manque plus de la totalité quand elle la donne. Pour Delassus (2014, p. 43) « *donner*

est bien la forme d'avoir ce qui ne peut plus jamais être acquis. L'enfant, par son dénuement, et la mère, par son intentionnalité, font que ce qui est donné (et qui est toujours une chose partielle) devient une chose totale ».

Dans cette logique, l'enfant est pour la mère la totalité revenue et se situe à cette place où a lieu le manque comme attente, il comble cette attente et est l'image de la totalité qu'il représente concrètement. La non-totalité effective personnelle, distincte de la totalité qu'il représente au niveau maternel, entraîne que la mère engage de tout lui donner à chaque don d'objet partiel. La mère donne la totalité et se ressent être la source de la totalité qu'elle donne, elle retrouve cette totalité dans l'acte de donner à son enfant. Selon Delassus (2014, p. 44) :

au total, entre la mère et l'enfant, la totalité a lieu comme atmosphère générale de la relation qui est une relation de milieu et non pas une relation d'objet. Ce qui fait que la totalité est établie pour l'enfant (non pas au niveau biologique fœtal, mais au niveau psychologique natal) et elle est rétabli pour la mère.

Ainsi, le don maternel est une question de transfert de la totalité à l'enfant qui en est dépourvu. Le transfert de l'originare correspondrait donc à la transposition du maternage connu et reçu dans la relation avec son enfant. Pour Delassus (2007), en ce qui concerne la maternité, elle peut être le lieu de deux types de transferts :

Le transfert propre qui est la translation de l'originare, le transfert maternel. Cette première forme de transfert a trois conditions : une matière originare suffisante (materno-suppression) ; une liberté de la matière originare, sinon il y a indisponibilité de l'originare ; la materno-dépendance. Rien ne doit s'opposer au passage de l'originare dans la structure psychique de la mère. Sinon, le transfert de l'originare est dangereux, il y a maternité défensive.

Le transfert parasite qui est le transfert des états psychiques qui affectèrent la petite enfance de la mère. C'est une névrose de transfert. Il peut s'agir de fixations libidinales chez la mère, qui par déviations créées une maternité objectale. Ou alors les sentiments éprouvés pendant l'enfance envahissent la relation maternelle. Il y a altération, et maternité projective.

Pour Delassus (2007a), la maternité est un état psychique, d'ordre psychogénétique, de nature transférentielle, évolutive et généralement accessible au soin. La maternité est une épreuve dans la mesure où la mère ne peut s'empêcher de comparer ce que l'on fait à l'idéal

qu'on s'était fixé. La maternité solitaire est difficile, car il faut le regard d'autrui pour soutenir la maternité. Au moment de la résurgence de l'originnaire et de la réactualisation de ce passé, la mère est à vif et celui qui peut avoir le regard qui la supporte est celui qui l'aime, c'est-à-dire celui qui est aussi un père pour la mère (Delassus, 2007a).

4.4.3. Du complexe de Télémaque au devenir mère : le point de vue de Darchis

Selon Darchis (2016), dans un grand mouvement qui fait crise, la famille enceinte s'engage dans un processus dynamique pour construire un nouveau groupe en son sein. Le sujet se prépare à devenir parent et famille dès le temps de la gestation en parcourant un chemin dans des rythmes plus ou moins différents. Chaque couple et famille a un parcours particulier, avec sa mentalité de groupe ; mais cette aventure a ses invariants et ses fondamentaux. Pour fonder une famille et ouvrir le berceau psychique familial qui accueillera l'enfant, les membres de la famille entreprennent le voyage psychique au temps de la grossesse ou encore le voyage de Télémaque (Darchis, 2000a). Ce nécessaire voyage psychique prend du temps et, comme le dit un couple en 9 mois de grossesse, on a tout juste le temps de s'y préparer (Darchis, 2016). Le temps de la grossesse réactualise, chez le futur parent, le chemin de son développement. La mise en place de la parentalité est la dernière étape de la maturité d'un sujet et l'une des dernières chances pour évoluer avant d'aider son enfant à grandir. Ce qui fait en sorte qu'au cours de cette période, le remaniement interne semble reprendre le travail de l'évolution libidinale, laissé jusque-là en jachère, en réactualisant le matériel infantile (Darchis, 2000b).

Ce voyage met en mouvement un réaménagement psychique individuel, mais aussi une réorganisation groupale, au sens psychanalytique de maturation et d'élaboration. Il s'agit d'un véritable processus psychanalytique groupal au cours duquel sont retrouvés, partagés (avant d'être transformés) les vécus anciens de l'enfance et les expériences ressenties par les personnes de la famille dont on fait partie et à laquelle on s'est identifiée ; ce sont aussi des réveils d'ambiances d'autrefois, mais aussi de résistances ou de défenses familiales. Ceci englobe également les désirs, les joies et les satisfactions, les angoisses, les peurs et les effrois, la dépressivité, la tristesse ou la mélancolie du groupe famille en son entier qui sont ranimés comme faisant partie de chacun des membres de la famille et issus d'un terreau commun. Ce voyage est décrit par ce que Darchis appelle l'image du voyage de Télémaque dans l'Odyssée d'Homère, qui avant de construire sa propre famille, part à l'aventure, pour connaître la destinée de son père (Darchis, 2000b).

En effet, la déesse Athéna dit à Télémaque : pars à la recherche de ton père, traverse les mers, et lorsque tu auras achevé ton voyage, il ne faudra plus te livrer aux choses infantiles, car tu n'en auras plus l'âge ; alors tu pourras construire ta propre demeure (Hamilton, 1997). Ce retour vers le passé, appelé le voyage de Télémaque par Darchis (2000b), est un complexe qu'il importe de résoudre (Vincent, 2004). Ainsi, en périnatalité, le complexe de Télémaque est le processus qui structure la psyché du futur parent pendant la grossesse où, dans un mouvement régressif, le sujet retrouve ses racines pour s'y relier afin de mieux s'en séparer (Darchis, 2000b).

Classiquement, le voyage de Télémaque participe à construire le nouveau groupe dans la différenciation des générations. Maintenant, nous pouvons dire que c'est aussi tout le groupe familial présent et ancêtre, qui est mobilisé pour construire la nouvelle contenance familiale. La famille va se relier au noyau psychique d'origine qui l'organise et aux fondamentaux qui font son identité, pour construire au mieux, un nouveau maillon dans la chaîne générationnelle.

4.4.3.1. Le devenir parent : crise affective et processus psychiques.

À l'arrivée d'un enfant, la famille vit une crise utile et nécessaire, qui va lui permettre de grandir et de s'enrichir pour renforcer son identité et sa personnalité. Mais cette crise, avec ses espoirs et sa formidable promesse d'évolution, se vit avec plus ou moins de sérénité suivant la souplesse de chacun et la capacité à s'adapter aux changements. Des antécédents familiaux souffrants et non élaborés peuvent entraver la réorganisation des liens et parfois cette crise est au contraire destructrice. C'est alors une période souffrante qui risque de mettre en péril les liens conjugaux et familiaux (Darchis, 2006).

4.4.3.2. Un grand réaménagement psychique pendant la grossesse et après la naissance

La venue d'un enfant n'est pas seulement une naissance physique ; c'est aussi une naissance psychique et une véritable métamorphose pour le couple qui doit procéder à toutes sortes de réaménagements essentiels. Préparer la venue de l'enfant et l'inscrire dans la lignée des générations demande de réorganiser son monde intérieur et extérieur. Cette grande transformation, qui commence pendant la grossesse, prend la forme d'un double mouvement : déconstruire pour mieux reconstruire (Decherf & Darchis, 2005). Pour pouvoir construire leur nouvelle famille, la mère et le père vont se relier au terreau des générations précédentes. Ils vont se tourner vers leur propre petite enfance. Ce « voyage psychique » est nécessaire pour préparer doucement la venue de l'enfant.

4.4.3.3. L'aventure régressive de la grossesse : un voyage au fond de soi

Selon Darchis (2012), le premier mouvement est un « voyage régressif » dans des retrouvailles avec l'époque la plus ancienne, la plus archaïque de la petite enfance. La situation fusionnelle du groupe mère-bébé en gestation accélère cette régression. La femme enceinte, propulsée biologiquement dans le mélange corporel avec son bébé, décrit souvent ce vécu de symbiose comme celui du tout début de la vie où « moi et milieu » sont confondus. Dans cette régression, le futur parent peut partir à la recherche de l'enfant qu'il a été ou qu'il aurait voulu être. Des événements touchants et surprenants ou parfois oubliés sont évoqués. Des albums photo ressortent ainsi que des histoires d'ancêtres oubliés. Dans ce retrait narcissique, la femme ne s'intéresse qu'à elle-même en rêvant son enfance et son enfant à venir. Elle désinvestit la réalité extérieure en se coupant du monde comme une belle au bois dormant (Darchis, 2002).

Winnicott (1949) compare ce processus à une folie normale... une fugue, un état de dissociation, un épisode schizoïde. La mère est à la fois le bébé de ses parents et le bébé attendu, avec un désir d'être maternée, un besoin d'être contenue. Ces retrouvailles se révèlent dans le besoin d'être maternée. Selon Darchis (2012), le « moi bébé » de la femme enceinte fait des « caprices », la rend exigeante ou imprévisible. De nos jours, le suivi précoce de la grossesse et les échographies favorisent l'investissement rapide du bébé et conduisent encore plus vite aux retrouvailles avec l'enfance. Mais bien souvent, c'est tout le groupe familial qui régresse en recherchant les plaisirs et les bénéfices narcissiques de cette période (Darchis 2012).

Cette régression tournée vers soi favorise paradoxalement au sens de Darchis (2012) l'ouverture à l'autre. Elle prépare la rencontre en profondeur et la communication intime avec le bébé. Ce travail qui consiste à revisiter sa propre enfance est aussi accentué par la transparence psychique. Le futur parent livre sans résistances des aspects intimes et profonds de son vécu. Pour Anzieu (1984), « le groupe est un rêve », car lorsque les membres d'un groupe partagent le sentiment de ne faire qu'un dans « l'illusion d'un corps commun idéal ». Cette idéalisation du groupe est une défense qui soutient le parent contre les différentes angoisses normales de la grossesse et lui permet de les organiser. En effet avec la brusque ouverture de l'inconscient et l'accès soudain à des réminiscences de l'enfance, ce moment est vécu parfois comme une période de grand danger. La perspective de transformation mobilise des angoisses comme la peur de changer, la peur de l'avenir et de la nouveauté. Ce qui expose la femme enceinte au retour des angoisses fondamentales d'anéantissement ou de destruction, d'abandon ou de dévalorisation, de séparation ou d'enfermement... Cette aventure est plus ou moins

anxieuse, dans le sens où pour chaque parent, l'enfance a toujours ses points sensibles. Mais les émotions fortes témoignent, néanmoins, de ses retrouvailles avec l'enfance et de cette crise nécessaire qui fait partie du cheminement.

4.4.3.4. Le voyage psychique constructif et progressif du devenir parent

Dans un deuxième mouvement de maturation, constructif, le sujet part à la recherche de ce qu'est un parent ; il retrouve les parents qu'il a eus, recherche ceux qu'il aurait voulu avoir, pour se construire dans la différenciation, une identité de nouveau parent. L'homme protégera d'abord sa femme, et sera prêt à accueillir l'enfant au sortir de la mère, pour l'accompagner dans ses besoins d'autonomie. La mère qui a écouté ses propres besoins primaires pendant la grossesse pourra, par exemple, s'identifier à une mère secourable et dévouée face à un bébé dépendant. La revisitation des genres s'actualise et permet l'accueil d'un bébé différencié : fille ou garçon.

Les places conjugales sont réaménagées dans la construction d'un nouveau groupe. Le conjoint est désormais perçu également comme parent, et cette nouvelle situation crée parfois une véritable crise conjugale. Les parents sont situés aussi comme grands-parents, la constellation familiale et l'ordre des générations sont réorganisés. Chacun dans le couple s'imagine comme parent dans la permission implicite qu'il reçoit de son père et de sa mère. Ces moments sont aussi l'occasion de réajuster le lien avec ses propres parents, parfois dans une crise familiale nécessaire. Généralement on se rapproche, ou bien c'est une mise à distance, voire une rupture pour éloigner un lien trop confus, fusionnel ou étouffant. Le jeune parent est propulsé d'un cran dans les générations. Cette crise de mutation permet au nouveau parent de naître avec la venue de l'enfant.

La capacité à supporter la perte de son enfance, de s'en séparer et d'être seule face à sa famille d'origine, permet de rêver à la nouvelle famille en la différenciant de l'ancienne famille, ce qui renforce la différence entre les générations. Les futurs parents préparent aussi le nid qui abritera la nouvelle famille. La maison est le support physique des changements intérieurs que vit chacun des deux parents. Les préparatifs vont en s'accroissant à mesure que la naissance approche soulignant l'urgence d'être prêt matériellement, mais aussi psychologiquement. La demeure est vécue comme une « deuxième peau » (Anzieu, 1985) à l'image d'une enveloppe parentale et familiale, qui contiendra le bébé et la nouvelle famille.

Pour la construction de cette maison psychique souvent idéalisée, les futurs parents recherchent confusément la façon dont ils ont été eux-mêmes enveloppés et éduqués dans leur famille et dans « la maison de leur enfance » (Eiguer, 2004), elle-même imprégnée par les générations précédentes. Quand celles-ci ont rempli leurs fonctions de soutien et d'aide à l'individuation et quand elles ont suffisamment nourri le sentiment de sécurité, elles permettent l'identification à des modèles familiaux bienveillants et sereins. Les bonnes expériences passées ressortent alors sous la forme de représentations et de fantasmes. Le futur père prépare une deuxième enveloppe, une autre matrice, plus matérielle.

4.4.3.5. Une possible naissance psychique dans la construction des liens

La crise de réaménagement psychique qui a eu lieu dès la grossesse rend possible la rencontre entre les parents et le bébé dans les jours qui suivent la naissance. Le berceau familial symbolique, préparé pendant la gestation, va s'ouvrir pour accueillir l'enfant et permettre au père et à la mère de devenir parents. Classiquement la construction du lien maman-bébé s'organise dès les premiers jours, en traversant trois stades nécessaires et structurants (Darchis, 2000) : l'adoption, l'adaptation, la sécurisation.

- **Adopter bébé et s'adopter parent : une rencontre possible**

Le premier stade de cette grande aventure est celui de la rencontre des parents et du bébé dans la réalité. C'est la phase nécessaire « d'adoption psychique » qui passe par la prise en compte du bébé réel, différent du bébé imaginaire. Après la naissance le parent a rendez-vous avec un autre que soi, un autre à connaître. Le nouveau-né est un inconnu, pourtant si proche, que sa familiarité peut bouleverser (inquiétante étrangeté). On observe qu'il faut souvent un temps, généralement quelques heures, pour se relier symboliquement à ce bébé, pour le reconnaître dans sa réalité extérieure, pour comprendre que « cet étranger est le mien ». Le regard s'attarde et « s'aimante » sur l'enfant ; on passe du cordon ombilical au cordon psychique pour intégrer cette présence singulière et étonnante. Souvent, on n'arrive pas à y croire immédiatement. Dans les yeux parentaux, on peut lire la nouveauté, l'émerveillement, la fascination, la découverte, avec parfois de l'étonnement, de la sidération ou même un bref rejet. Ce rejet, s'il reste fugace n'est pas anormal, car il peut venir de la nouveauté qui d'un seul coup trouble ou angoisse. Ces premiers contacts visuels sont aussi une véritable mise en place, dans la réalité, de l'identité de parent. La prise de conscience se produit parfois comme un déclic. Progressivement, le parent va consolider le lien qui le relie au bébé réel. Quand le travail de différenciation des générations a été préparé dès la grossesse, le bébé s'inscrit dans la filiation

qui est à la fois continuité et séparation. Il actualise la différence entre la famille ancienne et la nouvelle. On se penche sur cet étranger pour le rattacher à la famille et en rechercher les ressemblances ou les différences. Le père « adopte » parfois plus tardivement son bébé. La proximité entre le bébé et ses parents favorise la construction de l'attachement et évoque le phénomène d'empreinte étudié chez les animaux.

- **Deuxième étape : répondre et s'adapter au bébé**

Le deuxième stade est une étape d'adaptation où le parent va tenter d'entrer dans son nouveau rôle et faire en tant que parent. Pour la mère, qui est en principe en maternité 24 heures sur 24 avec son bébé, cette période se déroule en général du deuxième au quatrième jour. Il s'agit pour elle d'acquérir, en tâtonnant, expérience et compétence, pour s'ajuster à son bébé immature. On observe que la passivité du bébé incite le parent à l'action. Il devient protecteur et nourricier. Dans ce processus, la mère prend conscience avec acuité de ses nouvelles responsabilités. Elle tente de percevoir des signaux clairs pour trouver les meilleures réponses aux besoins de l'enfant. Mais s'occuper de bébé ne correspond pas toujours à l'image idéale qu'elle s'est construite pendant la grossesse. Et dans ces moments intenses, elle peut craindre de ne pas être à la hauteur de sa nouvelle tâche. C'est encore une crise, celle du baby blues qui signe un processus qui va organiser la relation. Ces temps qui suivent la naissance sont chargés de grandes émotions. Parfois désarmées devant les pleurs du bébé, qui n'ont pas encore de sens pour elles, et bouleversés par cette nouvelle responsabilité, certaines jeunes mamans se sentent envahies par la sensation de ne rien connaître. Le moindre écart avec la mère parfaite qu'elles voudraient être peut les dévaloriser, les déprimer passagèrement. La larme à l'œil et à fleur de peau, des petits riens peuvent les faire craquer ou les conduire de la tristesse à l'excitation joyeuse. Le terrain hormonal en déséquilibre accentue encore cet état d'hypersensibilité et de vulnérabilité. Plus d'une femme sur deux éprouve cette sensation et l'exprime plus ou moins fortement. Cette belle étape du baby blues, différente de la dépression postnatale, est une véritable petite déprime passagère de quelques heures, où la mère va devoir faire le deuil de la mère parfaite et de la relation fusionnelle idéale, pour devenir simplement une mère relativement adéquate et heureuse.

À ce stade, il est normal de tâtonner, d'hésiter ou de douter. On fait de petites erreurs, on se sent maladroit, on flotte un peu, on a l'impression de fonctionner au ralenti. Cet état « d'attention anxieuse » que la mère développe auprès de son bébé dans un lien étroit et fusionnel organise sa sensibilité de mère et engage la construction de l'attachement avec son

enfant. Toute cette adaptation demande souplesse et liberté par rapport aux représentations qu'elle s'était construites antérieurement de sa propre enfance. C'est la crise réorganisatrice et le travail de renoncement déjà entamés au cours de la grossesse qui facilitent l'adaptation.

- **Troisième étape : sécurisation et ajustement des relations parents bébé**

Au troisième stade, parent et bébé s'ajustent. Si les conditions sont favorables, la mère se dégage alors de son hypersensibilité anxieuse et de son vécu d'incompétence. Aux cinquième et sixième jours, elle sait davantage interpréter le comportement de son bébé, et a renoncé à son idéal de mère parfaite : elle peut s'adapter à la nouvelle situation et se sentir rassurée. Son bien-être confirme petit à petit, la justesse du comportement maternel. Il a repris du poids, s'apaise, se détend, sourit et s'endort en exprimant un bien-être qui valorise et sécurise la mère. Elle prend plaisir à nourrir, babiller, câliner, s'étonner, prévoir. Elle reste attentionnée, mais dans une plus forte sérénité. Elle perçoit progressivement ses limites à la compréhension de son enfant. La petite insécurité restante est supportable, ainsi que les ambivalences envers le bébé. À cette étape, une certaine concordance entre les rythmes de l'enfant et ceux de la mère s'est installée, ce qui permet une organisation dans un investissement réciproque. Désormais, des repères renforcent l'attachement positif. La présence du bébé à la naissance avait « fait la mère », puis en répondant aux appels, celle-ci se découvre « mère active suffisamment bonne ». Elle est en mesure d'oublier les tremblements des premiers jours pour ne retenir que quelques images, des moments forts qui personnalisent l'arrivée de bébé. Les deux êtres se sont modelés en façonnant leur relation dans les interactions et les échanges (Darchis, 2001).

La fonction paternelle a aidé la mère à se dégager du désir de combler totalement l'enfant. Une famille est née, une nouvelle histoire s'est construite dans la réalité. La mère se projette comme fonctionnant avec son partenaire qu'elle positionne comme père dans la réalité. Un véritable attachement est installé ; il va accompagner à vie parents et enfant. Père, mère, conjoint, fratrie, grands-parents : tout le monde prend sa place dans la nouvelle organisation. Ce bébé vient changer la vie et les modes de fonctionnement de la famille (Darchis, 2002).

4.5. LE MODÈLE DE LA RÉORGANISATION PSYCHIQUE DANS LE DEVENIR MÈRE SUITE À L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

En se référant à la conception traditionnelle africaine, l'homme en tant que personne individuelle concrète est situé et solidement amarré dans un univers panstructuré (microcosmos, mésocosmos, macrocosmos) (Sow, 1977). Il rappelle la fréquence, en Afrique, du thème de

persécution, contrastant avec la rareté des thèmes d'indignité, de culpabilité et de dévalorisation. C'est ainsi que les données anthropologiques permettent de dessiner des figures de la prématurité en Afrique subsaharienne. Dans ce contexte, la prématurité est causée par : un manquement moral de la femme ou une volonté surnaturelle ; la consommation des mets interdits ou réservés aux hommes ; l'adultère de la femme enceinte ; l'envoûtement ou le désaccord des esprits (ancêtres) des familles (Razy, 2007). En d'autres termes, l'accouchement prématuré est dû au non-respect des prescriptions, à la transgression des interdits qui vont entraîner la rupture du lien avec un des pôles constituants de la personne-personnalité de la mère.

La prématurité constitue pour la devenant mère une crise qui affecte son organisation psychique et doit être élaborée pour que la mère puisse continuer sur le chemin de la parentalité. Chaque fois que le sujet est confronté à une crise, il y a comme une rupture développementale qui exige un remaniement psychique en vue de l'adaptation à la situation nouvelle. Et cette élaboration psychique de la crise est souvent rendue possible grâce à l'accompagnement psychoaffectif de l'environnement du sujet. Freud (1914) va associer à la dimension d'appui qu'on retrouve dans l'étayage la dimension d'un modèle de référence.

Il est dès lors intéressant voire primordial d'interroger la culture sur l'image qu'elle se donne de la prématurité, sur l'étiologie qu'elle avance, sur les liens qu'elle établit entre cette situation et les systèmes magico-religieux et l'organisation sociale. Afin de comprendre comment elle (culture) va constituer le socle de l'élaboration et de la réorganisation psychique. En effet, il n'est plus possible d'imaginer une psyché en faisant abstraction de la culture ; la culture est comme un double du psychisme et de par cette doublure, elle intervient dans l'organisation et la réorganisation psychique.

Elle a également une fonction d'étayage systématique, par laquelle elle participe à la construction du fonctionnement intrapsychique de l'individu (Moro, 1994). La culture permet ainsi un codage de l'ensemble de l'expérience vécue par un individu, elle permet d'anticiper le sens de ce qui peut survenir et donc de maîtriser la violence de l'imprévu, et par conséquent du non-sens. La culture met à la disposition du sujet, en toutes circonstances, une grille de lecture du monde, mouvante et souple, mais toujours présente. Le codage ainsi mis à la disposition de l'individu est un processus constitué d'inférences complexes, inférences ontologiques, mais aussi inférences de causalité permettant de donner un sens à un événement répertorié (Moro, 2004). Elle joue un rôle important dans la structuration du psychisme des personnes qui la

partagent, elle fournit aussi le matériau nécessaire pour symboliser, donné du sens aux événements de la vie quotidienne.

4.5.1. De l'étayage à la réorganisation psychique face à la prématurité

La prématurité en tant que crise met en exergue la nécessité de chercher des éléments sur lesquels s'appuyer, trouver renfort et réconfort, car « *par le dérèglement vient aussi celle, dynamique, de créer de nouvelles régulations et d'y trouver plaisir* » (Kaës 1990, p. 9). Ainsi, dans la logique de Kaës (1990, p. 14) chez la devenant mère confrontée à la prématurité (situation de crise), un travail psychique visant le rétablissement de l'équilibre psychique mis à mal ou rompu va s'enclencher. La nouvelle régulation nécessaire au rétablissement de l'équilibre psychique se met en place par étayage. Pour Kaës, l'étayage est central dans le processus de dépassement de la crise, car il (étayage) « *décrit, en effet, l'exigence de travail psychique qu'impose à la psyché sa liaison nécessaire et vitale avec le corporel (la pulsion) et avec l'intersubjectivité (les identifications, le Moi)* » (Kaës, 1990 p. 8).

Freud (1929) utilise le concept d'étayage pour désigner la voie de recours, ou de sortie de crise qu'utilise le sujet accablé par des difficultés difficilement supportables. Chassaing (2008 p.38) en reprenant Freud écrit : « *L'homme est ainsi naturellement dépendant de ces trois registres (pulsions, civilisation, étayage). Dans ce processus de civilisation, il utilise les moyens d'appui qui lui sont proposés au mieux culturellement* » (Chassaing, 2008, p. 39).

Kaës complète les objets d'étayage identifiés par Freud et propose, au lieu de trois, quatre formes d'étayage : l'étayage sur le corps, l'étayage sur la mère, l'étayage sur le groupe et l'étayage sur soi (autoétayage). « *La défaillance accidentelle de l'un de ces étayages mobilise toujours chez Freud un mouvement de dépression et le recours, ou le retour, à un étayage plus solide, à partir duquel il peut prendre appui et modèle pour créer* ». Kaës (1990, pp. 9-10) pose en effet l'hypothèse d'un étayage multiple du psychisme, cette hypothèse tente.

De signifier que toute formation psychique est multiétayée et que des variations qualitatives remarquables dans cette formation surviennent dès lors que certains étayages font défaut [...] Le modèle freudien du choix d'objet par étayage suggère une représentation du processus même de l'étayage multiple, c'est-à-dire : la reprise transformatrice de l'étayé par l'étayant dans un espace intermédiaire d'étayage que nous

pouvons imaginer comme un sas de communication ou d'isolement entre deux espaces hétérogènes.

Kaës (1990 pp.9-10), introduit le concept d'étayage multiple pour signifier que toute formation psychique est multiétayée et que des variations qualitatives remarquables dans cette formation surviennent dès lors que certains étayages font défaut. Il propose ainsi quatre formes d'étayage qui sont : l'étayage sur le corps, l'étayage sur la mère, l'étayage sur le groupe et l'étayage sur soi (autoétayage). Ainsi, pour Kaës, face à la prématurité, la devenant mère va faire recours à certains ou à tous ces étayant pour surmonter sa situation. Elle baigne dans une culture qui selon Moro (1994), de par sa fonction d'étayage systématique, participe à la construction du fonctionnement intrapsychique de l'individu.

Ainsi, chez la devenant mère confrontée à la prématurité (crise), le travail psychique visant le rétablissement de l'équilibre psychique va s'appuyer (s'étayer) sur plusieurs éléments à savoir : la culture ; le groupe ; l'institution etc. L'étayage devient dès lors, le contenant dans lequel les processus de symbolisation, de mentalisation et d'élaboration psychique vont se dérouler. Autrement dit, par étayage, la devenant mère va trouver les ressources nécessaires pour symboliser, mentaliser ou élaborer la crise (prématurité) à laquelle elle est confrontée.

4.5.2. De la symbolisation-mentalisation à la réorganisation psychique face à la prématurité

La mentalisation est conceptualisée comme le mode fondamental de l'élaboration psychique, bien qu'elle-même s'appuie sur la symbolisation qui est le socle de l'élaboration. Pour Marty (1991, pp. 7-8), « *nos principales possibilités d'écoulement et de décharge résident d'une part dans un travail mental d'élaboration des excitations ressenties, d'autre part dans des comportements moteurs et sensoriels différemment liés ou non au travail mental* ».

De la sorte, « *la mentalisation traite donc de la quantité et de la qualité des représentations chez un individu donné* » (Marty, 1991, p.13). Ainsi, en tant que travail de la pensée, la mentalisation désigne la capacité du sujet à transformer les expériences vécues en représentations, à traduire au niveau mental ses besoins et désirs, ses frustrations et conflits psychiques. Dans cette perspective, la mentalisation est ce mode d'élaboration psychique qui permet de donner une expression psychique complète (affect et représentation) à la pulsion.

Marty (1991) a mis en évidence que la qualité de l'espace imaginaire et de la mentalisation est variable d'un sujet à l'autre ceci amène à réfléchir sur les facteurs de l'épigenèse interactionnelle susceptibles de favoriser la construction d'un imaginaire et d'une mentalisation riches et partant de là d'une élaboration psychique plus conséquente chez le sujet. La mentalisation fait appel aux représentations psychiques et à la symbolisation des affects qui permet de mettre en pensée les excitations issues de la prématurité. Autrement dit, avec la symbolisation-mentalisation il est question de donner un sens à la crise (prématurité).

4.5.3. De la réorganisation psychique au devenir mère

Avec la théorisation du devenir mère, nous comprenons que c'est durant l'enfance voire la petite enfance que le maternel se constitue à travers l'originaire (maternage). Il va naître chez l'enfant un désir de reproduire et de rester dans cette totalité; or ce n'est pas possible ; de là va naître le désir de l'atteindre en devenant soi-même mère, ceci correspond à une auto attribution du maternel. Le père viendra, pour la fille confirmer sa capacité de devenir mère.

Le devenir mère en lui n'est donc qu'une question d'actualisation et de transfert de l'originaire (Maternel) qui a été renvoyé dans l'inconscient. Pour devenir mère, la femme doit être dans un état qui facilite cette réactualisation de l'originaire. Cet état correspond à la maternalité, les processus tels que la transparence psychique, la préoccupation maternelle primaire sont des mécanismes qui permettent une réactualisation de cet originaire.

L'accouchement prématuré constitue ainsi pour les parents en général et pour la mère en particulier une crise qu'il faut surmonter pour continuer sur le chemin du devenir parent (devenir mère). Cette crise nécessite une élaboration psychique ; cette élaboration va s'étayer sur les éléments, les personnes de l'environnement et surtout sur la culture qui fournit le codage nécessaire pour donner un sens à cette situation.

Ainsi, face à la prématurité, il se met sur pied un véritable « travail de la prématurité » et la réorganisation psychique enclenchée s'appuie sur le référent culturel, le groupe et l'institution. En effet, l'accouchement prématuré de par ses caractéristiques traumatogènes va créer une effraction du psychisme maternel en plein réaménagement. Cette effraction va retentir sur l'ensemble du psychisme maternel, car il entraîne un débordement pulsionnel.

Suite à ce débordement, l'appareil psychique va se réorganiser pour faire le « travail de la prématurité » qui va consister à la mise en liaison des affects et des représentations pour une élaboration psychique des tensions inhérentes à la prématurité. Cette réorganisation fait ainsi

appel à la capacité de mise en représentation, de liaison et de construction d'un imaginaire capable de gérer l'effraction et le débordement pulsionnel.

En faisant recours à un étayage multiple, l'élaboration psychique de la prématurité va aboutir à une maîtrise des angoisses et de la violence relative à la prématurité pour lui donner un sens. Et la réorganisation va de par les processus de conciliation de la maternité et de la prématurité assurée le transfert de l'originarité et par conséquent le devenir mère chez la devenant mère d'un enfant prématuré.

DEUXIÈME PARTIE : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET EMPIRIQUE

CHAPITRE 5 : MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

Le chapitre ainsi entamé rend compte de la démarche méthodologique qui a été employée pour résoudre le problème de recherche. À l'entame, il fait le rappel de la problématique, suivi du cadre de la recherche et de la méthode proprement dite. En d'autres termes, après le rappel de la problématique, ce chapitre aborde le choix et la justification de notre démarche méthodologique, le déroulement de la collecte des données ainsi que les difficultés rencontrées.

5.1. RAPPEL DE LA PROBLÉMATIQUE

C'est ici le lieu pour nous de faire le rappel des éléments de la problématique de recherche.

5.1.1. Rappel du problème de recherche

La femme enceinte est inscrite dans le processus du devenir mère qui doit aboutir à la construction de l'identité maternelle. Ledit processus va du désir d'enfant à quelques mois après la naissance de l'enfant et le devenir mère implique l'acquisition d'un nouveau rôle et des nouvelles responsabilités. En donnant naissance à son enfant, la femme naît elle-même mère (Dellassus 2007). Durant le déroulement de la grossesse, pour Ammaniti et al. (1999) la période autour du septième mois de grossesse est considérée comme un pic où la différenciation commence à prévaloir sur la fusion, mais où l'accouchement n'envahit pas encore les préoccupations maternelles. Pendant ce dernier trimestre, la femme a déjà construit une représentation de soi en tant que mère et de son enfant suffisamment définie, articulée et avec une connotation émotive.

Chaque naissance est un événement heureux, attendu et préparé tout au long de la grossesse. Il peut arriver que durant cette attente, l'enfant naisse plus tôt voire trop tôt c'est-à-dire avant le terme de la grossesse. L'accouchement prématuré est dès lors une situation subite et imprévue et l'enfant prématuré vient bouleverser la représentation de l'accouchement, voire celle du bébé que les parents se sont construit durant la période de gestation. La confrontation au bébé arrivé trop tôt génère ainsi chez les parents des angoisses. Selon l'OMS (2012), les naissances prématurées représentent 11,1 % des naissances vivantes dans le monde et 12,6 % au Cameroun.

Sur le plan psychologique, l'accouchement prématuré a de nombreuses répercussions. Druon (2012) les décrit en termes de « *rupture fantasmatique brutale* » où « *le réel prend le pas sur l'imaginaire* ». Cette rupture du cheminement fantasmatique va empêcher la mère « *d'achever le bébé dans ses rêveries* » (Druon, 2012, p.142). Elle mentionne qu'il va manquer

à la mère un espace-temps nécessaire à l'investissement de la grossesse et puis de la venue du bébé.

Selon Ravier et Pedinielli (2015), suite à la naissance prématurée, la mère n'a pas pu progressivement diriger son attention psychique vers le bébé. Elle est ainsi privée du « *lent travail d'élaboration psychique qui prépare à la naissance et conduit à la préoccupation maternelle primaire* » (Ravier & Pedinielli, 2015, P. 146). La naissance prématurée précipite le moment du devenir mère et engendre selon Brushweiler-Stern (1997), la naissance d'une « *mère prématurée* ». Cette naissance rompt ainsi les processus psychiques à l'œuvre pendant la grossesse et perturbe, voire empêche le « *travail de deuil de l'unité fantasmatique* », bloquant « *les mécanismes et étapes de l'individuation de l'enfant* » (Ravier & Pedinielli, 2015, p. 147). Cagnet et Du Peuty (2013) quant à eux mentionnent qu'avec l'accouchement prématuré, la mère n'a pas pu mettre un « *terme psychique* » à la grossesse, ce qui conduit à une juxtaposition de la réalité de la grossesse et de la naissance amenant certaines mères à décrire des perceptions internes similaires à celles de la grossesse. Dans ces conditions, la mère est particulièrement vulnérable, car ses défenses psychiques sont diminuées et elle n'a pas la maîtrise du volet physique et psychique (Herzog et al., 2003). Pour des chercheurs tels que Ravier et Scotto di Vettimo (2017), il existerait chez la mère une source de culpabilité en lien avec le fantasme d'avoir abîmé l'objet d'amour. Cette culpabilité nécessiterait l'expiation d'une faute inconsciente (Ravier & Scotto di Vettimo, 2017, p. 248).

Dans le travail d'élaboration et de contenance de la maternité, les croyances, les représentations culturelles, les rituels et les tabous relatifs à la grossesse et ses processus psychiques vont modeler la manière par laquelle la devenant mère va créer, investir, se représenter et contenir son enfant à travers la maternalité. Autour de la naissance, il existe de nombreuses croyances, mythes, rites, tabou et coutumes qui relèvent de la culture et entrent dans la construction de la parentalité. Ces éléments sont qualifiés par Moro (2009) d'ingrédients de la parentalité.

En contexte africain, selon Megne Me Ndong (2016), la grossesse est le signe de l'imminence du devenir mère. Dans ce contexte, la grossesse est ce qui vient montrer que la femme a un ventre qui peut porter les enfants, elle est réceptive et peut donner la vie. Mais la grossesse ne suffit pas pour changer le statut de la femme, la naissance est considérée comme la seule et véritable preuve de fécondité qui valorise la femme. Il est dès lors nécessaire que la femme mène le processus jusqu'au bout (terme de la grossesse) et que ce dernier se solde par

l'accouchement et l'arrivée de l'enfant pour qu'elle intègre le cercle des mères et soit considérée comme telle (Megne Me Ndong, 2016).

Pour la théorie de la maternogenèse, le devenir mère se structure durant l'enfance, notamment avec la constitution de l'originnaire qui doit être transmis, donné, transféré de la mère à l'enfant qui en est dépourvu. La maternité devient dès lors un état qui prépare et assure la transmission ou le transfert de l'originnaire enfouie dans l'inconscient de la mère. Ainsi, les processus tels que la transparence psychique/transparence culturelle et la préoccupation maternelle primaire sont les garants de cette réactualisation de l'originnaire qui doit être transféré ou transmis à l'enfant. La constellation maternelle est le moyen utilisé pour ce transfert.

Selon les théories du devenir mère, dans les conditions de privation des ressources psychiques, la maternité débouche sur l'effondrement maternel. Et la devenant mère s'enlise dans la difficulté maternelle. Or nous avons constaté que malgré la privation des ressources ou processus psychiques, la construction du maternel est effective chez la primipare ayant un nouveau-né prématuré. Ceci alors qu'en restant dans le cadre des théories du devenir mère, on se serait attendu à ce qu'elle manque le rendez-vous de sa maternité et s'enlise dans la difficulté maternelle.

5.1.2. Rappel de la question et de l'hypothèse de recherche

Pour concrétiser ce problème, nous avons posé la question de recherche suivante : *comment le maternel se construit-il chez la primipare ayant un nouveau-né prématuré ?*

Cette question nous a amenés à formuler l'hypothèse que : *chez la primipare ayant un nouveau-né prématuré, le maternel se construit à partir de la réorganisation psychique qui œuvre pour le transfert de l'originnaire.*

Comme mentionné plus haut, par réorganisation psychique, nous désignons le travail mis en œuvre par l'appareil psychique pour le rétablissement de l'équilibre rompu ou mis à mal par la crise qui dans notre cas est l'accouchement prématuré. Cette réorganisation fait appel à l'étayage et aux processus de symbolisation, mentalisation pour une élaboration psychique de la prématurité.

5.1.3. Rappel de l'objectif de recherche

Vu la formulation de la question et de l'hypothèse de recherche, l'objectif de cette étude est d'appréhender la construction du maternel chez la primipare ayant un nouveau-né prématuré.

5.2. LE CADRE DE LA RECHERCHE

Le Cameroun est un pays d'Afrique Centrale situé au fond du golfe de Guinée, entre les 2° et 13° degrés de latitude Nord et les 9° et 16° degrés de longitude Est. Il présente une forme triangulaire qui s'étire au Sud jusqu'au lac Tchad sur près de 1 200 km tandis que la base s'étale d'ouest en est sur 800 km. Il possède au Sud-ouest une frontière maritime de 420 km le long de l'océan Atlantique. Il est limité à l'Ouest par le Nigéria, au sud par le Congo, le Gabon et la Guinée équatoriale, à l'Est par la République centrafricaine, et au Nord-est par le Tchad. Enfin, au sommet du triangle, au Nord, il est coiffé par le lac Tchad. Il comprend 10 régions administratives et environ 250 ethnies réparties en quatre grandes zones culturelles : la zone bantoue (régions du Centre, du Sud, de l'Est, et du Littoral), la zone Grassfields des hauts plateaux de l'Ouest (régions de l'Ouest et du Nord-Ouest), la zone Sawa (Littoral et Sud-Ouest), la zone soudano-sahélienne (Adamaoua, Nord, Extrême-Nord).

Sur le plan économique, bien que regorgeant d'un immense potentiel agricole et minier, le Cameroun est un pays pauvre avec environ 40 % des populations qui vivent en dessous du seuil de pauvreté monétaire et 70 % de la population en situation de sous-emploi, c'est-à-dire travaillant involontairement moins que la durée hebdomadaire minimale de 35 heures ou gagnant moins que le SMIG horaire. Sur le plan de la santé, il existe une inégale répartition et un déficit de l'offre des services de santé sur le territoire national, un déficit de professionnels de santé (INS, 2011).

La population est estimée par le BUCREP (2016) à environ 23 millions d'habitants. Le Cameroun a deux langues officielles, le français et l'anglais, hérités de son passé sous le protectorat de la France et de la Grande-Bretagne après la Deuxième Guerre mondiale. Ces langues officielles cohabitent avec de nombreuses langues locales issues des différentes ethnies. Les régions anglophones sont celles du Nord-Ouest et du Sud-Ouest.

5.2.1. Le cadre culturel

En ce qui concerne le cadre culturel, cette étude s'est déroulée dans un contexte où il existe un double discours : celui issu de la tradition et celui prôné par la modernité. Les

signifiants culturels viennent ou reviennent teinter l'organisation et le fonctionnement psychique. Au contact de l'Occident, les données et valeurs socioculturelles africaines ont été ébranlées et avec elles, l'ensemble des structures (familial...) qui en tiraient leur force et leur raison d'être. Les Africains évoluent aujourd'hui dans un environnement où les valeurs traditionnelles ont disparu ou presque, car les sociétés africaines sont actuellement sapées dans leurs fondements essentiels. Comme le souligne Mbassa Menick (2003), La tradition s'est modifiée sous la pression de la modernisation. Les nouvelles normes éthiques, politiques et religieuses ont largement contribué à sa transformation. Actuellement en Afrique, on assiste à l'implantation massive et à la domination de la mode occidentale (habillement, soins sanitaires, éducation, loisirs, etc.) plus qu'avant et les individus sont toujours plus exposés aux risques d'acculturation associés à ces changements. L'Afrique contemporaine fait face à de nombreuses modifications (Nguimfack, Caron, Beaune, & Tsala Tsala, 2010). Dans ce contexte, il existe comme l'a décrit Tsala Tsala (2007), une tension permanente entre les valeurs de la tradition et les sollicitations diverses de la modernité. Ce contexte paraît généralement inconfortable et dramatique ; pourtant, en extrapolant Tsala Tsala (1991b, 1992), nous disons que l'originalité et peut-être le drame de l'Afrique contemporaine sont qu'elle est à cheval entre deux modèles de cultures souvent contradictoires.

Dans ce contexte, on assiste à la perte et la réorganisation des éléments culturels. Ce qui désigne le processus de dissolution progressive du cadre de référence traditionnel dans le cadre de référence emprunté à la culture occidentale (moderne). Avec ce processus de dissolution, les éléments culturels qui structurent le fonctionnement de la communauté et le psychisme des membres de cette communauté sont de plus en plus affaiblis. Ceci, à cause du fait qu'en Afrique contemporaine on assiste au morcellement du système de vie communautaire, et on constate de plus en plus, l'impuissance des circuits traditionnels de soins et de régulation des conflits, en particulier en milieu urbain, à « réconcilier » l'individu avec son entourage ; ceci du fait du désinvestissement progressif des voies traditionnelles de contrôle social du groupe (Mboussou, Mbadinga & Dope Koumou, 2009). Cette perte et réorganisation des éléments culturels peuvent être schématisées de la manière suivante :

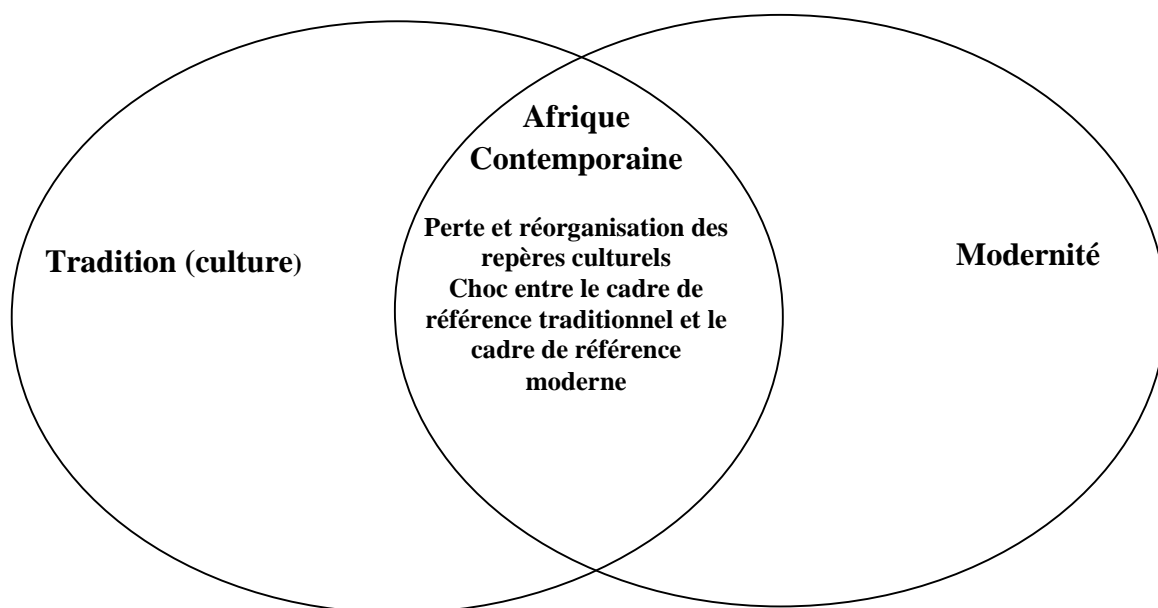


Figure 1 : l'entre-deux culturel de l'Afrique contemporaine (notre élaboration)

5.2.2. Cadre institutionnel : site de l'étude

En ce qui concerne le cadre institutionnel, cette étude s'est déroulée au sein de l'hôpital Gynécologique Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY). Cette structure est l'un des fruits de la coopération sino-camerounaise. Cette structure hospitalière est née de la volonté des gouvernements camerounais et chinois d'améliorer significativement le système de prestation des soins en faveur de la femme, la mère et de l'enfant au Cameroun. Ainsi, le 26 octobre 1993, le président de la République du Cameroun signait à Beijing l'accord de crédit pour la construction et l'équipement d'un hôpital pédiatrique à Yaoundé.

Au cours de la 4^e commission mixte Chine-Cameroun, ce projet est transformé en hôpital Gynécologique Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé. Le 7 mai, la première pierre de l'édifice est posée par le Premier ministre et l'hôpital Gynécologique Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé est créé par le décret présidentiel N°2001/271, il est inauguré le 28 mars 2002 par le président de la République du Cameroun et le vice-ministre chinois de la Santé publique. Le 29 mars 2002 s'ensuit l'ouverture de l'hôpital aux patients avec le lancement d'une journée de consultations gratuites.

Il fait partie des hôpitaux qui possèdent des maternités de troisième niveau au Cameroun. Ces maternités offrent des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets (SONUC) :

- Possibilité d'accouchements assistés par un personnel qualifié (gynécologue-obstétriciens, médecins généralistes, internes, sages-femmes, infirmiers diplômés d'état), possibilité d'administration par voie parentérale d'ocytociques, d'antibiotiques et de sédatifs/anticonvulsivants, possibilité de délivrance manuelle du placenta, curetage ou aspiration de la cavité utérine, transfusion sanguine et césarienne ;
- Possibilité de réanimation néonatale ;
- Présence de Gynécologue-obstétriciens, de pédiatres et d'anesthésiste-réanimateur travaillant en tant qu'une équipe de soins ;
- Existence d'un laboratoire et d'une banque de sang opérationnels 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Partant de notre population d'étude qui est constituée de femmes primipares ayant un nouveau-né prématuré, l'HGOPY fait partie des hôpitaux qui possèdent des maternités de troisième niveau au Cameroun, il nous offre la possibilité d'entrer en contact avec cette population qui nous intéresse dans le cadre de cette étude. En plus de cela, cette structure est un lieu de soins de référence à Yaoundé et au Cameroun pour ce qui est de la prise en charge médicale des nouveau-nés prématurés. Comme site d'étude, l'HGOPY nous offre la possibilité d'effectuer, une passation d'entretiens dans un cadre spatio-temporel capable de fournir un large éventail de notre population d'étude : les femmes primipares ayant un nouveau-né prématuré.

5.3. LES PARTICIPANTES DE L'ÉTUDE

Décrite comme une période importante pour le devenir mère, la période post-partum est une phase importante voir critique dans la vie mentale de la femme. Ceci à cause du fait que durant cette période, son état physique, social et émotionnel est très fragile. La prématurité vient accentuer cette fragilité.

Cette période est également marquée par le changement de statut chez la future mère. Ce changement implique un réaménagement identitaire devant aboutir à la construction d'une identité maternelle (Bernard & Eymard, 2008). Durant cette période, la femme éprouve des sensations et des émotions diverses qui pourront se refléter dans sa relation avec son enfant, mais aussi dans sa relation avec les autres membres de la famille. C'est également une période marquée par la présence des rituels, les règles et les croyances relatives à la maternité.

Pour la future mère d'un enfant prématuré, cette période de fragilité et de remaniements psychiques est compliquée par la prématurité. En effet, la phase de maternalité est décrite comme une véritable crise d'identité. L'attente et l'arrivée d'un enfant constituent au sens de Bernard et Eymard, (2008) une étape existentielle fondamentale au cours de la vie des femmes, car devenir mère engendre des réaménagements psychiques sans lesquels elle ne pourrait pas répondre aux besoins de son enfant. Pour Rajon (2007, p. 36), la devenant mère doit répondre aux questions suivantes : comment accepter la perte de l'idéalité du bébé imaginaire face au bébé réel ? Comment aller de la fusion à la séparation dans la relation mère-enfant ?

Pour la devenant mère d'un nouveau-né prématuré, ces interrogations sont très importantes, car la naissance de l'enfant à lieu trop tôt par rapport aux prévisions. Cette naissance entraîne un décalage énorme entre le bébé imaginaire et le bébé réel qui est venu trop tôt. Cette devenant mère doit donc faire de nombreux deuils (deuil de l'accouchement normal et à terme, deuil de l'enfant parfait). L'enfant prématuré peut être pour elle une source d'angoisse et le plus souvent, la mère ne partage pas des moments qui sont émotionnellement très intenses avec l'enfant après l'accouchement. Selon Binel (2000), l'accouchement prématuré est une menace et la mère est impuissante et désemparée, car elle ne maîtrise pas la situation et ne peut pas aider son bébé. Du fait des représentations culturelles, la mère peut se sentir coupable de la situation.

La devenant mère d'un nouveau-né prématuré est une mère séparée de son enfant ; elle est en proie à ce que Georg, Tarabylsy, Simon, David, Pederson et Moran (2000), conceptualisent en termes de déchirure, c'est-à-dire le ressenti de la mère et de l'enfant face à cette séparation. Cette séparation « néonatale » va empêcher non seulement l'intimité et le rapprochement avec l'enfant, mais aussi le travail de deuil de l'enfant imaginaire nécessaire pour l'investissement de l'enfant réel. L'accouchement prématuré vient ainsi chambouler toutes les attentes des parents en général et de la mère en particulier.

Au cours de la grossesse, les parents ont fait un travail d'anticipation de l'accouchement et de l'enfant. Avec la prématurité, la mère qui, sans doute, au cours de la grossesse a anticipé le déroulement de l'accouchement va être confrontée à une autre réalité. Cette réalité exige d'elle de rentrer chez elle sans « grossesse » et sans bébé ; en d'autres termes, elle rentre à la maison « le ventre vide et les mains vides ».

La devenant mère d'un nouveau-né prématuré qui intéresse cette étude en tant que participante est une mère qui est confrontée à une double fragilisation. En effet, la maternalité de par les processus mis en jeu est une source de fragilisation à laquelle s'ajoute la prématurité

avec tout son retentissement dévastateur. Elle est donc une mère en situation de crise qui nécessite une réorganisation de la dynamique psychique en vue d'une éventuelle adaptation. Les remaniements psychiques de la maternalité entraînent non seulement une grande vulnérabilité de la mère, mais aussi une grande malléabilité psychique qui est la source de la capacité d'adaptation de cette dernière. Ce travail complexe durant les premiers mois de vie de l'enfant constitue le socle du devenir parent (père et mère).

Cette étude s'intéresse à la devenant mère d'un enfant prématuré durant le premier mois de vie de l'enfant parce que c'est une période charnière au cours de laquelle mère et bébé se découvrent mutuellement et entre en interactions. Selon Perun et Franko (2013), les interactions chaleureuses entre la mère et son enfant sont aussi importantes pour le développement de l'enfant que pour la construction de l'identité maternelle.

Le choix des primipares comme participantes de cette étude se justifie par le fait que la première grossesse a une place très importante dans la construction de l'identité maternelle en général et le maternel en particulier. Cette première expérience va influencer ou avoir un retentissement sur les autres grossesses. Autrement dit, les enjeux tant psychiques que sociaux d'une première grossesse sont d'une importance capitale dans la carrière de « mère ».

Durant la période post-partum, l'état physique, social et émotionnel de la devenant mère est très fragile et surtout chez les primipares (réactualisation des fantasmes œdipiens, les enjeux narcissiques ou encore les questionnements autour de la féminité, enjeux d'identification à la mère seraient à l'œuvre). Cette période est également marquée par le changement de statut chez la future mère. Ce changement implique un réaménagement identitaire devant aboutir à la construction d'une identité maternelle (Bernard & Eymard, 2008). Durant cette période, la femme éprouve des sensations et des émotions diverses qui pourront se refléter dans sa relation avec son enfant, mais aussi dans sa relation avec les autres membres de sa famille. C'est également une période marquée par la présence des rituels, les règles et les croyances relatives à la maternité.

5.3.1. Critères de sélection des participantes

En suivant les prescriptions de Yin (1999) qui précisent que le chercheur définit de façon claire et précise le ou les cas étudié(s), nous avons élaboré des critères de sélection des participantes. Sur la base de ces critères, nous avons utilisé la technique d'échantillonnage par choix raisonné qui est la technique d'échantillonnage de choix pour l'étude de cas. Comme le renseignent Creswell *et al.* (2007) ; Fortin (2010) ; Stake (1995), cette technique nous a permis

de sélectionner les participantes à partir desquelles, il était possible d'avoir une compréhension approfondie de l'objet d'étude.

Les participantes de cette étude sont au nombre de cinq (5) et sont toutes des femmes ayant accouché prématurément. Elles ont été rencontrées au sein de l'institution hospitalière où leur enfant était hospitalisé. Pour la sélection de ces participantes, un certain nombre de critères ont été respectés. Au moment des entretiens de recherche, l'enfant était âgé d'au plus un mois de vie.

En suivant la classification faite par Goldenberg, Culhane et al. (2008) qui distingue quatre catégories de prématurés. Cette étude s'intéresse aux mères de nouveau-nés prématurés sans exception. Ceci à condition que l'état de santé du bébé ne soit plus critique. Pour nous assurer de cela, dans l'impossibilité d'entrer en possession des dossiers médicaux des bébés, nous avons eu un entretien préliminaire sur l'état de santé des bébés avec ces mères.

Les femmes qui ont été sélectionnées comme participantes dans cette étude sont celles dont le pronostic vital de leur enfant n'était plus trop engagé. Ce qui ne constituait pas une entrave au processus d'investissement et d'attachement à l'enfant.

En nous appuyant sur les diverses causes de la prématurité décrite par Goldenberg, Culhane et al. (2008) : L'accouchement induit (décision médicale thérapeutique sur la base d'indications maternelles ou fœtales) ; l'accouchement spontané ; la rupture prématurée des membranes. Les femmes qui ont subi un accouchement induit n'ont pas été retenues comme participantes dans cette étude. Cette exclusion se justifie par le fait que l'accouchement induit est une décision médicale et programmée, ce qui a laissé le temps à la femme d'entamer un processus d'élaboration de la situation. En plus de cela, l'accouchement induit vient mettre un terme à une souffrance maternelle ou fœtale. Ce qui peut être vécu par la mère comme un acte salvateur.

Celles qui ont été sélectionnées ont subi un accouchement spontané ou une rupture prématurée des membranes. Ce choix est justifié par la spontanéité de l'accouchement qui est venu mettre un terme aux attentes de la mère et imposer une réorganisation. La sélection des participantes n'a pas tenu compte de l'ethnie et de la religion.

De manière concrète, les critères de sélections des participantes sont ainsi résumés :

✓ Critères d'inclusion

Selon Flick (1998, p.70) dans les recherches qualitatives, les participants sont sélectionnés dans leur contexte et à partir des critères suivants :

- Ils sont typique d'une problématique (les participantes sont des primipares ayant de nouveau-nés prématurés et chez elles la construction du maternel est effective) ;
- Ont une expérience vécue de la situation observée (les participantes ont une expérience vécue de l'accouchement prématuré et de la construction du maternel) ;
- Sont accessibles dans des conditions déontologiques et présentent des capacités d'expression (les participantes sont accessibles dans des conditions déontologiques tels que le prouve la clairance éthique qui nous a été délivrée et elles sont à mesure de s'exprimer sans entrave).

En plus de ces critères généraux, nous avons pour les besoins de cette étude ajoutés les critères suivants :

- Avoir fait un accouchement spontané ou suite à la rupture des membranes ;
- Le pronostic vital de l'enfant n'est plus trop engagé ;

✓ Critères de non-inclusion

- Avoir fait un accouchement provoqué ;
- Être multipare ;
- Absence de sollicitude à l'égard de son enfant ;
- Le pronostic vital de l'enfant est très engagé ;

En rapport à la recherche et l'objectif poursuivi, la sélection des participantes est restreinte aux femmes en milieu hospitalier dont les enfants sont en surveillance médicale, car l'étude s'intéresse à la primipare ayant un nouveau-né prématuré (premier mois de vie de l'enfant) or durant cette période, les enfants sont encore sous surveillance médicale et en couveuse. La culture d'origine est à prendre en considération dans cette étude, car les interdits, les rites de la grossesse et les représentations de l'accouchement prématuré sont fonction de la culture d'appartenance de la mère. Cette culture met à la disposition de la mère les ingrédients de la maternité.

5.4. MÉTHODE DE RECHERCHE

Cette étude se veut purement qualitative, car elle vise la compréhension de la réorganisation psychique face à l'accouchement prématuré. Elle s'inscrit donc dans un paradigme compréhensif et fait appel à la méthode clinique, notamment à l'étude de cas. Ce choix est justifié par le fait que cette étude vise l'appréhension en profondeur du devenir mère dans un contexte d'accouchement prématuré. L'étude de cas se positionne comme étant cette démarche qui permet d'étudier un phénomène dans son contexte naturel et sans manipulation. Elle permet ainsi d'avoir une compréhension holistique, riche, détaillée et en profondeur de la construction du maternel chez la primipare suite à l'accouchement prématuré. Cette construction du maternel est donc le phénomène d'intérêt particulier que cette étude cherche à appréhender dans son contexte naturel sans aucune tentative de manipulation (Yin, 2009).

Cette démarche est celle qui est la plus adéquate pour cette étude, car elle est à même d'aboutir à une compréhension holistique, riche, détaillée et en profondeur du devenir mère chez la primipare ayant un nouveau-né prématuré (Benbasat, Goldstein et Mead, 1987; Luck, Jackson et Usher, 2006). La pertinence du recours à l'étude de cas s'établit également par le fait que l'objet d'étude (devenir mère chez la primipare ayant un nouveau-né prématuré) soit complexe et s'inscrit dans un contexte naturel dont il ne peut être dissocié et qui ne peut être manipulé (Walshe *et al.*, 2004; Yin, 2009).

En suivant la démarche stricte de l'étude de cas telle que décrite par Yin (2009) et Gagnon (2012), cette recherche s'appuie sur l'étude des cas multiples (étude de plusieurs cas pour lesquels il y a réplique de la procédure de recherche). La réplique du processus de recherche exige que chaque cas soit étudié selon la même procédure et dans des conditions les plus similaires possible.

En nous appuyant sur Pedinielli et Fernandez (2007) qui ressortent la dynamique des faits psychiques étudiés par l'étude de cas à savoir : les Processus psychiques [Organisation psychique (types d'anxiété, de conflits, de relation d'objet, de mécanismes de défense) ; processus de pensée (fantasmatisation, rapport à la réalité, rapport à l'œdipe, rapport entre narcissisme et relation objectale...)] et la Subjectivité (Intériorité, point de vue personnel, spécificités individuelles, vécu des situations, positions à l'égard des faits, vie fantasmatique, demandes, passé, symptômes vécus et exprimés, expérience vécue), les données à collecter relève du champ de la parole et traduisent la réalité psychique de la devenant mère en situation de prématurité.

Pour Roussillon (2007, p 12) la partie inconsciente de la réalité psychique se comporte au sein de la psyché comme une énigme agissant et produisant des effets. Pour cet auteur, la pensée clinique psychanalytique reconnaît trois types de langage, trois systèmes de messages et de signifiants et trois types de mode de manifestation de la réalité psychique inconsciente.

Le premier niveau est le langage verbal et utilise toutes les dimensions de l'appareil à langage pour communiquer et transmettre un pan de la réalité psychique qui est en partie conscient et délibéré, mais possède aussi toujours une dimension inconsciente. La réalité psychique utilise toutes les possibilités que comporte la parole. Le second niveau est celui du langage non verbal qui utilise la représentation des mots et d'autres formes de langage et de signifiants qui ne passent pas par le langage verbal, mais qui sont utilisés par la réalité psychique pour tenter de se faire reconnaître. Le troisième niveau est le langage des affects. Par les affects, l'humain transmet son éprouvé, le ressenti qui accompagne les représentations qui se manifestent dans une situation, mais aussi dans une certaine forme de sens, la manière par laquelle le sujet est affecté par ce qui se produit dont il est mobilisé et agi par ce qui se passe. Ce langage de l'affect et de l'émotion comporte une dimension inconsciente et une dimension cachée (Roussillon 2007, p. 14-16). En cherchant à comprendre la réorganisation psychique de la mère en face de la prématurité, nous envisageons la saisie de la réalité psychique de cette devenant mère. Pour saisir cette réalité psychique, la méthode la plus appropriée est la méthode clinique.

Ce choix se justifie également par le fait que l'étude s'intéresse à la réorganisation psychique, c'est-à-dire qu'elle s'intéresse à la devenant mère dans la situation de prématurité pour une compréhension sans référence à d'autres mères faces à la même situation. La méthode clinique est celle qui est à même de saisir cette réalité. De plus, les données à collecter seront d'ordre inconscient, conscient et cognitif.

Pour mener à bien cette étude et parvenir aux objectifs fixés, nous avons ainsi fait recours à la méthode clinique. Ce recours est justifié par le fait que nous nous intéressons à un objet qui ne peut être saisi autrement que par une étude approfondie du fonctionnement psychique de la mère d'un nouveau-né prématuré. Dès lors, la méthode clinique est la plus appropriée pour nous permettre de saisir cet objet qui est complexe. La nature des données que nous allons collecter et l'objectif de l'étude militent également pour le choix de la méthode clinique.

À la base de la majorité des investigations en psychopathologie et en psychologie clinique, la méthode clinique vise selon Fernandez et Pardinielli (2006, p. 43), « la

reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapie, une mesure d'ordre social ou éducatif ou une forme de conseil permettant une aide, une modification positive de l'individu ». Selon Tsala Tsala (2006, p. 138), « *la méthode clinique est celle qui considère l'individu concret dans sa situation actuelle, par rapport à son histoire personnelle. Elle vise à le comprendre, à le décrire sans le référer à d'autres individus* ». Cette méthode utilise comme moyen d'investigation l'entretien clinique (non directif et semi-directif), l'observation et les tests lorsqu'il est question de la clinique armée. Pour la collecte des données, nous avons fait usage de l'entretien clinique (entretien semi-directif).

5.4.1. L'entretien clinique (technique de collecte des données)

L'entretien clinique est une technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expériences) témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet (Fernandez & catteeuw, 2001). En tant que technique de recherche, il permet de recueillir des informations de différents types (point de vue, opinion...), c'est-à-dire des informations approfondies sur les valeurs, les faits et les comportements des personnes interrogées. Les méthodes d'entretien se caractérisent par un contact direct entre le chercheur et ses interlocuteurs et par une faible directivité de sa part (Quivy & compenhoudt, 2011).

Nous avons fait recours à l'entretien semi-directif qui est le plus utilisé en recherche. Ce type d'entretien est particulier, car il n'est ni entièrement ouvert comme l'entretien non directif ni totalement canalisé par un grand nombre de questions précises comme c'est le cas de l'entretien directif. Il est à mi-parcours entre ces deux types d'entretiens. Pour des auteurs tels que Pardinielli et Rouan (1998), l'entretien semi-directif permet de rendre compte de la dynamique des processus psychiques, le sujet pouvant organiser son discours comme il l'entend, tout en permettant une forme de standardisation.

En partant des thèmes formulés dans un guide d'entretien, le chercheur laisse le participant venir autant que possible afin qu'il puisse s'exprimer aussi ouvertement que possible. Le recours à ce type d'entretien se justifie par le fait qu'il va permettre aux participantes de rendre compte de leur dynamique psychique, tout en organisant leur discours comme elles entendent.

Dans cette étude, avec l'entretien, la devenant mère d'un nouveau-né prématuré étaient appelées à exprimer ses perceptions, ses interprétations et son expérience face à la situation de prématurité.

Pour la collecte des données proprement dite, nous avons fait usage d'un guide d'entretien élaboré à partir de l'hypothèse, l'objectif de recherche et des principaux axes des théories qui sous-tendent l'étude.

L'entretien clinique de recherche utilisé dans cette étude constitue un outil de marque dans l'appréhension des processus psychiques en cours chez la devenant mère d'un enfant prématuré. En effet, l'entretien se positionne comme le meilleur moyen pour étudier la pensée et avoir accès à la pensée de la devenant mère. Dans cette étude, l'entretien clinique repose sur l'hypothèse selon laquelle la parole est un des moyens privilégiés pour avoir accès aux processus inconscients, objet de la recherche à partir de la psychanalyse (Bréhat 2018).

En plus de cela, en nous appuyant sur Bourguignon et Bydlowski (2006, p. 58), nous comprenons que la pratique de l'entretien clinique de recherche est basée 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* ». En plus de cela, comme le reprend Bréhat (2018), lorsque la participante 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. Selon Bourguignon et Bydlowski (2006, p. 119) : « *toute perturbation au niveau du discours qui signe la défaillance de la secondarisation sous l'impact d'un fantasme, qui est des éléments renvoyant à l'inconscient* » ; ces manifestations de l'inconscient se relèvent dans le discours du sujet à travers les répétitions, les lapsi, les procédés défensifs, les non-sens, etc.

5.4.1.1. Le guide d'entretien (outil de collecte des données)

Pour mener nos entretiens, nous avons fait usage d'un guide d'entretien (présenté en intégrale en annexes). Ledit guide d'entretien (ensemble organisé des thèmes et sous-thèmes qui structure l'activité d'écoute et d'intervention des protagonistes) qui traduit de manière concrète notre problématique et l'idée directrice de cette étude est construit autour de cinq (5) axes principaux issus des théories et concepts mobilisés. Ces axes permettent de faire une exploration de la construction du maternel.

- Identification de la participante ;
- Vécu psychique de la grossesse et de l'accouchement prématuré ;

- Réorganisation psychique ;
- Réaménagements psychiques (constellation maternelle) ;
- Devenir mère/construction du maternel.

Le premier axe retrace l'identification et l'histoire de la participante. Le second a pour but de recueillir des informations d'une part sur la grossesse, son déroulement et son vécu. Et d'autre part sur la prématurité et son vécu. Ceci parce que le déroulement de la grossesse et son vécu sont des éléments sans lesquels l'appréhension de la construction du maternel ne serait pas possible. Le retentissement psychologique de l'accouchement prématuré en tant que rupture d'un processus doit également être pris en considération. Le troisième axe explore la réorganisation psychique, il a pour but le recueil des informations sur les ressources (personnes, institutions, etc.) sur lesquelles les participantes se sont appuyées pour faire face à la rupture et entamer la reprise d'une part. Et d'autre part les processus psychiques mobilisés et qui soutiennent la reprise ou la réorganisation psychique. Le quatrième axe explore les réaménagements psychiques indispensables au devenir mère ou à la construction du maternel. Le dernier axe explore la construction du maternel ou devenir mère proprement dite.

Les différents entretiens que nous avons menés avec les participantes ont duré en moyenne 45 minutes et ont tous été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, et ce après l'accord des participantes. L'enregistrement des entretiens donne la possibilité d'être à l'écoute de ce qui s'est énoncé à ce moment précis de la rencontre chercheur-participant. De plus, c'est la seule possibilité d'avoir accès à tout le matériau offert par les participantes, ce qui permet également une transcription intégrale.

5.4.2. Technique d'analyse des données

Vu la nature des données que nous avons collectées à travers les entretiens semi-directifs, nous avons opté pour l'analyse de contenu. L'analyse de contenu est une technique d'étude détaillée des contenus de documents définit par Robert et Bouillaguet (1997) comme l'action d'inférer, d'accomplir une opération logique par laquelle on tire d'une ou plusieurs propositions (en l'occurrence les données établies au terme de l'application des grilles d'analyse) une ou plusieurs conséquences qui en résultent nécessairement. C'est en réalité une technique de traitement des données qui consiste à lire le corpus fragment par fragment pour en définir le contenu et le coder selon des catégories fixées à priori ou établies au cours de la lecture.

Dans l'analyse de contenu, ce n'est ni la représentativité ni la généralisation des données qui intéresse le chercheur, mais plutôt la singularité et la fertilité des données non numériques (Paillé, 1996). Cette préoccupation rencontre le postulat de l'analyse qualitative à l'effet que « *l'essence de la signification du phénomène étudié réside dans la nature, la spécificité même des contenus du matériel étudié plutôt que dans sa seule répartition quantitative* » (L'Écuyer, 1990, p.31).

Avant d'analyser le contenu des entretiens, la transcription a préalablement été faite. La transcription des entretiens est une étape indispensable à ne pas faillir. Nous avons procédé à une transcription totale des verbatims, au lieu d'une transcription partielle, dans un souci de ne négliger aucun aspect évoqué par les participantes. Poirier et al. (1983) soulignent l'importance que la transcription se fasse par le chercheur lui-même. Ce travail est ardu, mais il nous a permis une connaissance du texte fort. Certains chercheurs (Bertaux-Wiame, 1986 ; Pineau, 1980 ; Bertaux, 1976) s'entendent sur la nécessité d'un montage afin d'assurer la clarté, l'intérêt du récit, l'inclusion du contexte et les significations des expressions particulières. Ce travail est ardu, mais il nous a permis une connaissance du texte fort importante. La retranscription est un élément essentiel de l'analyse de contenu. Bien qu'elle soit fastidieuse, la retranscription nous a permis de nous replonger au cœur de l'entretien, de disposer des mots précis employés par les sujets et d'être déjà interpellés par des termes ou par des idées. Elle nous a également permis de mieux comprendre le texte et d'être plus rapidement en mesure d'en identifier les points forts, les catégories permettant la préanalyse.

La préanalyse qui a consisté en la lecture répétée des verbatim pour comprendre la logique et saisir les différentes articulations. Cette manière de procéder nous a été utile dans la codification des entretiens. Cette première lecture du corpus nous a permis de repérer (surligner) des éléments textuels récurrents (répétition d'idées ou de mots), des passages significatifs, le vocabulaire employé, les émotions, les représentations, etc. Suite à cette première lecture du corpus, nous avons procédé à la codification ou catégorisation.

Cette étape essentielle a consisté à l'élaboration des unités de sens pertinentes (thèmes) permettant le regroupement de mots ou énoncés qui se ressemblent. Bien que les thèmes du guide d'entretien constituent déjà une catégorisation préalable, nous avons affiné ce travail en refaisant une catégorisation des propos obtenus à l'intérieur de chacun de ces thèmes. De même de nouvelles catégories ont surgi de la recension des propos des participantes. La catégorisation permet la créativité et la liberté laissée aux chercheurs.

La catégorisation est une étape indispensable dans l'analyse de contenu. Elle consiste à nommer, à dégager, à résumer en quelques mots ou en une courte phrase les propos tenus par les personnes interrogées. Phrase par phrase, on tente de dégager le sens de l'idée ou des idées maîtresses. Cette étape est capitale pour assurer la fiabilité de l'analyse.

Pour cette recherche, nous avons opté pour une démarche de catégorisation souple et qui garantit une ouverture plus grande à des catégories imprévues, ce qui permet de rendre compte d'une plus grande justesse de la réalité des répondants. En ce sens, le modèle mixte de catégorisation sert de guide, tout en demeurant ouvert à d'autres catégories possibles au cours du raffinement de ces dernières.

Suite à la catégorisation, nous avons procédé à la classification/indexation des énoncés qui a consisté à découper le texte de l'entretien en sélectionnant des phrases ou paragraphes pour les affecter à des catégories distinctes. Elle s'est exclusivement reposée sur les propos manifestes, explicites et non supposés des participantes. Dans cette démarche de « couper-coller », nous avons isolé des énoncés ou groupes d'énoncés qui ont la même unité de sens.

Selon Castonguay et Noël (2017), loin du cadre de la pratique clinique, les cadres théorique et technique de la psychanalyse s'utilisent à d'autres entreprises de connaissances comme méthode de recherche. Ceci, car, du fait de ses concepts qui éclairent l'activité mentale générale (Roussillon, 2012 ; Widlöcher, 1996), la pensée psychanalytique se prête à l'éclairage des faits psychiques à la fois normaux et/ou pathologiques.

Pour analyser le contenu des entretiens, nous avons fait recours à ce que Gilbert (2007, 2009) nomme l'analyse qualitative d'orientation psychanalytique, ou encore ce que Brunet (2009) désigne par la recherche à partir de la psychanalyse. Dans cette démarche interprétative, les concepts psychanalytiques ont joué au sens de Brunet (2009) un rôle primordial. Selon Assoun (1981) ; Kaufmann (1997), la pensée psychanalytique postule l'existence de l'inconscient et la vie psychique est conceptualisée comme pouvant être simultanément porteuse de connaissance et de méconnaissance.

En suivant la classification des différentes recherches (recherche en psychanalyse, recherche sur la psychanalyse et recherche à partir de la psychanalyse) de Brunet (2009), cette recherche fait partie de la catégorie recherche à partir de la psychanalyse. Elle se sert du regard fourni par la théorie psychanalytique, sans qu'il ne s'agisse de la cure psychanalytique, mais plutôt des entretiens dont la méthode est directement inspirée de la théorie et de la technique

psychanalytique (paramètres et techniques permettant d'avoir accès à des processus et contenus inconscients) et dont la grille d'analyse est celle des concepts psychanalytiques (Brunet, 2009).

Nous avons fait recours à l'analyse de contenu qui a consisté en un décryptage des entretiens en fonction des unités de sens. Cette analyse est fondée sur la démarche psychanalytique, notamment sur une grille d'analyse qui reprend les aspects théoriques de la psychanalyse constitués par la métapsychologie. À travers cette analyse, nous avons tenté de rendre compte des processus psychiques tant conscients qu'inconscients qui participent à la réorganisation psychique de la mère d'un nouveau-né prématuré. Ainsi, l'analyse des données est fondée sur la recherche du sens ou des ensembles significatifs des contenus des entretiens.

Notre analyse s'est organisée autour de la réorganisation psychique d'une part, et d'autres parts à la mise en œuvre de cette dynamique dans la construction du maternel ou devenir mère. Concrètement, nous avons recherché le rapport de la participante à la prématurité, les mécanismes de défense mis sur pied et le processus d'élaboration psychique chez les participantes et enfin le processus de transfert de l'originaire.

En procédant de la sorte, il était question de cerner à partir de cet outil le fonctionnement psychique de la participante, notamment le rapport à son corps, le rapport à sa situation, le registre des affects, les mécanismes de défense, son activité de penser, sa capacité d'élaboration de sa situation et la mise en œuvre de cette dynamique dans le processus du devenir mère, notamment le transfert de l'originaire. Ainsi, l'analyse de contenu des corpus d'entretien, dans une approche purement qualitative et sous-tendue par la psychanalyse en plus de ressortir l'élaboration psychique chez la participante, s'est intéressée à l'investissement libidinal du bébé et à la représentation d'elle-même en tant que mère.

Les éléments structurants et les éléments signifiants ont également été relevés dans le discours des participantes à travers les contenus conscients et inconscients présents dans le corpus d'entretien. Cette démarche nous a permis de faire un repérage d'éventuelles angoisses, les mécanismes de défense développés face à la prématurité.

La démarche d'analyse des corpus d'entretiens est ainsi envisagée comme le souligne Paillé et Mucchielli (2012), comme une seule et unique dialectique herméneutique croissante et ininterrompue, dans laquelle sont engagés deux protagonistes : le chercheur et sa subjectivité (l'être qui interprète) et le phénomène à interpréter (l'objet de la recherche).

Nous avons eu recours à une analyse cas par cas durant laquelle chaque corpus d'entretien a été appréhendé dans sa singularité. L'analyse verticale (cas par cas) que nous avons effectué nous a permis d'appréhender la construction du maternel chez chaque participante sans chercher à faire une comparaison avec le cas d'autres participantes. Cette manière de procéder nous a permis de cerner la trajectoire de construction de maternel de chacune des participantes.

Ceci dans l'optique de saisir la logique interne de chaque participante dans cette situation. En effet, comme le soulignent Azoulay et Emmanuelli (2000) ; Maingueneau et Angermüller (2007) : la prise en compte de l'inconscient demande une analyse dynamique du discours à travers l'énonciation, la formulation du sujet. Elle est donc la première forme de catégorisation impliquée dans un corpus. Ce type d'analyse implique de procéder à une catégorisation dont l'unité de base est le thème. Il s'agit d'obtenir des informations sur cet objet d'étude. Pour Muchielli (1996), elle est la plus simple des analyses de contenu et consiste à repérer dans les expressions verbales ou textuelles des thèmes généraux récurrents qui apparaissent sous divers contenus plus concrets.

Après avoir saisi la logique interne de chaque participante dans cette situation, nous avons combiné à l'analyse verticale une analyse transversale. Cette analyse intracas ou transversale nous a permis de faire une comparaison des cas afin de ressortir les divergences et les similitudes qui existent dans la construction du maternel chez les participantes. Autrement dit, l'analyse horizontale supporte la comparaison de différents segments et développements analytiques se référant à un même thème et ressortir les similitudes en vue d'une meilleure interprétation.

En procédant ainsi, nous nous inscrivons dans la démarche stricte de l'étude de cas dont les théoriciens (Gagnon, 2012 ; Yin, 2004, etc.) stipulent que dans une étude de cas multiples, à la suite de l'analyse individuelle, le chercheur doit procéder à l'analyse transversale. En effet, avec l'étude de cas, l'analyse est poussée à un niveau plus abstrait pour dégager les thèmes généraux et les relations possibles entre les différents concepts du phénomène à l'étude (Sorin-Peters, 2004). À la suite de Ghesquière et al. (2004) et Yin (2009), nous avons fait l'analyse individuelle (verticale ou cas par cas) et par la suite, nous avons procédé à l'analyse intracas pour dégager les tendances et recontextualiser le phénomène afin de mener à une compréhension en profondeur pour chacun des cas (Gagnon, 2012; Rosenberg et Yates, 2007). Dans cette analyse intercas, les cas sont comparés entre eux pour en faire ressortir les divergences et les similarités.

5.4.3. De l'implication du chercheur à la scientificité de la démarche

Dans le cadre de cette étude, la scientificité de la démarche méthodologique est garantie par les éléments tels que l'analyse de l'implication du chercheur.

Selon Bioy, Castillo et Koenig (2021), lorsque le chercheur intègre l'univers qu'il cherche à étudier, il peut modifier la dynamique de cet univers en créant des phénomènes qui n'existent pas, et qu'il risque d'analyser et de rapporter comme existant dans les conditions naturelles (1er biais). En même temps, l'intégration d'un nouvel univers peut modifier la façon de percevoir et d'interpréter du chercheur sur le terrain (2e biais). À l'inverse, un investissement affectif et sans distance du chercheur vis-à-vis des participants pourrait l'encourager à sortir de sa mission exploratoire initiale pour se faire porte-parole des revendications des participants ; dans le cadre de cette étude, en suivant la démarche de Miles et Huberman (2003), nous avons adopté plusieurs stratégies pour contrôler notre implication (effet du chercheur).

Il s'agit notamment de la discrétion sur le site de l'étude. Nous sommes fait le plus discret possible tout en nous rassurant d'observer de manière suffisante. Nous avons veillé à la clarification de notre mission de chercheur auprès des participantes de l'étude. À ces stratégies, nous avons sollicité un autre chercheur qui a procédé à la relecture des corpus d'entretien après la retranscription.

Compte tenu du fait que dans les recherches en science du comportement, les résultats auxquels le chercheur aboutit sont imprégnés de sa subjectivité, car selon Devereux (2012), les données des sciences du comportement provoquent de l'angoisse chez le chercheur. Cette angoisse est provoquée par les rapports qui existent entre l'observateur (chercheur) et les observés (participants). Devereux (2012), prône la prise en considération des rapports entre l'observateur et l'observé, car la présence de l'observateur a un impact sur l'observé et celle de l'observé a également un impact sur l'observateur. Le rapport existant entre les deux protagonistes provoque des perturbations dans la perception et l'interprétation des données, car la perception d'un phénomène est influencée par la personnalité du chercheur qui peut constituer un biais lors de l'observation et de l'interprétation des données. Ces rapports provoquent des réactions de type contre-transfert qui peuvent provoquer des perturbations dans la perception et l'interprétation des données. La donnée la plus cruciale de toutes les sciences du comportement est le contre-transfert et le chercheur doit faire une analyse minutieuse de ses réactions d'angoisse afin de mieux se comprendre et avoir une meilleure connaissance de son

objet d'étude, car son analyse est scientifiquement plus productive en données sur la nature humaine (Devereux, 2012 pp. 15-16).

5.5. DÉROULEMENT DES ENTRETIENS

Les entretiens ont été faits au service de Néonatalogie de HGOPY. Pour accéder à ce service, nous sommes passés par l'administration, notamment la direction médicale qui a acheminé notre dossier au comité éthique institutionnel qui a évalué notre protocole de recherche et nous a délivré une clairance éthique. Ceci fait, nous avons pris contact avec le service de Néonatalogie par l'entremise du major du service. De là, nous sommes entrés en contact avec les mères d'enfant prématuré.

Au cours d'une des réunions matinales qu'elles ont au quotidien avec le personnel infirmier du service, nous leur avons expliqué les raisons de notre présence, les implications d'une éventuelle participation. Lors de cette rencontre avec le groupe de mère, il s'est instauré une atmosphère détendue entre nous. Ceci, suite à nos réponses sur les différentes interrogations des participantes. Ceci a permis de clarifier l'étude, de sécuriser la participante et favoriser la création d'un climat de confiance.

Cette rencontre était strictement informative, car au cours d'elle, nous leur avons expliqué le but de la recherche. La confidentialité et l'anonymat ont également été expliqués aux participantes.

À la suite de cela, nous nous présentions à chaque participante sélectionnée et leur expliquions le but de la recherche, ce que leur participation à la recherche engendrait, leur liberté, les considérations éthiques. Leur accord pour l'enregistrement des entretiens obtenu, nous avons commencé les entretiens.

La collecte des données s'est faite auprès de cinq primipares. Elles étaient toutes volontaires à participer à l'étude. Elles avaient la possibilité de refuser l'entretien ou de ne dire que ce qu'elle voulait partager (Giordano, 2003 ; Mayer & Ouellet, 1991). La rencontre avec les participantes s'est faite dans un endroit qui leur est familier pour qu'elles se sentent confiantes. En effet, les entretiens se sont déroulés dans la salle où elles séjournent à HGOPY.

L'entretien proprement dit était axé autour du guide d'entretien présenté plus haut. Durant cet entretien, notre rôle était la facilitation de l'expression tout en évitant que la participante ne s'éloigne de l'objectif de la recherche à travers les relances. Cela a permis aux participantes d'accéder à un degré maximum de sincérité et de profondeur. Dans le but

d'accéder à la singularité de chaque participante, les thèmes du guide d'entretien n'ont pas été abordés dans l'ordre chronologique du guide, mais en fonction de la dynamique de l'entretien.

5.6. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Conscient du fait que les recherches en sciences humaines et sociales, du fait qu'elles portent sur des sujets humains ; il peut avoir des incidences sur la vie, les droits et la dignité des participants. Dans cette étude, nous nous sommes assurés de la préservation de cette dignité humaine en respectant les principes éthiques.

Concrètement, nous avons tenu à ce que les participantes aient toutes les informations nécessaires en ce qui concerne les buts poursuivis et l'utilisation des résultats de la recherche. Ceci par le canal d'une notice d'information. De plus, la participation à cette étude était entièrement libre et les participantes étaient entièrement libres de participer ou non à la recherche, et ce sans aucune conséquence quelconque. Pour nous rassurer de cela, une fiche de consentement libre et éclairé à participer à la recherche et à l'enregistrement des entretiens a été signée par chaque participante. Il est également important pour nous de mentionner que chaque participante était libre de se retirer de la recherche à tout moment.

Par ailleurs, nous nous sommes assuré que la participation soit faite sur une base totalement volontaire et en toute connaissance du contenu de l'étude. Lors des entretiens, nous avons également porté attention aux comportements non verbaux des participantes dans le but de repérer tout signe de détresse. Compte tenu du caractère anxiogène que peuvent revêtir certaines expériences, il a été convenu de ne pas contraindre une participante à témoigner d'aspects trop difficiles à aborder, lui rappelant ainsi son droit de poursuivre sa participation à la recherche et sa liberté de ne raconter que ce qu'elle désire partager.

5.7. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES LORS DE LA CONDUITE DES ENTRETIENS

Durant la collecte des données, nous avons fait face à des difficultés qui touchaient principalement à l'installation d'un cadre clinique favorable à l'expression des participantes. Bien qu'ayant fait des efforts de création de ce cadre clinique, vu que la salle était « surpeuplée », il n'était pas possible que ce qui était dit durant l'entretien échappe totalement aux oreilles indiscretes.

L'autre difficulté que nous avons rencontrée durant la collecte des données est l'aspect restreint du recours aux représentations culturelles dans l'explication de la situation au sein de l'hôpital. Ainsi, rares sont ces mères qui étaient prêtes à aborder cette dimension au cours de

l'entretien et ce d'autant plus qu'il s'est déroulé dans une salle collective ; pour certains, il est anormal de faire état des savoirs culturels dans ce lieu.

En plus de cela, le pourcentage modeste des femmes primipares qui accouchent de manière prématurée a constitué une difficulté en ce qui concerne la taille de notre échantillon. En effet, au Cameroun le pourcentage des maternités chez les adolescentes est élevé. Les statistiques du Fond des Nations Unies pour la Population (FNUAP, 2013) révèlent qu'au Cameroun, 30% des femmes de 20 à 24 ans signalent avoir mis au monde un enfant avant l'âge de 18 ans. Ce pourcentage est nettement supérieur au pourcentage moyen (28%) des zones Afrique de l'Ouest et Afrique Centrale qui est par ailleurs le pourcentage le plus élevé au monde des femmes de 20 à 24 ans ayant eu un enfant avant l'âge de 18 ans. Toujours dans la même logique la quatrième Enquête Démographique et de Santé combinée à l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (EDS-MICS4) de l'INS (2011) démontre qu'au Cameroun, 25% des adolescentes ont déjà commencé leur vie féconde, 21% d'entre elles ont au moins un enfant et 4% sont enceintes du premier enfant. Ces statistiques démontrent également qu'au Cameroun, 42.1% des filles âgées de 19 ans ont déjà eu au moins un enfant. Selon l'EDS 5 (INS 2020), près d'une adolescente de 15-19 ans sur quatre (24 %) a déjà commencé sa vie procréative, soit parce qu'elle était déjà mère (19 %), soit parce qu'elle était enceinte au moment de l'enquête (5 %). Selon la même source, au Cameroun l'âge médian à la première naissance (âge auquel la moitié des femmes âgées de 25-49 ans ont déjà eu leur premier enfant) est de 20,1 ans (INS 2020). Cette réalité a fait en sorte que durant la période que nous avons passé au sein de HGOPY, la majorité des mères de nouveau-né prématuré était, même pour les plus jeunes à leur deuxième ou troisième maternité.

CHAPITRE 6 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Ce chapitre porte sur l'analyse des données que nous avons collectées au sein du service de néonatalogie de l'Hôpital Gynécologique, Obstétrique et pédiatrique de Yaoundé (HGOPY) auprès de 05 primipares.

6.1. PRÉSENTATION DES PARTICIPANTES

Comme nous l'avons mentionné dans le chapitre précédent, les participantes de cette étude sont des primipares ayant accouché de manière prématurée et nous les avons rencontrés au service de néonatalogie de HGOPY où leur bébé était hospitalisé. Pour le respect de la confidentialité et de l'anonymat, nous les avons surnommées : Maffo'o, Besba, Chetima, Ndeze et Mengue.

6.1.1. Présentation de Maffo'o

Maffo'o est une primipare âgée de 29 ans, marié et originaire de la région de l'ouest du Cameroun. Elle est Première d'une fratrie de six enfants, ayant fait des études supérieures, elle est titulaire d'un Brevet de Technicien supérieur.

Nous l'avons rencontré au service de néonatalogie de HGOPY où elle a accouché à 30 semaines d'aménorrhées, et ce par césarienne. Cette grossesse était gémellaire. Au moment de l'entretien, elle avait déjà fait 25 jours à l'hôpital.

Sa grossesse s'est bien déroulée en dehors du fait qu'à trois mois de grossesse, elle a eu une douleur bénigne au bas ventre. Elle a consulté son gynécologue qui lui a prescrit un médicament qu'elle appliquait à chaque fois qu'elle ressentait cette douleur. De trois mois à sept mois et demi, tous s'est déroulé sans souci jusqu'au vendredi 30 août 2019. Elle dit que l'accouchement a commencé par une douleur, elle a pensé que c'était une douleur comme les autres, elle a appliqué le médicament, mais il n'a pas eu d'effet. Cette douleur a conduit à la rupture des membranes.

6.1.2. Présentation de Besba

Besba est âgée de 17 ans, est originaire de la région du Centre. Elle est première d'une fratrie de six enfants, elle est élève en classe de 3^e. Elle a accouché prématurément de son premier enfant à 7 mois de gestation.

Au cours de la grossesse, elle dit ne pas avoir eu de souci ou de problèmes. Elle précise qu'elle mangeait tout et n'importe quoi. Nous l'avons également rencontré au service de

néonatalogie de HGOPY où son bébé est hospitalisé depuis sa naissance qui a lieu le 29 août à 7 mois.

Cet accouchement a commencé par une douleur au bas ventre, elle s'est rendue dans le centre de santé où elle faisait les consultations prénatales. Ils lui ont fait comprendre qu'elle ne pouvait pas y accoucher. Elle a été référée à l'hôpital de District d'Éfoulan où elle a accouché et après avoir fait le tour de plusieurs hôpitaux à la recherche de couveuses, l'enfant a été hospitalisé à HGOPY.

6.1.3. Présentation de Chetima

Chetima est une primipare âgée de 25 ans. Elle est originaire de la région du sud du Cameroun. Ayant arrêté ses études en classe de 3^e, elle travaille dans le secteur de la restauration. Cinquième née d'une fratrie de cinq enfants, elle se qualifie de femme forte puisqu'elle est issue d'une grossesse gémellaire qui n'est pas allée à terme (prématuré).

Issue d'une famille polygamique (trois coépouses), elle dit que son enfance du fait que sa mère quittait constamment le foyer n'a pas été facile. Sa mère a quitté le foyer les a laissé alors que son frère et elle n'avait que trois ans. Ils ont été élevés par une autre épouse du père. Malgré que sa mère ne soit pas là, elle dit qu'en tant que dernière elle était chérie et avec ses frères et sœurs, tout s'est bien passé.

Malgré qu'elle était affectée par l'absence de sa mère, qui est partie lorsqu'ils avaient trois ans et revenu lorsqu'ils ont eu huit ans. Elle était de nouveau partie pour revenir lorsque son frère et elle ont eu 20 ans. Elle dit ne pas avoir trop senti l'amour de sa mère de 3 ans à 8 ans et de 8 ans à 20 ans. Ce qui a fait que lorsqu'elle est revenue, elle dit qu'elle ressentait de la haine envers elle, mais à force de grandir, de comprendre, elle l'aime.

Elle tombe enceinte après une fausse couche qui a lieu après trois mois de grossesse. Elle dit que durant sa grossesse, elle a beaucoup stressé, ce du fait qu'au début de sa grossesse, son conjoint a dans un premier temps accepté la paternité, mais par la suite a refusé cette paternité. Ce qui a fait en sorte qu'elle réfléchisse énormément tout au long des 26 semaines d'aménorrhées. Sa grossesse est marquée par de nombreuses menaces d'accouchement prématuré (MAP) qui n'ont pas trouvé une explication du point de vue médical et jusqu'à l'accouchement. 30 minutes avant l'accouchement, elle a fait une échographie qui n'a rien montré d'anormal, car tout était correct. À cet effet, elle dit « *l'échographie est sortie "clean" col fermé, placenta, tout était clair* ».

6.1.4. Présentation de Ndeze

Primipare âgée de 28 ans, elle est l'aînée d'une fratrie de 6 enfants. Elle est étudiante et titulaire d'une licence. Elle présente sa mère comme étant tout pour elle, elle dit en effet, que cette dernière est à même temps sa mère et son père. Ceci du fait qu'elle l'a eu avant de se marier. Son enfance s'est bien passée et elle dit bien s'entendre avec ses sœurs. Originnaire de la région de l'ouest Cameroun, elle est en couple avec son fiancé. Nous l'avons rencontré au service de néonatalogie de HGOPY où son bébé est hospitalisé. Elle a accouché à 30 SA, et ce par césarienne le 5 septembre 2019 dans cette structure hospitalière.

Porteuse d'une grossesse gémellaire, elle dit que cette dernière s'est bien déroulée et les échographies qu'elle a effectuées ont montré que tout se passait bien. La veille de son accouchement (4 septembre), elle a effectué une échographie qui a montré que tout se déroulait normalement à l'exception du fait de la position des enfants, elle devrait accoucher par césarienne. Mais dans la nuit du 04 au 5 septembre, elle a été victime d'un hématome placentaire à 02 heures du matin. Elle est référée à HGOPY par le CHUY. Suite à cet accouchement, l'un des enfants (garçon) n'a pas survécu. Au moment où nous l'avons rencontré, elle était à 18 jours à l'hôpital.

6.1.5. Présentation de Mengue

Primipare âgée de 26 ans, Mengue est une jeune femme souriante, elle est issue d'une fratrie de 8 enfants dont elle est la dernière. Elle décrit sa mère comme étant absente et irresponsable. S'agissant de sa relation avec ses frères et sœurs, elle décrit une complicité entre eux. S'agissant de son père, elle mentionne qu'il est décédé lorsqu'elle était encore enfant. Elle est en couple avec un homme qu'elle a rencontré quelques années plutôt. Elle dit qu'avant sa rencontre avec son conjoint, elle n'éprouvait aucun désir de fonder une famille et d'avoir des enfants.

Nous l'avons rencontré au service de néonatalogie de HGOPY où son bébé était hospitalisé suite à un accouchement prématuré à 25 SA. Sa grossesse s'est bien déroulée malgré la présence de certains signes (saignements) qui après des examens et traitements disparaissaient. Au moment où nous l'avons rencontrée, elle était à 20 jours à l'hôpital.

Tableau 1 : récapitulatif des caractéristiques des participantes sélectionnées

	Maffo'o	Besba	Chetima	Ndeze	Mengue
Âge	29	17	25	28	26
Fratricité	1/6	1/6	5/5	1/6	8/8
Niveau scolaire	Bac + 2 (BTS)	3 ^e	3 ^e	Licence	Bac A4
Profession	Étudiante	Élève	Restauratrice	Étudiante	Sans emploi
Ethnie	Bamiléké	Béti	Boulou	Bamiléké	Béti
Âge gestationnel	30 SA	28 SA	26 SA	30 SA	25 SA
Type de prématurité	Sévère	Sévère	Extrême	Sévère	Extrême
Nature de la grossesse	Grossesse gémellaire	Unique	Unique	Grossesse gémellaire	Unique
Cause de l'accouchement	Rupture des membranes	Spontané	Spontané	Hématome placentaire	Spontané
Nombre de bébés vivants	1/ 2	1/1	1/1	1/ 2	1/1

Ce tableau présente les caractéristiques des primipares que nous avons sélectionnées comme participantes dans le cadre de cette étude. Ces caractéristiques mettent en évidence la situation de chaque participante (cas), cette situation pourrait induire des fluctuations dans le phénomène étudié (devenir mère).

6.2. ANALYSE DU CAS MAFFO'O

Ici, il est question de faire l'analyse des données collectées auprès de cette participante.

6.2.1. Grossesse, accouchement prématuré et rupture des processus de maternité

La grossesse et son vécu constituent une dimension importante de la construction du maternel. Ceci dans la mesure où la manière avec laquelle la mère vit sa grossesse et les modifications qui l'accompagnent déterminent la suite du processus.

6.2.1.1. Déroulement et vécu de la grossesse

D'entrée de jeu, Maffo'o se présente comme « *mama magne* », c'est-à-dire la mère des jumeaux. Ce qui témoigne de sa représentation comme une mère privilégiée et respectable. En effet, chez les bamilékés, les parents de jumeaux sont traités avec respect. Elle revendique ainsi ce traitement. Malgré cela, elle mentionne : « *j'ai d'abord eu trop de problèmes avec cette grossesse, opération, perte d'un enfant et l'autre enfant est couchée là* ».

Durant la grossesse, avec les processus de préoccupation maternelle primaire et la constellation maternelle, la devenant mère se construit un ensemble de représentations de son

enfant. Par la même occasion, le processus d'anticipation maternelle est accentué, et ce surtout au septième mois de grossesse. Durant cette période, la mère se représente son enfant (représentations maternelles prénatales) et n'est pas encore envahie par les angoisses et préoccupations relatives à l'accouchement. Cette activité de représentation structure progressivement la relation mère-enfant en postnatal. À sept mois de grossesse, Maffo'o en pleine anticipation maternelle ne s'attendait pas à un accouchement prématuré. À ce sujet, elle dit : *« mes attentes c'était de, bon, que ma grossesse arrive à terme. C'est vrai que j'attendais les jumelles et j'étais fière et j'étais ému de porter mes deux enfants et que ça arrive à terme noh ! »*. Toujours dans cette anticipation maternelle, Maffo'o procède à une mise à l'écart du négatif pour penser positivement, elle le dit en ces termes : *« J'imagine parce que comme toutes mamans quand tu attends un bébé, je réfléchis je dois gâter mes enfants, je dois, je vais faire ceci, on va partir, on va faire si on va faire. Donc on réfléchit positif noh tu vois noh, on réfléchit positif »*. Cette pensée ou cette réflexion positive rend ainsi compte d'une mise à l'écart de tout ce qui peut arriver de négatif au cours de la grossesse.

En parlant du vécu de la grossesse, Maffo'o évoque les différentes situations stressantes auxquelles elle a fait face tout au long de la grossesse. Du fait que dans la culture Bamiléké, l'attente des jumeaux confère aux parents non seulement un statut respectable dans la société, mais également de nombreuses exigences. Face au manque de moyens financiers, elle a beaucoup stressé comme elle le dit en ces termes :

C'est vrai aussi que j'ai beaucoup stressé, je savais que j'attendais deux enfants. J'ai stressée parce qu'à 7 mois, je n'avais pas je n'avais pas déjà fait le trousseau je, j'avais un peu de problèmes avec mon mari, du fait que donne, moi, l'argent je fais le trousseau, je stressais beaucoup, j'attends deux enfants ça va se passer comment et comme notre culture à l'Ouest est souvent un peu dès que tu fais, tu accouches un enfant encore les jumelles, les gens viennent à la maison, il faut les recevoir il faut, il faut dépenser il faut beaucoup d'argent [...] Donc je stressais aussi par rapport à ce côté-là, je vais gérer les gens comment, je vais gérer mes enfants comment ? Il faut acheter ci, il faut faire les trousseaux de deux personnes, il faut, il faut.

Malgré que sa grossesse soit accompagnée de ce « stress », elle s'est néanmoins bien déroulée, et ce jusqu'à sept mois et demi : « *La grossesse de 1 jusqu'à 7 mois et demi parce que j'ai accouché à 7 mois et demi s'est bien déroulée, il n'y avait pas de souci, sauf qu'à trois mois de de grossesse, j'ai eu un peu mal au bas-ventre chose qui était parce que je suis avec, j'étais suivie par un gynécologue, il m'a prescrit le "spatphone" que je mettais à chaque fois que j'avais mal. De trois mois jusqu'à 7 et demi, je n'avais aucun souci* ».

6.2.1.2. L'accouchement prématuré et son vécu

Dans cet état de joie et de fierté, l'accouchement prématuré vient rompre la dynamique des processus en cours. Il est subit, vient trop tôt et atteint le psychisme maternel non préparé. Parlant de cet accouchement, elle dit : « *Ça s'est juste, ça déclenché subitement et les contractions noh déclenchés le vendredi 30 août déclenché juste comme ça, je me retrouve là parce que je n'ai pas été hospitalisé* ». L'utilisation de l'expression « déclenchée subitement » associée à l'expression « juste comme ça » rend ainsi compte de cette rupture suite à l'irruption du réel de la naissance prématurée et signe par ricochet son incapacité à anticiper cette naissance.

Au bout de ce temps de gestation, l'accouchement a rompu toutes ses attentes et est vécu comme une véritable catastrophe qui a commencé avec une douleur : « *C'est juste que l'accouchement a déclenché un jour, un vendredi (silence) par une douleur, je pensais que c'était une douleur comme les autres précédentes, j'ai mis le spatphone, ce n'est pas pas calmé la douleur, je me suis retrouvée à l'hôpital parce que j'avais rompu la membrane* ». L'expression « j'avais rompu la membrane » relevée dans les propos de Maffo'o vient témoigner d'une revendication de sa responsabilité et par ricochet de sa culpabilité vis-à-vis de cet accouchement et peut retentir comme une incapacité de maintenir sa grossesse jusqu'à terme. La rupture de la membrane marque le terme de la grossesse et le début d'un accouchement hors normes et ce n'est qu'une fois à l'hôpital que l'équipe lui annonce l'imminence de son accouchement :

La poche des eaux était rompue et là j'allais directement accoucher. Je devais accoucher d'urgence puisque la membrane était déjà rompue noh ! Quand tu perds les eaux, j'ai perdu les eaux à la maison à 8 heures, je sortais même déjà, parce que je perds les eaux à 8 heures et je me retrouve à l'hôpital Déo Gracias, ils m'envoient plutôt ici

parce qu'il n'y a pas de couveuses là-bas [...] Ils disent que je suis à 7 mois et demi c'est un prématuré, il n'est pas à terme, automatique la couveuse comme il n'y a pas de couveuse dans cet hôpital, je me retrouve ici à Gynéco parce que la signature du médecin qui a appelé ici son collègue, on m'a accueillie ici. Comme les bébés n'étaient pas bien en principe, j'avais deux bébés, c'était une grossesse gémellaire l'autre transversale et l'autre siège. L'un était transversal et l'autre était siège et donc ça nécessitait une intervention chirurgicale.

Dans ces propos de Maffo'o, l'accent mis sur la « perte des eaux » à travers la répétition de cette expression à 4 reprises témoigne également du fait que la perte des eaux suscite dans sa dynamique psychique une désorganisation qui rend compte de l'atteinte ou du retentissement psychique de cette perte qui par la même occasion témoigne de son manque de temps pour pouvoir terminer le travail de construction du maternel et de l'élaboration psychique préparant la naissance. La perte des eaux retentit également comme la perte de la grossesse et le début du deuil de l'accouchement à terme.

Cet accouchement est accompagné par une douleur à laquelle sont associés des affects pénibles et des pleurs qui rendent compte de son désarroi face à cette situation inattendue :

Je pleurais, j'ai beaucoup pleuré hors mis de ça, j'avais beaucoup mal parce que je contractais, j'avais très très mal donc j'avais d'abord la douleur du fait que j'accouche et avant le terme. J'avais mal, j'avais l'impression que mon dos se brisait à chaque contraction [...] Que j'avais mal et j'étais vraiment abattu et là je contractais j'étais ce qui fais que de Déo Gracias d'Émana jusqu'ici là il fallait la police derrière notre voiture pour dégager la route sur la route pour dire urgence, urgence. Je pleurais franchement, tu imagines deux enfants qui débattent pour sortir là. J'étais (silence).

Dans son discours l'emphase mise sur l'absence de problème, de maladie et de malaise durant la grossesse comme elle le dit : « *Ma grossesse s'est déroulée sans problème, sans problème, je n'ai pas eu de malaise, je n'ai pas eu de palu, je n'étais pas interné, ni hospitalisée, rien rien de tout ça* » rend compte du caractère effroyable de l'accouchement prématuré pour

elle. Face à cette inquiétante étrangeté, elle n'a pas eu le temps de se préparer. Cette absence de préparation ou d'anticipation fait en sorte que cette naissance retentisse sur l'ensemble de son psychisme. À l'annonce de l'accouchement, elle est envahie par de nombreuses excitations dont il ne parvenait pas à contrôler ou contenir. Cet accouchement fait ainsi irruption dans son existence et met en branle son psychisme comme elle le dit :

Quand le gynécologue m'a dit que je dois accoucher, j'ai eu chaud, j'ai eu les larmes aux yeux, j'ai pleuré à chaudes larmes, j'étais couchée sur le brancard à l'hôpital. Il a dit qu'il n'y a rien à faire, la membrane est rompue je dois accoucher et ce que je n'avais, tu vois, je n'avais jamais imaginé, on n'attendait même pas. Parce que tu savais à tel mois tu devrais accoucher dont tu n'attendais pas pas et puis on te dit brusquement qu'aujourd'hui tu dois accoucher et dans les brefs délais. J'étais hors de moi, je n'étais pas [...] J'étais dans un état, j'étais complètement dépassée par cet accouchement surpris. Je ne m'imaginai pas, c'était un monde inconnu pour moi, je ne connaissais pas, je n'étais absolument pas prête pour accoucher, j'étais dépassée.

Tout au long de l'entretien, elle a mentionné le fait qu'elle ne s'imaginait pas être confrontée à une telle situation. Comme l'attestent ces propos :

Je savais que, je n'imaginai même pas vivre cette situation que je suis en train de vivre actuellement, je savais que la grossesse devrait arriver à terme et puis, je devrais être en possession de mes deux enfants donc non seulement je ne suis pas en possession de mes deux enfants, mais je n'ai pas de repos, je suis encore clouée à l'hôpital avec celle-ci donc tout ça [...] Je n'avais jamais imaginé être dans une situation pareille, moi j'entendais seulement, je ne savais pas comment ça se passait, mais tel que je vois, il ne faut pas souhaiter ça c'est vraiment.

Cette répétition des termes « je ne savais pas », « je n'imaginai pas » dans ses propos rend compte du retentissement psychologique de cet accouchement. En effet, de par son caractère effroyable, l'accouchement prématuré l'a prise de court, ébranlant ainsi toutes ses

attentes et ses capacités de contenances. Cette désorganisation se manifeste tout au long de l'entretien, à travers de nombreuses répétitions que l'on note lorsqu'elle évoque l'accouchement et ses éprouvés. En effet, elle s'exprime de la manière suivante :

J'ai perdu les eaux à la maison à 8 heures, je sortais même déjà, parce que je perds les eaux à 8 heures [...] Je ne sais pas, je ne sais pas, je suis juste en train de te donner ma cause. Je ne sais pas si c'est autre chose, mais je crois parce que je comme c'était, je me sentais très fatiguée [...] demander au docteur de nous donner les causes vraiment des enfants prématurés pour que nous évitions à la longue de de de faire au futur dans le futur noh de faire les enfants, moi-même je ne sais pas. Je ne sais pas, on me dit c'est trop de stress.

La rupture induite par l'accouchement prématuré se manifeste également à travers les ruptures observées dans le cours du discours de Maffo'o tout au long de l'entretien. En effet, ces ruptures du cours de la parole et les phrases inachevées témoignent de son incapacité ou de sa difficulté de mettre en représentations et en sens afin d'utiliser les mots pour dire cet événement inattendu. À plusieurs reprises, on note de nombreuses ruptures ou des phrases commencées, mais non achevées dans le discours de Maffo'o à l'instar des suivantes : « *Je, on me dit que l'autre est bébé a été est sorti très fatigué et puis elle a succombé un hum ! [...]* C'est vrai quand même qu'il faut, je ne sais pas si c'est l'une des causes, mais j'ai vraiment stressé par rapport à tout ça ».

À cette incapacité de se représenter et de dire cet accouchement prématuré, s'ajoute une rupture fantasmatique qui se manifeste dans son discours par l'utilisation de la deuxième personne du singulier (tu) pour parler de l'annonce de son accouchement : « *Parce que tu savais à tel mois tu devrais accoucher dont tu n'attendais pas pas et puis on te dit brusquement qu'aujourd'hui tu dois accoucher et dans les brefs délais* ». Plus loin dans son discours, elle fait recours au « tu » pour aborder la question des contraintes et des affects en lien avec l'hospitalisation du bébé : « *C'est la nutrition là parce que tu passes le temps à marcher marcher, parfois ce sont les examens, sans compter que tu viens le matin seulement trouver ton enfant mal en point* ». Cette utilisation du tu pour parler de l'annonce de son accouchement et des contraintes relatives à l'hospitalisation témoigne ainsi d'une tentative de mise à l'écart ou à distance de l'éprouvé et des ressentis dans cette situation d'accouchement prématuré.

Toujours dans le même sillage, pour aborder la question de la souffrance qu'elle endure suite à l'accouchement prématuré, Maffo'o ne parle pas d'elle, mais plutôt du groupe : « *Les mamans des prématurés souffrent beaucoup, je ne vous mens pas* ». Le recours au groupe signe une tentative de mise à distance de la souffrance tout en se référant au groupe pour la dire et la maîtriser.

6.2.2. Le dépassement de la rupture : la réorganisation psychique

Face à l'irruption de l'accouchement et à la rupture des processus qui s'en suit, le psychisme maternel va mobiliser des ressources pour faire face afin de ne pas s'effondrer.

6.2.2.1. De l'étayage à la reprise

En ce qui concerne le soutien, ou le support d'étayage, Maffo'o évoque le soutien financier qu'elle reçoit des membres de sa famille :

La majorité de la famille fait l'essentiel. C'est-à-dire qu'on te vient en secours, les gens viennent te donner ce qu'ils peuvent. Si quelqu'un te donne ses 50, ses 1000 francs c'est beaucoup noh ! Pour que tu déjeunes au moins avec parce que ce n'est pas facile voilà [...] La famille quand même, la majorité soutient, me soutient. Vraiment, sans ce soutien, je ne pense pas que je serais sorti de ce gynéco-ci parce que les factures sont colossales. Je d'abord le mien, comme j'ai subi la césarienne et c'était gémellaire, on te fait d'abord une césarienne gémellaire de deux enfants, sans compter les kits et les examens à faire tout tout et puis revenir sur l'enfant donc la famille m'a beaucoup aidé.

En abordant le vécu de l'hospitalisation de son enfant en néonatalogie, Maffo'o se présente elle-même comme un « bébé » qui nécessite les soins de la part de l'entourage : « *À peine tu viens d'accoucher, le corps fait mal, chez nous quand tu viens d'accoucher, on te prend d'abord comme, chez nous à l'Ouest particulièrement, on te prend d'abord comme un bébé toi-même, on te suit, si on ne te suit pas, tu vas craquer. Les os ne sont pas encore reconstitués, il faut te masser, mais nous n'avons pas eus ça, nous n'avons pas eu ça, on se retrouve en train de gérer un enfant, c'est stressant c'est pénibles, c'est tout* ». Dans ces propos de Maffo'o, elle emploie le « Tu » pour aborder la question des soins à recevoir de l'entourage, mais par la suite, elle emploie le « nous » pour parler de l'absence desdits soins. Ce passage du « tu » au « nous »

rend compte pour le départ d'une revendication narcissique qui par la suite passe à une identification au groupe des « mères prématurées », voir un appui (étayage) sur ce groupe pour parler du vécu de l'hospitalisation de l'enfant.

6.2.2.2. Mise en sens de l'accouchement prématuré

La mise en sens de la prématurité fait recourt à la symbolisation qui est la capacité de l'appareil psychique à se représenter un objet ou un événement, à lui donner un sens afin de le relier dans un premier temps aux autres représentations et dans un second à un mot qui le représente. Par la symbolisation, cet objet ou cet événement peut être dit.

Ainsi dans le discours de Maffo'o, on relève plusieurs tentatives de mises en sens de l'accouchement prématuré qui sont à chaque fois remises en cause par le fait qu'elle n'adhère pas à ce sens. Le sens donné à la situation rend compte de la cause, c'est ainsi que Maffo'o va dans un premier temps dire : « *C'est vrai quand même qu'il faudrait, je ne sais pas si c'est l'une des causes, mais j'ai vraiment stressé par rapport à tout ça* », mais par la suite, elle va revenir dessus en disant : « *Je ne sais pas, je ne sais pas, je suis juste en train de te donner ma cause. Je ne sais pas si c'est autre chose, mais je crois parce que je comme c'était, je me sentais très fatiguée ou je ne travaillais pas et j'ai eu trois mois de repos parce que pendant les vacances j'ai eu les vacanciers à la maison qui m'aidaient* ». Revenir sur une cause ou un sens donné à cette situation, pour préciser qu'elle ne sait pas témoigne des tentatives d'élaboration de la prématurité.

Maffo'o est ainsi dans une véritable quête de sens, mais à chaque fois, en toute absence d'éléments étiologiques satisfaisants, elle remet en cause les différents sens qui émergent : « *Donc je ne peux pas dire que j'exerçais, tu vois donc, vous voyez. Donc je ne peux pas dire que c'est le travail qui m'a fait parce que j'ai eu un trois mois de repos de juin jusqu'à août. Oui, j'ai eu les gens à la maison qui m'aidaient donc je me levais, je me lavais je faisais le repas. Tout était propre donc. Donc j'écarte l'hypothèse que ce soit le travail, les travaux durs noh ! Oui* ».

Face à cette incapacité de donner un sens ou une interprétation satisfaisante à son accouchement, elle se tourne vers le corps médical qui est investi comme étant constitué des « sujets présumés savoir » et donc à même de donner un sens à cet accouchement hors normes et par la même occasion lui permettre d'éviter de faire des enfants prématurés dans le futur : « *je n'ai vraiment aucune idée, c'est la raison pour laquelle je ne fais que demander aux*

docteurs de nous donner les causes vraiment des enfants prématurés pour que nous évitions à la longue de de de faire au futur dans le futur noh de faire les enfants, moi-même, je ne sais pas. Je ne sais pas, on me dit c'est trop de stress». Dans ces propos, compte tenu du fait qu'à travers le processus d'élaboration psychique, l'appareil psychique œuvre pour la réduction et/ou l'évitement du déplaisir, la phrase « *éviter à la longue, dans le futur de faire les enfants prématurés* » témoigne non seulement d'une tentative de mise en sens, mais également d'une volonté de ne plus être confrontée à cette inquiétante étrangeté.

6.2.2.3. Mobilisation des mécanismes de défense

À côté des tentatives de mise en sens ou de symbolisation de cet accouchement, de nombreux mécanismes de défense sont mobilisés pour faire face à l'angoisse et aux affects qui l'accompagnent. Tout au long de l'entretien, Maffo'o va ainsi faire recours aux mécanismes tels que l'intellectualisation (recours à l'abstraction et à la généralisation face à une situation conflictuelle qui angoisse trop le sujet s'il reconnaissait y être personnellement impliqué, Ionescu et al., 2003). Elle fait recours à ce mécanisme à plusieurs reprises : « *Les os ne sont pas encore reconstitués, il faut te masser, mais nous n'avons pas eus ça, nous n'avons pas eu ça, on se retrouve en train de gérer un enfant, c'est stressant c'est pénibles, c'est tout [...] Je n'ai pas eu de repos [...] On ne se repose pas. On est tout le temps en train de travailler sur les enfants tout le temps, c'est stressant. Il faut on est en train de gérer le stress [...] Les mamans des prématurés souffrent beaucoup, je ne vous mens pas* ».

À côté de l'intellectualisation, Maffo'o fait également recours au mécanisme de mise à l'écart (tentative de rejet volontaire, hors du champ de la conscience, des problèmes, désirs, sentiments ou expériences qui tourmentent ou inquiètent le sujet) des affects à travers l'utilisation du pronom personnel « tu » pour parler d'elle et de ce qu'elle éprouve face à cette situation :

À peine tu viens d'accoucher, le corps fait mal, chez nous quand tu viens d'accoucher, on te prend d'abord comme, chez nous à l'Ouest particulièrement, on te prend d'abord comme un bébé toi-même, on te suit, si on ne te suit pas, tu vas craquer [...] Parce que tu savais à tel mois tu devrais accoucher dont tu n'attendais pas pas et puis on te dit brusquement qu'aujourd'hui tu dois accoucher et dans les brefs délais [...] C'est la

nutrition là parce que tu passes le temps à marcher, parfois ce sont les examens, sans compter que tu viens le matin seulement trouver ton enfant mal en point.

Après l'accouchement, au premier contact avec l'enfant, chez Maffo'o, on note le Dénier (action de refuser la réalité d'une perception vécue comme dangereuse ou douloureuse pour le moi) du lien avec l'enfant : « *le premier jour que j'ai vu mon enfant, j'ai beaucoup pleuré, je n'ai pas accepté que ce soit, c'est, c'est moi qui ai accouché cet enfant* ». Ce déni du lien à l'enfant est associé à un déni des caractéristiques humaines à l'enfant : « *Parce que je voyais quelque chose petit comme ça là [...] Maintenant là ça va comme il a déjà un peu pris le poids, il ressemble déjà à un être humain* ». Mais avec le contact quotidien, avec son bébé, il y a un passage de ce déni ou de cette vulnérabilité à une idéalisation ou représentation idéalisée du bébé (Processus psychique par lequel les qualités et les valeurs de l'objet sont portées à la perfection). L'identification à l'objet idéalisé contribue à la formation et à l'enrichissement des instances dites idéales de la personne : moi idéal, idéal du moi) : « *Quand je suis avec mon enfant, je suis très fière, d'avoir eu ma jumelle parce que de toutes les façons, même si sa sœur n'est pas restée, elle reste une jumelle, elle reste ma fille elle a, elle a vécu pour moi, elle a malgré parce qu'elle est sortie aussi très très fatiguée* ».

Toujours dans le registre des mécanismes de défense mobilisés par Maffo'o, figure la régression (retour plus ou moins organisé et transitoire à des modes d'expressions antérieurs de la pensée, des conduites ou des relations objectales face à un danger interne ou externe susceptible de provoquer un excès d'angoisse ou de frustration) pour faire face à la frustration provoquée par une absence de soin à son égard et par le fait qu'elle prenne soin de son enfant, ce à peine quelques jours après la césarienne : « *À peine tu viens d'accoucher, le corps fait mal, chez nous quand tu viens d'accoucher, on te prend d'abord comme, chez nous à l'Ouest particulièrement, on te prend d'abord comme un bébé toi-même, on te suit, si on ne te suit pas, tu vas craquer* ».

6.2.3. De la Réorganisation psychique au transfert de l'originaire : la restauration des réaménagements psychiques

Il est question ici de ressortir la dynamique qui existerait entre la réorganisation psychique et la restauration des réaménagements psychiques nécessaires à la construction du maternel.

6.2.3.1. Le vécu de l'hospitalisation du bébé en néonatalogie

Le vécu de l'hospitalisation de l'enfant est marqué par une activité constante et une absence de repos. Ce qui est pour Maffo'o une source de stress. Ce stress serait selon elle, à l'origine d'une sous-production du lait :

Ce n'est parce que parce que là je sors d'une opération pour directement m'occuper des bébés. Je n'ai pas eu de repos [...] On ne se repose pas. On est tout le temps en train de travailler sur les enfants tout le temps, c'est stressant. Il faut on est en train de gérer le stress et ça a déjà conduit à ce que le lait, le lait même ne coule plus donc là je gère le stress du lait parce qu'on donne le lait de l'enfant 25 cc, il faut nourrir l'enfant à 25 cc, je ne parviens pas à produire les 25 -là mon ma fille est se retrouve en train de manger 14 cc 15 cc. ça me stresse d'abord que l'enfant ne parvienne pas à manger la quantité qu'il faut, la quantité que son estomac demande.

Bien qu'elle souhaite qu'il y ait des personnes qui prennent soins des enfants : « *je suis ici là mon souci c'est qu'on veille sur les enfants. Ce n'est parce que parce que là je sors d'une opération pour directement m'occuper des bébés* ». Malgré les conditions difficiles, elle doit s'occuper de son enfant, et ce, juste quelques jours après avoir subi une césarienne : « *Les conditions des mamans des bébés prématurés sont tellement difficiles. Il n'y a pas de repos, j'ai subi une césarienne, 5 jours après, j'étais déjà en train de marcher, il faut nourrir l'enfant, il faut revenir laver les couches, il faut faire ceci, il faut aller à la pharmacie, c'est, il n'y a pas un petit, s'il n'y a pas quelqu'un pour vous aider, vous aller craquer* ».

Sur le plan affectif, en plus des contraintes relatives à sa situation qu'elle rencontre au quotidien, le vécu de l'hospitalisation en néonatalogie est marqué par une crainte de la perte de l'enfant qui est noté à plusieurs reprises dans ses propos. En effet, en abordant la question des décès des enfants prématurés, elle exprime une crainte de perdre le bébé qui lui reste :

Oui parce qu'il y a des jours qu'on se lève, les bébés décèdent, les prématurés décèdent de jour le jour quand tu es sorti d'ici avec ta part, tu dis Dieu merci [...] Ou c'est le ou c'est le le mal suivi qu'on ne suit pas bien ou alors c'est que, moi je ne sais pas ce qui ne marche pas. Parce que pratiquement je suis à 24 jours, quand je suis arrivée la première semaine, mais chaque jour un enfant partait, tu vois et il faut payer les factures et même qu'on te avant de donner le corps de ton enfant tu dois payer les factures tu endures. Tout

ce que tu as enduré finis tu dois payer [...] Mais moi, le plus important pour moi c'est mon, c'est de ressortir d'ici avec au moins ma fille. Celle qui me reste ce qui me.

6.2.3.2. De la restauration des réaménagements psychiques à l'adoption et adaptation mère-bébé.

Du fait qu'elle soit marquée par l'accouchement prématuré, Maffo'o se retrouve dans une incapacité d'adopter son bébé. Cette incapacité est associée à un déni du lien avec l'enfant : *« le premier jour que j'ai vu mon enfant, j'ai beaucoup pleuré, je n'ai pas accepté que ce soit, c'est, c'est moi qui ai accouché cet enfant »*. L'accouchement prématuré est ainsi une blessure narcissique qui fait qu'elle ne se sente pas mère. Elle pensait la séparation avec son bébé encore lointaine et n'a pu mobiliser aucune défense pour s'y préparer afin d'y faire face. Ceci a généré en elle, une sensation de privation et de déconnexion à son bébé et de l'expérience naturelle de la naissance. Ainsi, face à son bébé si petit et donnant l'impression d'un mal-être, elle a vécu un véritable choc : *« Parce que je voyais quelque chose petit comme ça là. Je dis que mon Dieu, mon enfant, donc j'avais l'impression qu'il était en train de souffrir, il a fallu que les médecins m'emmènent et me faire comprendre que non, c'est toi qui vois qu'il souffre, il sait qu'il est toujours dans ton ventre. Où il est là, il est hors de danger, il n'a rien, mais quand vous voyez comment on l'injecte comment on le touche, ça me, ça me »*.

Toujours dans le sens de ce choc à la rencontre avec son bébé, on note dans ses propos un déni des caractéristiques et traits humains à la naissance : *« Maintenant là ça va comme il a déjà un peu pris le poids, il ressemble déjà à un être humain. Ça va déjà au fur et à mesure que je pars, je suis avec elle chaque jour là ça passe au fur et à mesure donc ça va c'est déjà ça va »*. Ce déni des caractéristiques humaines met par la même occasion en relief, l'écart entre le bébé tel qu'elle l'a imaginé et le bébé réel.

Du fait qu'elle soit impliquée au quotidien dans une relation avec cet enfant, elle l'adopte progressivement : *« Ça va déjà au fur et à mesure que je pars, je suis avec elle chaque jour là ça passe au fur et à mesure donc ça va c'est déjà ça va »*. Pour Maffo'o, sa fille est une source de gratification, et ce du fait qu'elle soit issue d'une grossesse gémellaire, bien que l'autre bébé soit décédé.

On note une idéalisation de son bébé : *« Quand je suis avec mon enfant, je suis très fière, d'avoir eu ma jumelle parce que de toutes les façons, même si sa sœur n'est pas restée, elle reste une jumelle, elle reste ma fille elle a, elle a vécu pour moi, elle a malgré parce qu'elle est sortie aussi très très fatiguée »*. Ces propos de Maffo'o mettent en exergue le fait que sa fille,

malgré cet accouchement et la perte de l'autre enfant est une « gratification narcissique » pour elle. Elle serait le support de soin du narcissisme maternel mis à mal par la prématurité.

L'état de santé du bébé et la fierté à la vue de sa fille font en sorte qu'elle se sente maman et par conséquent son identité maternelle se consolide : *« Tu vois noh, vraiment je suis fière quand je vois ma fille, je suis fière d'elle, je suis, je suis. Je me sens maman, je me sens fière je me sens tout ce qu'une maman peut ressentir quand sa fille est en bonne santé comme elle est en bonne santé actuellement ».*

Du fait de la vulnérabilité présentée par le bébé suite à l'accouchement prématuré, il est idéalisé par sa mère, ce qui fait en sorte que Maffo'o se sente très responsable et très engagée dans la relation avec cet enfant. Cet engagement et cette responsabilité concourent à la protection de son bébé : *« je me sens responsable, donc je, c'est comme si, je ne sais pas comment expliquer. Je me sens très engagée, très responsable. J'ai toujours tendance à dire que ma fille, j'ai toujours tendance à dire que la personne qui touchera ma fille parce que le genre de dépense, donc plus engagée, plus donc, je ne sais pas comment je vais vous expliquer ça vraiment, je je ».* Elle exprime ainsi son engagement et sa responsabilité malgré qu'elle reconnaisse qu'elle n'est pas parfaite : *« je ne suis pas trop parfaite, mais je fais quand même le minimum, je me sens responsable, donc je, c'est comme si, je ne sais pas comment expliquer ».*

Dans ce contexte, elle souhaiterait s'engager davantage afin de mieux prendre soin de sa fille, mais du fait des contraintes et du stress qui inhibe la production du lait, elle a le sentiment de faire ce qui va à l'encontre de ce qui est adéquat et nécessaire pour son enfant : *« Je voudrais prendre soin d'elle plus que ce que je fais maintenant, mais je ne peux pas vu que le sein m'oblige à faire le contraire de ce qu'on me demande. Vous voyez un peu noh parce que le sein ne coule pas ».*

Avec le temps et l'évolution de l'enfant, Maffo'o a développé une connaissance intuitive de son enfant. Dès lors, elle est à mesure de s'identifier à son bébé. Ce qui lui donne la capacité de reconnaître et d'interpréter non seulement les besoins de son bébé, mais également son état affectif :

Ce n'est qu'un bébé, tout ce qu'elle veut maintenant c'est manger et dormir un hum !

C'est tous ce que je sais d'elle et qu'elle voudrait être en contact avec sa mère comme on

l'a toujours qu'on parlait tout à l'heure du kangourou parce quand elle se retrouve dans

le kangourou tu vois comment elle dort, elle est attachée à toi, elle est fière, je ne sais pas, je sais qu'elle aime bien ça, elle aime bien le kangourou là parce que quand elle est là, elle se sent comme dans le ventre, elle se sent protégé. Oui elle aime ça et ses heures de tétée, elle adore bien.

6.2.4. Synthèse de l'analyse du cas Maffo'o

Maffo'o est une jeune femme de 29 ans qui a accouché de manière prématurée, et ce par césarienne le 30 août 2019, suite à une rupture des membranes. Porteuse d'une grossesse gémellaire, un des enfants est décédé à la suite de l'accouchement.

D'entrée de jeu, elle s'est présentée comme « Mama magne » (mère des jumeaux). Tout au long des sept mois qu'ont duré sa grossesse, elle s'imaginait un certain nombre d'activités qu'elle devrait accomplir avec et pour ses enfants et cela lui procurait de la joie et de la fierté. Mais subitement, malgré que la grossesse s'est bien déroulée à l'exception d'une douleur qu'elle a eue au bas ventre dès trois mois de grossesse. Du fait de l'absence de malaise ou de maladie durant la grossesse, l'accouchement avant le terme de la grossesse, du fait qu'il est venu subitement a eu un retentissement sur son psychisme, ce qui a induit une rupture des processus de maternité.

Pour ne pas s'effondrer, un travail de mise en sens de cette situation va être enclenché, il s'appuie principalement sur la symbolisation qui bien que toutes les tentatives de mises en sens ne soient pas satisfaisante, elle se retrouve dans une quête de sens. Vu qu'elle écarte chacune des explications qu'elle a formulées, elle se retourne vers le corps médical qu'elle investit comme des êtres « présupposés savoirs » pour qu'il lui donne un sens satisfaisant. À côté de ce travail de mise en sens ou de symbolisation de la situation d'accouchement prématuré, elle fait usage des mécanismes de défense tels que l'intellectualisation, la mise à l'écart des affects, le déni des caractéristiques humaines à son bébé, la régression, l'idéalisation de son bébé pour faire face aux angoisses induites par cette inquiétante étrangeté. Cette réorganisation psychique s'effectue dans un contenant qu'est l'étayage. En effet, elle s'appuie d'une part sur le groupe des « mères prématurées », le corps médical et surtout sa famille qui lui accorde un soutien financier et moral.

En faisant ainsi recours au processus de symbolisation, mentalisation, élaboration psychique d'une part et aux mécanismes de défense d'autre part, le psychisme de Maffo'o

intègre peu à peu cette situation, y fait face et maîtrise progressivement les affects induits par l'accouchement prématuré et signe par ricochet la réorganisation psychique face à la prématurité. Cette réorganisation va progressivement restaurer les processus de maternalité, notamment la constellation maternelle qui va non seulement travailler dans le sens de la réactualisation de l'originnaire, mais également œuvrer pour son transfert.

La première rencontre avec son bébé s'est faite dans un registre affectif choquant pour elle, ce qui a généré en elle une sensation de déconnexion à son bébé, mais avec le temps, il y a une sorte de nouage du lien entre elle et son bébé qu'elle se représente comme une source de gratification et l'idéalise. Dès lors la constellation maternelle en tant qu'organisateur psychique est restaurée et le processus de préoccupation maternelle primaire est effectif chez elle, il se note à travers les connaissances qu'elle a de son bébé.

Suite à l'accouchement prématuré, le psychisme maternel et les processus de maternalité ont été mis à mal, mais suite au travail de mise en sens et le recours aux mécanismes de défense, ainsi qu'à l'étayage, ce psychisme ébranlé s'est réorganisé et les processus de maternalité restaurés ont été catalysés, accentués par la relation quasi permanente qui existe entre elle et son bébé à l'hôpital. De ce fait, le maternel en panne suite à l'accouchement prématuré a été remis en route.

6.3. ANALYSE DU CAS CHETIMA

Ici, il est question de faire l'analyse des données collectées auprès de cette participante.

6.3.1. Grossesse, accouchement prématuré et rupture des processus de maternité

La grossesse et son déroulement constituent l'initiation et la construction du maternel. Son déroulement occupe ainsi une place importante pour la construction de l'identité maternelle.

6.3.1.1. Déroulement et Vécu de la grossesse

Le second trimestre de la grossesse est une étape paisible au cours de laquelle les angoisses présentes lors du premier trimestre vont régresser, il émerge alors le fantasme du bébé imaginaire et ce bébé du dedans est représenté comme fusionné à sa mère. La mère s'investit dès lors dans la future relation mère-enfant. En d'autres termes, la relation d'objet virtuel est initiée. C'est dans cette situation que cette participante qui durant cette période s'attendait à ce que tout se déroule normalement et qu'elle allait mettre au monde un enfant à

terme : « *Je m'attendais à ce que la grossesse se passe bien ! (appuie sur bien). Je, moi, je rêvais accoucher un beau garçon, je voulais que mon bébé se développe bien* ». Toujours dans le même registre, elle s'appuie sur les attentes de son conjoint pour parler de ses propres rêves : « *Le père de celle-ci n'a jamais eu d'enfant tu vois un noh, donc son rêve c'était que la grossesse se développe bien, que j'accouche dans les bonnes conditions, il voulait que j'accouche un garçon, moi-même je voulais aussi accoucher un garçon* ».

Du fait qu'elle a eu une fausse couche quelque temps avant de tomber de nouveau enceinte, Chetima, dans l'optique d'anticiper tout ce qui pouvait arriver et empêcher que la grossesse n'arrive à son terme a commencé les consultations prénatales très tôt. Ainsi, elle suivait toutes les recommandations à la lettre. Du fait qu'elle a commencé très tôt le suivi de sa grossesse et qu'elle se déroulait normalement, l'accouchement prématuré l'a surpris en surpassant tout ce qu'elle avait entrepris pour que la grossesse aille jusqu'à son terme :

Donc je ne pouvais même pas imaginer que ça pouvait m'arriver un jour, parce que la grossesse ci, j'étais allé à l'hôpital à un mois, je suivais tout ce qu'on me demandait normalement, je n'avais pas de problème. Dans ma tête, j'étais tranquille, je savais que non je vais accoucher dans les bonnes conditions malheureusement, c'est arrivé comme c'est arrivé, mais quand c'est arrivé comme ça bon, ça ne m'a pas trop stressé. J'avais toujours la ferme condition que si le bébé là pleure, et qu'on l'a amené à la couveuse et qu'elle va vivre pourquoi, parce que moi-même ma mère m'a accouché au village et mon frère à 6 mois sans couveuse, on a survécus.

La grossesse de Chetima est inscrite comme une grossesse de remplacement (grossesse qui vient à la suite d'une précédente qui n'est pas arrivée à terme) : « *au début de la grossesse, c'était bien. Bon avant que je ne tombe enceinte de celle si, je suis d'abord tombée enceinte trois mois, j'ai eu un avortement comme ça, je ne. C'est vrai que je suis tombée sur la moto, peut-être deux semaines après j'ai eu l'avortement. Je suis parti à l'hôpital que peut être on pouvait m'injecter pour garder, arrivée à l'hôpital, il n'y avait plus possibilité d'injecter. Bon c'est sorti, un mois après, je suis tombée enceinte* ».

Lorsqu'elle a découvert qu'elle était de nouveau enceinte, son conjoint et elle ont décidé qu'elle commence les consultations le plus tôt possible ce qui a été fait. Malgré cela, la gestation

n'a duré que quelques mois : « *Quand je tombe donc enceinte, l'auteur de la grossesse me dit que bon comme je suis déjà enceinte, l'autre est d'abord quitté. Il faut que je doive, j'ai commencé à aller à l'hôpital à moins de deux mois qui ont suivis jusqu'à 5 mois à partir de cinq mois, j'ai commencé à avoir les problèmes que je suis là le col s'ouvre seul, je pars à l'hôpital, on me donne un, un traitement.*

En plus de ces problèmes en lien avec la menace d'accouchement prématuré. Sa grossesse s'est déroulée sur un fond de stress et d'accusation d'infidélité de la part de son conjoint. Ce dernier l'a accusé d'infidélité et a durant un temps renié la paternité de sa grossesse, ce qui a généré chez elle beaucoup de stress. Elle exprime cela de la manière suivante :

Il y a eu quelque chose au début de ma grossesse je parle de la sorcellerie qui qui m'est, m'est arrivée. Imagine un peu que tu es enceinte tu pars dire à ton partenaire que tu, il a dit que tu es même sûr que c'est moi ? Vas où tu es parti prendre ça, bon il vient même d'abord, je pars lui dire il accepte, nous sommes là bien bien. Un jour nous sommes comme ça le téléphone sonne, un numéro inconnu, je décroche, je ne connais pas la personne c'était un homme. Je dis à la personne que vous vous êtes trompés de numéro [...] Nous sommes encore là, le temps qu'il est en train de me poser les questions c'est qui qui vient de t'appeler. Tu es sûr que tu ne connais pas, il m'envoie encore, le même numéro m'envoie encore le message pour dire que tu as dit qu'on va se voir, on devait se voir, je suis déjà à Yaoundé. Il me dit que voilà quelqu'un qui t'envoie le message, tu me dis que tu ne connais pas, je prends le téléphone j'appelle la personne pour lui dire que ce n'est pas moi, vous vous êtes trompés de numéro. Il me dit que non, je connais c'est parce que quand j'ai raconté il était là, il se lève il part. Il revient à la maison, il me dit que comme ça, tu vas partir où tu es parti faire ta part de bordellerie. Tu vas aller te présenter là-bas, tu vas lui dire que je ne suis pas le père et puis moi je suis et commence à faire les dégâts à la maison. Tu imagines ça que tu es enceinte, je suis enceinte. Un matin quelqu'un vient te dire ça. C'est le stress et si comme ma grossesse ci et si j'ai fait six mois de grossesse c'est six mois que je suis en train de pleurer, toujours réfléchir [...]

je suis abandonnée avec la grossesse et je commence à réfléchir je vais faire comment pour aller à l'hôpital, pour faire le trousseau, je fais comment pour accoucher.

Suite à cette à situation et au stress généré, elle a commencé à présenter des symptômes qui malgré de nombreux tours à l'hôpital et plusieurs échographies n'ont pas trouvé une explication physiologique : « *Après ça, j'étais déjà que je suis comme ça, je n'ai pas mal, je n'ai rien je commence à saigner. Je peux même saigner une heure de temps après ça s'arrête seul. C'était aussi, dans la nuit, je suis couchée, je commence à saigner, le matin quand je me réveille, quand je pars à l'hôpital, je ne saigne plus. On fait le toucher, tout est intact. Je n'ai pas compris, jusqu'au jour où j'accouche* ».

Ces symptômes ont perduré jusqu'à l'accouchement qui a lieu à 26 SA. Suite à cela, elle a fait plusieurs échographies qui n'ont rien révélé :

J'ai accouché à 26 semaines. Le jour-là ! Bon c'est vrai qu'avant je n'accouche, j'avais déjà les symptômes que je vous dis là que tantôt le sang coule, tantôt le col s'ouvre je pars à l'hôpital on me donne un petit traitement après ça se referme. J'ai fait l'échographie, mais quand je fais l'échographie, l'échographie ne montre pas un problème, on me dit col fermé, placenta antérieur [...] Bon avant, avant que je n'accouche peut-être quatre jours après, j'étais assise comme ça je me lève l'eau se verse, donc un peu d'eau mélangée avec le sang, je n'ai pas compris.

6.3.1.2. L'accouchement prématuré et son vécu

Vu le contexte entourant cette grossesse, ces symptômes inexplicables viennent rendre compte de l'ambivalence dans laquelle elle se retrouve. Le désir que l'enfant vive est inconsciemment associé à un désir de mort de ce dernier. La coexistence de ces désirs contradictoires génère ainsi un conflit et la prématurité vient comme un compromis. Cet accouchement est pour elle accompagné d'une incompréhension et de surprise :

Je finis de manger, je me couche je dors, quand je me réveille, je veux donc aller me laver, je descends du lit, je n'ai pas mal, je n'ai pas mal donc je marchais, je faisais tout normalement. Je me lève, je sens comme quelque chose se verse sur mon caleçon, quand

je regarde, le sang c'est comme ça que je me dis que l'histoire ci, voilà le sang qui est en train de couler, je ne comprends pas, un sang bien propre, clair.

Confrontée à cette situation, elle se rend à l'hôpital pensant que c'est comme les autres fois où la médecine a pu trouver un moyen de calmer ce qui se jouait où se préparait tout doucement depuis quelque temps. Dans cette situation, l'échographie qu'elle a faite vient conforter l'incompréhension du fait qu'elle montre que tout est normal, malgré le saignement :

J'arrive à l'hôpital, je trouve mon médecin, il me demande de monter sur la table. Il me dit qu'il faut qu'on fasse l'échographie parce que j'ai fait l'échographie 30 minutes avant d'accoucher [...] Je monte sur la table on fait l'échographie, l'échographie est sortie « clean » col fermé, placenta, tout était clair. C'est là qu'il me dit qu'il ne comprend rien, qu'il ne comprend pas d'où le sang là sort, mais il me dit qu'il faut qu'il aille appeler un gynécologue.

Vécu jusque-là sans douleur, cette dernière commence à se faire ressentir après l'échographie : « *J'ai commencé à sentir un peu mal ici là (bas ventre), je me suis dit que peut être comme on mettait le produit là peut être c'est ça qui me fait un peu mal, il sort. Le temps qu'il est là-bas, voilà la poche d'eau qui sort, je suis sur la table* ». Cette sortie de la poche des eaux vient ainsi signer l'imminence de l'accouchement. Son médecin de retour, accompagné du gynécologue se rend compte du dénouement de ce qui se préparait en elle depuis quelque temps et lui informe qu'elle doit accoucher. Ce n'est qu'à ce moment que la douleur jusque-là absente ou juste minime se fait véritablement ressentir :

Quand il vient avec le gynécologue, il me demande d'écarter les pieds pour qu'il voie un peu. Quand j'écarte les pieds, il dit qu'il n'y a plus rien à faire que je dois seulement pousser le bébé. Donc c'était comme, c'était psychologiquement, donc quand il me dit que je dois pousser le bébé, c'est comme ça que j'ai commencé à sentir mal, là là là, j'ai poussé le bébé la première fois, la deuxième fois, le bébé est sorti (silence) comme des blagues, c'était comme si j'étais dans un film, comme si j'étais en train de dormir et de rêver.

Cet accouchement est accompagné d'un sentiment d'étrangeté caractérisé par une absence d'affects et vécu comme une situation irréelle dans laquelle elle ne se reconnaît pas : *« le bébé est sorti (silence) comme des blagues, c'était comme si j'étais dans un film, comme si j'étais en train de dormir et de rêver »*. De ce fait, il n'a pas pu s'inscrire psychiquement comme un événement de vie. Et elle était convaincue que cet enfant allait mourir, ce du fait de son âge gestationnel : *« Parce que mon, quand on m'a dit qu'il n'y avait plus rien à faire, je savais que je vais, que j'allais accoucher un bébé qui va mourir. C'est à 26 semaines, je ne m'attendais pas à un bébé, que le bébé pourra même pleurer, j'ai poussé le bébé, je n'ai pas vu le bébé, mais le bébé à pleurer, pleurer, même pendant une heure de temps, le temps qu'on prépare l'ambulance pour chercher la couveuse (silence...) »*.

En parlant de cette expérience de la prématurité, elle dit : *« Ça ne ressemble à rien, rien du tout dans ta tête, parce qu'il y a les moments que moi je me demandais que pourquoi l'enfant si n'est pas morte directement quand elle est sortie »*. Ceci témoigne ainsi de la sensation de vide ou d'absence durant l'accouchement. Autrement dit, cet accouchement n'a pas trouvé une inscription psychique, ce qui signe la rupture des processus de maternité en cours.

6.3.2. Le dépassement de la rupture : la réorganisation psychique

Face à la rupture des processus en cours, l'appareil psychique va mettre sur pied des processus pour assurer sa réorganisation.

6.3.2.1. De l'étayage à la reprise

Face à cet accouchement, bien qu'étant stressée, elle s'appuie sur son expérience à elle pour maîtriser les angoisses induites par la situation. En effet, étant elle-même née prématurément à 6 mois, elle a de nouveau été confrontée à cette situation lorsque sa sœur aînée a eu des enfants prématurés, et ce au village en l'absence de couveuse et ils ont survécu. Ces expériences lui ont permis de surmonter son angoisse, ce d'autant plus que son enfant est né en ville, avec la possibilité de bénéficier d'une prise en charge adéquate contrairement à elle et à ses neveux qui ont survécus dans une absence de soins adéquats. Mais malgré cette expérience, cet accouchement au début a tout de même eu un retentissement considérable sur son psychisme : *« Si je n'avais pas ce courage-là, je ne pouvais pas arriver, parce que j'ai paniqué au début, il fallait avoir le courage pour pouvoir même toucher mon enfant, il fallait beaucoup de courage »*.

S'agissant de l'appui sur l'équipe médicale ou le groupe de pair, son séjour à l'hôpital bien qu'étant dans une situation hors normes a eu des aspects bénéfiques dans la mesure où elle s'exprime de la manière suivante :

Je connais déjà beaucoup de choses. Premièrement, bien prendre soins de l'enfant, deuxièmement, beaucoup de petite chose, peut-être la façon qu'on doit nourrir l'enfant, la façon qu'on doit faire dormir l'enfant, la façon qu'on doit réveiller l'enfant, la façon qu'on doit faire pour que l'enfant fasse les selles, la façon qu'on doit faire pour que l'enfant digère bien. Avant, je pensais que je devais seulement me laver et donner le sein à l'enfant. Cet accouchement m'a donné beaucoup de formation, j'ai appris beaucoup de choses et cet enfant-ci.

6.3.2.2. Mise en sens de l'accouchement prématuré

La symbolisation est la capacité de l'appareil psychique à se représenter un objet ou un événement, à lui donner un sens afin de le relier dans un premier temps aux autres représentations et dans un second à un mot qui le représente. Par la mise en sens, l'événement peut être dit. Ainsi confronté à une situation à l'instar de l'accouchement prématuré, Chetima va se lancer dans la production de sens. Cette production va s'appuyer sur les représentations psychiques présentes. C'est ainsi qu'étant elle-même issue d'un accouchement prématuré, Chetima a été confrontée à l'accouchement prématuré au cours de son adolescence. Ce qui fait en sorte que son accouchement a trouvé des traces sur lesquelles s'inscrire pour trouver un sens : « *J'étais comme si de rien n'était. J'étais surprise, mais après, ça ne m'a pas dérangé. J'étais surprise parce que je savais que je devais accoucher à terme [...] On a emmené le bébé ici, je suis resté à la CASS, je suis venu après deux jours et quand j'arrive, j'ai vu l'enfant, l'image de mes neveux est venue directement dans ma tête, j'ai dit que ça va aller* ». Malgré cela, cet accouchement prématuré, survenant après une première fausse couche a suscité en elle de nombreuses interrogations :

Quand c'est arrivé comme ça, je me suis posée les questions du genre, qu'est ce qui m'est arrivé ? Pourquoi ça m'arrive ? Qu'est-ce que j'ai fait pour que ceci arrive ? Avec tout le temps que j'ai pris pour entretenir cette grossesse. Je me suis même posé des

questions qu'est ce que c'est le sang de la personne qui m'a enceinté qui fait ça. Parce que la première grossesse est d'abord quittée, bon l'autre là, je peux dire que je suis tombée sur la moto, même pas quelque chose de grave, mais l'autre ci qu'est-ce qui se passe, je me suis vraiment posé beaucoup de questions.

6.3.2.3. Mobilisation des mécanismes de défense

Dans le cadre de la mise en sens (symbolisation) ou de l'élaboration psychique de la prématurité à laquelle elle fait face, nous notons une mise en place de nombreux mécanismes de défense parmi lesquels nous pouvons mentionner la dénégation : « *Dans ma tête, j'étais tranquille, je savais que non je vais accoucher dans les bonnes conditions malheureusement, c'est arrivé comme c'est arrivé, mais quand c'est arrivé comme ça bon, ça ne m'a pas trop stressé. J'avais toujours la ferme condition que si le bébé là pleure, et qu'on l'a amené à la couveuse et qu'elle va vivre* ». Comme autre mécanisme de défense, nous avons repéré la mise à l'écart des affects négatifs : « *Il y a eu quelque chose au début de ma grossesse je parle de la sorcellerie qui m'est, m'est arrivée. Imagine un peu que tu es enceinte tu pars dire à ton partenaire que tu, il a dit que tu es même sûr que c'est moi ? Va où tu es parti prendre ça* ». Confrontée à son bébé pour la première fois, du fait du choc généré par cette rencontre, il y a une mise en place de l'évitement : « *Je suis sortie de midi à 17 heures, j'étais dehors* ».

6.3.3. De la Réorganisation psychique au transfert de l'originaire : la restauration des réaménagements psychiques

6.3.3.1. Le vécu de l'hospitalisation du bébé en néonatalogie

Le vécu de la situation d'hospitalisation de l'enfant est également marqué par des situations stressantes non inhérentes aux conditions de vie à l'hôpital et à la situation de l'enfant, mais plutôt en lien avec son conjoint : « *C'est à cause du stress et moi j'aime pleurer. Quand quelque chose me dépasse je commence à pleurer c'est seulement les pleurs. Même jusqu'à maintenant, même hier, il m'a posé un scandale, c'est parce que moi je suis une autre même hier, ça m'a même stressé et après j'ai commencé à pleurer* ».

Pour aborder la question du vécu de la situation d'hospitalisation de son enfant, elle mentionne les difficultés qu'elle rencontre au quotidien, et ce depuis son arrivée à l'hôpital. À

côté de cela, elle mentionne la relation avec les infirmières ainsi que le décalage entre les soins traditionnels des enfants prématurés et les pratiques en cours à l'hôpital :

Donc quand je suis arrivée, ce n'était pas facile, les infirmières, parce que je ne connaissais rien, c'est vrai que bon, la façon que ma mère traitait mes neveux au village, ce n'est pas la même façon ici. Ici, il faut, on doit t'apprendre comment tu dois nourrir l'enfant comment, comment. Et quand tu arrives que tu ne connais pas, bon c'est vrai qu'il y a des équipes et des équipes. Il y a certaines équipes ici là que tu pars même vers elles parce que tu ne connais pas demander, te renseigner, elles se mettent à t'insulter, elles te disent du n'importe quoi, ce n'est pas facile.

À propos du vécu de l'hospitalisation de l'enfant, elle fait un lapsus lorsqu'elle aborde la fois où elle a failli perdre son bébé, elle dit plutôt : « *une comme moi, j'avais perdu mon bébé, à 5 jours ici là, parce que quoi, on m'a donné un cahier, on a fini d'écrire [...] On me remet un cahier, bon moi je suis curieuse, j'ai lu, j'ai imaginé que peut être ça peut-être ça* ». Ce lapsus correspond ainsi à une expression du désir de voir cet enfant mourir qui par la suite a été refoulé. Elle considère dès lors ces 5 premiers jours comme étant les plus difficiles de son séjour à l'hôpital :

L'infirmière vient, il me, elle me dit que quand tu nourris l'enfant, après deux heures, après, avant de nourrir, il faut aspirer la seringue pour voir s'il y a les résidus. La seringue est tellement longue jusqu'à 10 millilitres. Elle ne te précise pas que tire 2 au 3 ou 4 ou 5 ml, non elle dit seulement, elle est placée elle dit seulement aspire, bon toi tu ne connais pas, on te dit d'aspirer noh [...] Moi j'arrive, je tire jusqu'au fond alors que normalement, je ne dois pas tirer comme ça, j'ai tiré jusqu'à tirer l'air de l'enfant, jusqu'à les gouttes de sang sont sorties. L'enfant a commencé à convulser parce que j'ai tiré à l'excès. Les autres sont venues me gronder, je voulais m'expliquer, ils ne m'ont même pas laissé, mais le lendemain, quand l'autre équipe est venue, j'ai passée toute la nuit, je n'ai pas nourri l'enfant parce que j'avais peur, je ne connaissais pas parce qu'ils ont fini de me gronder, elles sont parties [...] Bon comme ma façon, moi je capte vite les

choses, en une semaine, c'était déjà difficile pour moi, c'était déjà facile pour moi parce que je connaissais déjà, je connaissais qu'avec celles-ci, c'est difficile, avec celle-ci c'est facile. Donc les débuts, les 5 premiers jours-là ce n'était pas facile.

6.3.3.2. De la restauration des réaménagements psychiques à l'adoption et adaptation mère-bébé

En ce qui concerne les remaniements psychiques suite à la réorganisation psychique, d'entrée de jeu, elle évoque le fait que son enfance a été difficile, à cause de l'absence de sa mère qui de temps en temps quittait son foyer en abandonnant ses enfants. Durant son enfance, elle n'a pas connu une figure maternelle présente et adéquate. Car en l'absence de sa mère, elle a été élevée par la coépouse de cette dernière. Cela se note dans son discours lorsqu'elle s'exprime de la manière suivante : *« Mon enfance n'était pas très, très facile parce que ma mère a quitté le mariage [...] Elle quittait constamment le foyer. Elle a quitté le foyer, elle nous a laissés, on avait trois ans mon frère et moi. Vous pouvez imaginer, être élevé par une belle mère. Ça n'a pas été trop facile. C'était difficile »*. Cette absence de sa mère l'a affecté, dans la mesure où au moment de devenir mère à son tour, elle ne peut pas véritablement s'identifier aux figures maternelles qu'elle a eues. Cette difficulté d'identification s'accroît avec l'accouchement prématuré. Bien qu'ayant déjà assisté aux soins prodigués aux bébés prématurés, le contexte est différent et cette expérience ne peut pas être actualisée dans la situation à laquelle elle est confrontée. Elle le mentionne au cours de l'entretien en ces termes : *« Donc quand je suis arrivée, ce n'était pas facile, les infirmières, parce que je ne connaissais rien, c'est vrai que bon, la façon que ma mère traitait mes neveux au village, ce n'est pas la même façon ici. Ici, il faut, on doit t'apprendre comment tu dois nourrir l'enfant comment, comment »*. Elle se retrouve ainsi dans l'incapacité de s'identifier aux figures maternelles connues pour prendre soin de son bébé.

Toujours à propos de sa mère, elle évoque son ressenti suite aux départs et retours de cette dernière du foyer. Cette absence a généré en elle une haine en lieu et place de l'amour maternel. Cette haine a progressivement laissé place à l'amour maternel. Elle exprime cela par ces propos : *« Malgré que j'étais affectée par la séparation de mon père et de ma mère parce que ma mère a quitté le foyer on avait trois ans, elle est revenue on avait peut-être 8 ans qu'elle est revenue, elle est repartie, quand elle est revenue, donc je n'ai pas trop senti l'amour de ma mère de 3 ans à 8 ans de 8 ans à 20 ans. Ce qui fait qu'au départ quand elle est revenue bonne*

je n'avais pas l'amour envers elle, j'avais plutôt la haine, mais à force de grandir, de comprendre la vie maintenant je l'aime, j'ai l'amour maternel, paternel ». Malgré cet amour maternel, l'identification à cette mère ne pouvait pas s'opérer.

L'entrée en contact avec l'enfant suite à un accouchement prématuré est le plus souvent accompagnée de surprises et la mère est ainsi confrontée à une étrangeté. C'est le cas de Chetima qui lorsqu'elle a vu son bébé pour la première fois : *« quand j'ai vu mon enfant pour la première fois, j'ai d'abord ressenti une peur, une haine »*. Ce d'autant plus qu'elle ne s'imaginait pas que son bébé est si différent. Sa réaction rend compte de l'écart existant entre le bébé imaginaire et le bébé réel : *« donc, parce que je suis arrivé dans la salle, j'étais autour de treize couveuses de bébés. Il y avait les un peu gros. Dans ma tête, je pointais le bébé un peu gros, je disais que c'est sûr que c'est mon bébé là-bas, parce que la façon qu'elle pleurait, quand j'ai vu un bébé, je me suis dit que c'est sûr que c'est mon bébé là-bas »*.

Confuse dans cette situation, le bébé qui était le sien, elle ne s'imaginait pas et il a fallu l'intervention d'une infirmière pour lui présenter son enfant. Ce premier contact visuel est fait deux jours après la naissance : *« Le bébé qui était même le mien, je n'ai même pas imaginé que c'était ma part. Bon quand l'infirmière vient, elle me demande le nom, je dis. C'est là qu'elle me dit voilà votre bébé là-bas. Quand je me retourne, je vois ça (silence, piaf) donc, j'ai d'abord senti, je ne sais pas si c'était la peur ou si c'était la haine, je ne peux expliquer ça »*. Cette confrontation l'a installé dans un état de choc, et elle a adopté une attitude répulsive vis-à-vis de son bébé : *« Je suis sortie, je ne me suis même pas rapproché de l'enfant, je suis sortie dehors, comme ça, je pars demander à son père que vous avez amené (silence), vous avez amené ça ici là pour faire quoi ? Est-ce que tu es sûr que l'enfant si va vivre, il me dit que non elle est déjà hors de danger »*.

Dans ces propos, l'expression « vous avez amené ça ici là pour faire quoi » rend compte d'un désir de voir ce bébé (chose) qui n'avait rien d'humain disparaître. Mais par la suite, en s'appuyant sur son expérience d'enfant prématuré et de celle de ses neveux pour trouver la force nécessaire pour faire face à ce bébé. Cette expérience a également été pour elle le support ou un objet d'étayage qui a contribué à la restauration de l'amour maternel :

Je suis sortie de midi à 17 heures, j'étais dehors. C'est quand je pars m'asseoir dehors, je commence aussi à réfléchir, je me pose les questions, c'est là que je me rappelle donc que moi-même j'étais d'abord prématurée, mes neveux, me voici aujourd'hui. On ne m'a

pas mis dans la couveuse, les autres mêmes choses, ça veut dire que celle-là aussi, il faut seulement que je m'applique et que je donne aussi mon amour et la suite. Je suis rentré [...] On a emmené le bébé ici, je suis resté à la CASS, je suis venu après deux jours et quand j'arrive, j'ai vu l'enfant, l'image de mes neveux est venue directement dans ma tête, j'ai dit que ça va aller.

Par la suite, elle fait allusion à la taille de son bébé qui a activé les souvenirs et les représentations de ses neveux, ce qui lui a permis de faire face à la situation et de réduire le stress y relatif : « *donc je faisais, je suis arrivée ici, j'ai vu mon bébé, il était tout petit, l'image là est venue dans ma tête, je me suis dit bon, si au village les autres ont survécus. Ça veut dire qu'en ville, avec tout ce qui se passe là ma part aussi va survivre, donc j'avais, je n'étais pas trop stressée* ».

Malgré cela, l'initiation des interactions mère-bébé ne s'est pas faite immédiatement. Cette initiation s'est faite suite à la confrontation au traitement réservé aux bébés par une infirmière. En effet, c'est en assistant aux soins et à la manière avec laquelle une infirmière prenait soin des bébés :

Pour entrer en contact avec elle, ce n'était pas facile parce qu'au début ce n'était pas moi qui prenais soin d'elle. Un matin, il y avait une infirmière, je ne vais jamais oublier ça, très méchante, je n'ai jamais vu une femme comme ça. Quand elle vient pour peser les bébés. Elle se place dehors là-bas avec la balance, elle te demande de porter le bébé, tu peux imaginer que l'enfant a les perfusions sur l'oxygène, toutes les cordes là tu dois transporter tout ça pour aller la retrouver devant la porte pour qu'elle pèse le bébé [...] Parfois quand elle vient nettoyer les enfants, elle arrête l'enfant comme ça là fort, elle brosse avec le gan comme si elle brossait la chaussure, elle finit de faire, elle balance l'enfant dans la couveuse.

Malgré cette actualisation des souvenirs de ses neveux, les premiers jours d'hospitalisation sont vécus difficilement et marqués par des interrogations en ce qui concerne

la survie de son bébé. Ces interrogations étaient ainsi alimentées par l'absence de préparation et les difficultés de se représenter cette maternité :

Je me disais toujours dans mon cœur que pourquoi l'enfant si n'est pas mort à l'accouchement. Oui, je disais toujours ça. Qu'est-ce que je vais faire, qui est même sûr que l'enfant si va même grandir, moi, puisque moi je n'avais jamais vécu ça parce que quand c'est pour quelqu'un d'autre hein ! C'est autre chose et quand il s'agit de toi-même c'est pour toi, puisque quand tu arrives ici là les infirmières ne font rien, elles sont là pour injecter l'enfant [...] Personne pour t'aider, toi-même tu fais, bon je n'avais jamais traversé l'étape là. Donc pour moi, c'était très difficile, dans ma tête c'était pourquoi l'enfant là n'est pas parti. Pendant peut-être trois jours, je disais ça.

Bien que se rapprochant de son enfant, elle ne s'impliquait pas dans le maternage, et ce jusqu'au jour où elle a assisté à aux soins dont dispensait une infirmière à son bébé. Cette scène a constitué le déclic et le point de départ de l'investissement et des interactions mère-bébé entre elle et son bébé :

Un matin, elle commence donc à nettoyer mon enfant devant moi, j'ai vu ça c'est comme si, je ne sais pas, je ne peux pas t'expliquer ça, ça m'a fait très mal, la façon que le petit bébé là faisait quand la maman là la arrêté et la manière qu'elle frottait. Après avoir fini de frotter, elle balance dans la couveuse. Toi-même, il faut l'oindre, l'enfant a commencé à crier [...] L'enfant n'a même pas la voix pour bien pleurer, elle criait un genre, ça m'a fait mal que pourquoi la maman ci fait comme ça ? Le lendemain donc, je dis qu'aujourd'hui là, la mère ne va pas toucher mon enfant. C'est comme si elle fait mal à l'enfant, c'est comme si (piaf) elle déteste mon enfant, elle est revenue avec la balance, je me suis placée devant la couveuse je lui ai dit que tu ne touches pas à mon enfant. Elle dit que quoi ? Je lui ai dit que tu ne, si tu touches à cet enfant, c'est la police qui va arriver ici, elle a laissé l'enfant c'est la première fois que moi-même j'arrête l'enfant là.

Face à la souffrance de son bébé et à l'incompréhension des agissements de l'infirmière à l'égard des bébés, la courbe a été renversée et les processus de maternalité, notamment la constellation maternelle a été réactualisée et les processus tels que la préoccupation maternelle primaire, l'attachement, la fonction protectrice ont été déclenchés :

Malgré qu'elle était petite, c'est, elle ne ressemblait à rien, mais j'ai quand même eu l'amour de l'arrêter moi-même nettoyer doucement, déposé normalement et depuis ce jour-là, personne n'a plus touché à mon enfant. Sauf si on vient pour injecter jusqu'aujourd'hui. Depuis ce jour-là hein, je suis, donc je suis attachée à elle à un niveau que, et j'ai vu que quand moi-même je prenais soins d'elle, ça a commencé à aller par rapport à quand les infirmières prenaient soin d'elle [...] C'est la façon dont, premièrement c'est la façon dont la femme-là traitait mon enfant tu vois noh, oui ça m'a fait très mal, c'était comme si (silence) comme si l'enfant là bon, je ne sais pas comment expliquer ça. C'était comme si l'enfant-là n'avait personne comme si l'enfant était un bâton, quelque chose qu'on néglige comme ça alors que c'est bon (silence).

Le sentiment de culpabilité a ainsi joué un rôle dans l'initiation du sentiment maternelle chez elle. En effet, en voyant l'infirmière traiter son enfant de cette façon, elle a eu la sensation qu'elle-même faisait du mal à son enfant en n'ayant pas l'amour maternel et en ne s'impliquant pas dans les soins. Cette sensation est inscrite comme un véritable déclic et catalyseur de l'amour maternel : « *Donc j'ai ressenti quelque chose en moi, j'ai ressenti comme si j'étais en train de faire du mal à cet enfant. Parce que moi-même je n'avais pas l'amour envers elle et y compris l'infirmière, j'ai compris que si moi-même je n'ai pas d'abord l'amour envers elle combien de fois l'infirmière, dont ça m'a fait réfléchir, immédiatement, ça m'a fait mal. J'ai eu l'amour envers elle en ce moment-là. Quand elle est sortie, je suis partie la toucher, j'ai commencé à la calmer, calmer, calmer, elle s'est calmée aussi* ».

Le sentiment maternel est né chez elle suite à la confrontation aux cris et pleurs de son bébé. En effet, cette situation l'a mise dans un état d'hypersensibilité (préoccupation maternelle primaire), ce qui l'a amené à s'identifier à son bébé pour comprendre son ressenti :

Ce qui a fait en sorte que j'arrête c'est la façon dont l'infirmière a traité, la façon qu'elle, le bébé là criait c'est comme si elle avait mal, je me suis dit que le bébé si se dit que si c'est ma mère qui me lave, je ne vais pas, tu comprends un peu noh j'ai pensé comme ça directement et c'est là que j'ai eu l'amour et effectivement, quand moi-même je la lavais, je ne la traitais pas comme ça. Je prenais bien le temps pour nettoyer doucement, doucement, parfois, je chante même, elle ne pleurait pas. Alors que chaque fois que les infirmières venaient pour la nettoyer, elle pleurait, elle criait, tu vois un peu, c'est un peu ça.

Suite à cette scène, en se rapprochant de son bébé, elle se sent soulagée d'un poids qui l'écrasait et ce soulagement est suivi par l'installation du processus d'attachement : *« c'était comme si on enlevait un poids sur moi. En ce moment, c'était comme si on m'attachait à elle. Je ne sortais même plus, je ne restais même plus dehors, j'étais toujours là à côté d'elle, la toucher, malgré qu'elle était petite, je la portais ».*

Au cours de l'entretien, en ce qui concerne l'exercice des fonctions maternelles et du ressenti en tant que mère de ce bébé, elle dit : *« hach ! Je suis heureuse, je suis heureuse. Je dis merci à Dieu de m'avoir donné la force et le courage, parce qu'un bébé prématuré par rapport, ma part là, il faut avoir beaucoup de courage, beaucoup de courage pour travailler, si tu n'as pas le courage tu ne peux pas parce que quand tu vois comme ça là, même si c'est comment tu [...] Donc il faut, je suis heureuse maintenant, parce que maintenant, si tu toi-même tu voyais le bébé là le jour que le bébé là est né, que tu voyais le bébé là maintenant c'est mon travail je suis heureuse, très heureuse ».* Pour elle, la joie éprouvée en ce moment est le résultat du courage qu'elle a eu durant la période d'hospitalisation de l'enfant.

Dans le même sillage, l'acquisition de l'identité maternelle vient rattraper la naissance qui a lieu dans un contexte de vide affectif et n'a pas pu être inscrite dans le psychisme maternel. La scène de « maltraitance » de son bébé l'a poussé à se représenter en tant que mère, et cette représentation sont accompagnées de sentiment maternel et dès lors, elle se conduit comme une mère et apprend à comprendre son bébé. Cette représentation en tant que mère a conduit à l'investissement, voire le surinvestissement de son bébé :

En tant que mère de cet enfant, je suis très, très heureuse, très même, et j'ai, donc l'enfant là fait très mal au cœur que, je ne sais pas si un jour, je dois supporter de voir l'enfant là pleurer. Ne serait ce que pleuré comme ça là, elle me fait très mal ici là (en touchant sa poitrine du côté gauche). C'est pour qu'elle arrive seulement à ce niveau si, elle a traversé les étapes difficiles, les injections, les transfusions, donc beaucoup de choses que l'enfant à traverser [...] Cet enfant-là, ça sera intouchable donc et intouchable et inséparable de moi. Parce que personne, moi je me dis que personne d'autre ne pourra prendre soin d'elle comme moi. Parce qu'on ne connaît pas. Parce qu'on ne connaît pas l'étape si là comment elle est née, comment elle a fait pour devenir ce qu'elle est, tu vois un peu noh. Oui, la souffrance, toute la souffrance si personne ne connaît, je suis la parce que même son propre père. Quand il est venu laisser l'enfant ici là, il a fait peut-être trois semaines, il ne voyait pas l'enfant là parce qu'il n'avait même pas le courage de voir l'enfant. Mais moi je vivais ça 24h/24. Donc il ne connaît pas, c'est, c'est seulement moi seule qui connais comment l'enfant là s'est développé jusqu'à ce niveau si. Personne d'autre ne va prendre soin de cet enfant comme moi-même, parce que c'est moi seule qui connais ce que j'ai traversé pour arriver à ce niveau.

En ce qui concerne la représentation qu'elle a d'elle-même après cette expérience, elle mentionne : « *Par rapport à toutes ces attentes, je me, je suis forte, je suis une femme très forte, très vaillante, très courageuse, oui, parce que s'il n'y avait pas tout ça, je ne pouvais pas supporter. Parce qu'il faut avoir le courage pour affronter quelque chose. Si je n'avais pas ce courage-là, je ne pouvais pas arriver, parce que j'ai paniqué au début, il fallait avoir le courage pour pouvoir même toucher mon enfant, il fallait beaucoup de courage* ».

6.3.4. Synthèse de l'analyse du cas Chetima

Chetima est une jeune femme âgée de 25 ans, elle-même née prématurément, sa sœur a eu à accoucher de manière prématurée. Nous l'avons rencontré à HGOPY où son enfant a été transféré et hospitalisé suite à un accouchement qui a lieu à 26 SA.

Elle est tombée enceinte un mois après avoir subi une fausse couche d'une grossesse qui avait trois mois. De peur de perdre de nouveau cette grossesse, elle a commencé les consultations prénatales à un mois. Malgré cela, sa grossesse est marquée par de nombreux symptômes (saignements) qui du point de vue médical et physiologique n'ont trouvés aucune explication, bien qu'ils se multipliaient. Sur le plan psychologique, du fait des conflits conjugaux, sa grossesse est accompagnée du stress. Ce jusqu'au jour où, suite à un saignement, elle se rend à l'hôpital ; face à l'incapacité du médecin de trouver une explication à ce saignement, il lui demande de faire une échographie. L'échographie n'a montré aucune anomalie et tout était normal (col fermé...), quelques minutes après cela, elle a accouché.

Cet accouchement est ainsi venu mettre un terme à toutes ses attentes. Elle se disait qu'elle avait accouché d'un enfant qui allait mourir, ce malgré qu'elle s'appuyait sur son expérience à elle et celle de ses neveux pour faire face à la situation. Ces expériences lui ont été bénéfiques dans la mesure où elles sont des inscriptions psychiques sur lesquelles la situation a pu être maîtrisée et élaborer sans trop ébranler le psychisme maternel. Malgré cela, elle s'est posé de nombreuses questions en ce qui concerne le sens de cet accouchement.

Dans le registre des défenses, elle a fait usage des mécanismes de défense tels que la déniation, la mise à l'écart des affects et l'évitement pour faire face aux pulsions relatives à la prématurité.

Son accouchement est accompagné d'un sentiment d'étrangeté, une absence des affects et est vécu comme une situation irréelle qui n'a pas pu être inscrite dans son psychisme. Cette absence des traces psychiques de l'accouchement met à mal les processus de maternalité en cours. De là, la première rencontre avec son bébé est choquante pour elle, ce d'autant plus qu'elle se demandait pourquoi cet enfant n'est pas décédé à la naissance. Ce choc est relatif à la taille et à l'apparence de son bébé qu'elle chosifie après ce premier contact visuel. Dans ce contexte, elle n'avait aucun ressenti maternel (sentiment maternel) vis-à-vis de son bébé.

Le déclic dans son cas a été la confrontation à la manière avec laquelle une infirmière traitait son enfant. Face à cela, le fait de se sentir coupable des cris et des pleurs de son enfant a renversé la situation et la constellation maternelle a été réactualisée. Le processus de préoccupation maternelle primaire suivi de celui de l'attachement a pu s'initier. Dans cette situation, elle s'appuie également sur le corps médical auprès de qui elle a acquis des connaissances en ce qui concerne le maternage.

6.4. ANALYSE DU CAS BESBA

Ici, il est question de faire l'analyse des données collectées auprès de cette participante.

6.4.1. Grossesse, accouchement prématuré et rupture des processus de maternité

6.4.1.1. Déroulement et vécu de la grossesse

Tout comme dans la majorité des cas, son accouchement est subit et a mis un terme à tout ce qu'elle imaginait pour son bébé. En parlant de ses attentes vis-à-vis de sa grossesse, elle aborde spontanément l'accouchement et ses douleurs : *« J'imaginai que je voulais bien l'accouchée dans les bonnes conditions, je voulais qu'elle soit aussi princesse comme les autres, comme moi aussi. Comme moi bon. Moi j'ai accouché à 07 mois. Je l'ai accouché à 07 mois et la douleur (rire), la douleur là, ça m'a fait fort, mais j'ai accouché, elle ne... parce qu'elle était très petite. Maintenant elle est un peu déjà une fille labas »*. L'expression "un peu déjà une fille" dans son discours rend compte d'une reconnaissance progressive des caractéristiques humaines à son bébé.

Cet accouchement est ainsi venu mettre un terme à une grossesse qui se déroulait sans problème comme elle le souligne : *« La grossesse s'est passé bien, donc je n'ai pas eu les problèmes avec la grossesse, je mangeais tout, n'importe quoi. Donc et l'enfant était, était, il n'avait pas trop de conséquences. (Soupir) Durant la grossesse, je ressentais la fatigue, elle était dans mon ventre, donc elle bougeait, elle bougeait bien et ne dérangeait pas »*.

6.4.1.2. L'accouchement prématuré et son vécu

La grossesse s'étant bien déroulée, elle a vécu l'accouchement comme une catastrophe qui a commencé par une douleur au bas ventre. S'étant rendu dans la structure hospitalière où elle faisait ses consultations prénatales, on lui a fait comprendre qu'elle devrait accoucher dans de brefs délais :

L'accouchement a commencé un jeudi comme ça, j'étais bien bien, j'ai lavé les habits je ne connaissais pas parce qu'on m'avait dit que j'accoucherais le 26 novembre et moi je me trouve que j'ai accouché le 29 août, le 29 août comme ça à 11h je ressens comme si j'avais mal au ventre, le bas ventre commence à me faire mal. Et je me demande que le ventre ne soit pas encore à terme, mais je, qu'est-ce qui arrive ? À quelle heure comme

ça ? J'ai commencé à avoir mal comme ça pour alors. Je suis parti où on conduit, les visites alors ils ont dit que je ne peux pas accoucher là-bas, c'est là où j'ai su que c'est un bébé prématuré [...] hum je priais seulement qu'elle vive. Là-bas alors, on m'a conduit à Efoulan et j'ai accouché à Efoulan et Efoulan a dit que mon bébé est prématuré, on cherche la couveuse, nous sommes allés à la fondation, la fondation est pleine et on a envoyés ici là et ici alors, pour prendre soin du bébé, on a tardé 5 h on reste là, la nuit nous a trouvé donc on donne trop la pression.

6.4.2. Le dépassement de la rupture : la réorganisation psychique

Confronté à la surprise induite par l'accouchement prématuré, le travail de la prématurité va s'appuyer sur la mise en sens pour maîtriser les affects et les angoisses relatives à la situation.

6.4.2.1. De l'étayage à la reprise

S'agissant des rapports avec le corps médical, elle mentionne qu'ils ne sont pas harmonieux : *« On vit avec eux comme ils vivent avec nous comme ils sont là comme ça. Si on part voir le major, là ça ne se passe pas bien. On se plaint aussi d'eux, eux aussi, ils se plaignent de nous en disant que nous sommes les mères d'enfant. Ils nous prennent comme-ci nous ne sommes pas les êtres humains alors que nous sommes aussi les êtres humains comme eux. C'est pour ça qu'ils nous insultent »*. Du coup, elle s'implique dans les soins pour son bébé et non pour les autres : *« Je prends soins de mon enfant parce que c'est mon enfant je ne suis pas ici pour eux. C'est pour mon enfant, c'est pour le bien de mon enfant que je viens faire. Parce que je sais que c'est leur métier là-bas, je ne leur parle pas de ma part parce que c'est leur travail »*.

6.4.2.2. Mise en sens de l'accouchement prématuré

S'agissant de la mise en sens de la prématurité, Besba pense que c'est le fait de travailler beaucoup qui est à l'origine de son accouchement prématuré : *« Une femme enceinte ne doit pas, elle ne doit pas beaucoup travailler, elle ne doit pas beaucoup, elle ne doit pas beaucoup marcher parce qu'il y a la fatigue, parce que la fatigue norh, elle doit rester sur place. Comme moi je travaillais alors beaucoup, c'est là que j'ai accouché le bébé prématuré. C'est à cause de beaucoup travailler noh, tu ne dois pas beaucoup secouer ton corps »*.

6.4.3. De la Réorganisation psychique au transfert de l'originaire : la restauration des réaménagements psychiques

6.4.3.1. Le vécu de l'hospitalisation du bébé en néonatalogie

S'agissant du vécu de la situation d'hospitalisation de son enfant, elle exprime très peu ses éprouvés et se contente de parler du coût financier de cette hospitalisation : *« Ici là c'est un peu compliqué, il y a beaucoup des ordonnances qu'on nous donne, on met beaucoup la pression pour qu'on paie l'argent, on ne veut pas attendre. On ne veut pas accepter de donner la facture cash une fois que l'enfant doit d'abord finir avec, on ne veut pas comme ça. Il y a aussi, nous aussi on dit qu'on doit donner court, court comme ça pour que la facture ne doive pas peser à la fin. Ça se passe bien. Ici, ma mère vient, ma belle-mère aussi et mon mari viennent aussi me rendre visite ».*

6.4.3.2. De la restauration des réaménagements psychiques à l'adoption et adaptation mère-bébé

L'entrée en contact avec son enfant s'est faite pour la première fois dans un contexte choquant pour elle. À ce sujet, elle s'exprime de la manière suivante :

Quand je l'ai vu pour la première fois, la chair de poule est sortie sur moi parce qu'elle était petite, j'ai même déjà peur de la toucher parce que j'avais peur qu'elle aille seulement se casser. Maintenant, je suis déjà fière de la voir comme ça. Parce que je sais qu'elle va s'en sortir. Ça se voit parce qu'elle n'a pas de problème, depuis que je suis ici, mon enfant n'a pas de problème de, donc les ordonnances là, les transfusions, mon enfant n'a pas ça. Elle est en bonne santé même les médecins sont d'accord, mon problème avec elle c'est qu'elle mange, on rentre, c'est ce qu'on nous demande ici.

Malgré cela, avec la confrontation quotidienne avec son bébé à qui elle fournit des soins, elle exprime des émotions telles que la joie et elle s'identifie aux rôles maternels : *« Quand je porte mon enfant, ça me fait la joie au cœur, comment c'est bien, comment Dieu m'a donné l'enfant. Je suis très fière. Je me vois déjà comme une mère aussi, comme une mère d'enfant aussi. Soupir, je dois aussi faire que mon enfant guérisse pour que je rentre aussi. Je suis venu,*

je suis venu faire la santé à mon enfant. Donc je ne dérange personne, tout le monde reste sur son problème ».

Elle ressent également une crainte de perdre son bébé : *« Je veux aussi qu'elle grandisse parce que comme les bébés meurent ça me fait peur. Je prie aussi qu'elle grandisse dans les bonnes conditions. Bientôt je vais atteindre un mois ici. Parce qu'elle est née avec 800 grammes et elle a déjà atteint plus d'un kilo ici ».*

6.4.4. Synthèse de l'analyse du cas Besba

Besba est une jeune mère que nous avons rencontrée à HGOPY où son bébé est hospitalisé depuis près d'un mois. L'accouchement prématuré est venu mettre un terme à toutes les attentes qu'elle avait vis-à-vis de sa grossesse. Cet accouchement est accompagné d'une douleur qu'elle dit avoir surmontée. L'accouchement prématuré a ainsi mis à mal le processus de maternité en cours. Suite à cela, le travail de la prématurité chez elle s'est appuyé principalement sur la symbolisation et une absence des affects dans son discours. Pour elle, son accouchement est dû au fait qu'elle travaillait beaucoup et ne se reposait pas suffisamment.

Au premier contact avec son enfant, elle a eu peur de la toucher, ceci du fait que son bébé était très petit, mais progressivement avec lent travail de la prématurité et les soins qu'elle lui fournit au quotidien, elle fait face à la crise et de se ressaisit par la suite. La reprise a ainsi réactualisé les réaménagements nécessaires au transfert de l'originare.

6.5. ANALYSE DU CAS NDEZE

Ici, il est question de faire l'analyse des données collectées auprès de cette participante.

6.5.1. Grossesse, accouchement prématuré et rupture des processus de maternité

6.5.1.1. Déroulement et vécu de la grossesse

Pour cette participante, la découverte de la grossesse a été une source de joie, et ce d'autant plus qu'il était question d'une grossesse gémellaire. Cette joie est ainsi accentuée par le traitement et la considération que la culture Bamiléké accorde aux parents de jumeaux. Et dans ce contexte de joie, sa grossesse se déroulait sans problème : *« Quand j'ai même su que j'étais enceinte des jumeaux, une fille et un garçon. La grossesse s'est bien déroulée, tout se passait bien, je dirais très bien même, j'attendais les jumeaux, j'étais très fière très contente, car je suis « magne » et chez nous à l'Ouest on nous respecte beaucoup noh ! J'étais contente de moi ».*

Du fait de l'identification au nouveau statut de mère (magne) et de la joie que lui procurait cette grossesse, la préparation de l'accouchement était minutieuse et elle préparait la venue de ses deux bébés : « *Comme je disais, je faisais mon trousseau pour deux bébés, ce qui fait que j'achetais tous par pair, deux deux [...] J'étais fier jusqu'à donc même le trousseau, j'ai tout apprêté deux deux j'ai faits deux deux. J'ai faits tous deux deux [...] J'ai tellement apprêté ça j'achète toutes les choses deux deux paires paires. Donc je ne sais même pas comment je vais faire avec les habits. C'est énorme chez moi, les habits là c'est énorme. Tout est énorme, j'achetais pair par pair deux deux [...] Je l'ai trop apprêté et tout le monde attendait ça et son père lui-même beaucoup* ».

Durant cette période, du fait des processus de maternalité en cours, Ndeze parlait à ses bébés : « *Je parlais tout le temps à mes bébés, je leur racontais les trucs, tu vois noh !* ». Durant cette période, sa grossesse se déroulait sans problème et l'accouchement prématuré est venu stopper tout cet investissement, rompant par la même occasion tous les processus en cours, et ce sans aucun signe annonciateur. À ce sujet, elle dit : « *Tout se passait bien bien, même à la veille, l'échographie n'a rien montré tout était normal à part le fait qu'on m'a dit que je devrais accoucher par césarienne. Tout était bien [...] Je suis allé faire l'échographie le 4 septembre, avant ça même, avant ça, j'ai fait deux échographies, tout était normal* ». Mais le même soir, elle est victime d'un hématome placentaire, ce qui a signé l'imminence de l'accouchement : « *Je rentre à la maison, le même soir, vers deux heures, je comprends, je comprends, je comprends comme si c'était le robinet noh, je me lève, c'est le sang, je saigne à deux heures* ».

6.5.1.2. L'accouchement prématuré et son vécu

Du fait de l'irruption de cet accouchement qui est venu trop tôt sans signes annonciateurs, elle se retrouve dans une situation inédite qui entraîne une rupture des processus de maternalité et une absence de mots pour dire cette situation : « *Je ne sais pas comment expliquer ça. Tellement je suis choquée, je ne reste qu'avec la fille, elle va quand même me consoler* ». En exprimant ce choc, elle évoque directement le fait qu'elle ne reste qu'avec la fille à qui elle attribue directement un rôle de consolateur, ce qui rend déjà compte de l'investissement de son enfant.

Cet accouchement a ainsi entraîné un véritable choc comme elle l'exprime : « *C'était un choc hein ! Comment accouché à trente semaines ? C'est bizarre noh quand tu n'es pas à terme, c'est bizarre, j'ai ressenti un choc maintenant, malgré cela je suis quand même en vie noh, celle de mon bébé aussi* ». Dans ces propos de Ndeze, l'interrogation associée à la bizarrerie rend

ainsi compte du sentiment d'étrangeté face à cet accouchement qui vient mettre en branle les réaménagements psychiques.

La rupture suite à l'accouchement prématuré se manifeste également dans les propos de Ndeze à travers la succession des phrases inachevées, rendant ainsi compte de son incapacité de mettre des mots sur son ressenti : *« ça me fait, ce n'est jamais, ni en, je ne sais pas comment vous expliquer ça. Je n'ai jamais, pour moi, c'est étrange je ne pouvais pas m'imaginer qu'un jour ma première grossesse, je pouvais passer par là. Donc c'est déjà, presque un mois dehors. Donc vous voyez un peu que c'est un peu traumatisant »*. À cette rupture est associé un sentiment d'incapacité, qui a un fond d'inquiétude pour « l'achèvement » de la maturité du bébé au moment de l'accouchement :

Oui oui, quand tu vois les autres porter les grossesses jusqu'à terme, d'autres parfois dépassent le terme et que toi tu ne parviens pas tu vois noh ! C'est comme si tu en es incapable, comme si tu ne peux pas faire comme elles noh. Parce moi je pense que c'est bien d'aller jusqu'à terme pour que l'enfant soit bien formé. Cet accouchement, je dirais même c'est un accouchement, je ne m'attendais pas à accoucher à 30 semaines, je n'aurai jamais imaginé que ça pouvait se passer ainsi.

Ceci rend également compte de son incapacité à s'identifier aux autres mères et par ricochet l'identification aux figures maternelles et aux rôles maternels. Or cette identification aux figures maternelles que la mère a rencontrées tout au long de son développement est importante pour l'acquisition des rôles maternels et par conséquent pour la construction du maternel ou le devenir mère.

La grossesse de Ndeze se déroulait sans problème apparent, sans aucun risque d'accouchement avant le terme. Les échographies qu'elle a faites durant cette période de gestation venaient prouver ce bon déroulement de la grossesse, ce qui fait que, même à la veille de son accouchement, elle a fait une échographie : *« Je suis allé faire l'échographie le 4 septembre, avant ça même, avant ça, j'ai fait deux échographies, tout était normal [...] Les deux bébés étaient séparés et le 04 septembre, les deux bébés étaient en position siège et on m'a dit que non ça ne dérange pas c'est lors de l'accouchement c'est par opération. J'ai dit que non il n'y a pas de souci. On réfléchissait déjà sur comment on doit faire »*. Lancée dans les réflexions pour la préparation de son accouchement par césarienne, l'accouchement fait

irruption pratiquement le même jour : « *Je rentre à la maison, le même soir, vers deux heures, je comprends, je comprends, je comprends comme si c'était le robinet noh, je me lève, c'est le sang, je saigne à deux heures* ».

Cette situation est incompréhensible dans la mesure où, elle a fait, à la veille une échographie qui a montré que la grossesse se déroulait normalement : « *Pourtant j'ai fait l'échographie le 4 septembre tout allait bien et je saigne à deux heures, ils ont appelé ça hématome placentaire c'est là où, c'est là où je suis, c'est là où on m'a envoyé à l'hôpital. Je suis d'abord parti au CHU là-bas, on ne pouvait rien faire. On m'a donc envoyé ici là. J'ai accouché à 30 semaines 2 jours* ».

Ainsi, l'accouchement en plus d'être prématuré, a imposé la césarienne. Elle fait une description de ces moments en faisant abstraction des émotions ou du ressenti :

On m'a dit qu'on va m'opérer le lendemain matin et maintenant alors vers huit heures on a programmé l'opération parce qu'on ne pouvait rien faire, non seulement retourner les enfants. On ne pouvait rien faire, non seulement parce que ...c'est comme ça qu'on a fait et tous et toutes et tout et on a programmé l'opération. Et un des enfants est parti et la fille est restée et après maintenant, le temps de, le temps de mettre dans la couveuse on traine encore et le garçon meurt noh, le garçon avait 1k500 grammes et la fille avait 1080 grammes. Pour le moment, elle a presque, elle maintenant à...

Cette abstraction des émotions et du ressenti dans les propos de Ndeze au moment de parler du vécu de l'accouchement et particulièrement du moment où elle se rend compte du saignement à la césarienne. Ceci rend compte du retentissement psychique de cet accouchement. Plus loin dans l'entretien, elle mentionne néanmoins la sensation d'effondrement qu'elle a eu au moment durant lequel les médecins lui ont annoncé qu'elle devrait accoucher : « *Quand on m'a dit que je devais accoucher, j'avais l'impression que tout s'effondrait ; il y a à peu près tout qui s'effondre parce que j'imaginai ma grossesse d'une certaine façon, je savais qu'elle devrait encore durée plusieurs semaines. En ce moment, j'ai eu comme impression qu'on m'enlevait quelque chose, comme si on me volait ma grossesse qui devrait encore mettre beaucoup de temps avant l'accouchement* ». Elle vit l'accouchement

comme un véritablement effondrement de tout ce qu'elle a construit, de toutes ses attentes vis-à-vis de sa grossesse.

6.5.2. Le dépassement de la rupture : la réorganisation psychique

Ici, il est question de rendre compte du travail de mise en sens et d'historisation de l'accouchement prématuré chez Ndeze.

6.5.2.1. De l'étayage à la reprise

Dans une situation de « crise », le groupe constitue un véritable support sur lequel l'individu peut s'étayer pour surmonter cette crise. C'est ainsi pour Ndeze, le groupe des pairs est un support sur lequel elle s'appuie pour surmonter cette situation. Il y a chez elle, une sorte d'identification aux autres femmes qui sont dans la même situation qu'elle : *« avec les autres femmes comme moi, je me dis que je ne suis pas seule parce que n'importe qui passe par-là donc moi-même je vois que je ne suis pas la seule. Beaucoup ont perdu un bébé et elles sont avec moi, je ne suis pas seule... »*. Ainsi, ce groupe lui fournit l'accompagnement psychoaffectif nécessaire pour l'élaboration psychique d'une part et d'autre part le dépassement de la crise.

S'agissant des infirmières, elle dit : *« Elles sont là pour nous dire ce qu'il faut faire, comment faire et aussi, s'il y a un problème avec l'enfant, elles vont gérer, mais dire qu'elles vont rester là à regarder l'enfant de l'autre, non. Même si toi la mère tu es malade, tu es obligé de t'occuper de ton enfant et ça, il faut le faire toutes les 2 heures, le jour comme la nuit. Il faut monter, il faut descendre, il faut s'occuper du bébé toutes les deux heures, c'est vraiment pénible. Tu n'as pas assez de temps pour te reposer parce qu'il faut, il faut »*.

6.5.2.2. Mise en sens de l'accouchement prématuré

Le travail de mise en sens ou de symbolisation est présenté dans la perspective psychanalytique comme l'opération fondamentale du fonctionnement de l'appareil psychique sur lequel les autres processus à l'instar de la mentalisation, de l'élaboration psychique vont s'appuyer. C'est ainsi que, confrontée à l'accouchement prématuré qui désorganise, rompt les processus en cours, l'appareil psychique œuvre pour donner un sens à la situation.

Pour aborder cette question, elle commence par dire : *« Subitement, il fallait accoucher et j'ai accouché j'ai accouché. C'est très difficile pour moi de ne pas savoir la cause de ce qu'ils ont appelé l'hématome placentaire, je ne sais pas ce qui a bien pu causer ça »*. Ceci rend

compte du fait qu'elle a fini par accepter cet accouchement comme étant une véritable épreuve qu'elle n'a pas pu maîtriser.

Suite à cela, le travail de mise en sens commence par une recherche de la cause de l'accouchement prématuré. À ce titre, elle dit : « *Je ne connais pas la cause de cet accouchement. Il y a même il y a même mon dossier qui est là-bas, hématome hématome quoi là placentaire, j'ai demandé à mon mari de chercher ça donc je ne sais pas ce qui c'est dû à quoi. Mais je n'ai pas pu, je n'ai pas pu voir la cause, je n'ai pas pu, je n'ai pas pu* ». Bien que connaissant la cause de l'accouchement (hématome placentaire), elle n'est pas satisfaite et cette insatisfaction se note dans ses propos à travers la répétition de l'expression « je n'ai pas pu ». Cette insatisfaction dans la recherche de la cause de l'hématome placentaire rend difficile sa quête de sens ou la symbolisation de cet accouchement et fait en sorte qu'elle se pose de nombreuses questions pour comprendre ce qui lui arrive :

C'est très difficile pour moi de ne pas savoir la cause de ce qu'ils ont appelé l'hématome placentaire, je ne sais pas ce qui a bien pu causer ça. Et depuis, je me pose les questions du genre, pourquoi ça m'est arrivé ? Pourquoi je n'ai pas pu aller jusqu'à terme de ma grossesse alors que les autres mamans le font. J'ai parfois l'impression que j'ai échouée quelque part [...] Oui oui, quand tu vois les autres porter les grossesses jusqu'à terme, d'autres parfois dépassent le terme et que toi tu ne parviens pas tu vois noh ! C'est comme si tu en es incapable, comme si tu ne peux pas faire comme elles noh. Parce moi je pense que c'est bien d'aller jusqu'à terme pour que l'enfant soit bien formé. Cet accouchement est hors normes, je dirais même c'est un accouchement, je ne m'attendais pas à accoucher à 30 semaines, je n'aurai jamais imaginé que ça pouvait se passer ainsi.

Ces interrogations sont ainsi associées à l'expression d'un sentiment de culpabilité vis-à-vis de cet accouchement, autrement dit, elle se reproche le fait que sa grossesse ne soit pas arrivée à terme. Face à cette incapacité de donner un sens à la cause de son accouchement, elle finit par dire : « *Je ne comprends pas tout, je n'arrive pas à comprendre ce que signifie cet accouchement qui vient à 30 semaines* ».

6.5.2.3. Mobilisation des mécanismes de défense

Pour faire face à la situation d'accouchement prématuré et aux affects inhérents à cette situation, Ndeze faite recours à de nombreux mécanismes de défense parmi lesquels figurent :

La dénégaration. Elle y fait recours à de nombreuses reprises :

Elle ne ressemblait pas à un bébé, elle avait l'air d'aller mal et moi je me disais que je ne parviendrais jamais à m'occuper d'un bébé si petit, j'avais peur. Je n'avais jamais imaginé devoir m'occuper de quelque chose de pareil, je ne m'imaginai jamais traverser une situation comme ça [...] je me demandais si c'était vraiment mon enfant [...] c'était comme si c'était, comme s'il n'y avait rien entre nous comme si elle n'était pas mon bébé [...] Elle était toute petite, on aurait dit une poupée. Je ne voyais aucune ressemblance (silence) avec moi, il n'y avait rien [...] je ne ressentais rien pour elle, c'était comme si elle était mon bébé, mais il n'y avait aucun lien entre nous.

Le recours à ce mécanisme de défense rendrait ainsi compte de sa difficulté de confrontation au sentiment d'étrangeté qui s'est emparé d'elle au moment de la rencontre avec son bébé.

Dans le registre des mécanismes de défense, il ressort également l'affiliation (recherche de l'aide et du soutien d'autrui quand on vit une situation qui engendre de l'angoisse). Dans son cas, il est question de l'affiliation par la communauté qui est selon Ionescu et al. (2003), la possibilité de trouver un soutien dans le groupe social. Il est ici question du groupe des mères qui du fait qu'il réunit les mères vivant une expérience stressante identique a une valeur de groupe de soutien : « avec les autres femmes comme moi, je me dis que je ne suis pas seule parce que n'importe qui passe par-là donc moi-même je vois que je ne suis pas la seule. Beaucoup ont perdu un bébé et elles sont avec moi, je ne suis pas seule... ». Ainsi, avec le recours à ce mécanisme, la présence des autres mères dans la même situation lui est importante et bénéfique dans la mesure où leur présence lui permet de maîtriser les angoisses inhérentes à sa situation et aussi d'éviter les séquelles durables.

6.5.3. De la Réorganisation psychique au transfert de l'originaire : la restauration des réaménagements psychiques

6.5.3.1. Le vécu de l'hospitalisation du bébé en néonatalogie

Tout au long de l'entretien, Ndeze aborde très peu le vécu de la situation d'hospitalisation. La seule fois qu'elle le fait, c'est lorsqu'elle parle de la pratique de la méthode Kangourou : *« Ici à l'hôpital, on fait le kangourou, ce qui nous permet d'entrer en connexion avec l'enfant tu vois noh. Même si l'enfant est petit comment, tu le sens, son cœur et tous noh ! Avec le Kangourou, c'est comme si elle était encore dans le ventre tu vois noh ! Quand je commence, j'ai l'impression qu'il y a quelque chose qui nous liait, qui nous attache l'une à l'autre ».*

6.5.3.2. De la restauration des réaménagements psychiques à l'adoption et adaptation mère-bébé

La première rencontre entre la mère et son enfant est souvent un moment de fierté, de joie, voire un événement fondateur pour la relation mère-enfant. Mais, du fait de la prématurité, cette première rencontre est souvent marquée par de la peur ou des angoisses. C'est le cas de Ndeze, qui parle du premier contact avec son bébé de la manière suivante : *« La peur de ça ! tellement, je ne sais pas trop comment vous expliquer ça, mais il est bien vrai, concrètement, la peur de toucher l'enfant, la peur de avec le temps, je me suis habituée par ce que c'est la chair de ma chair. Mais aujourd'hui, elle a beaucoup changé par rapport au début. Elle était petite noh ! Mais avec le temps, elle se développe, elle fait des trucs ».* Ainsi, cette première rencontre et les premiers moments avec son bébé sont marqués par cette peur qui, progressivement, du fait du contact quotidien et fréquent s'estompe. L'expression *« c'est la chair de ma chair »* dans ses propos rend ainsi compte d'un travail d'identification à son bébé ; cette identification est ainsi associée à la perception positive.

Plus loin dans l'entretien, elle revient sur son ressenti au premier contact avec son bébé. Du fait des caractéristiques de son bébé, elle a vécu cet instant comme un choc. Ce choc est associé à une sensation de mal-être, elle a également attribué ce mal-être à son bébé. À ce moment, elle s'est sentie incapable de jouer son rôle de mère auprès de cet enfant : *« La première fois que je l'ai vu, j'étais dépassée, elle était si petite, c'était un choc pour moi et je m'étais sentie mal, elle était trop petite, elle ne ressemblait pas à un bébé, elle avait l'air d'aller mal et moi je me disais que je ne parviendrais jamais à m'occuper d'un bébé si petit, j'avais*

peur. Je n'avais jamais imaginé devoir m'occuper de quelque chose de pareil, je ne m'imaginai jamais traverser une situation comme ça ! »

Du fait des caractéristiques et de la peur, voire de son ressenti au moment de la rencontre avec son bébé, elle ne se reconnaît pas en tant que mère, mais progressivement avec le temps mis ensemble, cette sensation s'estompe, ce qui laisse naître en elle un sentiment maternel. Ce sentiment est soutenu et alimenté par le regard du bébé qui vient comme une sorte de miroir montrer à Ndeze le reflet de sa maternité et catalyse l'identification au rôle maternel :

Au début, je ne me suis pas sentie mère de ce bébé si petit, je me demandais si c'était vraiment mon enfant, mais au fur et à mesure que le temps passait, ça venait petit. À petit et à chaque fois qu'on se regarde, je me sens être sa maman, je réalise qu'elle est vraiment ma fille et en même temps, je sens qu'elle a besoin de moi et je ressens, je réalise que je suis sa maman. Et à chaque fois que je la porte, malgré qu'elle soit encore petite, elle est contente. Chaque fois qu'on se regarde, il y a quelque chose qui est très fort entre elle et moi, et ces moments font en sorte que je me rends compte que je ressens que c'est ma fille.

Ce regard du naissant viendrait ainsi tisser les liens mère-bébé qui n'ont pas pu s'établir à l'accouchement et par conséquent « dépanner » les processus de maternalité qui ont été mis à mal par l'accouchement prématuré et la rupture de la construction du maternel. Tout au long de l'entretien, elle mentionne que durant les premiers jours qu'elle prenait soin de son bébé, elle ne ressentait rien. Ce rien viendrait ainsi à la suite du vide installé par l'accouchement, mais progressivement, avec le temps qu'elle passe avec lui, le mouvement d'investissement libidinal est enclenché.

Les premiers jours, quand j'ai commencé à m'occuper d'elle parce qu'on m'a opéré, les premiers jours, ce n'est pas moi qui m'occupais d'elle, c'était ma sœur, les premiers jours quand j'ai commencé, c'était comme si c'était, comme s'il n'y avait rien entre nous comme si elle n'était pas mon bébé, mais avec le temps, puisque je m'occupe d'elle toutes les deux heures, on passe beaucoup de temps ensemble [...] Du coup, je ne ressentais rien

pour elle, c'était comme si elle était mon bébé, mais il n'y avait aucun lien entre nous. Mais comme ici à l'hôpital, personne ne s'occupe de l'enfant de l'autre, j'étais obligé de m'occuper d'elle, même si je ne ressentais rien et j'avais très très très peur de la toucher, de la porter, mais j'étais obligé parce qu'ici, c'est une seule personne qui doit s'occuper de l'enfant, même les infirmières ne s'occupent pas de l'enfant de quelqu'un.

En s'occupant de son enfant et l'investissant libidinalement, elle retrouve les processus de maternalité mis en branle et par ricochet la construction du maternel. Cela se note dans ses propos par cette expression : « *c'est comme si je retrouvais quelque chose qu'on m'a enlevé, quelque chose qu'on m'avait volé* ».

6.5.4. Synthèse de l'analyse du cas Ndeze

Ndeze, durant la grossesse était très fière de cette dernière, car elle lui procurait une grande gratification narcissique, ce d'autant plus que c'était une grossesse gémellaire. Elle ressentait une joie énorme, et préparait la venue de ses deux bébés. Durant la grossesse, elle a fait plusieurs échographies, la dernière remonte à la veille de l'accouchement. Comme toutes les autres, elle n'a rien montré de préjudiciable au déroulement de la grossesse, mais contre toutes attentes, la même nuit, elle est victime d'un hématome placentaire et la seule solution était un accouchement prématuré.

Suite à cet accouchement qui survient à 30 SA, elle-même se pose des questions et soulève la bizarrerie de cet accouchement. Cette bizarrerie ou cette inquiétante étrangeté vient ainsi mettre en branle son psychisme et occasionne une désorganisation psychique qui se manifeste par un débordement pulsionnel qui la laisse dans l'incapacité d'exprimer son ressenti durant cette situation.

Face à cette rupture, pour éviter l'enlèvement ou la cristallisation pour se « pathologiser » par la suite, le travail de la prématurité est mis en place. Ce travail s'appuie sur le processus de symbolisation qui va œuvrer pour la mise en sens de l'accouchement prématuré. Bien que sachant que son accouchement est dû à l'hématome placentaire, elle est dans la quête de l'étiologie de cet hématome, ce qui n'est pas évident. À côté de ce travail de mise en sens, elle fait usage des mécanismes de défense tels que la dénégation et l'affiliation pour faire face à cette situation. Le recours à l'affiliation rend aussi compte de la place de l'étayage sur le groupe

des « mères prématurées » dans le processus de l'élaboration de la prématurité chez cette participante. Le groupe est dispensateur d'un soutien social nécessaire pour elle.

Cette contenance de la prématurité à travers la réorganisation du psychisme maternel va constituer pour le devenir mère un catalyseur des processus de maternalité dans la mesure où, malgré que la première rencontre avec son enfant fût un choc, une épreuve caractérisée par la peur de son enfant, la confrontation quotidienne et le regard de l'enfant viennent la parentifie. Ce qui s'avère être très important dans la construction du maternel chez elle.

6.6. ANALYSE DU CAS MENGUE

Il est question ici, pour de faire l'analyse des données collectées auprès de la participante que nous avons dénommée Mengue.

6.6.1. Grossesse, accouchement prématuré et rupture des processus de maternité

6.6.1.1. Déroulement et vécu de la grossesse

En parlant de sa grossesse, Mengue associe directement le désir d'enfant au désir de fonder une famille. Ce désir vient avec la rencontre de son conjoint : « *Quand j'étais jeune, je ne voulais pas entendre parler de fonder une famille, mais quand j'ai rencontré mon mari il y a de cela 2 ans, j'ai commencé à avoir envie d'avoir un enfant, je ne sais pas pourquoi ce changement était rapide* ». Le désir d'enfant chez elle est donc associé au désir de fonder une famille. Ce qui va se réaliser quelque temps après la rencontre de son conjoint.

Tout au long de sa grossesse, chez Mengue, le processus d'anticipation durant lequel la devenant mère crée et investit son futur enfant d'une part, mais aussi le processus par lequel elle se crée elle-même en tant que mère et commence progressivement à investir son rôle et ses fonctions maternelles est en cours. Cette anticipation est donc un élément central du devenir mère en cours. Mengue se préparait à s'attacher, à s'engager et à s'ajuster à son bébé. Pour cela, elle se représentait : « *Pendant la grossesse, pensais beaucoup à mon bébé, j'imaginai comment il sera, comment j'allais jouer avec lui, tout ce qu'on allait faire ensemble. J'étais très contente parce que j'allais avoir mon enfant, mon bébé dans les bonnes conditions. Bonnes conditions du genre j'accouche à neuf mois, je rentre avec le bébé à la maison, tout se passe bien* ». Avec ces représentations, elle anticipait son rôle et les interactions avec son bébé en créant et en investissant son bébé du dedans. Avec ce processus, l'adoption symbolique du fœtus était en cours.

La première naissance de par l'intensité des remaniements psychiques est une expérience importante. La grossesse de Mengue s'est bien déroulée comme elle le renseigne :

La grossesse se passait bien. C'est juste qu'au début vers 3 ou 4 mois, j'ai eu des petites complications. Ça a continué jusqu'à 5 mois 5 mois et demi. Il y avait des moments je saignais, je partais à l'hôpital, il n'y avait pas grand-chose. Après les examens, on me donnait quelques médicaments et ça s'arrêtait [...] En dehors de ça tous se passaient normalement jusqu'à 6 mois et demi.

6.6.1.2. L'accouchement prématuré et son vécu

Ces complications sont ainsi venues contraster avec le bon déroulement de la grossesse. Elles constituaient les signaux d'un accouchement avant le terme des neuf mois escomptés. Dans ce contexte, l'accouchement est venu mettre un terme aux processus en cours et aussi à toutes ses attentes. À ce sujet, elle s'exprime de la manière suivante :

Mais tout ne s'est pas passé comme je m'imaginai. Au lieu de neuf mois, j'ai accouché à six mois [...] J'ai accouché à 6 mois et demi, l'accouchement a commencé brusquement. Je ne m'attendais pas à ça, je n'imaginai pas, jamais accouché si tôt. Toutes les échographies que j'ai faites ne montraient rien d'anormal.

En plus d'être subit et de rompre tous les processus psychiques de la maternité en cours. Cet accouchement sur le registre affectif est accompagné d'une douleur :

C'était le mercredi 29 juillet si je ne me trompe pas. L'accouchement a commencé seulement comme ça comme ça j'ai eu très mal au bas ventre, au début, je me disais que ça allait passer que ça allait se calmer. La douleur ne faisait qu'augmenter ; c'est là que je suis allée à l'hôpital. Une fois à l'hôpital, je suis allée où je faisais les consultations. Quelques minutes après, la poche des eaux s'est rompue. C'est là que les femmes qui étaient là m'ont dit que je devrais accoucher. Qu'il n'y a plus rien à faire ! Tellement

j'avais mal, que je ne pensais à rien d'autre qu'à la douleur ! Je n'avais jamais eu autant mal de ma vie. C'était la première fois je ressentais une douleur pareille.

Parlant de son accouchement, elle s'exprime de la manière suivante : « *Ça s'est passé si vite, moi qui m'attendais encore à passer encore environ trois mois avec mon gros ventre, je venais d'accoucher à 6 mois* ». Elle exprime ainsi le décalage entre la naissance qui venait de se dérouler et ses attentes. Ceci sous un fond de revendication narcissique. L'accouchement prématuré l'a ainsi privé de la gratification narcissique que lui procurait sa grossesse. Elle est ainsi confrontée à un accouchement étrange, et incompréhensible. Ceci d'autant plus qu'après l'accouchement, elle n'a pas pu voir son bébé : « *Après l'accouchement, je n'ai pas vu l'enfant, car, il fallait qu'on cherche la couveuse pour le mettre [...] J'étais là, c'est comme s'il me manquait quelque chose, comme si on venait de prendre une partie de moi, bref je ressentais un vide* ». Cet accouchement est accompagné d'une sensation de privation d'un élément faisant partir d'elle. La sensation de vide vient ainsi rendre compte du retentissement de l'accouchement sur son psychisme.

Un psychisme ainsi dépourvu de ses remparts et proches de l'effondrement. Cette sensation de vide est associée à une incapacité comme le montrent ces propos : « *Juste après l'accouchement, comme je vous ai dit, j'ai ressenti un vide, comme si on m'avait arraché quelque chose du ventre. Et je me sentais incapable de faire quoi que ce soit. J'ai également ressenti cela lorsque j'ai vu mon bébé pour la première fois. Je ne pouvais rien, c'est avec le temps que j'ai pu, que j'ai aussi* ». La sensation de vide et l'incapacité à faire quoi que ce soit ainsi évoquées rendent compte de la rupture des processus psychiques en cours. Mengue s'est ainsi retrouvée au bout de l'effondrement marqué par une absence d'affects.

6.6.2. Le dépassement de la rupture : la réorganisation psychique

Face à la rupture induite par l'accouchement prématuré, le processus de reprise est enclenché chez Mengue.

6.6.2.1. De l'étayage à la reprise

Présentée comme la voie de recours principale pour une reprise face à une crise ou à la rupture soudaine des processus psychiques chez une personne. L'étayage occupe une place importante dans la reprise chez la primipare confrontée à la rupture suite à l'accouchement prématuré. Mengue pour surmonter la rupture faite recourt à plusieurs sources d'étayage. Elle

s'appuie premièrement sur ses frères et à sa belle famille qui lui apportent leur soutien : « Heureusement qu'il y a mes frères qui me soutiennent beaucoup ; de temps en temps, ils me donnent de l'argent qui me permet de payer les factures où de prendre le petit déjeuner. Il y a aussi la famille de mon mari qui nous soutient aussi. Sans leur soutien, ça allait être plus difficile que maintenant. Chaque jour je remercie Dieu pour tout ce qu'il fait pour nous ».

En plus de l'étayage sur la famille qui lui permet de réduire le stress en lien avec les contraintes financières inhérentes à cette situation. Elle va également s'appuyer sur le corps médical. Les professionnels constituent pour elle un ensemble de personnes de confiance vers qui elle peut se retourner pour avoir un éclaircissement sur ses incompréhensions. Elle souligne cela de la manière suivante :

Je dis aussi merci aux équipes qu'il y a ici. Il est vrai qu'il y a certaines équipes qui, avec qui c'est très difficile. Elles grondent tout le temps, elles ne prennent pas le temps pour vous expliquer ; tu pars vers elles pour poser une question, elles te grondent seulement. Mais il y a d'autres équipes avec les mamans très gentilles qui prennent le temps de bien vous expliquer quand vous demandez quelque chose ou posez une question.

Le groupe des professionnels et le groupe des pairs constituent un support pour elle dans la mesure où elle s'appuie sur elles pour retrouver du réconfort et la force nécessaire pour surmonter les situations vécues au quotidien. Le groupe de pairs lui permet également de comprendre qu'elle n'est pas la seule à traverser cette situation, ce qui lui donne également le courage et la force nécessaire pour avancer au quotidien. Elle exprime cela de la manière suivante :

Elles nous aident beaucoup parce qu'il y a les jours que tu arrives en salle et que tu trouves ton bébé malade, quand tu es dépassée, elles t'encouragent, te réconforte. C'est ça qui te donne la force de supporter. Il y a aussi les autres mamans de prématurés. Elles te réconfortent et te soutiennent. Ça te permet de ne pas te sentir seule. Quand dans cette situation, tu vois encore d'autres personnes qui vivent la même chose que toi, qui partagent les mêmes souffrances que toi, ça te fait savoir que tu n'es pas seule et ça te donne le courage et la force de continuer jusqu'au bout.

En plus du réconfort donné aux mères, le groupe des pairs et les professionnelles constituent pour elle des “enseignantes” du maternage. En effet, elles montrent aux nouvelles comment prendre soin des bébés. Cela se note dans les propos de Mengue lorsqu’elle s’exprime de la manière suivante :

Prendre soin des bébés prématurés n’est pas très facile, mais ici avec les équipes et surtout les anciennes. Les mamans qui sont là depuis, elles apprennent à celles qui viennent d’arriver comment on lave l’enfant, comment on le nourrit, comment, comment, bref elles expliquent les règles à respecter. Les équipes font également ce travail. Il y a beaucoup de choses que je ne connaissais pas avant, mais maintenant, avec tout ce que j’ai appris aujourd’hui je sais que je peux déjà bien prendre soin de n’importe quel bébé (sourire).

Mengue s’appuie principalement sur le groupe des pairs : « *Les autres ici m’aident, on s’entraide à surmonter* » et les professionnels pour surmonter les difficultés rencontrées et maîtriser les affects et angoisses induits par l’accouchement prématuré et les contraintes de l’hospitalisation de l’enfant en néonatalogie. Cet étayage constitue le creuset dans lequel les processus de mise en sens et en représentation peuvent se dérouler.

6.6.2.2. Mise en sens de l’accouchement prématuré

En ce qui concerne la mise en sens et en représentation de l’accouchement prématuré, à l’annonce de l’accouchement, elle s’est mise en quête de sens pour comprendre les raisons de cet accouchement subit. Elle exprime cela à travers ces propos : « *Quand on m’a annoncé que j’allais accoucher, malgré la douleur, je me suis posé beaucoup de questions. Les questions du genre pourquoi ça m’arrive, qu’est-ce que cela signifie, par la suite ça va être quoi ? J’étais vraiment dépassée, car je ne comprenais rien à ce qui se passait* ». Cette quête de sens est endossée à un sentiment de transgression d’interdits : « *Je me demandais bien ce qui avait pu causer cet accouchement, je me demandais si je n’ai pas faits quelque chose que je n’aurai pas dû sans le savoir* ». Suite à cela, elle finit par accepter cet accouchement comme faisant partir de son destin et face auquel elle était impuissante et ne pouvait rien entreprendre en dehors de laisser les évènements suivre leur cours : « *Je me dis aussi que c’est le destin, qui a voulu que j’accouche ainsi, dans ce cas je ne pouvais rien faire à part suivre mon destin* ». Toujours dans

le sillage de la mise en représentation afin de s'approprier cet événement, elle fait recours à une stratégie comparable à la tendance à la réplétion. Elle se raconte son accouchement pour essayer de comprendre ce qui s'est véritablement passé : *« L'accouchement s'est passé si vite et je ne m'y attendais pas du tout. J'étais là comme si je n'étais pas là malgré la douleur. J'étais comme si j'assistais à une chose qui ne me concernait pas. Pour essayer de comprendre ce qui s'est passé, je me raconter souvent tout ça dès le début ».*

6.6.2.3. Mobilisation des mécanismes de défense

Dans le registre des défenses, Mengue fait usage des mécanismes tels que :

Le Dénî (action de refuser la réalité d'une perception vécue comme dangereuse ou douloureuse pour le moi) du lien avec l'enfant : *Moi-même je n'arrivais pas à croire que c'était mon bébé ».*

L'idéalisation ou représentation idéalisée du bébé (Processus psychique par lequel les qualités et les valeurs de l'objet sont portées à la perfection) : *« C'est un combattant courageux fort ».*

6.6.3. De la réorganisation à la restauration des réaménagements psychiques : la constellation maternelle

6.6.3.1. vécu de l'hospitalisation du bébé

En ce qui concerne le vécu de la situation d'hospitalisation du bébé en néonatalogie, Mengue évoque à l'entame le travail que les mères des bébés prématurés abattent au quotidien : *« Les mères des enfants prématurés travaillent beaucoup ici à l'hôpital. Elles souffrent beaucoup. Elles n'ont pas le temps de repos. Comme vous l'avez sans doute constaté, elles doivent prendre soin de l'enfant toutes les deux heures de jour comme de nuit. Qu'elle soit en santé ou pas, ce n'est pas facile, même dormir ce n'est pas évident ».* À côté de cela, elle aborde la charge financière en ces termes : *« Il y a aussi les factures qui viennent tous les jours. Il faut monter, il faut descendre, il faut courir à gauche à droite pour acheter les médicaments ».*

Toujours dans le registre du vécu de l'hospitalisation, elle parle du retentissement psychologique de l'état de santé de leur bébé en termes de souffrance : *« À côté de ça, il y a l'état de l'enfant qui parfois tu arrives, tu vois certains bébés ou même ton bébé très malade. Ça fait souffrir les mamans, elles pleurent beaucoup et chacune prie pour que son enfant s'en sorte parce que ça fait peur. Il y a les matins que vous venez comme ça, vous trouvez que peut-*

être un enfant est mort ». Elle évoque également sa confrontation à cette réalité qui est l'accouchement prématuré et ses suites. Elle souligne le décalage entre les représentations qu'elle s'était faites avant et celles présentes : *« Avant j'entendais souvent parler des bébés prématurés, je n'imaginai pas que c'est comme ça qu'on souffre avec ces bébés. Il y a d'abord l'accouchement que tu ne comprends pas, ensuite il faut faire des mois à l'hôpital avec tout le stress ; chaque jour tu as peur que ton enfant va mourir. Tu es seulement tu pries, moi comme ça je ne peux même pas blaguer avec mon bébé, avec toute la souffrance ci »*.

6.6.3.2. De la restauration des réaménagements psychiques à l'adoption et adaptation mère-bébé

Sur le plan psychologique, la mère doit s'adapter à son nouveau rôle, elle doit développer un lien d'attachement avec ce nouvel être qui est son bébé. La devenant mère a besoin de support additionnel de la part de son environnement, le rôle de support de sa propre mère étant très important. La devenant mère doit s'identifier à sa figure maternelle pour être mère. Mais dans le cas de Mengue, cette identification n'est pas aisée, car ce qu'elle dit et pense de sa mère va dans le sens contraire de ses aspirations en temps que mère : *« Même comme j'ai accouché dans ces conditions et que je ne savais quoi faire, je me disais tout le temps que je dois être différente de ma mère. Je ne dois pas traiter mes enfants comme elle nous a traités. Elle n'avait pas trop notre temps, ce sont les grands qui s'occupaient des plus petits la majorité du temps. Ma mère était un peu du genre je m'en fou ou irresponsable. Moi je veux être là pour mes enfants. Je ne veux pas faire vivre à un enfant ce que j'ai vécu »*. Par ces propos, elle exprime sa volonté de corriger dans la relation avec son enfant les aléas de la relation avec sa propre mère.

La première rencontre avec son bébé s'est faite dans un contexte marqué par la peur : *« La première fois que j'ai vu mon bébé, j'ai eu peur, il était là très petit. En plus de cette peur, il existe un écart considérable entre le poids de son bébé et les représentations qu'elle s'est faites des autres bébés. Elle évoque cela avec ces termes : « Je ne m'imaginai pas qu'un bébé peut être si petit dans ma tête, je savais qu'il devrait être comme les autres bébés que je vois souvent. Il était avec la tête, le corps, tout comme les autres bébés, mais très petit »*. Face à son bébé, en ce moment, elle n'a pas eu les ressources nécessaires pour entreprendre quoi que ce soit ce qui suscite chez elle la bizarrerie. *« En ce moment, je n'avais pas le courage de le regarder. C'était bizarre, je ne savais pas comment faire avec ce petit bébé »*. Cette bizarrerie, tiendrait du fait d'être en face de son bébé et de ne pas être à mesure de le regarder. À cela

s'ajoute chez elle une sensation de honte et fait en sorte qu'elle ne souhaite pas que d'autres personnes en dehors d'elle ne voient son bébé : *« Heureusement qu'ici on n'autorise qu'une seule personne à entrer où il y a les bébés et à voir l'enfant. Je ne voulais pas que mes frères voient mon bébé comme ça »*. À travers ces propos : *« Moi-même je n'arrivais pas à croire que c'était mon bébé »* elle exprime sa sensation d'étrangeté vis-à-vis de la naissance.

La rencontre mère-bébé s'est ainsi faite dans un contexte affectif ne permettant pas à Mengue d'initier une communication réciproque, ou d'initier des interactions avec son bébé : *« La première fois, je n'ai pas pu toucher mon bébé, il était si petit et c'était comme s'il allait se casser. J'avais peur qu'en le touchant, le lui fasse mal. J'étais incapable de le toucher »*.

Chez elle, cette incapacité à entrer en contact avec son bébé est sous-tendue par l'absence du sentiment maternel qui était associé à des affects pénibles et à une angoisse : *« S'agissant de ce que je ressentais au moment d'entrer en contact avec mon bébé, en plus de la peur, je sentais un truc, je ne sais pas comment vous expliquer ça. Comme si mes pieds tremblaient. Je me sentais triste, j'avais envie que tout aille plus vite »*. Le tout concourant à une "incapacité maternelle" : *« En ce moment, je ne me sentais pas mère de cet enfant parce que je ne pouvais pas prendre soin de lui, je ne pouvais pas lui donner le sein, le changer, le porter comme les autres mères le font avec leur bébé »*. Ladite incapacité maternelle va être progressivement surmontée avec la réorganisation psychique, elle va élaborer la rupture et exercer ses fonctions maternelles : *« Maintenant, avec le temps j'apprends, je fais des efforts pour être une bonne mère pour lui. Et chaque jour, le voir évoluer je suis contente »*. L'état physique du bébé et l'absence de ressources psychiques nécessaires oeuvraient pour le maintien de l'incapacité maternelle, mais avec le temps et les processus psychiques mobilisés elle a pu entrer en interaction avec ce dernier : *« Mais avec le temps je me suis adapté et j'essaye de surmonter, car il y aura toujours les bons et les mauvais moments »*.

Suite à la réorganisation psychique, l'élaboration de la naissance psychique est effective et la restauration des processus rompus par la prématurité est effective chez Mengue et elle éprouve du plaisir dans la relation avec son bébé :

*Quand je suis avec lui, je me sens bien surtout quand on fait le kangourou [...] Oh !
Quand je le nourris, c'est bien. Pour le moment, il n'a pas encore la capacité de téter
tout le temps, donc c'est avec la seringue que je le, lui donne, que je le gave. On presse
le lait, après on tire avec la seringue jusqu'au nombre de cc qui convienne à l'enfant. Lui*

pour le moment, il a besoin de 20 à 25 cc. Je suis très contente quand je le nourris. Ce sont les petits moments de joie que nous avons ici à l'hôpital.

Toujours dans le même sillage, elle initie les interactions vocales avec son bébé alors qu'au début, elle avait l'impression que cela ne servait à rien : « *Au début, je ne lui parlais pas trop, j'avais l'impression qu'en lui parlant, il ne comprenait pas, mais quand j'ai vu d'autres mamans parler à leur bébé, j'ai aussi commencé à lui parler.*

En ce qui concerne les processus psychiques phares du transfert de l'originare, la préoccupation maternelle primaire est réinstaurée et elle commence à avoir une connaissance intuitive de son bébé : « *Quand je fais le kangourou, il se sent bien et moi-même j'ai l'impression qu'il y a quelque chose qui nous liait les deux. Un peu comme, quand j'étais encore enceinte. Moi-même je me sens très bien quand je l'ai ainsi. Je ressens sa peau sur mon ventre. Il est très content et son regard est comme s'il disait merci maman. J'aime bien ces moments et lui aussi parce qu'on est bien* ». En plus de la connaissance et de l'ajustement à son bébé, elle évoque ainsi l'attachement et la consolidation de la relation mère-bébé elle continue en mentionnant : « *J'ai pu apprendre à le comprendre avec le temps. Au début ce n'était pas facile, je ne savais pas que j'allais y arriver, mais aujourd'hui, je me sens capable de prendre soin de lui seul. Oui en trois semaines on apprend beaucoup et on prend soin des bébés toutes les deux heures. Ce que tu ne connais pas demande aux autres mamans ou aux infirmières. On apprend beaucoup et on pratique (rire)* ».

S'agissant de l'exercice des fonctions maternelles et du maternage, Mengue exprime sa satisfaction vis-à-vis de la prise de poids de son bébé, et son désir de retourner à la maison avec son bébé :

Avec les bébés prématurés, il faut faire attention, car la moindre erreur peut avoir de grosses conséquences. Tout doit être sûr et précis les équipes étaient là pour nous guider pas à pas [...] Maintenant, il commence à prendre le poids petit à petit, il bouge beaucoup [...] Il aime bien quand je suis là, quand je fais le kangourou [...] Mon souhait maintenant c'est qu'il prenne vite le poids, pour qu'on puisse sortir de l'hôpital pour qu'on puisse rentrer chez nous.

6.6.4. Synthèse de l'analyse du cas Mengue

Mengue est une jeune primipare ayant accouché prématurément à 25 SA. Au moment de l'entretien, elle était à trois semaines à l'hôpital. Plus jeune, elle n'éprouvait aucun désir d'enfant, mais avec la rencontre avec son conjoint, le désir d'enfant apparaît chez elle en étant associé au désir de fonder une famille. Elle éprouvait beaucoup de joie vis-à-vis de sa grossesse et s'attendait à accoucher dans de bonnes conditions et rentrer chez elle avec son bébé. Sa grossesse se déroulait bien malgré quelques complications qui après des examens et médicaments s'arrêtaient.

Sa grossesse se déroulait bien jusqu'à 6 mois. Elle décrit son accouchement comme étant subit et accompagné d'une grande douleur. Cet accouchement a ainsi mis un terme à toutes ses attentes. La privant par ricochet de la gratification narcissique que lui procurait sa grossesse. Face à lui, elle a éprouvé une sensation de vide qui l'a figé. Elle s'est ainsi retrouvée au bord de l'effondrement psychique.

Pour faire face à la rupture induite par l'accouchement prématuré, elle fait recours à plusieurs sources d'étayage. Il s'agit notamment de ses frères et de sa belle-famille qui lui procurent un soutien affectif et financier. Du groupe des pairs et des professionnels qui constituent un support sur lequel elle s'appuie pour surmonter d'une part ses angoisses, ses difficultés et son manque de connaissances vis-à-vis du rôle maternel.

Elle se représente son accouchement comme faisant partir de son destin. Face à cela elle se retrouve impuissante et pour s'approprier son accouchement, elle se raconte cet événement. Ce qui est comparable à la tendance à la répétition. Dans le registre des défenses, on note chez elle le déni et l'idéalisation de son bébé.

En ce qui concerne la restauration des remaniements psychiques et l'entrée en contact avec son bébé, elle évoque son désir de ne pas faire comme sa mère qu'elle décrit comme étant une mère absente et insuffisamment bonne. La première rencontre avec son bébé s'est faite dans un contexte marqué par la peur et la sidération qu'elle évoque en termes de bizarrerie. Du fait de l'absence du sentiment maternel, elle n'a pas pu initier les interactions avec son bébé. Mais avec la réorganisation psychique en œuvre, elle va élaborer la rupture et entrer en interaction avec son bébé. Du fait de la restauration de la préoccupation maternelle primaire, elle développe une connaissance de son bébé et s'ajuste à ce dernier. Suite à cela, elle exprime de la joie et une satisfaction vis-à-vis de sa maternité.

6.7. ANALYSE TRANSVERSALE DES DONNÉES

Ici, il est question pour nous de faire une synthèse des analyses cas par cas que nous avons effectué tout au long des points précédents.

6.7.1. La Grossesse, l'accouchement prématuré et la rupture des processus de maternité

Suivant la logique de Thom (1976), l'accouchement prématuré est une véritable crise (perturbation temporaire des mécanismes de régulation d'un individu ou d'un ensemble d'individus) qui rompt les équilibres et les défenses qui sont nécessaires pour la vie psychique. Face à la réalité de l'accouchement, elle est déstabilisée. En tant que crise, l'accouchement prématuré opère une crise qui bouleverse l'organisation psychique. En plus des repères, l'accouchement prématuré rompt les processus psychiques en cours durant la grossesse.

6.7.1.1. Le vécu de la grossesse

La grossesse, son déroulement et son vécu sont des éléments à prendre en compte dans la construction du maternel. En effet, ces éléments ont une influence sur la manière avec laquelle les processus de maternité vont être agencés pour le transfert de l'originaire. S'agissant des participantes, pour la grande majorité, la grossesse se déroulait normalement sans complications. C'est par exemple le cas de Maffo'o qui au sujet du déroulement de sa grossesse dit :

La grossesse [...] s'est bien déroulée, il n'y avait pas de souci, sauf qu'à trois mois de de grossesse, j'ai eu un peu mal au bas-ventre chose qui était parce que je suis avec, j'étais suivie par un gynécologue, il m'a prescrit le médicament que je mettais à chaque fois que j'avais mal. De trois mois jusqu'à 7 et demi, je n'avais aucun souci [...] Ma grossesse s'est déroulée sans problème, sans problème, je n'ai pas eu de malaise, je n'ai pas eu de palu, je n'étais pas interné, ni hospitalisée, rien rien de tout ça.

C'est également le cas de Besba dont la grossesse s'est déroulée sans souci, et ce jusqu'au jour où contre toutes attentes, elle a accouché. Pour attester que sa grossesse c'est bien déroulée, elle mentionne l'absence de restriction alimentaire de sa part. Au sujet du déroulement de la grossesse, elle dit : « *La grossesse s'est passé bien, donc je n'ai pas eu les problèmes avec la grossesse, je mangeais tout, n'importe quoi. Donc et l'enfant était, était, il n'avait pas trop de conséquences. Durant la grossesse, je ressentais la fatigue, elle était dans mon ventre,*

donc elle bougeait, elle bougeait bien et ne dérangeait pas ». Dans la même lancée, Ndeze évoque le déroulement de sa grossesse en ces termes : « *La grossesse s'est très bien déroulée. Quand j'ai même su que j'étais enceinte des jumeaux, une fille et un garçon. La grossesse s'est bien déroulée, tout se passait bien, je dirais très bien même [...] Tout se passait bien bien, même à la veille, l'échographie n'a rien montré tout était normal à part le fait qu'on m'a dit que je devrais accoucher par césarienne. Tout était bien* ». Chez elle, bon déroulement de la grossesse rime avec la préparation de l'arrivée de ses bébés.

Contrairement à ces participantes, la grossesse est émaillée de signaux de risque chez Chetima et Mengue. En effet, tout au long de leur grossesse, elles ont fait plusieurs tours à l'hôpital et à chaque fois, ce n'était pas grave. À ce sujet, Mengue dit : « *La grossesse se passait bien. C'est juste qu'au début vers 3 ou 4 mois, j'ai eu des petites complications. Ça a continué jusqu'à 5 mois 5 mois et demi. Il y avait des moments je saignais, je partais à l'hôpital, il n'y avait pas grand-chose. Après les examens, on me donnait quelques médicaments et ça s'arrêtait [...] En dehors de ça tout se passait normalement jusqu'à 6 mois et demi* ».

En ce qui concerne Chetima, sa grossesse peut être inscrite dans le registre des grossesses de remplacements, elle survient un mois après qu'elle ait subi une interruption involontaire de la grossesse précédente : « *Bon avant que je ne tombe enceinte de celle si, je suis d'abord tombée enceinte trois mois, j'ai eu un avortement comme ça, je ne. C'est vrai que je suis tombée sur la moto, peut-être deux semaines après j'ai eu l'avortement. Je suis parti à l'hôpital que peut être on pouvait m'injecter pour garder, arrivée à l'hôpital, il n'y avait plus possibilité d'injecter. Bon c'est sorti, un mois après, je suis tombée enceinte* ». Sa grossesse est accompagnée par des situations stressantes et les pleurs comme elle le mentionne : « *C'est le stress et si comme ma grossesse ci et si j'ai fait six mois de grossesse c'est six mois que je suis en train de pleurer, toujours réfléchir* ». Dans ces conditions, sa grossesse s'est déroulée normalement jusqu'au cinquième mois. Dès ce mois, sa grossesse qui se déroulait normalement est accompagnée de nombreuses menaces d'accouchement prématuré qui vont lui faire consulter à plusieurs reprises. Elle évoque cela en ces termes :

J'ai commencé à aller à l'hôpital à moins de deux mois qui ont suivis jusqu'à 5 mois à partir de cinq mois, j'ai commencé à avoir les problèmes que je suis là le col s'ouvre seul, je pars à l'hôpital, on me donne un, un traitement. On me donne peut-être les suppos. Je porte pendant deux jours, je repars à l'hôpital on me fait le touché, c'est déjà fermé.

Après ça, j'étais déjà que je suis comme ça, je n'ai pas mal, je n'ai rien je commence à saigner. Je peux même saigner une heure de temps après ça s'arrête seul. C'était aussi, dans la nuit, je suis couchée, je commence à saigner, le matin quand je me réveille, quand je pars à l'hôpital, je ne saigne plus. On fait le toucher, tout est intact. Je n'ai pas compris, jusqu'au jour où j'accouche.

Les attentes des participantes vis-à-vis de leur grossesse sont nombreuses et variées. La première grossesse est une expérience nouvelle qui le plus souvent en plus est accompagnée de nombreux et affects. Toutes nos participantes s'attendaient à un déroulement normal jusqu'aux termes de la période de gestation. Chez Maffo'o par exemple, en plus de ses attentes, sa grossesse du fait qu'elle était gémellaire lui procurait beaucoup de joie :

Mes attentes c'était de, bon, que ma grossesse arrive à terme. C'est vrai que j'attendais les jumelles et j'étais fière et j'étais ému de porter mes deux enfants et que ça arrive à terme noh ! Je savais que, je n'imaginai même pas vivre cette situation que je suis en train de vivre actuellement, je savais que la grossesse devrait arriver à terme [...] J'imagine parce que comme toutes mamans quand tu attends un bébé, je réfléchis je dois gâter mes enfants, je dois, je vais faire ceci, on va partir, on va faire si on va faire.

Dans le même sillage, on observe chez Ndeze le même engouement du fait qu'elle portait aussi une grossesse gémellaire. Elle évoque davantage les préparatifs de son accouchement : « j'ai tellement apprêté ça j'achète toutes les choses deux deux pairs paires. Donc je ne sais même pas comment je vais faire avec les habits. C'est énorme chez moi, les habits là c'est énorme. Tout est énorme, j'achetais pair par pair deux. Je parlais tout le temps à mes bébés, je leur racontais les trucs, tu vois noh ! ». Ces attentes et cette attitude adoptées par ces deux participantes peuvent s'expliquer par le fait qu'elles sont de l'ethnie bamilékée. Dans cette ethnie, les parents des jumeaux sont très respectés dans la société.

Loin d'être l'apanage de ces deux participantes, le souhait d'accouchement s'observe aussi chez les autres participantes. En ce qui concerne Besba, elle mentionne ce dont elle imaginait vis-à-vis de sa grossesse : « J'imaginai que je voulais bien l'accouchée dans les bonnes conditions, je voulais qu'elle soit aussi princesse comme les autres, comme moi aussi ».

En ce qui concerne Mengue, en plus de l'imagination, elle évoque davantage les représentations de son bébé et les activités qu'elle devrait mener avec ce dernier : « *Pendant la grossesse, pensais beaucoup à mon bébé, j'imaginai comment il sera, comment j'allais jouer avec lui, tout ce qu'on allait faire ensemble. J'étais très contente parce que j'allais avoir mon enfant, mon bébé dans les bonnes conditions. Bonnes conditions du genre j'accouche à neuf mois, je rentre avec le bébé à la maison, tout se passe bien. Mais tout ne s'est pas passé comme je m'imaginai. Au lieu de neuf mois, j'ai accouché à six mois* ».

Chetima quant à elle pour parler de ces attentes vis-à-vis de la grossesse fait allusion à la rêverie maternelle, mais par la suite s'appuie sur les attentes de son conjoint : « *je m'attendais à ce que la grossesse se passe bien ! Je, moi, je rêvais accoucher un beau garçon, je voulais que mon bébé se développe bien. Le père de celle-ci n'a jamais eu d'enfant tu vois un noh, donc son rêve c'était que la grossesse se développe bien, que j'accouche dans les bonnes conditions, il voulait que j'accouche un garçon, moi-même je voulais aussi accoucher un garçon* ».

6.7.1.2. L'accouchement prématuré et la rupture des processus de maternité : la crise

La prématurité et ses suites constituent des adversités auxquelles sont confrontées les participantes. En effet, cette situation les expose à d'autres adversités telles que l'état de santé de l'enfant qui doit être interné à l'unité de soins intensifs, l'arrêt des activités professionnelles, les contraintes relatives à l'hospitalisation de l'enfant. À la suite de Noltemeyer et Bush (2013) ; Riley et Masten (2005), par adversité, nous désignons le vécu expérientiel, le ressenti pénible, la souffrance ou la difficulté éprouvée par la mère face à l'accouchement prématuré qui est un événement stressant et constitue une menace à l'intégrité psychique ou à l'homéostasie biopsychosociale.

L'accouchement prématuré a eu un retentissement désorganisateur pour le psychisme des participantes. En effet, en ce qui concerne l'accouchement, toutes les participantes évoquent son caractère subit qui fait effraction à leur psychisme à l'instar d'un événement traumatique. Il est subit, vient trop tôt et atteint le psychisme maternel non préparé. Ce caractère entraîne une perte de repères chez la devenant mère comme l'atteste ces propos de Maffo'o : « *Vraiment les attentes, ce n'est pas, ce n'est pas, ça n'a pas été comme je l'aurai souhaité [...] Ça s'est juste, ça déclenché subitement et les contractions noh déclenchés le vendredi 30 août déclenché juste comme ça, je me retrouve là parce que je n'ai pas été hospitalisé* ». L'accouchement a ainsi rompu toutes les attentes et est subit et induit une incompréhension de ce qui se passait comme le dit Mengue : « *J'ai accouché à 6 mois et demi, l'accouchement a commencé brusquement.*

Je ne m'attendais pas à ça, je n'imaginai pas, jamais accouché si tôt. Toutes les échographies que j'ai faites ne montraient rien d'anormal [...] J'étais vraiment dépassée, car je ne comprenais rien à ce qui se passait ».

Pour Chetima, du fait qu'elle ait commencé très tôt le suivi de sa grossesse et qu'elle se déroulait normalement, l'accouchement prématuré est davantage vécu comme un choc qui surpasse tout ce qu'elle avait entrepris pour que la grossesse aille jusqu'à son terme :

Donc je ne pouvais même pas imaginer que ça pouvait m'arriver un jour, parce que la grossesse ci, j'étais allé à l'hôpital à un mois, je suivais tout ce qu'on me demandait normalement, je n'avais pas de problème. Dans ma tête, j'étais tranquille, je savais que non je vais accoucher dans les bonnes conditions malheureusement, c'est arrivé comme c'est arrivé, mais quand c'est arrivé comme ça bon, ça ne m'a pas trop stressé. J'avais toujours la ferme condition que si le bébé là pleure, et qu'on l'a amené à la couveuse et qu'elle va vivre pourquoi, parce que moi-même ma mère m'a accouché au village et mon frère à 6 mois sans couveuse, on a survécus.

Tandis que pour Ndeze, cet accouchement est associé à la menace de son intégrité psychique, car l'afflux d'excitations y relatif a débordé sa capacité de contenance : « *C'était un choc hein ! Comment accouché à trente semaines ? C'est bizarre noh quand tu n'es pas à terme, c'est bizarre, j'ai ressenti un choc maintenant, malgré cela je suis quand même en vie noh, celle de mon bébé aussi* ». Dans le même registre de menace de l'intégrité psychique, Mengue rend compte de cet accouchement en ces termes : « *Ça s'est passé si vite, moi qui m'attendais encore à passer encore environ trois mois avec mon gros ventre, je venais d'accoucher à 6 mois. J'étais là, c'est comme s'il me manquait quelque chose, comme si on venait de prendre une partie de moi, bref je ressentais un vide* ». Cet accouchement a ainsi rompu toutes les attentes des participantes et a induit le sentiment d'étrangeté.

La sensation d'étrangeté s'observe chez les participantes à partir de l'état dans lequel elles se sont reroutées au moment de leur accouchement. Maffo'o aborde cet état en ces termes : « *J'étais dans un état, j'étais complètement dépassée par cet accouchement surpris. Je ne m'imaginai pas, c'était un monde inconnu pour moi, je ne connaissais pas, je n'étais absolument pas prête pour accoucher, j'étais dépassée* ». Ndeze quant à elle évoque son

étonnement et la bizarrerie associée à cet accouchement : « *C'est pour ça que ça m'a tellement étonné que c'est quelle façon ça ! Que dans une grossesse gémellaire qu'à la fin... donc autant de choses noh ! C'est bizarre* ». Mengue quant à elle évoque la sensation de vivre une situation irréaliste : « *J'étais là comme si je n'étais pas là malgré la douleur. J'étais comme si j'assistais à une chose qui ne me concernait pas* ».

Chez les participantes, la rupture des processus de maternité suite à l'accouchement prématuré se manifeste de plusieurs manières. Il s'agit principalement des réactions et attitudes au premier contact avec l'enfant. Maffo'o par exemple dit : « *le premier jour que j'ai vu mon enfant, j'ai beaucoup pleuré, je n'ai pas accepté que ce soit, c'est, c'est moi qui ai accouché cet enfant* ». À côté du refus d'accepter la maternité de cet enfant, Besba évoque d'avantage la peur qu'elle a éprouvée au premier contact avec son enfant : « *Quand je l'ai vu pour la première fois, la chair de poule est sortie sur moi parce qu'elle était petite, j'ai même déjà peur de la toucher parce que j'avais peur qu'elle va seulement se casser [...] oui oui, la première fois, elle était très petite, toute petite, et c'était comme-ci elle allait se casser, c'était dur pour moi de voir mon bébé qui était petit* ». Mengue quand elle évoque l'absence d'affects pour son enfant suite à l'accouchement :

En ce moment, je ne me sentais pas mère de cet enfant parce que je ne pouvais pas prendre soin de lui, je ne pouvais pas lui donner le sein, le changer, le porter comme les autres mères le font avec leur bébé [...] je ne ressentais rien pour elle, c'était comme si elle était mon bébé, mais il n'y avait aucun lien entre nous. Mais comme ici à l'hôpital, personne ne s'occupe de l'enfant de l'autre, j'étais obligé de m'occuper d'elle-même si je ne ressentais rien et j'avais très très très peur de la toucher, de la porter, mais j'étais obligé parce qu'ici, c'est une seule personne qui doit s'occuper de l'enfant, même les infirmières ne s'occupent pas de l'enfant de quelqu'un [...] Au début, je ne lui parlais pas trop, j'avais l'impression qu'en lui parlant, il ne comprenait pas, mais quand j'ai vu d'autres mamans parler à leur bébé, j'ai aussi commencé à lui parler.

Quant à Ndeze elle évoque le maternage sans une véritable implication affective : « *Au début, je ne me suis pas sentie mère de ce bébé si petit, je me demandais si c'était vraiment mon enfant [...] Les premiers jours, quand j'ai commencé à m'occuper d'elle parce qu'on m'a*

opéré, les premiers jours, ce n'est pas moi qui m'occupais d'elle, c'était ma sœur, les premiers jours quand j'ai commencé, c'était comme si c'était, comme s'il n'y avait rien entre nous comme si elle n'était pas mon bébé ». Chetima quant à elle va jusqu'à une véritable chosification de son enfant dans cette situation : *« Ça ne ressemble à rien, rien du tout dans ta tête, parce qu'il y a les moments que moi je me demandais que pourquoi l'enfant si n'est pas morte directement quand elle est sortie [...] quand l'infirmière vient, elle me demande le nom, je dis. C'est là qu'elle me dit voilà votre bébé là-bas. Quand je me retourne, je vois ça (silence, piaf) donc, j'ai d'abord senti, je ne sais pas si c'était peur ou si c'était la haine, je ne peux expliquer ça. Je suis sortie, je ne me suis même pas rapproché de l'enfant, je suis sortie dehors, comme ça, je pars demander à son père que vous avez amenez (silence), vous avez amené ça ici là pour faire quoi ? Est-ce que tu es sûr que l'enfant si va vivre ».*

6.7.2. La réorganisation psychique : reprise et dépassement de la crise

La réorganisation psychique fait référence à l'aménagement de la rupture visant le rétablissement de l'équilibre psychique mis à mal à la suite de l'accouchement prématuré. La réorganisation psychique fait référence à la confrontation à la crise et à la rupture induite par l'accouchement prématuré et aussi au dépassement de ces dernières.

6.7.2.1. De l'étayage à la reprise

L'étayage est le principal support de sortie de crise. Face à l'accouchement prématuré qui rompt le processus de maternité et par ricochet la construction du maternel en cours, pour se réorganiser, le psychisme va faire recours à de nombreuses sources d'étayage. Il peut s'agir de l'étayage sur le groupe (famille et pairs) comme chez Maffo'o qui évoque principalement les membres de sa famille qui lui viennent en aide : *« La majorité de la famille fait l'essentiel. C'est-à-dire qu'on te vient en secours, les gens viennent te donner ce qu'ils peuvent ».* Elle s'appuie également sur le groupe de pairs (mères ayant accouché de manière prématurée). C'est aussi le cas de Ndeze qui bénéficie du soutien de ces proches en plus de l'étayage sur le groupe des pairs : *« avec les autres femmes comme moi, je me dis que je ne suis pas seule parce que n'importe qui passe par-là donc moi-même je vois que je ne suis pas la seule. Beaucoup ont perdu un bébé et elles sont avec moi, je ne suis pas seule [...] Ma famille, mes amis m'assistent moyennement, financière, et tout et tout ».*

Toujours dans le même registre, Mengue évoque le soutien dont elle bénéficie en ces termes :

Heureusement qu'il y a mes frères qui me soutiennent beaucoup ; de temps en temps, ils me donnent de l'argent qui me permet de payer les factures ou de prendre le petit déjeuner. Il y a aussi la famille de mon mari qui nous soutient aussi. Sans leur soutien, ça allait être plus difficile que maintenant [...] Les autres ici m'aident, on s'entraide à surmonter [...] Il y a aussi les autres mamans de prématurés. Elles te réconfortent et te soutiennent. Ça te permet de ne pas te sentir seule. Quand dans cette situation, tu vois encore d'autres personnes qui vivent la même chose que toi, qui partagent les mêmes souffrances que toi, ça te fait savoir que tu n'es pas seule et ça te donne le courage et la force de continuer jusqu'au bout.

En plus de l'étayage sur la famille et sur le groupe de pairs, on observe chez elle l'étayage sur les soignants et l'institution hospitalière. À propos de l'appui sur les soignants, elle mentionne :

Elles nous aident beaucoup parce qu'il y a les jours que tu arrives en salle et que tu trouves ton bébé malade, quand tu es dépassée, elles t'encouragent, te réconforte. C'est ça qui te donne la force de supporter [...] Prendre soin des bébés prématurés n'est pas très facile, mais ici avec les équipes et surtout les anciennes. Les mamans qui sont là depuis, elles apprennent à celles qui viennent d'arriver comment on lave l'enfant, comment on le nourrit, comment, comment, bref elles expliquent les règles à respecter. Les équipes font également ce travail.

Dans le cas de Chetima, on observe l'étayage sur ses expériences antérieures de la prématurité. En effet, elle est née prématurément à six mois dans des conditions difficiles en milieu rural, et à l'adolescence, elle a de nouveau été confrontée aux réalités de l'accouchement prématuré lorsque son aînée a accouché de cette façon, toujours en milieu rural en l'absence des soins appropriés. Ces expériences lui ont conféré une base sur laquelle elle s'appuie pour faire face à cet événement :

Mais quand c'est arrivé comme ça bon, ça ne m'a pas trop stressé. J'avais toujours la ferme condition que si le bébé là pleure, et qu'on l'a amené à la couveuse et qu'elle va vivre pourquoi, parce que moi-même ma mère m'a accouché au village et mon frère à 6 mois sans couveuse, on a survécus. Ma grande sœur a fait aussi les prématurés jumeaux [...] Donc je faisais, je suis arrivée ici, j'ai vu mon bébé, il était tout petit, l'image là est venue dans ma tête, je me suis dit bon, si au village les autres ont survécus. Ça veut dire qu'en ville, avec tout ce qui se passe là ma part aussi va survivre, donc j'avais, je n'étais pas trop stressée.

6.7.2.2. La symbolisation-mentalisation de l'accouchement prématuré et ses suites

La symbolisation est présentée par la littérature psychanalytique comme étant le processus fondamental du fonctionnement de l'appareil psychique. Elle œuvre pour la mise en sens et en représentation des situations auxquelles les personnes sont confrontées. Le psychisme est tel que pour être en équilibre et fonctionner, il doit donner un sens aux situations auxquelles il est confronté. Ce sens lui permet de maîtriser ladite situation et les affects y relatifs afin de les contenir. C'est le cas des participantes qui confrontées à l'accouchement prématuré et les affects y relatifs.

Au-delà du sens, avec la symbolisation la représentation de la situation est désormais possible. Chez les participantes, cette mise en représentation de l'accouchement prématuré se note à travers l'absence des catastrophes de la symbolisation dans leur discours. Ces catastrophes de symbolisation se repèrent dans le discours à travers les ratés de la verbalisation, la rupture dans le discours, les glissements et les confusions.

Cet accouchement est accompagné par l'incompréhension et l'incapacité de donner un sens à cette situation. Avec un temps de reprise, les participantes vont donner un sens à l'accouchement prématuré. Après de nombreuses remises en question, Maffo'o interprète son accouchement en ces termes : « *C'est vrai quand même qu'il faudrait, je ne sais pas si c'est l'une des causes, mais j'ai vraiment stressé par rapport à tout ça* ». Malgré cela, il existe toujours une incompréhension de la situation, bien que le travail de mise en sens soit en cours. Chez Maffo'o par exemple, cette incompréhension se manifeste dans les propos suivants : « *Je ne sais pas, je ne sais pas, je suis juste en train de te donner ma cause. Je ne sais pas si c'est*

autre chose, mais je crois parce que je comme c'était, je me sentais très fatiguée ou je ne travaillais pas... ». Bien qu'elle ne connaisse pas l'étiologie exacte de la rupture des membranes, nous notons néanmoins sa capacité à rendre compte de la situation en l'absence de catastrophes de symbolisation.

Chez Ndeze, nous notons également une incapacité de donner une signification à l'accouchement :

C'est très difficile pour moi de ne pas savoir la cause de ce qu'ils ont appelé l'hématome placentaire, je ne sais pas ce qui a bien pu causer ça [...] Je ne connais pas la cause de cet accouchement. Il y a même il y a même mon dossier qui est là-bas, hématome hématome quoi là placentaire, j'ai demandé à mon mari de chercher ça donc je ne sais pas ce qui c'est dû à quoi. Mais je n'ai pas pu, je n'ai pas pu voir la cause, je n'ai pas pu, je n'ai pas pu [...] Je ne comprends pas tout, je pleure et je n'arrive pas à comprendre ce que signifie cet accouchement qui vient à 30 semaines.

Bien que l'étiologie de l'hématome placentaire ne soit pas connue, elle fait preuve d'une maîtrise de l'évènement et de son déroulement et est à mesure de faire usage des mots appropriés pour rendre compte de ce qui s'est passé et de ses éprouvés à ce moment.

En partant de l'expression d'une absence de cause précise de l'accouchement, Mengue finit par considérer son accouchement comme étant le signe du destin : « *Je me demandais bien ce qui avait pu causer cet accouchement, je me demandais si je n'ai pas fait quelque chose que je n'aurai pas dû sans le savoir. Je me dis aussi que c'est le destin, qui a voulu que j'accouche ainsi, dans ce cas je ne pouvais rien faire à part suivre mon destin [...] Pour essayer de comprendre ce qui s'est passé, je me raconter souvent tout ça dès le début ».*

En ce qui concerne Chetima, du fait qu'elle avait déjà été confrontée à la situation de prématurité, lui procure un certain nombre de représentations qui lui ont permis de symboliser cet accouchement. En plus de ces représentations, elle interprète cet accouchement comme étant due au « sang » du géniteur : « *On a emmené le bébé ici, je suis resté à la CASS, je suis venu après deux jours et quand j'arrive, j'ai vu l'enfant, l'image de mes neveux est venue directement dans ma tête, j'ai dit que ça va aller [...] Je me suis même posé des questions est ce que c'est le sang de la personne qui m'a enceinté qui fait ça. Parce que la première grossesse est d'abord*

quittée, bon l'autre là, je peux dire que je suis tombée sur la moto, même pas quelque chose de grave, mais l'autre ci qu'est-ce qui se passe, je me suis vraiment posé beaucoup de questions ».

6.7.2.3. La Mobilisation des mécanismes de défense

En ce qui concerne les mécanismes de défense (processus psychiques inconscients visant à réduire ou à annuler les effets désagréables des dangers réels ou imaginaires, en remaniant les réalités internes et/ou externes et dont les manifestations – comportements, idées ou affects – peuvent être inconscientes ou consciente) mis en œuvre dans le dépassement de la crise induite par l'accouchement prématuré, nous notons l'intellectualisation (recours à l'abstraction et à la généralisation face à une situation conflictuelle qui angoisse trop le sujet s'il reconnaissait y être personnellement impliqué) qui s'observe chez Maffo'o : *« Les os ne sont pas encore reconstitués, il faut te masser, mais nous n'avons pas eus ça, nous n'avons pas eus ça, on se retrouve en train de gérer un enfant, c'est stressant c'est pénibles, c'est tout »*. À côté de ce mécanisme, nous notons aussi chez elle la mise à l'écart (tentative de rejet volontaire, hors du champ de la conscience, des problèmes, désirs, sentiments ou expériences qui tourmentent ou inquiètent le sujet) des affects lorsqu'elle dit : *« À peine tu viens d'accoucher, le corps fait mal, chez nous quand tu viens d'accoucher, on te prend d'abord comme, chez nous à l'Ouest particulièrement, on te prend d'abord comme un bébé toi-même, on te suit, si on ne te suit pas, tu vas craquer »*.

Nous observons également le recours à la régression (retour plus ou moins organisé et transitoire à des modes d'expressions antérieurs de la pensée, des conduites ou des relations objectales face à un danger interne ou externe susceptible de provoquer un excès d'angoisse ou de frustration) chez Maffo'o : *« chez nous quand tu viens d'accoucher, on te prend d'abord comme, chez nous à l'Ouest particulièrement, on te prend d'abord comme un bébé toi-même, on te suit, si on ne te suit pas, tu vas craquer »*.

Dans ce registre, on note également le déni (action de refuser la réalité d'une perception vécue comme dangereuse ou douloureuse pour le moi) du lien avec son enfant qui s'observe chez Maffo'o : *« le premier jour que j'ai vu mon enfant, j'ai beaucoup pleuré, je n'ai pas accepté que ce soit, c'est, c'est moi qui ai accouché cet enfant »*. Et aussi chez Mengue : *« Moi-même je n'arrivais pas à croire que c'était mon bébé »*.

Chez Maffo'o, on note aussi l'idéalisation ou représentation idéalisées du bébé (Processus psychique par lequel les qualités et les valeurs de l'objet sont portées à la perfection) lorsqu'elle

dit : « *Quand je suis avec mon enfant, je suis très fière, d'avoir eu ma jumelle parce que de toutes les façons, même si sa sœur n'est pas restée, elle reste une jumelle, elle reste ma fille elle a, elle a vécu pour moi, elle a malgré parce qu'elle est sortie aussi très très fatiguée* ». Chez Mengue, on note également la présence de ce mécanisme de défense : « *C'est un combattant courageux fort* ».

En ce qui concerne Chetima, on note la présence de l'évitement : « *Je suis sortie de midi à 17 heures, j'étais dehors* ». L'affiliation (recherche de l'aide et du soutien d'autrui quand on vit une situation qui engendre de l'angoisse) à la communauté intervient aussi dans le registre des mécanismes de défense chez Ndeze : « *avec les autres femmes comme moi, je me dis que je ne suis pas seule parce que n'importe qui passe par-là donc moi-même je vois que je ne suis pas la seule. Beaucoup ont perdu un bébé et elles sont avec moi, je ne suis pas seule...* ».

L'étayage en tant que voie de sortie de crise permet aux participantes de trouver des supports (famille, pairs, soignants, etc.) sur lesquels elles se sont appuyées pour faire face à la crise et la rupture afin de ne pas s'effondrer. Avec la résistance face à l'effondrement, la mise en œuvre de la symbolisation a constitué le tremplin pour les processus d'élaboration psychique et de mentalisation de la crise, ce qui a contribué à la réorganisation psychique.

6.7.3. De la réorganisation psychique au transfert de l'originaire : la restauration des réaménagements psychiques

L'étayage, la symbolisation et le recours aux mécanismes de défense ont permis l'aménagement de la rupture ou crise induite par l'accouchement prématuré et ses suites. Suite à cela, il y a eu le rétablissement de l'équilibre psychique mis à mal à la suite de l'accouchement prématuré. Cette réorganisation psychique pour être effective. La réorganisation psychique fait référence à la confrontation à la crise et à la rupture induite par l'accouchement prématuré et aussi au dépassement de ces dernières.

6.7.3.1. Le vécu de l'hospitalisation du bébé en néonatalogie

Pour Maffo'o, le vécu de l'hospitalisation de l'enfant est marqué par une activité constante et une absence de repos :

je n'imaginai même pas vivre cette situation que je suis en train de vivre actuellement, je savais que la grossesse devrait arriver à terme et puis, je devrais être en possession de mes deux enfants donc non seulement je ne suis pas en possession de mes deux enfants,

mais je n'ai pas de repos, je suis encore clouée à l'hôpital avec celle-ci donc tout ça [...] Ce n'est parce que parce que là je sors d'une opération pour directement m'occuper des bébés. Je n'ai pas eu de repos [...] On ne se repose pas. On est tout le temps en train de travailler sur les enfants tout le temps, c'est stressant.

Dans le même sens, Mengue évoque également l'absence de repos en ce qui concerne le vécu de l'hospitalisation :

Les mères des enfants prématurés travaillent beaucoup ici à l'hôpital. Elles souffrent beaucoup. Elles n'ont pas le temps de repos. Comme vous l'avez sans doute constaté, elles doivent prendre soin de l'enfant toutes les deux heures de jour comme de nuit. Qu'elle soit en santé ou pas, ce n'est pas facile, même dormir ce n'est pas évident. À côté de ça, il y a l'état de l'enfant qui parfois tu arrives, tu vois certains bébés ou même ton bébé très malade. Ça fait souffrir les mamans, elles pleurent beaucoup et chacune prie pour que son enfant s'en sorte parce que ça fait peur. Il y a les matins que vous venez comme ça, vous trouvez que peut-être un enfant est mort. Il y a aussi les factures qui viennent tous les jours. Il faut monter, il faut descendre, il faut courir à gauche à droite pour acheter les médicaments.

En plus de cette absence de repos mentionné par les participantes, le vécu de l'hospitalisation de l'enfant est davantage marqué par les rapports avec les soignants. Ces rapports ne sont pas toujours harmonieux et sont pratiquement ambivalents, car en fonction des équipes, ils sont bons ou mauvais. Maffo'o évoque ces rapports en ces termes :

Je ne m'intéresse pas trop aux professionnels. Tant que mon enfant est bien suivi, c'est ça l'essentiel. Je ne regarde pas que tel à fais ceci, tel n'a pas fait cela. Si elles sont comme ça bonnes chacune à son chacun à ses défauts noh ! Mais moi, le plus important pour moi c'est mon, c'est de ressortir d'ici avec au moins ma fille. Celle qui me reste ce qui me. Ce qui est dans ma tête c'est le travail que nous abattons ici là ça me fatigue,

dont le stress [...] Il y a des groupes qui sont bien gentils des groupes que vraiment, ça ne vaut pas la peine, mais il faut faire avec ça. On essaie de faire parce que quelqu'un ne peut pas ressembler à un autre, on essaie de gérer et puis ça passe au quotidien. Quand tu sais déjà que tel est comme ça là, tu évites de faire ce que la personne ne veut pas non !

Chetima exprime cette ambivalence en ce qui concerne les rapports qu'elles entretiennent avec les professionnels en ces termes : « *bon c'est vrai qu'il y a des équipes et des équipes. Il y a certaines équipes ici là que tu pars même vers elles parce que tu ne connais pas demander, te renseigner, elles se mettent à t'insulter, elles te disent du n'importe quoi, ce n'est pas facile* ». C'est également ce qui ressort des propos de Mengue : « *Il est vrai qu'il y a certaines équipes qui, avec qui c'est très difficile. Elles grondent tout le temps, elles ne prennent pas le temps pour vous expliquer ; tu pars vers elles pour poser une question, elles te grondent seulement. Mais il y a d'autres équipes avec les mamans très gentilles qui prennent le temps de bien vous expliquer quand vous demandez quelque chose ou posez une question* ». Besba quant à elle dit :

Ils sont là comme ça même si tu as un problème tu appelles personne ne vient, ils disent seulement on arrive. Il y a précisément une équipe qui se comporte ainsi et une autre équipe qui est sévère que, même l'autre là, tu ne peux même pas dire bonjour. Ils sont comme ça il y a les équipes et les équipes [...] On vit avec eux comme ils vivent avec nous comme ils sont là comme ça. Si on part voir le major, là ça ne se passe pas bien. On se plaint aussi d'eux, eux aussi, ils se plaignent de nous en disant que nous sommes les mères d'enfant. Ils nous prennent comme-ci nous ne sommes pas les êtres humains alors que nous sommes aussi les êtres humains comme eux. C'est pour ça qu'ils nous insultent.

Pour Chetima, le vécu de la situation d'hospitalisation de l'enfant est également marqué par des situations stressantes non inhérentes aux conditions de vie à l'hôpital et à la situation de l'enfant, mais plutôt en lien avec son conjoint : « *C'est à cause du stress et moi j'aime pleurer. Quand quelque chose me dépasse je commence à pleurer c'est seulement les pleurs. Même jusqu'à maintenant, même hier, il m'a posé un scandale, c'est parce que moi je suis une autre même hier, ça m'a même stressé et après j'ai commencé à pleurer* ».

6.7.3.2. *Le transfert de l'originnaire*

Le transfert de l'originnaire est la réactualisation et la transposition des premiers échanges affectifs et physiques entre l'enfant et sa mère dans la relation entre la devenant mère et l'être naissant. Ce transfert est garanti par les processus de maternité. Chez les participantes, la réorganisation psychique œuvre pour le transfert de l'originnaire à travers la restauration des processus tels que la préoccupation maternelle primaire.

La préoccupation maternelle primaire (PMP) est un état psychique caractérisé par une sensibilité accrue que l'on retrouve chez la femme enceinte. C'est un état organisé (qui serait une maladie, sans cet état de grossesse), comparable à un état de repli, ou à un état de dissociation, une fugue ou un état plus profond tel qu'un épisode schizoïde au cours duquel un des aspects de la personnalité prend le dessus. C'est un état durant lequel, la mère par identification à son enfant se met dans des conditions qui lui permettront de reconnaître et d'interpréter les besoins de son enfant afin d'apporter une réponse adéquate à ses besoins (mère suffisamment bonne).

La réactualisation de la préoccupation maternelle primaire permet aux participantes de comprendre et de s'identifier à leur enfant. C'est le par exemple de Ndeze : « *chaque fois que je la porte, malgré qu'elle soit encore petite, elle est contente. Chaque fois qu'on se regarde, il y a quelque chose qui est très fort entre elle et moi, et ces moments font en sorte que je me rends compte que je ressens que c'est ma fille [...] Avec le Kangourou, c'est comme si elle était encore dans le ventre tu vois noh ! Quand je commence, j'ai l'impression qu'il y a quelque chose qui nous liait, qui nous attache l'une à l'autre* ». En plus de cette compréhension intuitive du bébé, la réactualisation de la préoccupation maternelle primaire concourt au nouage ou tissage des liens mère-enfant comme l'attestent ces propos de Mengue : « *Quand je fais le kangourou, il se sent bien et moi-même j'ai l'impression qu'il y a quelque chose qui nous liait les deux. Un peu comme, quand j'étais encore enceinte. Moi-même je me sens très bien quand je l'ai ainsi. Je ressens sa peau sur mon ventre. Il est très content et son regard est comme s'il disait merci maman. J'aime bien ces moments et lui aussi parce qu'on est bien* ». Suite à la réactualisation de la préoccupation maternelle primaire, Chetima évoque la relation avec son enfant en ces termes : « *Je ne sortais même plus, je ne restais même plus dehors, j'étais toujours là à côté d'elle, la toucher, malgré qu'elle était petite, je la portais* ».

En ce qui concerne les échanges physiques et affectifs durant le maternage les participantes évoquent les émotions qu'elles éprouvent. Maffo'o dit par exemple : « *Quand je*

suis avec mon enfant, je suis très fière, d'avoir eue ma jumelle parce que de toutes les façons, même si sa sœur n'est pas restée, elle reste une jumelle, elle reste ma fille elle a, elle a vécu pour moi, elle a malgré parce qu'elle est sortie aussi très très fatiguée ». L'expression de la joie durant ces moments se retrouve également dans les propos de Besba : « *Quand je porte mon enfant, ça me fait la joie au cœur, comment c'est bien, comment Dieu m'a donné l'enfant. Je suis très fière. Je me vois déjà comme une mère aussi, comme une mère d'enfant aussi* ».

6.7.4. Le devenir mère chez la primipare ayant un nouveau-né prématuré

Ici, il est question d'aborder la consolidation de l'identité maternelle. L'identité maternelle est une sensation interne d'une femme: la reconnaissance qu'elle est compétente en tant que mère aussi bien que la connaissance et la compréhension de son enfant. C'est une construction psychologique à travers laquelle une femme exprime sa perception complexe, sa conscience et son expérience de mère, aussi bien que sa réalisation personnelle dans la maternité.

L'entrée en relation avec l'enfant est une étape importante dans la concrétisation de la construction du maternel. En ce qui concerne la relation avec l'enfant, Maffo'o dit : « *Ça va déjà au fur et à mesure que je pars, je suis avec elle chaque jour là ça passe au fur et à mesure donc ça va c'est déjà ça va* ». En ce qui concerne Ndeze elle s'exprime de la manière suivante : « *avec le temps, je me suis habituée par ce que c'est la chair de ma chair* ». Besba quant à elle évoque le temps qu'elle passe son enfant et le fait qu'elle n'a plus peur comme les premiers jours :

Je reste beaucoup avec elle, je n'ai plus peur. Parce qu'elle prend le poids, elle a déjà les joues et je suis contente. Maintenant, je suis déjà fière de la voir comme ça. Parce que je sais qu'elle va s'en sortir. Ça se voit parce qu'elle n'a pas de problème, depuis que je suis ici, mon enfant n'a pas de problème de, donc les ordonnances là, les transfusions, mon enfant n'a pas ça. Elle est en bonne santé même les médecins sont d'accord, mon problème avec elle c'est qu'elle mange, on rentre, c'est ce qu'on nous demande ici.

Chez les participantes de cette étude, du fait de la réorganisation psychique et de la réactualisation des réaménagements psychiques indispensables à la construction du maternel,

nous observons chez les participantes que l'adoption du bébé et l'auto adoption en tant que mère est effective et elles ont une conscience et ressenti en tant que mère. Maffo'o :

Tu vois noh, vraiment je suis fière quand je vois ma fille, je suis fière d'elle, je suis, je suis. Je me sens maman, je me sens fière je me sens tout ce qu'une maman peut ressentir quand sa fille est en bonne santé comme elle est en bonne santé actuellement [...] je ne suis pas trop parfaite, mais je fais quand même le minimum, je me sens responsable, donc je, c'est comme si, je ne sais pas comment expliquer. Je me sens très engagée, très responsable. J'ai toujours tendance à dire que ma fille, j'ai toujours tendance à dire que la personne qui touchera ma fille parce que le genre de dépense, donc plus engagée, plus donc, je ne sais pas comment je vais vous expliquer ça vraiment.

Allant dans la même logique, Besba dit : « *je dois aussi faire que mon enfant guérisse pour que je rentre aussi. Je suis venu, je suis venu faire la santé à mon enfant [...] Je la mets dans la propreté, donc je ne dois pas la laisser dans la saleté. Je dois la mettre dans la propreté pour qu'elle soit aussi en bonne santé parce que c'est la santé qu'on veut* ».

Ndeze quant à elle se voit maman à travers le regard de son enfant : « *au fur et à mesure que le temps passait, ça venait petit à petit et à chaque fois qu'on se regarde, je me sens être sa maman, je réalise qu'elle est vraiment ma fille et en même temps, je sens qu'elle a besoin de moi et je ressens, je réalise que je suis sa maman* ». Mengue quant à elle évoque le ressenti en tant que mère en ces termes : « *Il aime bien quand je suis là, quand je fais le kangourou [...] Je suis très contente quand je le nourris. Ce sont les petits moments de joie que nous avons ici à l'hôpital [...] Maintenant, avec le temps j'apprends, je fais des efforts pour être une bonne mère pour lui. Et chaque jour, le voir évoluer je suis contente* ».

Chetima quant à elle évoque la joie qu'elle éprouve suite à sa maternité et son ressenti en tant que mère en ces termes :

Donc il faut, je suis heureuse maintenant, parce que maintenant, si tu toi-même tu voyais le bébé là le jour que le bébé là est né, que tu voyais le bébé là maintenant c'est mon travail je suis heureuse, très heureuse. En tant que mère de cet enfant, je suis très, très heureuse, très même, et j'ai, donc l'enfant là fait très mal au cœur que, je ne sais pas

si un jour, je dois supporter de voir l'enfant là pleurer. Ne serait ce que pleuré comme ça là, elle me fait très mal ici là. C'est pour qu'elle arrive seulement à ce niveau si, elle a traversé les étapes difficiles, les injections, les transfusions, donc beaucoup de choses que l'enfant à traverser. Cet enfant-là, ça sera intouchable donc et intouchable et inséparable de moi. Parce que personne, moi je me dis que personne d'autre ne pourra prendre soin d'elle comme moi.

En ce qui concerne l'adoption et la connaissance qu'elle a de son bébé Maffo'o dit : « *Ce n'est qu'un bébé, tout ce qu'elle veut maintenant c'est manger et dormir un hum ! C'est tous ce que je sais d'elle et qu'elle voudrait être en contact avec sa mère comme on l'a toujours qu'on parlait tout à l'heure du kangourou parce quand elle se retrouve dans le kangourou tu vois comment elle dort, elle est attachée à toi, elle est fière, je ne sais pas, je sais qu'elle aime bien ça, elle aime bien le kangourou là parce que quand elle est là, elle se sent comme dans le ventre, elle se sent protégé. Oui elle aime ça et ses heures de tétée, elle adore bien* ».

6.8. AUTRES RÉSULTATS

À ce niveau, il est question pour nous de faire une analyse des données issues de l'observation et des aspects évoqués par les participantes lors des entretiens. Il s'agit du rôle des aînées dans le cadre de ces accouchements suivis d'une longue période d'hospitalisation.

6.8.1. Le rôle des aînées joué par les infirmières

Traditionnellement, dans les pays africains, le savoir maternel ne se transmet pas par l'école, mais « *relève plutôt d'un savoir collectif et populaire qui est transmis par l'entourage féminin* ». L'apprentissage de la maternité ne se fait donc pas par anticipation, mais bien par progression et c'est au contact des aînées que la jeune femme apprend son rôle de mère. Si cette éducation guide la nouvelle mère tout au long des premiers mois de sa maternité, elle est aussi une source de statut et de pouvoir pour les aînées. Par leur enseignement, les femmes plus âgées assurent leur prestige et justifient leur place dans la hiérarchie familiale. Comme le note Suzane Lallemeand à propos des aînées : « *leur prestige familial, leur assise dans la concession, peut dépendre, non de la fécondité qu'elles ont perdus, non de leur productivité agricole qui déclinent sensiblement, mais de leur autorité morale dans les domaines de la maternité et la puériculture* ». Dans cette transmission des savoirs, la belle-mère joue un rôle (Lewis & Calvès 2012).

Il est important pour nous de noter que les pratiques en cours au sein de HGOPY bien qu'au premier regard pouvant être difficiles, sont en fait bénéfique pour la construction du maternel chez les femmes ayant un nouveau-né prématuré. En effet, au sein de cette structure hospitalière, notamment au service de néonatalogie où nous avons collecté les données, le personnel infirmier s'occupe uniquement de ce qui est du volet sanitaire, il n'est pas responsable des soins tels que la toilette, le nourrissage, etc.

Il constitue ainsi pour ces mères des supports d'étayage sur lequel elles s'appuient pour entrer en contact avec leur bébé. Ce personnel constitue également pour elles des figures maternelles qui participent à leur accompagnement en ce qui concerne le devenir mère. En effet, comme le fait la mère de la devenant mère ou une proche parente de celle-ci ou de son conjoint dans bon nombre de culture camerounaise, il leur montre comment s'occuper de ces enfants délicats. En le faisant, il existe dès lors une sorte de transition entre les pratiques culturelles qui veulent qu'à la naissance du premier enfant, la mère ou une proche parente de la devenant mère ou du devenant père, expérimentée en ce qui concerne le maternage vienne encadrer la devenant mère durant les premiers jours ou les premiers mois de vie de l'enfant. Ce qui constitue pour elle une sorte d'école du maternage. Pour ce qui est de nos participantes, ce rôle est joué par le personnel infirmier de la structure hospitalière d'une part et le groupe de pair d'autre part.

En ce qui concerne le groupe de pairs (autres femmes ayant accouchées de manière prématurée), à HGOPY, ces mères sont logées dans une salle d'hospitalisation, ce qui leur permet d'être au plus près de leur enfant, en plus de cela, le fait de se retrouver une vingtaine voir plus dans la même situation constitue pour ces mères une base sur laquelle elles s'appuient pour surmonter les affects et les émotions douloureuses inhérentes à cette situation.

De par son fonctionnement, ce groupe est semblable aux communautés africaines où l'individu n'est pas seul pour traverser la situation à laquelle il fait face. Le groupe permet ainsi au sens de Sow (1977) de reprendre la violence ou la douleur dans notre cas. En effet, lorsqu'une de ces mères se retrouve dans une situation qui lui inflige une douleur en plus de ce qu'elles vivent, tout le groupe se resserre autour d'elle pour jouer un rôle de contenant.

6.8.2. Accouchement prématuré par césarienne et deuil périnatal

Ici, nous relevons la spécificité de deux des participantes. Il s'agit de Maffo'o et de Ndeze. Porteuses de grossesse gémellaire, elles ont toutes deux accouché prématurément par césarienne. Suite à l'accouchement, elles ont toutes les deux perdu un bébé. Elles ont ainsi été

confrontées à trois évènements dont la littérature présente comme étant déstabilisants pour la mère.

La grossesse peut procurer à la femme une satisfaction narcissique intense à travers la sensation d'être complète, pleine de l'objet symbolique de la puissance paternelle et maternelle. Toutes perspectives de modifications corporelles de la grossesse peuvent parasiter et mettre en péril les représentations corporelles de la devenant mère. En plus de cela, le contexte affectif et médico-social sera un facteur qui sécurise ou insécurise la devenant mère (Paquet, 2001).

Du fait que l'accouchement est un évènement dont le vécu varie d'une femme à une autre, un tiers des femmes vivent l'accouchement comme une expérience négative, voire psychologiquement traumatisante. L'origine de ce vécu traumatique est évidente en cas d'accouchement prématuré comme nous l'avons souligné plus haut ou en cas de césarienne en urgence ou en catastrophe ou de décès périnatal (Vial, Guerci, Dewandre, Benhamou, 2016).

Selon Tsala Tsala (1995), la grossesse et la parentalité en général en contexte africain est un objet ou un processus par lequel les parents aspirent à la réalisation de tout ce qu'ils n'ont pas pu réaliser eux-mêmes. Pour lui l'essence de la grossesse dans ce contexte se situe dans l'idéologie de la normalité. Cette normalité concernerait non seulement le déroulement de la grossesse, mais également son issue. Cette issue « normale » serait caractérisée par un accouchement par voie basse à terme ; la bonne forme de l'enfant et de la mère.

Dans un tel contexte, l'accouchement par césarienne, l'accouchement prématuré et les situations de deuil périnatal entravent le déroulement d'un processus normal alors qu'on note chez les primipares africaines une obsession pour la normalité (Ndje Ndje et Tsala Tsala, 2017). Prise individuellement, chacun de ces évènements affecte la parturiente sur le plan psychologique.

En ce qui concerne la césarienne Ndje Ndje et Tsala Tsala (2017) notent qu'elle peut avoir un impact négatif sur la situation émotionnelle des femmes au-delà de la volonté de sauver la mère et l'enfant. Pour eux, en raison de l'appartenance à un environnement culturel exigeant, les parturientes primipares africaines peuvent éprouver un degré démesuré face à ce mode d'accouchement. En effet, pour eux, en créant une scission entre la naissance physique et la naissance imaginaire, la césarienne crée chez la parturiente une absence et un sentiment de manque (Ndje Ndje et Tsala Tsala, 2017). Avec la césarienne, cette dernière se sentirait coupable de ne pas être en mesure de répéter l'acte que posent toutes les femmes depuis des

générations. Dans ce cas, le sentiment de culpabilité ainsi généré empêcherait la parturiente de s'identifier au rôle que la culture a assigné aux mères. Pour Neuhaus et al. (1994), plusieurs femmes suite à la césarienne vivent une déception voire un sentiment d'échec, d'incompétence. Ceci du fait que la césarienne les a privés de l'accouchement qui est un temps fort de l'expérience de la maternité et est vécue comme une démission du corps qui n'a pas assuré ses fonctions.

Plusieurs études ont mis en évidence la relation excitante entre la césarienne et les troubles psychiatriques du post-partum (Gottlieb & Barrett, 1986 ; Soderquist, Wijma, Wijma, 2002 ; Ryding, Wijma, Wijma, 1998 ; Ryding, Wijma, Wijma, 1997 ; Thalassinos, Rouillon, Engelmann, Lemperiere, 1988 ; Boyce, Todd, 1992 ; Kendell, Rennie, Clarke, Dean, 1981). Comme le renseignent Ryding et al. (1997, 1999) la césarienne en urgence valide dans 100% des cas le premier critère de l'ESPT. Il peut se développer chez la mère des sentiments de peur de l'inconnu, de culpabilité, un sentiment de ne pas avoir été suffisamment maître de son corps pour accoucher par voie basse (Paquet, 2001 ; Lobel & De Luca, 2007).

En ce qui concerne le deuil périnatal, il est important de noter à la suite de Soubieux (2009) et de Schulz et Soubieux (2018) qui soulignent qu'avec le décès les rêves des parents s'évanouissent brutalement. À ce moment, l'abîme, l'incompréhension, l'indicible envahissent toute la scène psychique. Lorsqu'il s'agit d'une grossesse gémellaire, la perte d'un fœtus durant la grossesse ou à la naissance est une situation où la singularité du deuil périnatal atteint son paroxysme, car à la particularité de la perte périnatale s'associe celle de la gémellité.

Dans ces conditions, la mère peut nourrir un sentiment de culpabilité et la coexistence de la vie et de la mort prend un caractère accentué et réel. Pour Soubieux (2009) et Schulz et Soubieux (2018), il y a deux corps, un vivant et l'autre sans vie qui sont indissociables, enchevêtrés. La mort reposant sur le vivant qu'il empêche de grandir, le vivant grandissant aux côtés du mort qu'il maintient présent. Dans le psychisme de la mère confrontée à pareil évènement cohabitent les processus de vie et le travail du deuil. Ces femmes ne parlent que du jumeau vivant, faisant craindre l'oubli du mort (Soubieux, (2009) ; Schulz et Soubieux, 2018).

Le travail du deuil de l'enfant décédé empêcherait la mère de vivre pleinement sa maternité avec le bébé vivant. Elle se retrouve en proie à une double culpabilité : celle de penser au mort vis-à-vis du vivant et celle de penser au vivant vis-à-vis du mort. Dans le même sillage, elle est confrontée à une double problématique à savoir celle relative à l'attachement au bébé vivant et le deuil du bébé décédé. De là, Soubieux (2009) et Schulz et Soubieux (2018)

s'interrogent sur les processus à mobiliser pour concilier vie et mort, sur comment penser au bébé vivant sans toujours penser au bébé mort ? Comment penser au bébé mort sans oublier le bébé vivant ? Dans ces conditions « *L'image du disparu est « entretenue » par l'enfant vivant qui prête son visage à celui qui manque. Le vivant ne peut se construire que dans le rapport au mort* » (Soubieux, 2009).

Le retentissement psychologique de chacun de ces événements induit des traumatismes, rompt le cours des processus psychiques ; afflige les parents en général et la mère en particulier. Pris individuellement, chacun de ces événements a des répercussions psychologiques considérables et pénibles pour la mère. Or il y a des cas où cette dernière est confrontée à tous ces événements au même moment. C'est le cas de Maffo'o et de Ndeze qui sont toutes deux des primipares ayant accouché prématurément par césarienne et ayant toutes les deux perdues un bébé à la naissance. Elles sont ainsi confrontées d'une part aux retentissements psychologiques de l'accouchement prématuré, aux conditions induites par la césarienne et à la problématique du deuil périnatal.

Issue de l'Ouest Cameroun, où avoir des jumeaux érige les parents au statut de « tagne » (père de jumeaux) et de « magne » (mère de jumeaux). La grossesse de chacune d'entre elles se déroulait bien et leur procurait beaucoup de joie et elles souhaitaient conduire leur grossesse jusqu'à terme. À ce sujet, Maffo'o s'exprime de la manière suivante : « *C'est vrai que j'attendais les jumelles et j'étais fière et j'étais ému de porter mes deux enfants et que ça arrive à terme noh !* ». On retrouve la même expression chez Ndeze lorsqu'elle dit : « *La grossesse s'est très bien déroulée. Quand j'ai même su que j'étais enceinte des jumeaux, une fille et un garçon. La grossesse s'est bien déroulée, tout se passait bien, je dirais très bien même, j'attendais les jumeaux, j'étais très fière très contente, car je suis « magne » et chez nous à l'Ouest on nous respecte beaucoup noh ! J'étais contente de moi* ».

Dans cette situation, elles sont confrontées à la l'investissement du bébé vivant et au deuil de celui qui est décédé. Elles expriment des regrets vis-à-vis de la possession de leurs deux bébés. À ce sujet, Maffo'o s'exprime de la manière suivante : « *je devrais être en possession de mes deux enfants donc non seulement je ne suis pas en possession de mes deux enfants, mais je n'ai pas de repos, je suis encore clouée à l'hôpital avec celle-ci donc tout ça* ».

En s'exprimant sur le déroulement de sa grossesse et son ressenti face à cette situation, on note une ambivalence dans ces propos. Elle l'exprime de la manière suivante : « *mais moi je n'ai pas de aucun problème avec, concernant parce que quand moi j'entre là, c'est parce*

que moi j'ai d'abord eu trop de problèmes avec cette grossesse, opération, perte d'un enfant et l'autre enfant est couchée là ». Elle exprime ainsi son incapacité de se positionner face à l'absence de problème durant le temps de gestation et la survenue de tous les problèmes (accouchement prématuré, décès d'un bébé...) tout d'un coup.

En ce qui concerne le vécu de l'accouchement prématuré par césarienne et le décès d'un bébé, Maffo'o parle d'une douleur qui lui a beaucoup fait pleurer avant la césarienne : *« Je pleurais franchement, tu imagines deux enfants qui débattent pour sortir là. J'étais (silence) [...] On m'a emmené au bloc, on m'a opéré et ça s'est bien passé parce que l'opération s'est bien passée sauf qu'après, je, on me dit que l'autre est bébé a été est sorti très fatigué et puis elle a succombé un hum ! Là on met la celle-ci là à la couveuse* ». Le décès de l'un des bébés vient ternir le bon déroulement de la césarienne et la confronte au deuil du bébé en plus du deuil de la grossesse à terme, de l'enfant imaginaire. En ce qui concerne Ndeze, elle s'exprime de la manière suivante : *« Les deux bébés étaient séparés et le 04 septembre, les deux bébés étaient en position siège et on m'a dit que non ça ne dérange pas c'est lors de l'accouchement c'est par opération. J'ai dit que non il n'y a pas de souci. On réfléchissait déjà sur comment on doit faire. Je rentre à la maison, le même soir, vers deux heures, je comprends, je comprends, je comprends comme si c'était le robinet noh, je me lève, c'est le sang, je saigne à deux heures* ». En ce qui concerne Ndeze, sur cette expérience, elle s'exprime de la manière suivante :

Pourtant j'ai fait l'échographie le 4 septembre tout allait bien et je saigne à deux heures, ils ont appelé ça hématome placentaire c'est là où, c'est là où je suis, c'est là où on m'a envoyé à l'hôpital. Je suis d'abord parti au CHU là-bas, on ne pouvait rien faire. On m'a donc envoyé ici là. J'ai accouché à 30 semaines 2 jours. Et moi j'ai perdu le sang tellement même [...] On m'a dit qu'on va m'opérer le lendemain matin et maintenant alors vers huit heures on a programmé l'opération parce qu'on ne pouvait rien faire, non seulement retourner les enfants. On ne pouvait rien faire, non seulement parce que ...c'est comme ça qu'on a fait et tous et toutes et tout et on a programmé l'opération. Et un des enfants est parti et la fille est restée et après maintenant, le temps de, le temps de mettre

dans la couveuse on traine encore et le garçon meurt noh, le garçon avait 1k500 grammes et la fille avait 1080 grammes. Pour le moment, elle a presque, elle maintenant à ...

Pour Maffo'o, face à l'accouchement prématuré et la césarienne, ce qui retient le plus son attention est la possibilité pour elle de rentrer chez elle avec son bébé comme dans le cas d'accouchement à terme. À ce sujet, elle s'exprime ainsi : « *Mais moi, le plus important pour moi c'est mon, c'est de ressortir d'ici avec au moins ma fille. Celle qui me reste ce qui me...* ». Elle exprime ainsi la sensation d'avoir tout perdu. Elle a perdu sa grossesse, perdu un bébé. Le bébé vivant fait alors l'objet d'un surinvestissement, comme s'il était le dernier vestige ou la seule preuve vivante de cette maternité. Ce bébé occupe dès lors la place d'un objet « soignant » pour le narcissisme de la mère et lorsqu'elle est en sa présence, elle retrouve la satisfaction vis-à-vis de sa maternité : « *Quand je suis avec mon enfant, je suis très fière, d'avoir eu ma jumelle parce que de toutes les façons, même si sa sœur n'est pas restée, elle reste une jumelle, elle reste ma fille elle a, elle a vécu pour moi, elle a malgré parce qu'elle est sortie aussi très très fatiguée [...]* Tu vois noh, vraiment je suis fière quand je vois ma fille, je suis fière d'elle, je suis, je suis. Je me sens maman, je me sens fière je me sens tout ce qu'une maman peut ressentir quand sa fille est en bonne santé comme elle est en bonne santé actuellement ». C'est aussi le cas de Ndeze lorsqu'elle dit : « *Tellement je suis choquée, je ne reste qu'avec la fille, elle va quand même me consoler. Je l'ai trop apprêté et tout le monde attendait ça et son père lui-même beaucoup* ».

Maffo'o exprime cette joie et cette fierté malgré les contraintes auxquelles elle est confrontée : « *Ce n'est parce que parce que là je sors d'une opération pour directement m'occuper des bébés. Je n'ai pas eu de repos [...]* Il n'y a pas de repos, j'ai subi une césarienne, 5 jours après, j'étais déjà en train de marcher, il faut nourrir l'enfant, il faut revenir laver les couches, il faut faire ceci, il faut aller à la pharmacie, c'est, il n'y a pas un petit, s'il n'y a pas quelqu'un pour vous aider, vous aller craquer ».

CHAPITRE 7 : INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

Ce chapitre ainsi entamé est le dernier chapitre de cette thèse, il porte sur l'interprétation et la discussion des résultats qui ont fait l'objet du chapitre précédent. À l'entame, nous faisons un rappel de la question, de l'hypothèse et de l'objectif de recherche. Suite à ce rappel, nous allons procéder à l'interprétation des résultats qui ont fait l'objet du chapitre précédent, cette lecture s'appuiera sur les théories explicatives de l'étude ; par la suite, les résultats seront discutés à la lumière des travaux antérieurs. Pour finir, nous allons présenter les implications et les perspectives de cette étude.

7.1. RAPPEL DE LA QUESTION, HYPOTHÈSE DE RECHERCHE ET SYNTHÈSE DES RÉSULTATS OBTENUS

Ici, nous faisons un bref rappel des éléments évoqués. Ce rappel sera suivi d'une synthèse des résultats.

7.1.1. Rappel de la question et de l'hypothèse de recherche

À l'entame de cette étude, la question de recherche a été formulée en ces termes : *comment le maternel se construit-il chez la primipare ayant un nouveau-né prématuré ?* En nous appuyant sur le cadre théorique, nous avons formulé l'hypothèse que : *chez la primipare ayant un nouveau-né prématuré, le maternel se construit à partir de la réorganisation psychique qui œuvre pour le transfert de l'originnaire.*

Avec cette hypothèse, nous postulons que suite à la crise induite par l'accouchement prématuré et la désorganisation psychique (rupture des repères, équilibres et processus de maternité) y relative, le psychisme maternel ainsi atteint dans son organisation va se réorganiser (aménagement de la crise, rétablissement de l'équilibre, etc.). Ce qui va permettre une restauration des processus de maternité (réaménagements psychiques) indispensables pour la réactualisation des premiers échanges physiques et affectifs entre la devenant mère et sa propre mère. Cette réactualisation est suivie de la transposition de ces échanges dans la relation à l'enfant à naître (transfert de l'originnaire). C'est suite à cette réorganisation psychique et la restauration des réaménagements psychiques qui sont garant du transfert de l'originnaire que la primipare ayant un nouveau-né prématuré va investir son rôle maternel et l'identité maternelle va se consolider (maternel).

7.1.2. Synthèse des résultats

De l'analyse des données que nous avons effectuée, il ressort que l'accouchement prématuré a un retentissement désorganisateur pour les participantes. Il est subit et la

désorganisation psychique qu'il induit s'observe à partir de la rupture des repères associée à l'incompréhension ; elle se manifeste également par la menace de l'intégrité psychique (afflux d'excitations qui met à l'épreuve la capacité de contenance de l'appareil psychique) et le sentiment d'étrangeté noté chez les participantes lorsqu'elles ont été confrontées à cet évènement inattendu. La rupture des processus de maternité s'observe chez les participantes à partir de l'expression des incapacités d'être mère de leur enfant.

Dans cette situation de désorganisation psychique, la reprise est endossée sur le processus d'étayage. Les participantes s'appuient sur leur famille qui leur apporte les ressources financières et morales ; le groupe des pairs (femme ayant accouché de manière prématurée) qui au sein de HGOPY fonctionne comme une communauté qui se soude pour traverser les difficultés ; sur les soignants qui les encouragent et leur donnent le réconfort nécessaire pour surmonter les difficultés auxquelles elles sont confrontées. Chez Chetima, en plus de ces types d'étayage, nous notons qu'elle s'appuie sur son expérience en tant qu'enfant prématuré et l'expérience qu'elle a eue lorsque son aînée a accouché de manière prématurée.

L'étayage joue ainsi pour les participantes le rôle de processus de sortie de crise. Suite au recours à tous ses états, les résultats mettent en œuvre le processus de symbolisation de l'accouchement prématuré. Bien qu'il subsiste de nombreuses interrogations, certaines participantes interprètent leur accouchement comme étant dues au stress ; le destin ; ou encore comme étant due au sang du géniteur.

Dans le dépassement de la crise et la rupture, en plus des processus de symbolisation et de mentalisation, les résultats mettent en évidence la mise en œuvre des mécanismes de défense suivants : l'intellectualisation, déni, idéalisation ou représentation idéalisée, mise à l'écart des affects, dénégations, régressions, évitements, affiliation au groupe de pairs.

En ce qui concerne le transfert de l'originnaire, le vécu de l'hospitalisation de l'enfant est marqué par l'absence de repos, les contraintes relatives à cette situation et des rapports qui ne sont pas harmonieux avec les soignants, les situations stressantes non inhérentes aux conditions de vie à l'hôpital et les contraintes financières.

Dans ce cadre, les échanges physiques et affectifs entre la mère et son enfant sont marqués par la joie, la restauration de la préoccupation maternelle primaire, le nouage des liens mère-enfant et la protection contre les situations aversives pour l'enfant. La construction du maternel

quant à elle est concrétisée par la consolidation de l'identité maternelle ; l'adoption et l'adaptation au bébé et l'engagement de la mère dans le maternage.

7.2. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Dans cette section, il est question de faire une lecture théorique des résultats que nous avons obtenus. Pour ce faire, vu que cette étude ne s'appuie pas sur une seule théorie, cette lecture va s'appuyer sur un modèle combinant à la fois les théories qui abordent la réorganisation psychique suite à la rupture et enfin des théories explicatives de la construction du maternel ou du devenir mère. Ce modèle théorique va donc s'appliquer à la compréhension de la réorganisation psychique et à l'appréhension de la dynamique entre réorganisations psychique et le transfert de l'originare par le biais de la restauration des réaménagements psychiques nécessaires.

7.2.1. Compréhension de la réorganisation psychique

La réorganisation psychique fait référence à la confrontation à la rupture induite par la prématurité, la résistance à l'effondrement psychique, puis l'intégration du choc et la réparation. Ainsi, le Moi maternel organise au sens de Winnicott des défenses contre l'effondrement ou la désorganisation suite à la prématurité. La mère va mettre sur pied des capacités créatrices qui sont des potentialités dont elle dispose pour mettre en place des réaménagements psychiques nécessaires.

7.2.1.1. La compréhension de l'action de l'Étayage dans la réorganisation psychique

Les résultats obtenus à la suite de l'analyse montrent que les primipares, confrontées à la crise et la rupture des processus induits par l'accouchement prématuré s'appuient sur elle, la famille, le groupe de pair et les soignants. En s'appuyant sur ces étais, la reprise est ainsi entamée.

Pour les participantes, comme le renseigne Freud (1929), l'étaillage est une voie de recours ou de sortie de crise (changement brusque et décisif dans le cours du processus de construction du maternel). Pour faire face à la prématurité, elles s'appuient sur les personnes présentes dans leur environnement et qui leur apportent le soutien financier et social. Pour ce, l'étaillage constitue la principale voie de recours pour faire face à la crise.

En effet, de par la rupture qu'il crée, l'accouchement prématuré implique une rupture des réaménagements psychiques en cours, une séparation précoce de la mère avec son bébé et un

arrachement de l'enfant du sein maternel sans que le travail d'élaboration de cette séparation ne soit effectué. Pour y faire face, les participantes cherchent et trouvent l'appui, le renfort et le réconfort dans leur famille, le groupe de pairs, les soignants et sur leurs expériences antérieures avec les accouchements prématurés.

Du fait que l'accouchement prématuré fait irruption, avec l'étayage, il s'enclenche une dynamique de création de nouvelles régulations chez les participantes. Ces nouvelles régulations vont leur permettre de rebondir, de retrouver l'équilibre psychique et de nouveaux repères. L'étayage sur le groupe de pairs qui constitue une base solide pour surmonter les affects et les émotions douloureuses (car il fonctionne comme une communauté) permet la maîtrise des affects douloureux induits par la prématurité. Dès lors, elles ne sont pas seules face à cette situation. Ce fonctionnement du groupe de pair rejoint le point de vue de Kaës (1998) qui stipule que le groupe en tant qu'ensemble, doté de formations et de processus psychiques propres, irréductibles à ses éléments constituants est associé à l'appareil psychique groupal qui est un appareil de formation, de transformation et de liaison de la réalité psychique entre les personnes le constituant. Face à la crise et la rupture induites par l'accouchement prématuré, le fonctionnement de ce groupe de pair est sous-tendu par un travail d'appareillage dont le but est de lier les mères dans l'unité sans faille d'un esprit de corps. Cet esprit de corps permet ainsi des identifications réciproques entre les mères.

En ce qui concerne l'étayage sur les soignants, il est important de mentionner qu'il est question d'une véritable triade soignant-mère-bébé dans laquelle la mère s'appuie sur les soignants qui jouent le rôle des aînés ou de figures maternelles pour la devenant mère. Les soignants sont dès lors des figures maternelles contenant qui associées au groupe de pairs constitue un véritable "réseau d'accompagnement" sur lequel les participantes s'appuient pour faire face à la crise induite par la prématurité.

En suivant la logique de Kaës (1990) qui stipule que l'étayage à trois fonctions que sont : l'appui, la modélisation et la reprise. Pour les mères de nouveau-né prématuré, le groupe de pair leur sert d'appui pour donner une signification, maîtriser les affects et faire face à la rupture induite par l'accouchement prématuré. Le groupe d'infirmières leur sert de modèle de référence sur lequel elles s'appuient pour s'identifier au rôle maternel. L'étayage leur sert enfin de support de reprise dans la mesure où il permet une sortie de crise. Il est en effet le contenant dans lequel les processus de symbolisation, de mentalisation et d'élaboration psychique vont se dérouler. Autrement dit, par étayage, les participantes ont résisté à la rupture induite par l'accouchement

prématuré. Elles ont ainsi trouvé par étayage une stabilité psychique. Cette stabilité ou équilibre retrouvé va permettre la mise en œuvre des processus qui sont garants de la réorganisation psychique.

7.2.1.2. La compréhension de l'action de la mise en sens et en représentation de l'accouchement prématuré dans la réorganisation psychique

Les résultats que nous avons obtenus montrent que les participantes sont dans une véritable quête de sens. En effet, le psychisme est tel que confrontée à toute situation, il doit lui donner un sens afin d'être à mesure de traiter par la pensée cette situation et les affects y relatifs. Dans le cas de la prématurité, c'est une situation qui est subite, incompréhensible et chargée d'affects. Elle rompt les repères, menace l'intégrité psychique et entraîne le sentiment d'étrangeté et la rupture des processus de maternité en cours. Pour y faire, les participantes s'appuient sur divers supports d'étayage, ce qui aboutit à une maîtrise de la situation. Suite à cette maîtrise, les processus fondamentaux du fonctionnement de l'appareil psychique sont enclachés.

La symbolisation permet aux participantes de supporter de donner un sens et se représenter leur accouchement. Le travail de mise en sens de l'accouchement prématuré, en liant les diverses représentations, permet une meilleure tolérance aux affects et ainsi diminue son intensité, les conflits se jouent alors sur la scène interne. Nous avons vu que dans le temps de son enregistrement, les participantes étaient complètement dépassées par cette situation, ce qui se rapproche de la sidération. Le temps durant lequel l'accouchement s'est passé est pour bon nombre de participantes une expérience qui paraît sortir de la réalité (comme une fiction). Il s'en est suivi le temps de l'expérience durant lequel les participantes ont réalisé que ce n'est pas une fiction, mais une expérience réelle, ce qui aboutit à une représentation de l'événement. C'est dans l'après-coup que la symbolisation de l'accouchement prématuré et ses suites s'est faite dans un contexte qui offre les conditions nécessaires pour la reprise (Roussillon, 1996).

De là, nous comprenons qu'une partie du travail de symbolisation s'est effectué sur le moment, dans le présent de l'action, mais un certain nombre d'aspects de ce travail n'ont pu avoir lieu sur ce moment. Comme le mentionne Roussillon (1999), vu que l'accouchement prématuré mobilise des aspects inconscients de la vie psychique particulièrement investie (processus de maternité), potentiellement traumatique ou débordant les capacités de mise en sens sur le coup, les participantes se sont contentées d'une main mise suffisante de ces aspects.

Plus tard, lors de l'hospitalisation qui est une situation plus sécurisée et symboligène, le travail de mise en sens s'est effectué.

La symbolisation de l'accouchement prématuré est dès lors un travail de transformation qui nécessite la présence d'un objet et plusieurs temps : un temps intersubjectif (étayage sur le groupe), un soin ou un jeu intersubjectif (étayage sur les soignants), un temps autosubjectif, un temps de jeu solitaire, un temps narcissique et le rêve (Roussillon, 1996). Le travail de symbolisation de l'accouchement prématuré va constituer le soubassement du processus de mentalisation qui offre aux mères des possibilités d'écoulement et de décharge des affects et des excitations ressenties. Elles ont dès lors la capacité de transformer les expériences vécues (accouchement prématuré et ses suites) en représentations, à en traduire au niveau mental leurs désirs, besoins, frustrations et conflits psychiques.

La symbolisation de l'accouchement prématuré aboutit à une inscription de cet événement dans l'histoire des participantes qui dès lors peuvent le raconter sans que l'on note dans leur discours des catastrophes de symbolisation (ratés de la verbalisation, les ruptures dans le discours, les glissements, les confusions) (Roman, 1997).

La symbolisation permet la mise en place de l'élaboration psychique de l'accouchement quise caractérise par une évolution du fonctionnement tout en permettant de dépasser la rupture induite par l'accouchement. Il permet l'intégration psychique de l'accouchement et son retentissement comme étant un événement faisant partie de l'histoire de la mère. Il s'agit de l'historisation qui est selon Bertagne (1990) un processus temporel qui établit un pont entre la réalité du déroulement de la maladie comme épreuve de réalité, objectivée par le discours médical et les traitements, et la réalité/vérité psychique du sujet qui désigne son inscription temporelle de début, fin, durée par des éléments plus subjectifs.

En s'appuyant sur un étayage multiple, l'élaboration psychique de la prématurité va aboutir à une maîtrise des angoisses et de la violence relative à la prématurité pour lui donner un sens et les participantes sont dès lors à mesure de trouver les mots nécessaires pour rendre compte de cette expérience. Avec la symbolisation de la situation, les participantes sont à mesure d'utiliser le langage pour rendre compte de cette expérience, ce qui rend compte de leur capacité d'utiliser et de comprendre les symboles. Elles sont à mesure d'utiliser les mots pour rendre compte de leur accouchement et de leurs éprouvés. Ce mot peut donc venir en lieu et place de l'objet pour le représenter.

Symbolisé est l'acte essentiellement fondateur du psychisme humain. Chez les participantes, c'est le support de la réorganisation qui va de par la restauration des réaménagements psychiques assurer le transfert de l'originaire et par conséquent le devenir mère.

7.2.2. De la réorganisation psychique au transfert de l'originaire

La réorganisation psychique vient progressivement inscrire les traces de l'accouchement dans le psychisme maternel, ce qui contribue à l'élaboration de la séparation mère-bébé et progressivement, la mère va investir libidinalement son bébé. Avec la réorganisation psychique, on assiste à la restauration de la préoccupation maternelle primaire, le nouage des liens mère-enfant et la protection de l'enfant contre les situations aversives pour ce dernier. L'incompréhension et la répulsion de l'enfant font place à l'épanouissement et la joie durant le maternage chez la mère. La réorganisation psychique permet ainsi la restauration de la constellation maternelle qui est l'organisateur psychique de la maternalité dans la mesure où elle rend compte des réaménagements psychiques chez la femme qui devient mère (Stern 1997). Elle est constituée de représentations que Stern (1997) nomme "schémas d'être-avec" du fait qu'elle se construit à partir des expériences interactives.

Ces schémas (concernant l'enfant) vont du bébé représenté, autrement dit de la représentation de l'enfant en tant que fils ou fille de sa mère et de son père, frère ou sœur des autres enfants, et petit-enfant des grands-parents, mais inclut aussi des prédictions sur son caractère, sa personnalité future. Selon Stern (1997), avec l'accouchement prématuré, dans le schéma d'être-avec l'enfant il y a une discordance entre le bébé réel et le bébé représenté, ainsi ce « bébé représenté » et cet écart lors de la rencontre entre le « bébé dans les bras de sa mère » et le « bébé dans sa tête » n'est pas sans rappeler l'écart évoqué entre le bébé imaginaire et le bébé réel. La mère doit réorganiser ces représentations qu'elle a d'elle-même.

Bâtie sur le modèle du complexe d'Œdipe, la constellation maternelle est une organisation psychique particulière chez la jeune mère où celle-ci « s'identifie à sa propre mère, laquelle lui donne l'autorisation de devenir mère à son tour ». Elle vient bouleverser l'organisation fantasmatique de la triangulation œdipienne qui s'était installée, avec plus ou moins de bonheur, depuis la petite enfance, pour placer au centre de la vie psychique de la mère la triade formée des représentations de son enfant, de sa propre mère et d'elle-même en tant que mère. Cette constellation maternelle entraîne chez la mère « une nouvelle configuration de comportements, de susceptibilités, de fantasmes, de peurs et de désirs » (Stern 1997).

7.2.2.1. La croissance de la vie suite à l'accouchement prématuré

Le thème de la croissance de la vie fait appel à la capacité de la mère à subvenir à la vie et au développement de son enfant. Dans le cas de la prématurité, du fait que le processus de réorganisation psychique œuvre pour la maîtrise des affects et des angoisses relatives à cette situation, ce qui rend la mère plus disponible pour son enfant. Partant de là, elle est à mesure de subvenir à la vie et au développement de son bébé.

En partant du fait que chaque mère est un participant actif, un agent de changement, capable de s'adapter à un nouvel ensemble de besoins et de demandes, en préservant ce qu'elle était et ce qu'elle est. Avec le temps nécessaire pour la mise en sens de la situation les participantes s'adaptent à cet ensemble de besoins et de demandes. La confrontation quotidienne aux modèles maternels constitués par les infirmières d'une part et la pratique constante des soins aux enfants font en sorte que le processus d'identification aux rôles maternels soit effectif. Elles sont dès lors capables de subvenir aux besoins et au développement de leur enfant.

7.2.2.2. La relation primaire suite à l'accouchement prématuré

Ce thème concerne l'engagement psychique de la mère auprès de son enfant. De manière globale, il cherche à répondre aux questions suivantes : la mère peut-elle s'engager psychiquement et de manière satisfaisante pour le développement de son bébé ? L'équilibre émotionnel de la mère permettra-t-il le développement psychique de l'enfant ? Il fait référence à la préoccupation maternelle primaire décrite par Winnicott (1956) et inclut « *l'établissement des liens d'attachement, de sécurité et d'affection, la régulation des rythmes du bébé et son portage, la production et la réception d'affects et de signaux sociaux, la négociation des intentions et de l'intersubjectivité* » (Stern, 1997, p.230).

Du point de vue de la préoccupation maternelle primaire, la mère doit régresser, puis s'identifier à son enfant. Par cette identification projective à son enfant, la mère va répondre de manière adéquate aux besoins de son enfant, « *en général, les mères s'identifient d'une façon ou d'une autre au bébé qui croît en elles, et arrivent ainsi à une connaissance très puissante des besoins du bébé. Il s'agit d'une identification projective* » (Winnicott, 1961 p. 24). Par ce mécanisme, « *la mère transfère une partie de son sentiment de soi au bébé qui croît en elle* » (Winnicott, 1961 p. 23). Par identification à son nourrisson, la mère sait comment son enfant se sent et fournit des réponses adéquates aux besoins de l'enfant et l'apport d'un milieu. Pour Winnicott (1961), « *Sans une telle identification, j'estime qu'elle ne pourrait procurer ce dont*

un nourrisson a besoin au début, c'est-à-dire une adaptation vivante aux besoins du nourrisson ».

L'élaboration psychique de la prématurité du fait qu'elle aboutit à la maîtrise des angoisses et de la violence inhérente à cette situation. Grâce au fait qu'elles ne luttent plus pour maintenir un équilibre ou pour ne pas s'effondrer, les mères sont plus disponibles pour leur enfant et la préoccupation maternelle primaire va se remettre en marche et les mères sont capables de s'identifier à leur enfant pour avoir une connaissance de ce dernier et de répondre de manière adéquate à ses besoins.

L'équilibre émotionnel de la mère est également nécessaire pour le développement psychique de l'enfant. En effet, la manière par laquelle la mère doit prendre soin de son enfant dépend de son état émotionnel. Le réaménagement émotionnel fait partie des processus psychiques en cours chez la femme qui devient mère. Ce réaménagement œuvre dans le sens de la préoccupation maternelle primaire et doit aboutir à l'ajustement de la mère avec son enfant. De manière concrète, s'il y a un déséquilibre émotionnel chez la mère, elle ne pourra pas s'ajuster à son enfant et par conséquent ce déséquilibre ne permettra pas le bon développement psychique de l'enfant à travers des troubles dans la relation mère-enfant. De par ce déséquilibre émotionnel, la mère va adopter des comportements inadaptés ou inadéquats aux besoins exprimés par l'enfant. Chez les participantes, bien qu'au départ la désorganisation psychique induite par la prématurité a fait en sorte que sur le plan émotionnel, elles soient déséquilibrées. La réorganisation psychique de par la maîtrise induite, restaure cet équilibre émotionnel des mères, ce qui se traduit par l'adoption des comportements ou réponses adéquates aux besoins exprimés par leur enfant. Cela favorise l'entrée en relation avec l'enfant.

7.2.2.3. La matrice de soutien suite à l'accouchement prématuré

La matrice de soutien concerne la capacité de la mère à mettre en place des supports nécessaires à l'accomplissement de ses fonctions maternelles. « *La mère a besoin de se sentir entourée, soutenue, accompagnée, valorisée, appréciée, instruite, aidée à des degrés divers* » (Stern, 1997, p.231). La figure maternelle mobilisée par la nouvelle mère à l'occasion de sa maternité est essentielle pour la construction des liens avec son enfant. Sa propre expérience de maternage dans son enfance a une influence majeure sur son comportement à l'égard de son enfant. Cependant, ce qui s'est produit dans le passé, entre une fille et sa mère ne permet pas en soi de pronostiquer le comportement de cette fille quand elle devient mère, car l'important à ce moment-là, plus que l'expérience positive ou négative, est ce que la fille pense et dit de sa

mère. Si sa représentation de ce passé est cohérente, équilibrée et non surinvesti, il est probable que sa relation avec son enfant n'en souffrira pas (Stern, 1997, p.43).

Dans le cas de la prématurité et de l'hospitalisation du nouveau-né prématuré, les figures maternelles mobilisées par les futures mères ne sont pas principalement les mères qu'elles ont eues dans leur enfance, mais les infirmières qui jouent le rôle des « aînées » et enseignent à ces devenant mères comment prendre soin de ces bébés délicats. La présence des infirmières et celle des autres femmes dans la même situation constituent une matrice de soutien nécessaire pour l'accomplissement des fonctions maternelles. Ainsi, ces futures mères se sentent entourées, soutenues, accompagnées, valorisées, appréciées, instruites et aidées dans le maternage.

7.2.2.4. La réorganisation identitaire suite à l'accouchement prématuré

La réorganisation identitaire est considérée par Stern (1997, p.235) comme la cause et la conséquence du réinvestissement des figures maternelles de la matrice de soutien. La réorganisation identitaire des mères n'est pas un processus spécifique de la construction précoce des liens mère-enfant ; il se poursuit tout au long de la vie de la mère et de l'enfant, même si les spécialistes l'évoquent, le plus souvent, au début de cette relation (Bernard & Eymard, 2008).

La relation de la nouvelle mère avec sa propre mère est essentielle dans ce processus de transmission transgénérationnelle qui permet le passage de fille à mère. Dans ce processus la remémoration est déterminante, car les soins prodigués au bébé réactivent constamment les souvenirs d'enfance de la mère. Il s'agit de savoir si la mère est capable d'intégrer ses autres identités – épouse, fille, femme active – et de faire le nécessaire pour veiller sur le bébé, lui offrir une relation de confiance, et rassembler autour d'elle des personnes capables de la soutenir durant ces premiers mois.

Le réaménagement identitaire doit aboutir au passage du statut de fille à celui de mère. Ceci correspondant à la réorganisation identitaire décrite par Stern. Cela implique une acceptation du statut de mère, l'apprentissage et l'exercice des rôles maternels. Dans le cas où cette réorganisation identitaire n'est pas effective, la sphère maternelle est plus ou moins investie. Ce qui sera à l'origine de nombreuses difficultés dans l'investissement de la sphère maternelle.

Du fait que l'exercice des fonctions maternelles constitue la principale activité des mères durant leur séjour à l'hôpital, chez elles, il y a non pas l'investissement de la sphère maternelle, mais plutôt un surinvestissement de cette sphère. Dans ce contexte, en abordant la question des éprouvés en tant que mère de cet enfant, elles expriment de la joie et le développement de leur enfant est pour elles une gratification aux efforts qu'elles font au quotidien.

7.2.2.5. Rencontre, adaptation et ajustement de la relation mère-bébé prématuré : construction du maternel

La rupture des réaménagements psychiques et le décalage naissance physique/naissance psychique font en sorte que la rencontre parente/bébés se fait dans un contexte angoissant. Dans ce contexte, la construction des liens mère-bébé qui s'organise classiquement dès les premiers jours de vie de l'enfant va dépendre de la réorganisation du psychisme maternel qui prend le temps nécessaire pour la naissance psychique. Après ce, les trois stades nécessaires et structurants (adoption, adaptation et sécurisation) décrits par Darchis (2000) vont être parcourus.

Dans le cas des naissances prématurées, la liaison symbolique de la mère au bébé ne se fait pas quelques heures après la naissance comme dans le cadre des accouchements à terme comme l'a souligné Darchis. Cette liaison symbolique se fera en fonction de la réorganisation psychique qui prend un certain temps. Ce temps de liaison permet à la mère de reconnaître son bébé dans sa réalité extérieure et de comprendre qu'il est le sien. La restauration des remaniements psychiques favorise la naissance psychique de la mère malgré le décalage avec la naissance physique. Cela favorise le passage du « cordon ombilical au cordon psychique » comme gage de l'intégration et de l'investissement du bébé. La mère et son bébé s'adoptent mutuellement et le processus d'attachement est initié et consolidé.

Dans ces conditions, l'adaptation mère-bébé ne survient qu'après l'adoption mutuelle. La mère acquiert en présence des pairs et des infirmières l'expérience et les compétences nécessaires pour s'ajuster à son bébé. La prise de conscience des nouvelles responsabilités se fait progressivement et la préoccupation maternelle primaire restaurée fait en sorte qu'elle perçoive les signaux du bébé et répond de manière adéquate. Cette adaptation est facilitée par la réorganisation psychique qui vient rétablir les processus rompus par l'accouchement prématuré.

Après l'adoption et l'adaptation au bébé s'en suivent la sécurisation et l'ajustement de la relation mère-bébé. La mère peut interpréter les comportements du bébé, s'adapter à cette situation et être rassurée. Elle éprouve de la joie vis-à-vis de cette maternité et lors de l'exercice des fonctions maternelles. Ceci malgré les aléas et les contraintes de l'hospitalisation du bébé en néonatalogie. On assiste donc à la consolidation de l'identité maternelle et l'engagement de la mère dans le maternage.

L'accouchement prématuré rompt tous les réaménagements psychiques indispensables à la construction du maternel. Face à cette désorganisation, l'étayage va constituer l'élément central de la reprise. Ceci, du fait qu'il est le contenant de la maîtrise des affects, angloise et de la reprise (réorganisation psychique). De cette reprise, les réaménagements psychiques vont être restaurés et le transfert de l'originnaire qui avait été interrompu va reprendre.

Suite à la réorganisation psychique et la réactualisation des processus de maternalité, l'originnaire en tant que fondation du monde qui permet de l'interpréter selon notre être est donné à l'enfant. Ce transfert/don se manifeste par le bon maternage, la protection des agressions (mère suffisamment bonne). Suite à cela, le sentiment maternel est présent et les participantes sont capables d'offrir les conditions nécessaires pour que leur enfant puisse naître psychiquement.

La présence du sentiment maternel (trouve son origine dans la relation que la mère a eue avec sa propre mère, et cette relation s'inscrit dans un cycle transgénérationnel où chaque génération est tour à tour réceptrice et transmetteur) chez les participantes rend compte de la réactualisation du fond originel/archaïque (maternel). Cette réactualisation rend par ailleurs compte de la construction du maternel qui est cette entité fonctionnelle qualifiant autant les soins physiques reçus par le nourrisson – le maternage – que la capacité des femmes et des hommes de développer cette capacité de prendre soin et de tisser le lien à l'enfant.

Avec la réorganisation psychique qui œuvre pour le transfert de l'originnaire à travers la réactualisation des processus de maternité rompus par l'accouchement prématuré. La primipare ayant un nouveau-né prématuré surmonte son ancienne dépendance infantile et se projette dans son enfant dont elle assure l'existence dans la mesure où elle fantasme en lui sa propre complétude infantile et cette symbiose dont elle poursuit le rêve. Le processus de transcription, réactualisation et de transfert de la totalité (maternage, relation mère-enfant, identifications maternelles, etc.) enregistré au plus profond d'elle (originnaire) s'élabore et la construction du maternel ou devenir mère s'effectue. Avec la réorganisation psychique qui garantit la

transmission de l'originare, la primipare s'engage dans une nouvelle édition de l'existence de soi à travers le transfert de celle-ci à son enfant. Une fois la réorganisation psychique effectuée, la restauration des processus de maternité effective, l'originare transféré, le maternel élaboré, la primipare ayant un nouveau-né prématuré se constitue comme rempart d'existence pour son enfant. Autrement dit, elle se constitue comme mère et dès lors assure les fonctions maternelles.

Nous pouvons représenter le processus de construction du maternel ou devenir mère en situation d'accouchement prématuré de la manière suivante :

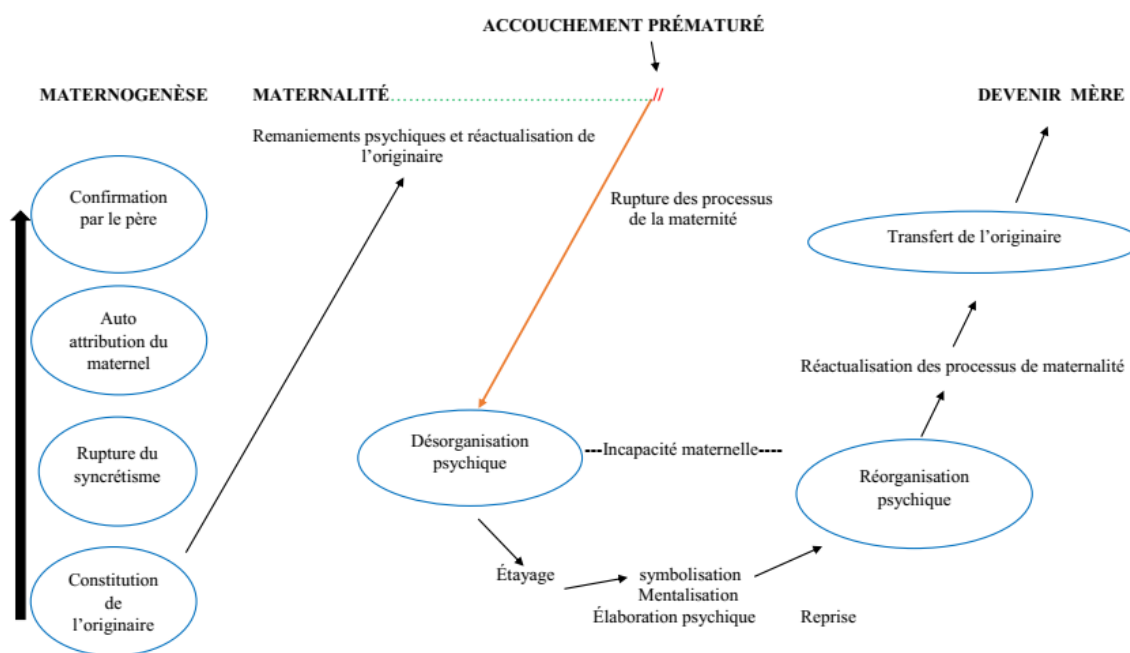


Figure 2: Modélisation du devenir mère en situation d'accouchement prématuré (notre élaboration)

7.3. DISCUSSION DES RÉSULTATS

Dans cette section, il est question pour nous de faire la discussion des résultats qui ont été interprétés dans la section précédente. Cette discussion portera sur : le vécu traumatique de l'accouchement prématuré, la réorganisation psychique et la construction du maternel.

7.3.1. Le vécu de l'accouchement prématuré

Les résultats obtenus mettent en évidence une désorganisation psychique suite à l'accouchement prématuré. Bien qu'étant confrontées aux difficultés relatives à l'hospitalisation, à la crainte de la perte de l'enfant et à l'incertitude, les mères ne sont pas physiquement et psychologiquement séparées de leur enfant. Le fait qu'elles soient proches de

ces derniers facilite d'une part des liens affectifs mère-bébé et d'autre part leur capacité de se soucier de leur enfant comme le mentionnaient Fleury, Parpinelle, et Makuch, (2014) ; Perlin, Oliveira et Gomes, (2011) ; Guillaume, Michelin, Amrani, Benier, Durrmeyer, Lescure, et al. (2013). Ainsi les résultats en ce qui concerne ce point vont dans le même sens que ceux des travaux antérieurs.

La majorité des études qui se sont intéressées au vécu de l'accouchement prématuré a mis en évidence le caractère traumatique aussi bien pour la mère que pour le bébé qui est arraché de l'enveloppe maternelle avant le terme de la gestation. Pour Cagnet et Du Peuty (2013), en ce qui concerne la mère, ils renseignent qu'elle n'a pas pu mettre un « terme psychique » à la grossesse, ce qui conduit à une juxtaposition de la réalité de la grossesse et de la naissance amenant certaines mères à décrire des perceptions internes similaires à celles de la grossesse. Pour Herzog et al. (2003) dans ces conditions, la mère est particulièrement vulnérable, car ses défenses psychiques sont diminuées et elle n'a pas la maîtrise du volet physique et psychique. Les résultats obtenus vont dans ce sens dans la mesure où les participantes face à l'accouchement prématuré vivent une situation irréaliste, caractérisée par une incompréhension, elles sont dépassées par la situation qui les a surpris et est accompagnée par la douleur.

En partant des considérations de Muller Nix et al. (2009) qui renseignent que l'accouchement prématuré provoque un bouleversement des attentes parentales vis-à-vis de l'état de santé de l'enfant. Dans ce cas, la rencontre avec cet enfant né trop tôt est une rencontre hors du commun voir traumatogène. En effet, comme le renseigne Ravier et Pedinielli (2015), la naissance prématurée constitue une blessure narcissique et le parent se sent parent d'un nourrisson perçu comme n'étant pas terminé. Cette idée est également défendue par Cagnet et Du Peuty (2013), qui ont mentionné que le parent pensait la séparation encore lointaine et de ce fait, il n'a pu mobiliser les défenses pour s'y préparer. Allant dans le même sens de ces travaux, les résultats que nous avons obtenus montrent que la prématurité a pris les participantes de court et elles éprouvent des sensations de privation et de déconnexion à l'expérience de la naissance ou des sensations de vide ou absence au moment de l'accouchement.

En plus de ces sensations, les conditions de cette naissance engendrent au sens de Herzog et al. un débordement pulsionnel qui est comparable à un bouleversement traumatique, car les excitations extérieures qui affluent vont dépasser les capacités de contenance de l'appareil psychique du parent. Allant dans ce sens, les résultats témoignent d'une rupture fantasmatique associée à une incapacité de se représenter l'accouchement chez les participantes.

La naissance prématurée est ainsi vécue comme un traumatisme qui peut désorganiser le fonctionnement psychique des parents (Muller Nix et al., 2009). Chez les participantes de cette étude, on observe une désorganisation psychique suite à l'accouchement prématuré. Cette désorganisation s'observe à travers la rupture des repères associée à l'incompréhension ; la menace de l'intégrité psychique (afflux d'excitations qui met à l'épreuve la capacité de contenance de l'appareil psychique) et le sentiment d'étrangeté. Ce qui rejoint le point de vue de Druon (2012, p.140), qui renseigne que face à son bébé, la mère vit une « véritable épreuve de réalité », « un choc » devant son enfant qui est si petit et/ou donne l'impression d'un mal-être. Et elle n'a pas de trace psychique de l'accouchement, ce qui ne rend pas réelle la séparation entre le corps du bébé et celui de la mère. La mère a le sentiment d'avoir vécu un échec, à cela s'ajoute l'impression d'être une mère inadéquate. Ce du fait qu'elle n'a pas pu mener sa grossesse à terme ni protéger son bébé (Spinelli et al., 2015). À la suite de ces travaux, les résultats que nous avons obtenus mettent en évidence l'absence d'inscription psychique chez la mère.

Le caractère traumatique de l'accouchement prématuré et de l'hospitalisation du bébé en USIN est également mis en évidence dans les travaux de Russel et al. (2014) et de Frello et Carraro (2012). C'est une expérience difficile et éprouvante pour la mère (Frello, Carraro 2012 ; O'Brien, Bracht, Macdonell, McBride, Robson, O'Leary, et al 2013). Les mères face à l'hospitalisation de leur bébé en USIN sont confrontées à la perte de l'enfant idéalisé et l'impossibilité d'être avec l'enfant à la maison (Frello & Carraro, 2012 ; Cartaxo, Torquato, Agra, Fernandes, Platel & Freire, 2014 ; Fleury, Parpinelle & Makuch, 2014). Denis (2005) et Bréhat (2018), quant à elles renseignent que contrairement à ce qui est soulevé par la littérature qui présente l'accouchement prématuré comme ayant un retentissement traumatique. Elles mentionnent que le retentissement traumatique de l'accouchement prématuré est fonction de la sévérité de la prématurité.

Chez les participantes de cette étude en USIN elles sont davantage confrontées à la crainte de perdre leur bébé, les contraintes relatives à la situation et à l'absence de repos. Et aussi, elles ne sont pas séparées de leur enfant. Bien qu'ayant observé certains éléments (afflux d'excitations qui met à l'épreuve la capacité de contenance de l'appareil psychique) pouvant rendre compte d'un potentiel traumatisme, nous ne pouvons pas statuer sur la présence ou non du caractère traumatique de cet accouchement, car nous n'avons pas évalué le traumatisme induit par cet accouchement.

7.3.1.1. Les éprouvés de la mère

Selon les études de Anjos, Lemos, Antunes, Andrade, Nascimento, Caldeira, (2012) ; Melo, Souza, Paula, (2012) l'accouchement prématuré et l'hospitalisation du bébé, font en sorte que les mères soient confrontées à la perspective d'avoir ou de ne pas avoir leur bébé. La menace potentielle à la santé de leur enfant peut déclencher des sensations d'impotence (difficulté à se mouvoir), d'instabilité émotionnelle, et d'inquiétude dans le maternage. Ainsi, dans ce contexte, les mères sont bouleversées par la naissance inattendue et la fragilité du bébé. Elles sont selon Cartaxo, Torquato, Agra, Fernandes, Platel, et Freire (2014) confrontée à l'interruption de la dynamique en cours dans la famille, ce qui installe une crise.

Schmidt, Sassá, Veronez, Higarashi, Marcon (2012) évoquent cela en ces termes : faire face à cette situation est plus difficile quand l'hospitalisation est exigée immédiatement après la naissance. En effet, tous les plans envisagés doivent être annulés. Les mères sont confrontées à une situation qu'elles n'ont jamais imaginée, et la maternité dans ce scénario produit des sensations de peur, d'insécurité, et d'incertitude par rapport à la survie des enfants. Anjos, Lemos, Antunes, Andrade, Nascimento et Caldeira (2012) renseignent que l'inquiétude, la tristesse, le chagrin, et la souffrance sont les sensations les plus fréquentes chez les mères en situation d'accouchement prématuré. À la suite de ces travaux, nous avons également relevé ces sensations chez les participantes qui avec l'accouchement prématuré, n'ont plus de vie en dehors de prendre soin de leur bébé hospitalisé.

À côté de ces sensations ainsi décrites, Melo, Souza et Paula (2012) mentionnent que la crainte de la perte de l'enfant est une autre sensation très présente dans les premiers jours d'hospitalisation de l'enfant. Initialement, c'est la perte du rêve de maternité et de l'enfant idéalisé. Cette sensation fait référence à l'impossibilité d'accomplir le rôle maternel et de fournir des soins et la chaleur à l'enfant dû à la distance physique et affective imposée par l'hospitalisation. Cette perte représentée par la séparation immédiate du bébé cause plusieurs problèmes et des émotions qui doivent être surmontés avec des attitudes positives. À la suite de ces chercheurs, les résultats mettent en évidence la crainte de perdre l'enfant. À la différence de cette étude, la crainte de perdre l'enfant va au-delà des premiers jours d'hospitalisation. Elle est constamment réactivée chez elles lorsqu'un enfant décède et suscite de nombreuses inquiétudes.

Pour Perlin, Oliveira, Gomes (2011), l'arrivée de mères à l'USIN est considérée, par les infirmières comme un moment extrêmement délicat qui exige une prudence. Une intervention

diminue toutes les peurs et doute, atténue le choc de l'hospitalisation, et le traumatisme. Par conséquent, les infirmiers doivent réagir réciproquement et communiquer avec la famille, et aider les membres de la famille à comprendre la situation de l'enfant, ses besoins et possibilités, les niveaux et routine de l'unité, et, au-dessus de tout, comment leur présence et leur participation peuvent aider dans la récupération de l'enfant (Perlin, Oliveira, Gomes 2011 ; Frello, Carraro, 2012). Pour ces chercheurs, au fur et à mesure que le temps passe, les mères changent progressivement leur attitude. Elles ont tendance à aller plus proche de leur enfant puisqu'elles gagnent en force et vaincs leurs peurs. Une fois ce pas franchi, la préoccupation maternelle primaire s'installe et elles observent attentivement leur bébé. Cette expérience de connaissance de l'enfant, de conscience de soi et du rôle maternel, est un lien extrêmement important dans l'attachement mère-enfant. C'est également ce que les résultats de la présente étude mettent en évidence. En effet, les résultats montrent qu'à l'entrée de l'unité de soins, les participantes éprouvent de la répulsion voire de la crainte vis-à-vis de leur enfant, mais suite aux encouragements et à l'accompagnement des infirmières, elles se sont rapprochées de leur enfant. C'est par exemple le cas de Chetima qui à la première vue de son enfant a été en état de choc et s'en est allée. Il a fallu l'intervention de ses proches et des infirmières qui l'ont encouragé à se rapprocher davantage de son enfant. Ce qui s'est soldé par l'installation d'une relation mère-bébé adéquate.

7.3.2. Processus psychiques mobilisés pour le dépassement de la crise

Les travaux qui se sont intéressés à la construction du maternel ou devenir mère en situation d'accouchement prématuré ont mis en exergue l'usage des mécanismes de défense, l'étayage sur l'équipe médicale, la place de la mère dans les soins fournis au bébé en USIN, les mécanismes psychiques maternels en œuvre dans ces situations, le regard auréolé sur l'enfant, l'effet loupe.

7.3.2.1. Les mécanismes de défense.

En s'intéressant aux mécanismes de défense mobilisés par les mères en situation d'accouchement prématuré, Van Hove (2018) met en exergue les processus défensifs tels que la minimisation des affects ou des représentations. Selon elle, face aux conflits psychiques à l'instar du bouleversement des attentes parentales, l'écart très important entre le bébé imaginé et le bébé réel, les parents minimisent l'impact de la situation conflictuelle. Ils font également usage de l'idéalisation du bébé qu'ils voient comme un combattant. Toujours dans le registre

des défenses mobilisées dans cette situation, Muller Nix et al. (2009) ont mentionné la présence des représentations idéalisées du bébé, ceci, suite aux effets du traumatisme psychique induit par l'accouchement prématuré. D'autres études ont mis en évidence le recours à l'évitement, pour Szijarto et al. (2009), ce n'est que chez les parents de prématurés à haut risque que l'on retrouve l'évitement. Ce processus d'évitement aiderait ces parents à se protéger de l'angoisse de perte provoquée et/ou entretenue par la réalité médicale.

Confronté aux affects ou à la charge émotionnelle qui est souvent très importante, Van Hove (2018) met en exergue chez certains parents le recours à l'inhibition et au contrôle pour faire face à ces angoisses, d'autres parents exprimeraient leurs émotions.

Allant dans le même sens que ces études, les résultats de celle-ci mettent en évidence le recours à de nombreux mécanismes de défense tels que l'intellectualisation, la mise à l'écart des affects, le déni des caractéristiques humaines au bébé, la régression, l'idéalisation du bébé, la dénégation, l'évitement pour faire face aux pulsions relatives à la prématurité, l'affiliation pour faire face à cette situation. Le recours à l'affiliation rend aussi compte de la place de l'étayage sur le groupe des « mères prématurées » dans le processus de l'élaboration psychique de la prématurité. Le groupe est dispensateur d'un soutien social nécessaire pour elles. Ainsi, ces résultats mettent en exergue les mécanismes de défense décelés par les études antérieures, mais ils ressortent certains mécanismes tels que la régression, l'affiliation, la mise à l'écart des affects, etc.

7.3.2.2. Étayage sur le corps médical et le groupe des pairs

De nombreuses études antérieures se sont intéressées à la place du corps médical et de l'institution hospitalière dans la construction du maternel dans les situations de prématurité. C'est ainsi que Tombeur, Lempereur et Durieux, (2007) ont montré qu'il existerait une interdépendance des relations au sein de la triade parents bébé-soignant et de l'influence du soignant sur le processus de parentalisation.

Pour eux, le soignant serait ce « tiers facilitateur » dans la construction du lien mère-enfant. Amener les soignants à se questionner quant à la perception de leur rôle, du rôle des parents et des relations au sein de la triade parents-bébé-soignant, peut contribuer à l'évolution positive de cette triade et améliorer la rencontre entre les parents et leur enfant. Le soignant a une autorité sur la rencontre entre les parents et leur bébé. Le soignant aide les parents à s'approprier leur identité de parents. Herzog et al. (2003), Van Hove (2018) mentionnent que

l'équipe médicale représente un support particulièrement aidant pour certains parents. À la suite de ces travaux, les résultats auxquels nous sommes parvenus montrent que dans le dépassement de la rupture induite par l'accouchement prématuré, les soignants jouent un rôle important, car ils constituent un support d'étayage pour les mères. En plus de constituer ce support d'étayage, les infirmières jouent le rôle d'ainées chargées d'initier les mères à la pratique des soins et dans l'exercice des fonctions maternelles.

Veroneza, Barbosa Borghesana, Martins Corrêaa et Harumi Higarashia, (2017) mettent en évidence le fait que les infirmières jouent un rôle crucial dans la construction de l'attachement entre mères et enfants et l'autonomie de mères par rapport aux soins. Dans ce processus, la communication appropriée entre l'équipe sanitaire et la famille peut renouveler des espoirs de récupération du nouveau-né, minimiser l'angoisse maternelle, et encourager la famille. Leur étude révèle ainsi le rôle important d'infirmières comme médiateurs de la construction de l'autonomie maternelle en ce qui concerne les soins. En effet, le soignant occupe la position de tiers pesant dans la relation parents/bébé, surtout en début de séjour. Et cette position évolue au fur et à mesure du processus de parentalisation vers une position de tiers plus léger, le soignant permettant aux parents de s'approprier leur rôle de parents de leur enfant, en les soutenant et en se mettant petit à petit en retrait pour permettre aux parents et à l'enfant de se rapprocher. Les résultats comme nous l'avons mentionné plus haut vont dans ce sens, car les infirmières endossent bien ce rôle de tiers dans la construction du maternel chez la primipare ayant un nouveau-né prématuré. Ces résultats rejoignent les positions de Veroneza, Barbosa Borghesana, Martins Corrêaa et Harumi Higarashia, (2017) qui renseignent que le soignant, tiers dans la construction du lien parent-bébé prématuré hospitalisé se fonde sur la différenciation et la lisibilité des places. Permettre au soignant de prendre conscience de la position de tiers pesant qu'il peut occuper dans la triade parent/bébé/soignant l'aide à trouver sa place et à passer progressivement aux parents ce relais nécessaire au bon déroulement du processus de parentalisation.

7.3.3. La construction du maternel en situation de prématurité

La majorité des études sur le devenir de la dyade mère-bébé prématuré mettent l'accent sur la relation, l'attachement, les interactions, les représentations parentales, etc. Les recherches ayant abordé la construction du maternel ou le devenir mère sont moins foisonnantes.

7.3.3.1. Le maternel en question

Les études qui ont abordé la construction du maternel ou devenir mère suite à l'accouchement prématuré ont mis en évidence le fait que la mère peut ne pas être disponible psychologiquement pour accueillir son nouveau-né (Denis, 2005). Pour elle, l'impact de la prématurité dans le tissage des liens est plus ou moins marqué selon le degré de prématurité de l'enfant. Par la suite, elle mentionne que lorsqu'un enfant vient au monde prématurément, le projet maternel est ébranlé. La mère bouleversée par la naissance de son bébé peut ne pas être au rendez-vous de sa maternité, car le bébé tant désiré s'impose avec sa propre réalité comme étranger. La naissance constitue alors une véritable menace pour le psychisme de la mère. Les résultats de cette étude rejoignent son point de vue au niveau où, à la suite de l'accouchement prématuré, le psychisme maternel en plein réaménagement subit une véritable crise qui s'accompagne de la rupture des repères nécessaires pour l'équilibre. Les participantes sont dépassées par la situation dont elles ne comprennent pas et sont par conséquent incapables de lui donner un sens.

De l'analyse des résultats que nous avons effectuée, il ressort que suite à la désorganisation psychique induite par l'accouchement prématuré, les participantes s'appuient sur leur famille ; les soignants. L'étayage joue ainsi pour elle le socle ou la base sur laquelle la symbolisation de l'accouchement prématuré va se développer et permettre une maîtrise de la situation et des affects y relatifs. Toujours dans le sens du dépassement de la crise, de nombreux mécanismes de défense vont être mis à contribution pour assurer la réorganisation psychique. La réorganisation psychique offre les conditions nécessaires pour la restauration des réaménagements psychiques à l'instar de la préoccupation maternelle primaire. On note également le nouage des liens mère-enfant et la protection de l'enfant contre les situations aversives. À la fin, la construction du maternel est concrétisée par la consolidation de l'identité maternelle, l'adoption et l'adaptation de la mère à son bébé et aussi par l'engagement de la mère dans le maternage qui lui procure de la joie.

Selon Bréhat (2018), 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. Dans ce contexte, le maintien des projections fantasmatiques qui nourrissent la grossesse psychique et le sentiment de continuité dans la rencontre avec l'enfant

réel s'avère très importants dans le processus du devenir mère. Bréhat (2018) pense qu'en mettant en branle la dimension narcissique et imaginaire, les naissances prématurées viendraient mettre à mal l'investissement libidinal du bébé en empêchant la symbolisation de sa naissance. Nos résultats témoignent également du fait que sur le coup de l'accouchement, la mère n'est pas en mesure de symboliser son accouchement. C'est dans l'après-coup, lors du séjour à l'hôpital que cette symbolisation est effectuée, et ce suite à l'étayage.

Selon Bréhat (2018), pour être investi, l'enfant doit pouvoir 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. Ainsi, en plus de l'équipe médicale, l'environnement participe de manière considérable à la construction du lien maternel. Investis comme des « êtres connaissant » le discours des membres du corps médical à un impact considérable sur la construction du maternel. Ceci dans la mesure où ils prennent appui sur un savoir médical défini 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 (Bréhat 2018). Les résultats que nous avons obtenus vont également dans ce sens, car l'environnement des participantes et les soignants constituent pour elles des supports d'étayage sur lesquels elles s'appuient pour surmonter la crise induite par l'accouchement prématuré et ses suites.

Les résultats de cette étude montrent que l'accouchement prématuré entraîne une désorganisation psychique chez les mères. Mais le psychisme maternel mobilise les processus de symbolisation-mentalisation et les mécanismes de défense pour ne pas s'effondrer. Ce qui constitue une réorganisation psychique. Dans ce cas, le regard auréolé tel que l'a décrit Bréhat (2018) ne témoigne plus une absence de traumatisme, mais est plutôt le reflet ou une expression de la réorganisation psychique qui sous-tend la réactualisation des réaménagements psychiques indispensables à la construction du maternel.

La 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 renforceraient les difficultés de symbolisation de la naissance (Bréhat 2018).

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. Ces premiers temps de rencontre se tissent entre le bébé, ses parents et l'équipe soignante. Dans ces situations rencontrées, il apparaîtrait davantage que l'équipe soignante renforcerait la dyade mère enfant.

Les professionnels de soin occuperaient différentes fonctions dans l'économie psychique des femmes. 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.

Bréhat (2018) 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.

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 serait un chemin possible vers la libidinisation du lien, nécessaire à la supposition de sujet chez le bébé.

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 (Bréhat, 2018).

Pour Bréhat (2018), la structure psychique de la mère, son histoire singulière, mais aussi transgénérationnelle singularise l'inscription de cet événement dont l'impact psychique ne peut se faire entendre qu'à la lumière de ses fantasmes. Elle 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. 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.

Bien qu'ayant mis en exergue le regard auréolé tel que décrit par Bréhat (2018), les résultats de cette étude montrent plutôt que ce regard auréolé est le résultat du travail de la prématurité ou de la réorganisation psychique. En effet, suite à l'accouchement prématuré, le psychisme maternel va mettre sur pied les processus de symbolisation, mentalisation afin d'élaborer cette situation et des mécanismes de défense pour faire face à la désorganisation en cours et pour ne pas s'effondrer (effondrement psychique), suite à ce travail, l'étayage et la confrontation quotidienne avec l'enfant vont restaurer la constellation maternelle et la mère, dans l'investissement de son enfant va l'idéaliser, ce qui va installer ledit regard auréolé. Bréhat (2018) a également précisé que 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 (Bréhat 2018). Bien que la désorganisation psychique rende les participantes de cette étude psychiquement indisponibles pour leur enfant, les résultats montrent qu'elles sont néanmoins physiquement présentes et

bénéficient de nombreux soutiens. Suite à la réorganisation psychique, elles sont disponibles autant physiquement que psychiquement.

7.3.3.2. La mère au centre des soins fournis à l'enfant et construction du maternel

La construction du maternel où devenir mère en question nécessite la participation des mères dans les soins fournis aux enfants. C'est dans ce sens que Fleury, Parpinelle, Makuch, (2014) ; Guillaume, Michelin, Amrani, Benier, Durrmeyer, Lescure, et al. (2013) pensent que la participation des parents fortifie l'attachement avec l'enfant et l'entraînement acquis à l'hôpital serait fondamental pour les soins à la maison (Couto et Praça, 2012). Dans le cadre des pratiques à HGOPY, la mère est au centre des soins fournis à l'enfant, elle est l'actrice principale et les infirmières supervisent les soins et s'occupent des volets techniques. Cette participation active des mères est bénéfique pour la construction du maternel comme le mentionnent les études antérieures.

En effet, les études de Fleury, Parpinelle et Makuch, (2014) ; Guillaume, Michelin, Amrani, Benier, Durrmeyer, Lescure, et al. (2013) montrent que le processus graduel d'approximation fait en sorte que les mères se sentent sûres et capables de représentation des soins maternels. C'est la responsabilité du professionnel soignant de fournir des détails de chaque orientation et accompagner chaque procédure pour aider ces mères à développer des compétences et les bonnes techniques pour des soins sûrs, donc éliminer l'impression négative que cette forme de soin est difficile. Les directives des soins déléguées aux mères doivent être répétées plusieurs fois afin d'assurer l'assimilation et l'entraînement jusqu'à ce que les mères se sentent assez confiantes pour exécuter les tâches. Pour eux, en prenant soin de son enfant, la mère se sent utile et confiante au sujet des soins du nouveau-né. Ces moments d'interaction sont une sorte de récompense en dépit de la turbulente situation qu'elles traversent. L'expérience quotidienne avec le bébé prématuré est critique pour les mères en ce qui concerne la confiance en soi et les fonctions maternelles. Les résultats obtenus vont dans ce sens, car pour les participantes, le fait de prendre soin de leur enfant contribue à l'installation d'une relation chaleureuse entre la mère et son enfant. Elle est confiante en sa capacité de fournir les soins nécessaires pour la croissance et le développement de son enfant.

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 (Bréhat, 2018).

À la suite de ces travaux, cette étude met en évidence le rôle du corps médical dans l'initiation de la relation mère-bébé dans le contexte d'accouchement prématuré. En effet, les infirmières jouent le rôle d'aînés dépositaires d'un savoir en ce qui concerne le maternage. Au contact de ces « aînées », les mères apprennent leur rôle maternel et son progressivement guidée vers l'acquisition du maternel tout au long de la période d'hospitalisation du bébé. En plus de cela, l'implication permanente des mères dans les soins aux bébés est bénéfique pour l'initiation de la relation avec l'enfant et par ricochet l'attachement entre ces protagonistes. Les résultats de cette étude mettent en évidence l'importance de la fonction d'étayage du groupe des « mères prématurées ». Ce groupe fonctionne comme la communauté africaine qui reprend à son compte la violence ou la douleur.

Comme le mentionnent ces travaux, les résultats de cette étude ressortent également le fait que le séjour étendu à l'hôpital exacerbe les mères et est accompagné de sensations d'impatience, d'inquiétude et de stress. Ce qui fait en sorte qu'elles comparent l'environnement hospitalier à une prison, dans laquelle elles sont soumises à une série de routines et d'ordres externes, et où elles se sentent piégées et incapables de s'exprimer.

7.4. IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES

Il est question pour nous dans cette section de ressortir les différentes implications de cette étude. Ces implications seront présentées sur les plans théorique, clinique ou pratique et de l'entre-deux culturel.

La présente étude aborde la construction du maternel dans un contexte de rupture des processus de la maternité. Ainsi, elle nous a permis de dégager les processus psychiques qui contribuent non seulement à la réorganisation psychique de la devenant mère, mais également au transfert de l'originare.

Sur le plan théorique, cette étude, aux confins des théories du devenir mère (qui bien que rendant compte de ce processus dans des situations normales, mais n'expliquent pas ce processus dans des situations d'accouchement prématuré), appréhende la construction du

maternel ou devenir dans les situations d'accouchement prématuré suivi d'une rupture des processus de maternalité.

De par le monde, les accouchements prématurés sont de plus en plus fréquents, ce qui ébranle le psychisme maternel fragilisé par les processus de maternalité et induit une désorganisation. Tout cela peut faire en sorte que la mère ne soit pas au rendez-vous de sa maternité. Ce qui soulève des interrogations sur la construction du maternel dans cette situation, ce d'autant que les théories du devenir mère renseignent qu'en situation de rupture des processus de maternalité, la mère sombre dans la difficulté maternelle.

En effet, les théories du devenir mère : la maternogenèse de Delassus (2007a, 2007b, 2014) ; la perspective du devenir parent de Darchis (2000, 2012, 2016) présentent ce processus comme prenant ses origines dans la première année de vie du sujet et évolue selon les âges de la vie et, au moment de devenir parent, par un voyage au fond de son psychisme, il retrouve ce trésor (originaire) et par la maternalité, ce trésor est réactualisé et il se prépare progressivement à le transférer à son enfant. Selon ces théories, ce transfert est en cours jusqu'à quelque temps après l'accouchement et concourt à l'adaptation parents-bébé. Or l'accouchement prématuré vient rompre tous ces processus et créer une désorganisation du psychisme maternel. Dès lors comment le maternel se construit-il dans ces cas d'un point de vue théorique ?

Pour répondre à cette question, cette étude suit les orientations de Bouchard-Godard (1983) qui avait déjà jeté les bases d'une théorisation allant dans le sens d'un modèle théorique permettant d'expliquer la construction du maternel en situation d'accouchement prématuré. En effet, en mentionnant que l'accouchement prématuré viendrait à l'instar d'un ras de marré désorganiser le psychisme maternel et que pour faire face à cette situation, la mère devrait trouver une organisation psychique originale ; elle a donné une orientation à suivre.

En suivant cette orientation, cette étude puise dans les théories de l'étayage, de la symbolisation-mentalisation et de l'élaboration psychique pour appréhender comment l'appareil psychique va se mobiliser pour intégrer cette situation afin d'y faire face et de la surmonter par la suite. À travers cette démarche, elle apporte un soutien aux théories du devenir mère de Delassus (2007a, 2007b, 2010, 2014) et de Darchis (2000, 2012, 2016).

Sur le plan clinique, cette étude met en exergue la nécessité de la prise en charge psychologique de la dyade mère-enfant en situation d'accouchement prématuré. Ceci du fait que l'état de santé de la mère est important pour la qualité de l'investissement et des soins

fournis à l'enfant. La mère d'un nouveau-né prématuré est une mère qui pourrait être traumatisée par cet accouchement inattendu, subit et trop tôt qui a atteint son psychisme non préparé et vulnérable. Ceci à cause du fait que durant la maternalité son état physique, social et émotionnel est très fragile. La prématurité vient accentuer cette fragilité. Cette naissance entraîne un décalage énorme entre le bébé imaginaire et le bébé réel qui est venu trop tôt.

Cette étude promeut ainsi, l'intervention active des psychologues cliniciens auprès de cette population pour l'aider à élaborer cette situation et ses répercussions sur la mère d'une part et sur l'établissement du lien mère-enfant d'autre part. Leur intervention ira également dans le sens de l'accompagnement du devenir mère, ce qui sera bénéfique, car face à son nouveau-né prématuré, la mère est dans un état d'incapacité maternelle.

Par incapacité maternelle, nous désignons l'état d'absence du sentiment maternel que l'on retrouve chez les mères de bébé prématuré aux premières heures de la rencontre et de la relation mère-bébé. Cette incapacité couvre l'écart entre le bébé virtuel (bébé tel que créé par les représentations maternelles durant la grossesse) et le bébé réel ; le choc, les peurs et les éprouvés de la mère face à son bébé et qui font en sorte qu'elle soit incapable d'entrer en relation avec ce dernier et d'exercer ses fonctions maternelles ou de s'identifier au rôle maternel. Ceci du fait de la rupture des remaniements psychiques en cours dans la maternalité et indispensables à la construction du maternel. Cet état n'est pas une difficulté maternelle telle que décrite par Delassus, mais juste une panne ou un raté du processus de construction du maternel.

L'intervention psychologique auprès de cette population portera sur les aspects tels que la préparation à la première rencontre avec l'enfant ; les différents deuils que les mères doivent faire pour accepter la situation ; la prise en soin des retentissements psychiques de l'accouchement prématuré.

En perspective, cette étude nous a plongés dans la réalité psychique de la devenant mère d'un nouveau-né prématuré, ce qui nous a permis de cerner les processus psychiques intervenants dans la construction du maternel ou du devenir mère dans cette situation. Ainsi, pour continuer à investiguer la construction du maternel dans les situations de prématurité, sur le plan méthodologique, nous envisageons une étude qui va en plus de l'entretien clinique faire recours aux tests projectifs (Rorschach et TAT) pour mieux appréhender les mouvements psychiques en cours durant cette période délicate.

Dans le même sens, nous envisageons de mettre l'accent sur les dimensions culturelles de l'accouchement prématuré. Ceci du fait que la construction du maternel se fait à partir d'ingrédients de la parentalité (Moro 2009) ; ces ingrédients relèvent non seulement du passé individuel des devenant parents, mais aussi de la société, de l'ethnie, bref de la culture d'appartenances de ces futurs parents.

En effet, en Afrique traditionnelle, la grossesse est entourée par un ensemble d'interdits et de prescriptions qui répondent à des fonctions bien précises (préventive en permettant d'anticiper le comment devenir parent et si besoin, de donner un sens aux avatars quotidiens de la relation parents-enfant, de prévenir l'installation d'une souffrance). Toute transgression de ces interdits peut avoir d'importantes conséquences chez l'enfant et même chez la femme. C'est ainsi que, pendant la grossesse, plusieurs problèmes peuvent surgir et venir perturber le déroulement de celle-ci. Ils sont le plus souvent surnaturels, l'œuvre des mauvais esprits, de la jalousie, des attaques sorcières, mauvaise action d'un esprit malveillant et du non-respect des interdits. Les interdits et les prescriptions servent à prévenir tout risque ou situation pouvant compromettre le déroulement de la grossesse.

Du fait de son penchant pour la normalité, en Afrique, la grossesse peut être vue comme le signe qui montre que la femme va devenir mère, elle va avoir un enfant. Quand une femme fait un enfant, la communauté, le groupe sait qu'elle est mère pour l'avoir vu en grossesse. Mais la grossesse ne suffit pas pour changer son statut, la naissance d'un enfant pouvant être considérée comme la seule et véritable preuve de fécondité. Il est donc nécessaire que la femme mène le processus jusqu'au bout et que ce dernier se solde bien par l'accouchement et l'arrivée de l'enfant pour qu'elle intègre le cercle des mères et soit considérée comme telle.

Au vu de tout cela, la prise en compte de toutes ses dimensions serait un plus dans l'investigation du processus du transfert de l'originare dans les situations d'accouchement prématuré. Nous envisageons également une étude qui serait une réplique de celle-ci, mais sur un grand nombre de participantes et qui se ferait également de manière longitudinale.

CONCLUSION GÉNÉRALE

À ce point, il est important pour nous de mentionner que ce sont des préoccupations relatives au retentissement de l'accouchement prématuré qui ont orienté notre attention sur la question de la construction du maternel en situation de prématurité. Les statistiques sur ce phénomène révèlent qu'il y'aurait environ 15 millions de nouveau-nés prématurés de par le monde chaque année. Ce qui revient à dire que presque autant de mères sont confrontées à cet accouchement qui de par ses caractéristiques génère de nombreuses angoisses qui entravent la maternalité en cours tout au long de la période de gestation sans que tous les processus nécessaires pour l'investissement de l'enfant ou tout simplement pour la construction du maternel ne soient achevés.

Dès le début, une revue de littérature sur les thématiques telles que : la maternalité ; le vécu de la grossesse ; le devenir mère ; les conceptions culturelles de la maternité ; le retentissement de la prématurité sur les interactions et la relation mère-bébé ; le devenir mère face à l'accouchement prématuré a permis de construire un état de la question, une problématique, ainsi qu'une question, une hypothèse et un objectif de recherche.

Les théories relatives à l'objet de l'étude ont également été décrites. L'approche psychanalytique de la prématurité regroupe les travaux explicatifs du traumatisme psychique suite à la naissance prématurée (Ansermet, 1999 ; Druon, 2009) ; les travaux sur les enjeux narcissiques (Bydlowsky, 2000 ; Nezelof, 2011) ; les travaux sur le lien en situation de prématurité (Chevalérias, 1997 ; Vanier, 2013) ; les travaux sur l'identification dans le lien et le regard auréolé (Winnicott, 1961 ; Laznik, 2016). Les approches théoriques des processus de maternalité regroupent le modèle de la transparence psychique (Bydlowsky, 1989, 1991, 1997, 2000, 2006) ; le modèle de la préoccupation maternelle primaire (Winnicott, 1956). La constellation maternelle de Stern (1997) a été présentée comme l'organisateur psychique de la maternalité. Les théories du devenir mère regroupent la théorie de la maternogenèse (Delassus 2007, 2010, 2014) ; la théorie du devenir mère de Darchis (2000, 2001, 2006, 2012, 2016). S'agissant de la réorganisation psychique, les théories explicatives regroupent la théorie de l'étayage de Kaës (1990) ; la théorie de la mentalisation de Marty (1991), la théorie de la symbolisation de Roussillon (1996, 1999).

Cette démarche a de prime abord, présenté l'accouchement prématuré comme un événement traumatique qui vient désorganiser le psychisme maternel, ce du fait que le réel s'impose à l'imaginaire et constitue au sens de Druon (2012) une rupture fantasmatique brutale et empêche la mère d'achever le bébé dans sa rêverie. Cet accouchement stoppe les processus

psychiques à l'œuvre pendant la grossesse et nécessaires à la construction du maternel, privant ainsi la mère du travail d'élaboration psychique nécessaire pour l'initiation de la préoccupation maternelle primaire (hypersensibilité devant conduire à l'identification de la mère à son bébé).

Dès lors, l'ensemble du psychisme maternel en général et les attentes maternelles en particulier sont bouleversés. Ce qui constitue une véritable blessure narcissique au sens de Ravier et Pardinielli (2015). Le débordement pulsionnel et l'afflux d'excitations qui débordent la contenance de l'appareil psychique font en sorte que la prématurité soit vécue comme une adversité qui peut désorganiser le fonctionnement psychique de la mère et stoppant par-là la construction du maternel ou le processus du devenir mère.

Les études sur cette thématique ont mis en évidence le fait que l'impact de la prématurité dans le tissage des liens est plus ou moins marqué selon le degré de prématurité de l'enfant. Lorsqu'un enfant vient au monde prématurément, le projet maternel est ébranlé. La mère bouleversée par la naissance de son bébé peut ne pas être au rendez-vous de sa maternité, car le bébé tant désiré s'impose avec sa propre réalité comme étranger (Dénis 2005). En mettant en branle la dimension narcissique et imaginaire, les naissances prématurées viendraient mettre à mal l'investissement libidinal du bébé en empêchant la symbolisation de sa naissance. Pour être investi, l'enfant doit pouvoir occuper une place de phallus imaginaire pour la mère pour pouvoir être investi comme objet de jouissance et ouvrir à une relation narcissisante (Bréhat 2018).

En s'intéressant aux théories du devenir mère, il ressort qu'elles présentent la construction du maternel comme étant un processus d'incorporation ou d'acquisition des comportements maternels émergeant avec la naissance de chaque enfant, et se mettant en place en quatre phases et se termine environ 4 mois après la naissance de l'enfant (Taskin, 2007 ; Mercer, 2004 ; Mercer, 2006). Pour la théorie de la maternogenèse (Delassus 2007a, 2007b, 2014) le devenir mère se structure durant l'enfance, notamment avec la constitution de l'originaire qui doit être transmis, donné, transféré de la mère à l'enfant qui en est dépourvu. La maternalité devient dès lors un état qui prépare et assure la transmission ou le transfert de l'originaire enfouie dans l'inconscient de la mère. Avec la maternalité, la devenant mère entame un long voyage au fond d'elle-même pour retrouver la mère qu'elle a eue afin de s'identifier à elle pour être elle-même mère. Pour Darchis (2000a, 2000b, 2016), la crise de réaménagement psychique qui a eu lieu dès la grossesse rend possible la rencontre entre les parents et le bébé dans les jours qui suivent la naissance. Classiquement la construction du lien maman-bébé s'organise dès les premiers jours, en traversant trois stades nécessaires et structurants que sont : l'adoption, l'adaptation, la sécurisation.

Ces théories envisagent donc la construction du maternel comme se structurant durant la première période du développement de l'enfant et la maternalité serait une période de réactualisation de cet originaire enfouie dans l'inconscient. Pour elles, le maternel se construit tout au long de la période de gestation et s'achève quelque temps après l'accouchement. Or nous avons vu que l'accouchement prématuré rompt tous les processus en cours sans qu'ils ne soient achevés.

C'est en nous inscrivant dans le champ de ces théorisations du devenir mère (Mercer, 2004 ; Delassus, 2007a, 2007b, 2014 ; Darchis, 2000a, 2000b, 2016) qui stipulent que tous les processus mis en œuvre durant la maternalité s'étalent sur toute la période de gestation et se terminent quelque temps après la naissance. Et en cas de privation des ressources de la maternité comme c'est le cas avec l'accouchement prématuré, le projet maternel aboutit à l'installation de la difficulté maternelle. Or nous avons constaté que bien qu'étant privées des ressources de la maternité les mères de nouveau-nés prématurés ne s'enlisent pas dans la difficulté maternelle. Elles parviennent à entrer en relation avec leur bébé et éprouvent les mêmes sensations que les autres mères.

Ce problème de recherche a été concrétisé par la question de savoir *comment le maternel se construit-il chez la primipare ayant un nouveau-né prématuré ?* Pour y répondre, nous nous sommes appuyés sur Bouchard-Godard (1983) ; Kaës (1990) ; Bernard et Eymard (2008) pour formuler l'hypothèse que : *chez la primipare ayant un nouveau-né prématuré, le maternel se construit par une réorganisation psychique qui œuvre pour le transfert de l'originaire.* L'objectif poursuivi a été d'appréhender la construction du maternel chez la primipare ayant un nouveau-né prématuré.

Pour atteindre cet objectif, cette étude s'est positionnée comme une recherche qualitative qui vise principalement l'appréhension des phénomènes dans leur totalité. Étant dans le champ de la psychologie clinique, du fait qu'elle se définit par une prise en compte de la singularité et de la totalité de la situation, nous avons fait usage de la méthode clinique, ceci à cause de sa capacité à fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte. La sélection des participantes s'est faite suivant les critères d'inclusion et de non-inclusion et nous avons sélectionné 05 participantes toutes primipares et ayant accouché de manière prématurée. Nous les avons rencontrés au service de néonatalogie de l'Hôpital Gynécologique, Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé. Les données ont été collectées à travers des entretiens semi-directifs,

lesdites données ont fait l'objet d'une analyse de contenu axée sur le repérage des thèmes significatifs. Il s'agit en fait d'une analyse qualitative d'orientation psychanalytique.

Les résultats obtenus montrent que suite à la désorganisation psychique induite par l'accouchement prématuré, les participantes s'appuient sur leur famille ; les soignants et groupe de pairs. L'étayage joue ainsi pour elles le rôle de socle ou de base sur laquelle la symbolisation de l'accouchement prématuré va se développer et permettre une maîtrise de la situation et des affects y relatifs. Toujours dans le sens du dépassement de la crise, de nombreux mécanismes de défense à l'instar de l'intellectualisation, la mise à l'écart des affects, l'idéalisation des bébés vont être mis à contribution pour assurer la réorganisation psychique. Cette réorganisation offre les conditions nécessaires pour la restauration des réaménagements psychiques à l'instar de la préoccupation maternelle primaire. Suite à la restauration des réaménagements, on observe le nouage des liens mère-enfant. À la fin, la construction du maternel est concrétisée par la consolidation de l'identité maternelle, l'adoption et l'adaptation de la mère à son bébé et aussi l'engagement de la mère dans le maternage qui lui procure de la joie.

Ces résultats ont été interprétés à la lumière de la théorie de l'étayage de Kaës (1990) ; les théories de la symbolisation-mentalisation (Roussillon, 1996, 1999 ; Marty 1991) ; la constellation maternelle (Stern 1997) et les théories du devenir mère (Delassus 2007, 2014 ; Darchis, 2000, 2016).

De cette interprétation, il ressort que chez les participantes, la réorganisation psychique s'appuie sur l'étayage sur le groupe des pairs, ce qui leur sert d'appui pour donner une signification, maîtriser les affects et faire face à la situation ; sur le groupe des infirmières qui leur sert de modèle de référence. L'étayage constitue également pour elle le support de sortie de crise, ceci dans la mesure où il devient le creuset dans lequel les processus de symbolisation, mentalisation et élaboration psychique de la crise s'organisent. En ce qui concerne la dynamique réorganisation psychique transfert de l'originnaire, il ressort que la maîtrise des affects, l'élaboration psychique inscrit progressivement les traces de l'accouchement dans le psychisme maternel, ce qui contribue à la restauration de la constellation maternelle (organisateur psychique de la maternité) qui va assurer le transfert de la totalité ou originnaire de la mère au nouveau-né prématuré. Ceci va rendre possible l'adoption mutuelle mère-bébé, par la suite, la mère va répondre et s'adapter à son bébé et enfin on va assister à la sécurisation et à l'ajustement de la relation mère-bébé.

Par la suite, ces résultats ont été discutés à la lumière des travaux antérieurs sur la thématique et répertoriés dans la littérature à l'instar de ceux de Denis (2005) ; Druon (2012) ; Fleury, Parpinelle et Makuch, (2014) ; Veroneza et *al.* (2017) ; Van Hove (2018) ; Bréhat (2018), etc. Les résultats ainsi interprétés et discutés accordent une pertinence clinique à l'hypothèse de départ.

Cette étude fait également appel à plusieurs implications. Sur le plan théorique, elle se situe aux confins des théories du devenir mère et apporte un soutien aux théories du devenir mère de Delassus (2007a, 2007b, 2010, 2014) et de Darchis (2000, 2012, 2016) qui présentent la construction du maternel comme prenant ses origines dans la première année de vie du sujet et évolue selon les âges de la vie. Au moment de devenir parent, par un voyage au fond de son psychisme (complexe de Télémaque), le sujet retrouve l'originaire et par les processus de maternalité, cet originaire est réactualisé et transféré au bébé. Selon ces théories, cette construction du maternel se fait sans rupture des processus de maternalité et se termine quelque temps après l'accouchement à terme et concoure à l'adoption et à l'adaptation parents-bébé. Pour ces théories, en cas de rupture des processus de la maternalité, le projet maternel débouche sur la difficulté maternelle. En faisant, recours aux théories de l'étagage, de la symbolisation et de la mentalisation pour montrer comment l'appareil psychique va se mobiliser pour intégrer la rupture des processus de maternalité induite par l'accouchement prématuré afin d'y faire face et de la surmonter par la suite (réorganisation psychique). Suite à cette réorganisation psychique, les processus de maternalité vont être restaurés et la construction du maternel mis à mal par la prématurité va reprendre. Cette étude renforce ainsi ces théories en montrant comment la construction du maternel se fait dans un contexte de rupture des processus de la maternalité.

Sur le plan clinique, cette étude met en évidence la nécessité d'un accompagnement psychologique, ceci du fait que l'accouchement prématuré est vécu comme une menace et la mère sont impuissantes et désemparées, car elle ne maîtrise pas la situation et ne peut pas aider son bébé. En effet, les résultats présentés rendent compte de la construction du maternel dans la situation d'accouchement prématuré chez la primipare. Ils démontrent que la réorganisation psychique assure la restauration des processus de maternalité rompus par l'accouchement prématuré. Suite à cette restauration des processus, les réaménagements psychiques indispensables à la construction du maternel sont effectifs et cela aboutit à l'adoption et l'adaptation mère-bébé.

Dans une perspective purement fondamentale, pour continuer à appréhender la construction du maternel dans les situations d'accouchement prématuré, il serait judicieux de faire recours à la clinique armée (tests projectifs) pour mieux appréhender les processus mis en œuvre. Il serait également nécessaire de mettre l'accent sur les dimensions culturelles dans la construction du maternel. Toujours en perspectives il serait judicieux de mener une étude sur un nombre de participantes plus grand, et ce sur une période allant au-delà du premier mois de vie du bébé pour mieux appréhender la construction du maternel suite à l'accouchement prématuré chez la primipare. De même, il serait important d'étendre l'étude aux multipares afin de faire une comparaison entre les deux groupes pour appréhender la contribution des expériences de la maternité dans la construction du maternel suite à l'accouchement prématuré.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abensour, L. (2011). Présentation orale de Liliane Abensour. *Revue française de psychanalyse*, 75, 1285-1295.
- Abou, S. (1986). *L'identité culturelle. Relations interethniques et problèmes d'acculturation*. Anthropos.
- Abrevaya, E. (2009). L'après-coup et la crainte de l'effondrement. *Revue française de psychanalyse*, 5 (73), 1705-1711.
- Actu Cameroun. (2017). *Au Cameroun, chaque nouveau-né est sacré !*.
<https://www.ActuCameroun.com>
- Amati-Sas, S. (2002). Situations sociales traumatiques et processus de la cure. *Revue française de psychanalyse*, 66 (3), 923-933.
- Ammaniti, M. (1991). Représentations maternelles pendant la grossesse et interactions précoces mère – enfant. *Psychiatrie de l'enfant*, XXXIV (2), 341-358.
- Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M., Tambelli, R. (1999). *Maternité et grossesse*. PUF.
- Ananth, C. V., Vintzileos, A. M. (2006). Epidemiology of Preterm Birth and Its Clinical Subtypes. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 19 (12), 773-782.
- Ancel, P-Y., Du Mazaubrun, C., & Kaminski, M. (2003). Pour le groupe EPIPAGE Île de France. Données évolutives sur la mortalité et les séquelles motrices des grands prématurés nés en région Île de France : comparaison 1985-1997. In *Médecine-Sciences* (pp 179-85). Flammarion.
- André, J. (1994). *La sexualité féminine*. PUF.
- Anjos, L.S., Lemos, D.M., Antunes, L.A., Andrade, J.M.O., Nascimento, W.D.M., Caldeira, A.P. (2012). Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. *Rev Bras Enferm*, 65(4), 571-557.
- Ansermet, F. (1999). *Clinique de l'origine, l'enfant entre la médecine et la psychanalyse*. Payot.
- Ansermet, F. (2010). Naissances traumatiques. In Andre, J. & Aupetit, L. *Maternités traumatiques* (pp. 63-80). PUF.
- Antoine, J-M. (2002). *De la conception à la naissance. Abrèges modules transversaux*. Masson.

- Anzieu-Premmereur, C. (2011). Fondements maternels de la vie psychique. *Revue Française de Psychanalyse*, 75, 1449-1488.
- Assoun, P.-L. (1981). *Introduction à l'épistémologie freudienne*. Payot.
- Audras De La Bastie, M. (1984). Recherche de facteurs psychologiques dans l'étiologie de la prématurité. *Psychanalyse à l'Université*, 9, 259-280.
- Aulagnier, P. (1975). *La Violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*. PUF.
- Barbier, J.-C. (1985). Mères pacifiques, mère rebelles. In Barbier, J.C. (Dir.). *Femmes du Cameroun : mères pacifiques, mères rebelles* (pp. 11-21). Kartharla Orstom.
http://horizon.documentation.ird.fr/exldoc/pleins_textes/pleins_textes_7/b_fdi_03_05/23_843.pdf
- Barrois, C. (1998). *Les névroses traumatiques*. Dunod.
- Bartoli, L. (2007). *Venir au monde*. Payot.
- Bayle, B. (2005). *L'enfant à naître : Identification conceptuelle et gestation psychique*. Erès.
- Beales, D., & Rennison R. (2014). *It's Not a Game: The Very Real Costs of Having a Premature or Sick Baby*. Bliss.
- Beck, S., Wojdyla, D., Lale, S., Betran P. A., Merialdi, M., Requejo, J.H., Rubens, C., Menon, R et Van Look, P.F. (2010). The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Health Organ*, 88 (1), 31-38.
- Bellion, E. (2001). Agressivité et grossesse; pour un cheminement nécessaire vers la naissance de la relation mère/bébé. Le fonctionnement psychique chez la femme enceinte à la lumière du Rorschach et du TAT. *Devenir*, 1(13), 67-83.
- Benedek, T. (1959). Parenthood as a developmental phase. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 389-417.
- Bergeret, et al., (1986). *Abrégé de psychologie pathologique*. Masson.
- Bergeret, J. (1991). *Communication personnelle*.
- Bergeret, J., Bécache, A., Boulanger, J.-J., Chartier, J.-P., Duborn, P., Houser, M., Lustin, J.-J. (1995). *Psychologie pathologique*. Masson.

- Bergeret-Amselek, C. (2005). *Le mystère des mères*. Desclée de Brouwer.
- Bernard, M-R., Eymard, C. (2008). Réaménagements identitaires des mères en devenir. Le paradigme de la complexité revisitée. *Sciences croisées*, 2-3.
- Bertagne, P. (1990). Historisation du somatique. *Psychologie clinique*, 4, 117-129.
- Bibring, G. L. (1959). Some considerations on the psychological processes in pregnancy. *The Psychoanalytic Study of Child*, 14, 113-121.
- Bibring, G. L., Dwyer, T. F., Huntington, D. S. et Valenstein, A. F. (1961). A study of the psychological processes in pregnancy and the earliest mother-child relationship. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 9-72.
- Binel, G. (2000). *Prématurité et rupture du lien mère-enfant. La naissance inachevée*. Gaëtan Morin.
- Bioy, A., Castillo, M-C., & Koenig, M. (2021). *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie*. Dunod.
- Blackburn, N. (2006). *Identity and the new mother*. Unpublished partial fulfilment for doctoral dissertation, Faculty of the Institute for Clinical Social Work, Chicago. <http://www.yumpu.com/en/document/view/4704026/identity-and-the-new-mother.institute-for-clinical-social-work>
- Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M. Z., Chou, D., Moller, A-B., nawal, R., Adler, A., Garcia, C.V., Rohde, S., Say, L., Lawn, J.E. (2012). National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet*, 379 (9832), 2162-2172.
- Boizou, M. F., Chabert, C., Raush De Trauberberg, N. (1978). Représentation de soi, identité, identification au Rorschach chez l'enfant et l'adulte. *Bulletin de Psychologie*, 32, 271-277.
- Boltansky, L. (2004). *La condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*. Gallimard.
- Bonnet, M. (2013). Aux limites de la temporalité : l'archaïque et la mort. *Filigrance*, 22 (1), 53-67.

- Borghini, A., Pierrehumbert, B., Miljkovitch, R., Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Ansermet, F. (2006). Mother's attachment representations of their premature infant at 6 and 18 months after birth. *Infant Mental Health Journal*. 27 (5), 494-508.
- Borghini, A., Muller Nix, C. (2000). *Un étrange petit inconnu. La rencontre avec l'enfant prématuré*. Erès.
- Borghini, A., Müller Nix, C. (2008). L'impact traumatique de la naissance prématurée. In *Un étrange petit inconnu la rencontre avec un enfant né prématuré* (pp 25-40). Erès.
- Borghini, A., Müller Nix, C. (2015). Traumatisme parental et conséquences lors d'une naissance prématurée. *Contraste*, 1 (41), 65-84.
- Boszormenyi-Nagy, Y. (1991). Glossaire de thérapie contextuelle. Traduction de Nebel, C., Salem, G. *Dialogue*, 111, 31-44.
- Bouchard-Godard, A. (1983). Étrange, en somme. In Le Vaguerèse, L. *Un enfant, prématurément*. Stock.
- Boudon, R., Simmel, G. (1984). *La place du désordre*. PUF.
- Bourguignon, A. (1968). Neurophysiologie du rêve et théorie psychanalytique. *La Psychiatrie de l'enfant*, 11(1), 1-69.
- Bouvet, M. (1967). *La relation d'objet*. Payot.
- Boyce, P.M., Todd, A.L. (1992). Increased risk of postnatal depression after emergency caesarean section. *Med J Aust* 157, 172-174.
- Braunschweig, D., Fain, M. (1975). *La nuit, le jour. Essai psychanalytique sur le fonctionnement mental*. PUF.
- Bréhat, C. (2018). *Construction du maternel dans les situations de grande prématurité*. (Thèse de Doctorat Psychopathologie clinique Université de Strasbourg).
- Brunet, L. (1997). Adaptation de deux instruments de mesure de la symbolisation et comparaison entre des enfants psychotiques et non psychotiques. *Revue québécoise de psychologie*, 18(1), 61-77.

- Brunet, L. (2009). La recherche psychanalytique et la recherche sur les thérapies psychanalytiques. Réflexions d'un psychanalyste et chercheur. *Filigrane : écoutes psychothérapeutique*, 18(2), 70-85.
- Bruschweiler-Stern, N. (1997). Mère à terme et mère prématurée. In *Le monde relationnel du bébé* (pp. 19-24). Erès.
- Bruwier, G. (2012). *La grossesse psychique : l'aube des liens*. Faubert.
- Bydlowski, M. (1989). Désir d'enfant, désir de grossesse. In Lebovici, S., et Weil-Halpern, F (Dir.), *Psychopathologie du bébé* (pp.57-65). PUF.
- Bydlowski, M. (1991): La transparence psychique de la grossesse. *Etudes Freudiennes*, 32, 135-142.
- Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. PUF.
- Bydlowski, M. (1998). La transparence psychique de la femme enceinte. In Mazet, P. et Lebovici, S. (pp. 101-109). *Psychiatrie périnatale. Parents et bébés: du projet d'enfant aux premiers mois de la vie*. PUF.
- Bydlowski, M. (2000). *Je rêve d'un enfant, l'expérience intérieure de la maternité*. Odile Jacob.
- Bydlowski, M. (2001). Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne, *Devenir*, 2 (13), 41-52.
- Bydlowski, M. (2006). La crise parentale de la première naissance. L'apport de la psychopathologie. *Informations sociales*, 4 (132), 64-75.
- Bydlowski, M. (2008). *Les enfants du désir*. Odile Jacob.
- Bydlowski, M. (2010). *Je rêve un enfant. L'expérience intérieure de la maternité*. Odile Jacob.
- Bydlowski, M., Golse, B. (2001). De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. *Le carnet psy*, 3, 30-33.
- Bydlowski-Ravier, M. (1983). Et si l'inconscient calculait la date de la naissance ?. In Le Vaguerèse, L. *Un enfant, prématurément*. Stock.
- Bydlowsky, M. (2008). *Les enfants du désir*. Odile Jacob.

- Cadart, M-L., Egullion, C., Ekoué, L. (2009). Ethnopsychanalyse en maternité. *Le Divan familial*, 1(22), 81-92.
- Cameroon Radio Television. (2017). *La prématurité augmente le pourcentage de la mortalité infantile au Cameroun*. <http://www.crtv.cm/2017/10/prematurite-augmente-pourcentage-de-mortalite-infantile-cameroun/>
- Canavarro, M.C. (2001). Gravidez e maternidade –Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Quarteto Editora.
- Cartaxo, L.S., Torquato, J.A., Agra, G., Fernandes, M.A., Platel, I.C.S., Freire, M.E.M. (2014). Mothers' experience in neonatal intensive care unit. *Rev Enferm UERJ*, 22(4), 551-557.
- Castonguay, L., Noël, R. (2017). MTE et psychanalyse : analyse en tandem et pensées associatives enracinées. *Approches inductives : Travail intellectuel et construction des connaissances*, 4(2), 240-266.
- Chassaing, J.-L. (2008). Détresse, secours et étayage. *La revue lacannienne*, 2 (2), 37-44.
- Chassequet-Smirgel, J. (1990). A partir d'un roc : de la quantité à la qualité. Description clinique de la réorganisation dans la cure psychanalytique chez un adulte ancien autiste. *Rev. Fr. de Psychanalyse*, LIV(1).
- Chemama, R., Vandermersch, B. (1998). *Dictionnaire de la psychanalyse*. Larousse Bordas.
- Chervet, E. (2005). Le déjà sublimé : un étayage. *Revue française de psychanalyse*, 69 (5), 1517-1522.
- Chevalerias, M.P. (1996). *Le désir maternel d'intimité avec le nouveau-né*. (Thèse de Doctorat en Psychologie clinique, Université de Paris 5).
- Ciccone, A. (1999, 2012). *La Transmission psychique inconsciente. Identification projective et fantasme de transmission*. Dunod.
- Ciccone, A. (2008). L'archaïque et l'infantile. *Spirale*, 1(45), 133-147
- Ciccone, A. (2014a). *La psychanalyse à l'épreuve du bébé. Fondements de la position clinique*. Dunod.
- Ciccone, A. (2014b). Transmission psychique et parentalité. *Revue Cliopsy*, 11, 17-38.

- Claudon, P. (1998). Dynamique psychique de l'agir dans l'instabilité infantile. Approche projective à partir d'un cas clinique. *Bulletin de psychologie*, 51(4), 449-458.
- Claudon, P. (2006). L'instabilité motrice infantile: Représentation de soi et processus d'autonomisation. *Psychiatrie de l'enfant*, XLIX(1), 155-205.
- Cognet, A., Du Peuty, C. (2013). Il devrait être dans mon ventre. Les paradoxes des parents prématurés. *Le Carnet PSY*, 8, 21-24.
- Couto, F.F., Praça, N.S. (2012). Recém-nascido prematuro: suporte materno domiciliar para o cuidado. *Rev Bras Enferm*, 65(1), 19-26.
- Cox, S.M., Hopkins, J., Hans, S.L. (2000). Attachment in preterm infants and their mothers: Neonatal risk status and maternal representations. *Infant Mental Health Journal*, 21(6), 464-480.
- Cramer, B., Palacio Espasa, F. (1983). *La pratique des psychothérapies mères-bébés. Études cliniques et techniques*. PUF.
- Creswell, J.W., Hanson, W.E., Clark Plano, V.L., Morales, A. (2007). Qualitative research designs: Selection and implementation. *The Counseling Psychologist*, 35(2), 236-264.
- Crocq, L. (1999). *Les Traumatismes psychiques de guerre*. Odile Jacob.
- Croq, L., Chidiac, N., Coq, J-M., Cremniter, D., Daligand, L., Damiani, C., Demesse, D., Duchet, C., Gandelet, J-P., Hariki, S., Pierson, F., Pignol, P., Tarquinio, C., Vila, G., Vilamot, B., Villerbu, LM., Vitry, M. (2014). *Traumatismes psychique Prise en charge psychologique des victimes*. Elsevier Masson.
- Cupa, D., Deschamps-Riazuelo, H., Michel, F. (2001). Anticipation et création : l'anticipation parentale prénatale comme œuvre. *Pratiques psychologiques*, 1, 31-42.
- Cupa, D., Deschamps-Riazuelo, H., Michel, F. (2001). Anticipation et création : l'anticipation parentale prénatale comme œuvre. *Pratique Psychologique*, 1, 31-42.
- Cupa-Pérard, D, et al. (1992). Bébé imaginé et interactions précoces. *Devenir*, 42, 47-60.
- Darchis, E. (2000a). J1-J6 : Comment naît la rencontre dans les six premiers jours de la vie. *Dialogue*, 147.
- Darchis, E. (2000b). *L'instauration de la parentalité et ses avatars*. *Le Divan familial*, 6.

- Darchis, E. (2001). L'établissement du lien mère- bébé (J1/J6). *Les dossiers de l'obstétrique*, 302.
- Darchis, E. (2002). *Ce bébé qui change votre vie*. Fleurus
- Darchis, E. (2006). Construire une famille. In *Premières années, premiers liens*. Nathan
- Darchis, E. (2012). *Devenir Parents, ça change quoi ?* Journée Reaap de l'Auxerrois.
- Darchis, E. (2016). *Clinique familiale de la périnatalité : du temps de la grossesse aux premiers liens*. Dunod.
- 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*.
- De Tychev, C. (2001a). La résilience au regard de la psychanalyse. In Manciaux, M (Dir). *La résilience : résister et se construire* (pp. 145-157). Médecine et Hygiène.
- De Tychev, C. (2001b). Surmonter l'adversité : les fondements dynamiques de la résilience. *Cahiers de psychologie clinique*, 16, 49-68.
- Debray, R. (1983). *L'équilibre psychosomatique. Organisation mentale des diabétiques*. Dunod.
- Debray, R. (1991). Réflexions actuelles sur le développement psychique des bébés et le point de vue psychosomatique. *Revue Française de Psychosomatique*, 1, 41-57.
- Debray, R. (1996). *Clinique de l'expression somatique*. Delachaux et Niestlé.
- Debray, R. (2001). *Epître à ceux qui somatisent*. PUF.
- Decherf, G., Darchis, E. (2005). *Crises familiales : violence et reconstruction*. In Press
- Delassus, J.-M. (2007a). *Le sens de la maternité*. Dunod.
- Delassus, J.-M. (2007b). *Devenir mère*. Dunod.
- Delassus, J.-M. (2008). *Le Corps du désir, Psychanalyse de la grossesse*. Dunod.
- Delassus, J.-M., Carlier, L., Boureau-Louvet, V. (2010). *L'aide mémoire de maternologie définitions et domaines thérapeutiques cas cliniques*. Dunod.

- Delassus, J.-M. (2014). *La difficulté d'être mère*. Dunod.
- Denis, É. (2005). *Une maman prématurément : le devenir mère quand l'enfant naît trop tôt*. (Mémoire de recherche en psychologie du développement Université catholique de l'Ouest).
- Deuscth, H. (1945). *La psychologie des femmes* (Tome II). PUF.
- Deutsch, H. (1925). *Psychanalyse des fonctions sexuelles de la femme*. PUF.
- Devereux, G. (1955). Culture et inconscient. In *a study of abortion in primitive societies*. Julian Press.
- Devouche, E., Apter, G. (2012). Les représentations maternelles prénatales. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60, 481-486.
- Di Vincenzo-Mullier, E. (2016). *Un sourire en bas du ventre: la césarienne en urgence : briser le silence*. Create Space Independent Publishing Platform.
- Diatkine, G. (1984). Chasseurs de fantômes. *Psychiatrie de l'enfant*, XXVII (1), 223-248.
- Dobryakov, I. V. (2011). *Perinatal Psychology*. ПИТЕР
- Dorn, A., (2003). Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) nach Entbindung. Ein Modellentwurf zu subjektiven und objektiven Einflussfaktoren auf der Grundlage einer explorativen Studie. *Shaker Verlag*, 3, (8322), 1817-18123.
- Doron, R., Parot, F. (1991). *Dictionnaire de psychologie*. PUF.
- Drieu, D. (2004). Automutilations, traumatophilie et enjeux transgénérationnels à l'adolescence. *Adolescence*, 22, (2), 311-323.
- Druon, C. (2005). *À l'écoute du bébé prématuré*. Flammarion.
- Druon, C. (2009). *À l'écoute du bébé prématuré*. Flammarion.
- Druon, C. (2012). Quel lien entre le bébé prématuré et ses parents en médecine néonatale ?. *Revue française de psychosomatique*, 41(1), 135-147.
- Eiguer, A. (2004). *L'inconscient de la maison*. Dunod.

- Ensellem, C., Ciccone, A., Berger, M., Mellier, D. (1997). Plaisir et répétition du maternage et filiations. *Dialogue*, 137.
- Erny, P. (1988). *Les premiers pas dans la vie de l'enfant d'Afrique noire*. L'Harmattan.
- Erny, P. (1990). *L'enfant dans la pensée traditionnelle de l'Afrique noire*. L'Harmattan.
- Faïmberg, H. (1993). À l'écoute du télescopage des générations : pertinence psychanalytique du concept. In Kaës, R. *Transmission de la vie psychique entre les générations*. Dunod.
- Faure-Pragier, S. (1997). Les bébés de l'inconscient. *Le psychanalyste face aux stérilités féminines aujourd'hui*. PUF
- Ferraro, F., Nunziante-Cesaro, A. (1990). *L'espace creux et le corps saturé. La grossesse comme agir entre fusion et séparation*. Des femmes.
- Fleury, C., Parpinelle, M.A., Makuch, M.Y. (2014). Perceptions and actions of healthcare professionals regarding the mother-child relationship with premature babies in an intermediate neonatal intensive care unit: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14, 313.
- Flick, U. (1998). *An introduction to qualitative research*. Sage Publishing.
- Flohica, N., Abdelhakb, M. A., Moro, M-R. (2015). Prématurité et cultures. *Cahiers de la puéricultrice*, 285.
- Fond des Nations Unies pour la Population. (2013). *L'état de la population mondiale 2013 : La mère-enfant face aux défis de la grossesse chez l'adolescente*.
- Fortin, M.F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenelière éducation.
- Fraïberg, S., Adelson, E., Shapiro, V. (1983). Fantômes dans la chambre d'enfant : une approche psychanalytique des problèmes qui entravent la relation mère-nourrisson. *Psychiatrie de l'enfant*, XXVI (1), 57-98.
- Frankard, A.-C. (2007). Pathologie du lien et attachement : aux sources de l'étayage. *Dialogue*, 2 (176), 105-117.

- Frello, A.T., Carraro, T.E. (2012). Enfermagem e relação com as mães de neonatos em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Bras Enferm*, 65(3), 514-521.
- Freud, S. (1914). Pour introduire le narcissisme. *La Vie sexuelle* (pp.81-105). PUF, 1969.
- Freud, S. (1912-1913). *Totem et tabou*. PUF.
- Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. PUF.
- Freud, S. (1923). *Le moi et le ça*. Payot.
- Freud, S. (1929). *Malaise dans la civilisation*. Payot.
- Frydman, R. (2008). *Attendre bébé*. Hachette.
- Gagnon, Y. (2012). *L'étude de cas comme méthode de recherche*. PUQ.
- Galera M.-C., Jeudy H.-P., Ogawa N. (2008). *L'effet transculturel*. L'harmattan.
- Georg, M., Tarabylsy, Simon, L., David, R., Pederson., Moran. (2000). *Attachement et développement. Le rôle des premières relations dans le développement humain*. PUQ.
- Gilbert, S. (2007). La recherche qualitative d'orientation psychanalytique : L'exemple de l'itinérance des jeunes adultes. *Recherches qualitatives*, Hors-série, 3, 274286.
- Gilbert, S. (2009). La recherche qualitative d'orientation psychanalytique : L'apport heuristique de rencontres intersubjectives. *Recherches qualitatives*, 28(3), 19-39.
- Goldenberg, R. L., Culhane, J. F., Iams, J.D., Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*, 371 (9606), 75-84.
- Golse, B. (1991). *Du corps à la pensée*. PUF.
- Golse, B. (1996). Du rôle de l'attention dans le dépistage et les interventions précoces. In Manzano, J. *Les relations précoces parents-enfants et leurs troubles*. Médecine et hygiène.
- Golse, B. (1999). *Du corps à la pensée*. PUF
- Gottlieb, S.E., Barrett, D.E. (1986). Effects of unanticipated cesarean section on mothers, infants, and their interaction in the first month of life. *J Dev Behav Pediatr*, 7, 180-185.
- Green, A. (1980). Le complexe de la mère morte. In *Narcissisme de vie narcissisme de mort*. Édition de minuit.

- Green, A. (1993). *Le travail du négatif*. Editions de Minuit.
- Grosclaude M. (2007). *L'enfant réanimé. Clinique de la rupture et du lien*. Érès.
- Guedeney, A. (2001). *Interventions psychologiques en périnatalité*. Masson
- Guillaume, S., Michelin, N., Amrani, E., Benier, B., Durrmeyer, X., Lescure, S., et al. (2013). Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents. *BMC Pediatrics*, 13, 18.
- Guyomard, D. (2009). *L'effet-mère, L'entre mère et fille, Du lien à la relation*. PUF.
- Guyotat, J. (1980). *Mort, naissance et filiation*. Masson.
- Haas, D. M. (2006). Preterm birth. *Clin Evid*, 15, 1966-1985.
- Haineault, D.-L. (2006). *Fusion mère-fille. S'en sortir ou y laisser sa peau*. PUF.
- Hedegaard, M., Brink, T., Henriksen, T., Sabroe, S., Jorgen Secher, N. (1993). Psychological distress in pregnancy and preterm delivery, *British Medical Journal*, 307, 234-239.
- Herrera Sanchez, S. (2012). Los puentes de Madison : una mirada de género. *Revista científica de cine y fotografía*.
- Herzlich AP. (2007). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Armand Colin.
- Herzog, A., Muller Nix, C., Mejia, C., Ansermet, F. (2003). Etude clinique sur le rôle paternel lors d'une naissance prématurée. *Psychothérapie*, 23, 97-106.
- Houzel, D. (1999). *Les enjeux de la parentalité*. Érès.
- Houzel, D. (2006). Le transgénérationnel dans la consultation de l'enfant. *Perspectives Psy*, 45, 19-24.
- Howard, C.L., Stratton, J.A. (2011). *Nursing theory of T. Mercer: maternal role attainment-becoming a mother*. Ferris state university.

- Iams, J. D., Romero, R., Culhane, J.F., Goldenberg, R.L. (2008). Primary, Secondary, and Tertiary Interventions to Reduce the Morbidity and Mortality of Preterm Birth. *Lancet*, 371 (9607), 164-175.
- INSERM. (1997). *Grande prématurité : dépistage et prévention du risque*. Éditions INSERM.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2009). *Nés trop vite et trop petits : étude sur les bébés de faible poids au Canada*.
- Institut National de la Statistique. (2011). *Enquête Démographique et de Santé combinée à l'Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples (EDS-MICS4)*.
- Institut National de la Statistique. (2020). *Enquête Démographique et de Santé du Cameroun 2018*. INS et ICF.
- Ionescu, S., Jacquet, M-M., Lhote, C. (2003). *Les mécanismes de défense théorie et clinique*. Nathan.
- Ismahan Diop, S. (2012). Approche interculturelle de la dépression post-partum. *Dialogue*, 1(195), 127-137.
- Jacques, M-C. (2003). La vie psychique de l'enfant prématuré : ce que les observations peuvent apporter pour tenter de la comprendre. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 51, 23-27.
- Juillerat, B. (1993). Des fantasmes originaires aux symboles culturels : médiations et seuils. *Revue française de psychanalyse*, 3, (57), 713-732.
- Kaës, R. (1984). Étayage et structuration du psychisme. *Connexions*, (44), 11-48.
- Kaës, R. (1990). Introduction à l'analyse transitionnelle. In Kaës, R., Missenard, A., Kaspí, R., Anzieu, D., Guillaumin, J., Bleger, J., Jaques, E., *Crise, rupture et dépassement* (pp. 1-83). Dunod.
- Kaës, R. (1994). Thérapie familiale analytique ou psychothérapie psychanalytique de la famille (en situation de groupe) ? Questions. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 22, 9-13.
- Kaës, R. (1998). Appareil psychique groupal. In *Vocabulaire de psychanalyse groupale et familiale* - Tome 1.

- Kaës, R. (2009). *Les alliances inconscientes*. Dunod.
- Kaës, R. (2013). Introduction à l'analyse transitionnelle. In Kaës, R., Missenard, A., Kaspi, R., Anzieu, D., Guillaumin, J., Bleger, J., Jaques, E. (dir.), *Crise, rupture et dépassement*. Dunod.
- Kaës, R., Ruiz Correa, O., Douville, O., Eiguer, A., Moro, M-R., Revah-Levy, A., Sinatra, F., Dahoum, Z., Lecourt, E. (1998). *Différence culturelle et souffrance de l'identité*. Dunod.
- Kamieniecki, H. (1994). *Histoire de la psychosomatique*. PUF.
- Katz, J., A. C. Lee, C.C., Naoki Kozuki, Lawn, J. E. (2013). Mortality risk in preterm and small-for-gestational-age infants in low-income and middle-income countries: a pooled country analysis. *Lancet* 382(9890): 417-425.
- Kaufmann, P. (1997). *Dictionnaire de la Psychanalyse*. Encyclopaedia Universalis.
- Kelly, S. (2014). Do you have any children? *Pract Midwife*, 17, 246.
- Kendell, R.E., Rennie, D., Clarke, J.A., Dean, C. (1981). The social and obstetric correlates of psychiatric admission in the puerperium. *Psychol Med*, 11, 341-450.
- Khan, K. (2014). The CROWN initiative: journal editors invite researchers to develop core outcomes in women's health. *Midwifery* 30, 1147-1148.
- Klein, M. (1959). *La psychanalyse des enfants*. PUF. 2004.
- Konfo Tcholong, C. I. (2018). *Processus de construction de l'identité maternelle et troubles de la relation mère adolescente-enfant : étude de cas*. (Mémoire de master en psychopathologie et clinique Université de Yaoundé 1).
- Korja R, Savonlahti E, Haataja L, Lapinleimu H, Manninen H, Piha J., Lehtonen, L. (2009). Attachment representations in mothers of preterm infants. *Infant Behaviour Development*. 32(3), 305-311.
- Korja, R., Latva, R., Lehtonen, L. (2012). The effects of preterm birth on mother-infant interaction and attachment during the infant's first two years. *Acta Obstetrica & Gynecologica Scandinavica*. 91(2), 164-173.
- Korja, R., Ahlqvist-Björkroth, S., Savonlahti, E., Stolt, S., Haataja, L., Lapinleimu, H., et al. (2010). Relations between maternal attachment representations and the quality of

- mother-infant interaction in preterm and full-term infants. *Infant Behavior and Development*, 33 (3), 330-336.
- Krings-George, C.U. (2013). *Etat de Stress Post-traumatique (ESPT) suite à l'accouchement: Nouvelles recherches et évaluation de la prise en charge avec la psychothérapie EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)*. (Thèse de doctorat Université de Lorraine).
- Kristeva, J. (1969), *Semeiotiké recherches pour une sémanalyse*. Le Seuil.
- Kristeva, J. (1974), *La révolution du langage poétique*. Le Seuil.
- Laganière, J., Tessier, R., Nadeau, L. (2003). Attachement dans le cas de prématurité : un lien médiatisé par les perceptions maternelles. *Enfance*, 55 (2).
- Lamour, M., Barraco, M. (1998). *Souffrances autour du berceau*. Gaëtan Morin.
- Lansac, J., Marret, H., Oury, J-F. (2006). *Pratique de l'accouchement*. Elsevier Masson.
- Laplanche, J., Pontalis, J.-B. (1981). *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF.
- Larroque, B., Ancel, P-Y., Marret, S. (2008). For the EPIPAGE Study group. Neurodevelopmental disabilities and special care of 5-year-old-children born before 33 weeks of gestation (the Epipage study): a longitudinal cohort study. *The Lancet*, 371. 813-20.
- Lavachery, P. (1989). Le peuplement des Grassfields : recherches archéologiques dans l'ouest du Cameroun. *Afrika Focus*, 14 (1), 17-36.
- Laznik, M-C. (2016). Peut-on penser une clinique du nœud borroméen qui distingue psychose et autisme chez le tout-petit ?, In Berges-Boures, M., Forget, J-M. (Eds.), *Les psychoses chez l'enfant et l'adolescent*. Erès.
- Le Blanc, M. (1989). Comparaison du comportement de mère d'enfant à terme et de mères d'enfant prématuré lors d'une interaction avec leur bébé. *La psychiatrie de l'enfant*, 32, (1), 249-267.
- Le Vaguerèse, L. (1983). Le symptôme prématuré. In Le Vaguerèse, L. *Un enfant prématurément*. Stock.

- Lebovici, S. (1985). Le désir d'enfants ou pourquoi naît-il si peu d'enfants ?. *Revue de pédiatrie*, 21, 6.
- Lebovici, S., Stoleru, S. (2003). *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste les interactions précoces*. Bayard.
- Lecours, S. (2005). Niveaux de fonctionnement mental et psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies*, 25(2), 91-100.
- Lecours, S., Bouchard, M.-A (1997). Dimensions of mentalisation : Outlining Levels of psychic transformation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 78, 855-875.
- Lehmann, A. (2014). *L'atteinte du corps une psychanalyste en oncologie*. Érès.
- Lesage, S. (2014). *La maternité, hier et aujourd'hui. Analyse de la Fédération des Associations de Parents de l'Enseignement Officiel (FAPEO)*. Fédération des Associations de Parents de l'Enseignement Officiel.
- Lewis, M-J., Calvès, A-E. (2012). L'engagement par les aînées de l'entrée en maternité des jeunes femmes à Ouagadougou : continuité et changements (pp.645-676). In *l'Afrique des générations*.
- Lobel, M., De Luca, R.S. (2007). Psychosocial sequelae of cesarean delivery: Review and analysis of their causes and implications. *Soc Sci Med*, 64(11), 2272-2284.
- Lomel, S. (2000). *Ces mères qui reviennent de loin. De la globalité de la naissance "Le versant psychique de l'accouchement"*. http://www.nposagesfemmes.org/rsf003_.html
- Lustin, J.-J. (2004). Clinique Infantile. In Bergeret, J (Dir). *Psychologie pathologique théorique et clinique* (pp. 244-286). Masson.
- Magny J.-F. (2009). Prématurité, pourquoi et comment préserver la relation maman/bébé. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 22, 310-313
- Maguiabou Tchidjo, A. (2014). *Grossesse précoce et construction de l'identité maternelle chez l'adolescente camerounaise*. (Thèse de doctorat Université de psychologie Yaoundé I, Cameroun).

- Mamelle, N., Gerin, P., Measson, A. (1986). Constructions de questionnaires pour la recherche de composantes psychologiques dans l'étiologie de maladies somatiques. *Acta Psychiatrie Belge*, 86, 594-599.
- Mamelle, N., Measson, A., Munoz, F., Audras de la Bastie, M., Gerin, P., Hanauer, M.T., Collet, P., Guyotat, J. (1989). Development and use of a self-administered questionnaire for assessment of psychologic attitudes toward pregnancy and their relation to a subsequent premature birth. *Am J Epidemiol*, 130, 989-998.
- Marín Murillo, F. (2011). Adolescentes y maternidad en el cine : Juno, Precious y The Greatest, Comunicar. *Revista científica de educacion*, 36, 115-122.
- Marinopoulos, S. (2007a). *Dans l'intime des mères*. Fayard.
- Marinopoulos, S. (2007b). *Le déni de grossesse*. Ministère de la communauté française.
- Marinopoulos, S. (2012). Idyllique maternité. *Muze*, 66, 114-159
- Mariotti, P. (2012). General Introduction. In Mariotti, P., Winnicott, D.W., Birksted-Breen, D., Parker, H., Balsam, R. H., Furman, E., LeuzingerBohleber, M., Raphael-Leff, J., Zalusky-Blum, S., Pines, D, Halberstadt-Freud, H., Lemma, A., Baradon, T., Fraiberg, S. et Adelson, E., Welldon, W. *The Maternal Lineage: Identification, Desire and Transgenerational Issues*. Routledge.
- Maritz, G. S., Morley, C. J., et Harding, R. (2005). Early Developmental Origins of Impaired Lung Structure and Function. *Early Human Development*, 81(9), 763-771.
- Marlow N., Bennett C., Draper E.S., Hanessy, E.M., Morgan, A.S., Costeloe, K.L. (2014). Perinatal outcomes for extremely preterm babies in relation to place of birth in England: the EPICure 2 study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* 99, 181-188.
- Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Les Empêcheurs de penser en rond.
- Mayi, M.B. (2017). *Quatre essais de la psychopathologie africaine*. Dianoïa.
- Mazet, P., Stoleru S. (2003). *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, développement et interactions précoces*. Masson.

- Mboua, C.P., Olga. (2015). Signifiants culturels et rapports au monde dans les troubles psychopathologiques de la grossesse et de la puerpérale en contexte camerounais. *Médecine Sante Tropicale*. 25, 172-176.
- Mboussou, M., Mbadinga, S., Dope Koumou, R. (2009). Religion et psychopathologie africaine. *L'information psychiatrique*, 8(85), 769-774.
- McHaffie, H. (1987). When the baby is taken away. *N Z Nurs Journal*, 20-22.
- Megne Me Ndong, A. E. (2016). *La parentalité chez la femme en grossesse et séropositive en PTME à Libreville: approches clinique et anthropologique*. (Thèse de Doctorat Psychologie. Université de Franche Comté).
- Mellier, D. (2011). Postmodernité et nouvelles formes du narcissisme chez le bébé. *Connexions*, 95, 145-154.
- Mellier, D., Sorin, L. A. (2013). Les figures de la prématurité. *Enfance*, 1(10), 7-14.
- Melo, R.C.J., Souza, I.E.O., Paula, C.C. (2012). O sentido do ser-mãe-que-tem-a-possibilidade-de-tocar-o-filho-prematuro na unidade intensiva: contribuições para a enfermagem neonatal. *Esc Anna Nery*, 16(2), 219-26.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a Mother versus Maternal Role Attainment. *Journal of nursing scholarship*, 36(3), 226-232.
- Mercer, R.T. (2006). Nursing support of the process of becoming a mother. *JOGNN: journal of obstetric, gynecologic & neonatal nursing*. 35(5), 649-651.
- Mijolla De, A. (1981). *Les visiteurs du moi*. Les belles lettres.
- Miles, M.B., HuBerman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. De Boeck Supérieur.
- Missonnier, S. (2004a). L'enfant du dedans et la relation d'objet virtuel. In Missonnier, S., Golse, B., Soulé, M. *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Éléments de psycho(patho)logie périnatale*. PUF.
- Missonnier, S. (2004b). La relation d'objet virtuel et la parentalité ingénue. *Adolescence*, 22(1), 119-131.
- Missonnier, S. (2005). L'avenir présent. *Spirale*.

- Missonnier, S. (2006). Parentalité prénatale, incertitude et anticipation. *Adolescence*, 1(55), 207-224.
- Missonnier, S. (2007a). Le premier chapitre de la vie ? Nidification foétale et nidation parentale. *La psychiatrie de l'enfant*, 1(5), 61-80.
- Missonnier, S. (2007b). Une relation d'objet virtuelle ? *Le Carnet PSY*, 7(120), 43-47.
- Missonnier, S. (2007c). La prévention, l'anticipation et la prédiction. *Spirale*, 41, 85-96.
- Missonnier, S. (2011). Introduction aux connaissances de la psychologie clinique foétale. *Psychiatrie/Pédopsychiatrie*, 37-200-B
- Missonnier, S. (2013). Genèse et enjeux épistémologiques de la psychologie clinique périnatale. *Cahiers de psychologie clinique*, 1(40), 89-120.
- Monebenimp, F., Tchio, R., Nana, A. D. (2005). Morbidité et mortalité des naissances intra hospitalières du centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé, Cameroun. *Clin Mother Child Health*, 2(2), 355-358.
- Moro, M. R. (2006). *Approche transculturelle de la périnatalité Théorie et pratique*. Conférence donnée aux Entretiens Jacques Cartier, décembre 2006
- Moro, M. R. (2009). Vivre plusieurs vies. La prise en charge transculturelle des parents migrants et de leurs enfants. *Santé mentale au Québec*, 34(1), 273-286.
- Moro, M. R., (2016). Préface. In Mestre, C (dir). *Bébé d'ici, mères d'exil* (pp. 09-25). Éres.
- Moro, M.R. (2004). Approche transculturelle de la périnatalité. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 33(1), 1S5-1S10.
- Mouchenik, Y., Sharara, R. (2006). De la vulnérabilité des mères migrantes et de leurs enfants à la résilience. In: Moro, M-R., de La Noë, Q., Mouchenik, Y (eds). *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social*. La pensée sauvage.
- Moulin, G. (2010). *Enjeux psychiques de la très grande prématurité. Approche psychosomatique*. (Thèse de doctorat de Psychologie, Mention Psychologie et psychopathologie Université Lumière Lyon 2).

- Muller Nix, C., Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Ansermet, F. (2009). Prématurité, vécu parental et relations parents/enfant : Eléments cliniques et données de recherche ». *La psychiatrie de l'enfant*, 52, 423-450.
- Munyutu, D. G. (2011). *Preterm deliveries in the Yaounde Gynaeco-obstetric and Pediatric Hospital: epidemiology and clinical aspects*. (Thèse de Doctorat en médecine Université de Yaoundé I).
- Nachin, C. (1993). *Les fantômes de l'âme*. L'Harmattan.
- Ndje Ndje, M., Tsala Tsala, J. P. (2017). Sentiment de culpabilité chez les parturientes primipares césarisées et identification au rôle maternel. *Journal de Psychotraumatologie et de Médiation*, 2, 1.
- Neyrand, G. (2013). *Soutien à la parentalité et contrôle Social*. Frédéric Delcor
- Nezelof, S. (2011). La grossesse et ses démons. *Enfances & Psy*, 51, 76-82.
- Nguéma-Obame, P. (1983). *Aspects de la religion fang*. Karthala
- Nkoghe, S. (2008). *Eléments d'anthropologie gabonaise*. L'Harmattan.
- O'Brien, K., Bracht, M., Macdonell, K., McBride, T., Robson, K., O'Leary, L. Kristen, C., Galarza, M., Tenzi, D., Levin, A., Lee, S.K. (2013). A pilot cohort analytic study of family integrated care in a Canadian neonatal intensive care unit. *BMC Pregnancy Childbirth*, 13(1), 1-8.
- Omer, H., Blizur, Y., Barnea, T., Friedlander, D., Palti, Z. (1986). Psychological variables and premature labour : a possible solution for some methodological problems. *J Psychosoma Res*, 30, 559-565.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2012). *Arrivés trop tôt : rapport des efforts mondiaux portant sur les naissances prématurées*. http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/index.html
- Organisation Mondiale de la santé. (2018). Naissances prématurées. <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Paduart, P. (2004). Psychisme et culture. *Revue Belge de Psychanalyse*, 45.

- Paillé, P., Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Paquet, V. (2001). Le vécu de la césarienne en urgence : quelles conséquences psychologiques maternelles ? *Rev Infirm*, (72), 23-5.
- Parat, H. (2013). Une érotique du maternel. In Cabroll, G., Emmanuelli, M., Nayrou, F., Parat, H., André, J., Chabert, C., Chasseguet-Smirgel, J., Giuffrida, A., Kaswin-Bonnefond, D., Le Guen, A., Schaeffer, Jet Zilkha, N. *La sexualité féminine*. PUF.
- Pedespan, L. (2004). Attachement et prématurité. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 32, 716-720.
- Pedinielli, J.L. (1990). *Du travail de la maladie*. Sillage.
- Pedinielli, J-L., Fernandez, L. (2007). *L'observation clinique et l'étude de cas*. Armand Colin.
- Pennell, C. E., B. Jacobsson, et al. (2007). Genetic epidemiologic studies of preterm birth: guidelines for research. *Am J Obstet Gynecol*, 196 (2), 107-118.
- Perlin, D.A., Oliveira, S.M., Gomes, G.C. (2011). A criança na unidade de terapia intensiva neonatal: impacto da primeira visita da mãe. *Rev Gaúcha Enferm*, 32(3), 458-464.
- Perun, M. B., Franko, I. (2013). Maternal identity of women in the postpartum period. *Journal of Education Culture and Society*, 1.
- Piaget, J. (1968). *Le structuralisme*. Collection Que sais-je. PUF.
- Picco M. (2005). Travail psychique et maternité. De la « Transparence » à la symbolisation. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 53, 19-23.
- Pines, D. (1972). Pregnancy and Motherhood: Interaction between Fantasy and Reality. *British Journal of Medical Psychology*, 45, 333-343.
- Pines, D. (1982). The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion. *J. Psycho-Anal*, 63, 311-319.
- Poizat, A. (2003). Quels rites pour les maternités d'aujourd'hui ? *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1(40), 127-133.

- Pouchelle, C. (1999). Pour une pratique porteuse de sens et respectueuse des personnes. Seli Arslan. *Perspective Soignante*. 1999(4), 6-35.
- Pradelles de Latour Dejean, C.-H. (1979). La symbolique des rites de la naissance chez les Bangwa au Cameroun. *Enfance*, 32 (3-4), 237-240.
- Racamier, P.-C. (1978). Les paradoxes des schizophrènes. *Revue française de psychanalyse*, XL, (5-6), 877-970.
- Racamier, P.C., Sens, L., Carretier, L. (1961). La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. *Evolution Psychiatrique*, 4, 525-570.
- Rajon, A. M. (2007). Survivre à l'arrivée d'un enfant. *L'école des parents*, 563, 36-38.
- Raphael-Leff, J. (1983). Facilitators and regulators: two approaches to mothering. *British journal of medical psychology*, 56, 379-390.
- Raphael-Leff, J. (1993). *Pregnancy, the inside story*. Karnak Books.
- Ravier, A., Pardinielli, J. L. (2015). Prématurité et parentalité. *Enfances & psy*, 1, 145-157.
- Ravier, A., Scotto di Vettimo, D. S. (2017). Approche psychopathologique de l'enfant né prématuré: la culpabilité maternelle pour panser/penser le lien à son enfant. *Cliniques méditerranéennes*, 2(96), 245-256.
- Ravier, A., Vanier, C., Scotto di Vettimo, D. (2018). Naissance prématurée et culpabilité maternelle : quel devenir possible pour l'enfant ?. *Dialogue*, 4(222), 121-132.
- Razurel, C., Helliott, C., Perrier, J., Andreoli, N. (2004). Entre attentes et conceptions. *Sage-femme suisse*, 10, 30-33.
- Recchia, S., Lemétayer, F. (2005). Stratégies d'ajustement des mères et des pères d'enfants anciens prématurés. *Devenir*, 4 (17), 303-321.
- Redshaw, M., Rivers R., Rosenblatt, D. (1985). *Born Too Early*. Oxford University Press.
- Relier, J.P. (1993). *L'aimer avant qu'il naisse*. Robert Laffond.
- Riazuelo, H. (2010). Représentations maternelles au cours d'une première et d'une seconde grossesse. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 58(8), 448-455.

- Riazuelo, H. (2014). Une seconde grossesse : un simple recommencement ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 62, 212-217.
- Rivière, C. (1990). *Union et procréation en Afrique. Rites de la vie chez les Evé du Togo*. L'Harmattan.
- Roheim, G. (1943). *Origine et fonction de la culture*. Gallimard.
- Rollet, C., Morel, M-F. (2000). *Des bébés et des hommes, traditions et modernités de soins aux tous petits*. Albin Michel.
- Roussillon, R. (1996). *Le processus de symbolisation et ses étapes*. <http://psycho.univlyon2.fr/IMG/pdf/doc-226.pdf>
- Roussillon, R. (1997). Activité "projective" et symbolisation. In P. Roman (Ed.), *Projection et symbolisation chez l'enfant*. Presses universitaires de Lyon.
- Roussillon, R. (2007). Choix d'un référentiel théorique : réalité psychique et métapsychologie. In Roussillon, R., Chabert, C., Ciccone, A., Ferrant, A., Georgieft, N., Roman, P. *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Masson.
- Roussillon, R. (2011). Le concept du maternel primaire. *Revue française de psychanalyse*, 75, 1497-1504.
- Roussillon, R. (2012). *Manuel de la pratique clinique en psychologie et psychopathologie*. Elsevier Masson.
- Rozé, J-C., Muller, J-B., Baraton, L. (2007). Point sur la grande prématurité en 2007. *Réanimation*, 16(5), 409.
- Rubin, K., Nelson, L. J., Hasting, P., Asendorpf, J. (1999). The transaction between parents perceptions of their children's shyness and their parenting styles. *International journal of behavior development*, 23(4), 937-957.
- Rubin, R. (1967). Attainment of the maternal role. Part 1: Processes. *Nursing Research*, 16, 237-245.
- Rubin, R. (1975). Maternal tasks in pregnancy. *Maternal-Child Nursing Journal*, 4, 143-153.
- Rubin, R. (1984). *Maternal identity and the maternal experience*. Springer.

- Ruffiot, A. (1983), La thérapie familiale psychanalytique ou la réinscription du vécu originaire. *Bulletin de psychologie*, XXXVII (363), 15-19.
- Ruffiot, A. (1985), originaire et imaginaire. Le souhait de mort collective en Thérapie Familiale Psychanalytique. *Gruppo*, 1, 69-85.
- Russel, G., Sawyer, A., Rabe, H., Abbott, J., Gyte, G., Duley, L., et al. (2014). Parents' views on care of their very premature babies in neonatal intensive care units: a qualitative study. *BMC Pediatr*, 14, 230.
- Ryding, E.L., Wijma, B., Wijma, K. (1997). Post-traumatic stress reactions after emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 76, 856-861.
- Ryding, E.L., Wijma, K., Wijma, B. (1998). Experiences of emergency cesarean section: a phenomenological study of 53 women. *Birth*, 25, 246-251.
- Saigal, S., Doyle, L. W. (2008). An Overview of Mortality and Sequelae of Preterm Birth From Infancy to Adulthood. *Lancet*, 371 (9608), 261-269.
- Santos, L.F., Oliveira, L.M.A.C., Barbosa, M.A., Siqueira, K.M., Peixoto, M.K.A.V. (2013). Reflexos da hospitalização da criança na vida do familiar acompanhante. *Rev Bras Enferm*, 66(4), 473-478.
- Schmidt, K.T., Sassá, A.H., Veronez, M., Higarashi, I.H., Marcon, S.S. (2012). A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. *Esc Anna Nery*, 16(1), 73-81.
- Shaw R.J., St John N., Lilo E.A., Lilo, E.A., Jo, B., Benitz, W., Stevenson, D.K., Horwitz, S.M. (2013). Prevention of traumatic stress in mothers with preterm infants: a randomized controlled trial. *Pediatrics*, 132(4), 886-894.
- Shewtchuk, G. S. (2010). Maternal identity in structure Self-conception of women. *Problems of modern psychology*, 9, 765-777.
- Shulz, J., Soubieux, M-J. (2018). *Le deuil prénatal*. Yapaka.be.
- Siksou, J., Golse, B. (1991). L'ancrage corporel des systèmes de symbolisation précoces. *Devenir*, 3 (2), 63-71.

- Silvestre, C. (2015). La pensée clinique chez Piera Aulagnier. Conférence *Matinée scientifique de la S.P.R.F.*
- Soderquist, J., Wijma, K., Wijma, B. (2002). Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 23, 31-39.
- Solis-Ponton, L. (2002). *La parentalité, Défi pour le troisième millénaire, un hommage international à Serge Lebovici*. PUF.
- Soubieux, M-J. (2009). *Le deuil périnatal*. Yapaka.be.
- Soule, M., Soubieux, M.-J. (2006). Regards du pédopsychiatre sur le fœtus. In J. Bergeret, M. Soulé, B. Golse (Dir.), *Anthropologie du fœtus*. Dunod.
- Sow, I. (1977). *Psychiatrie Dynamique Africaine*. Payot.
- Sow, I. (1978). *Structures anthropologiques de la folie en Afrique noir*. Payot.
- Spiess, M. (1999). *La mise en jeu du corps dans la maternité : contribution à la question de la féminité* (Thèse de Psychologie Université Louis Pasteur).
- Spiess, M., Thevenot, A. (2014). La parentalité et l'ambivalence maternelle à l'épreuve des normes. In Davoudian, C (dir) (pp.161-174). *La grossesse, une histoire hors normes*. Erès.
- Spinelli, M., Frigerio, A., Montali, L., Fasolo, M., Spada, M. S., & Mangili, G. (2016). 'I still have difficulties feeling like a mother': The transition to motherhood of preterm infants mothers. *Psychology & health*, 31 (2), 184-204.
- Stake, R.E. (1995). *The Art of Case Study Research*. Sage Publications.
- Stern, D. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. PUF.
- Stern, D. (1997). *La constellation maternelle*. Colmann Levy.
- Stern, D., Lebovici, S., Jacquemain, F., Guédeney, A., Golse, B. (2001). D'une constellation à l'autre. Une discussion autour du livre de Daniel Stern. *La psychiatrie de l'enfant*, 1(44), 307-326.
- Stern, D.N., Bruschiweiler-Stern, N., Freeland, A. (1998). *La naissance d'une mère*. Odile Jacob.

- Stewart, A. (1991). Carers or outsiders: the role of parents on a neonatal unit. *Midwives Chron*, 104, 118-24.
- Stoleru, S. (1989). La parentification et ses troubles. In Lebovici, S (Dir). *Psychopathologie du bébé* (pp. 113-130). PUF.
- Stramrood, C. A., Paarlberg, K.M., Huis In't Veld, E.M.J, et al. (2011). Post-traumatic stress following childbirth in homelike- and hospital settings. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 32, 88-97.
- Szejer, M., Stewart, R. (1994). *Ces neuf mois-là*. Robert Laffond.
- Taskın, L. (2007). *Obstetrical and gynecologic nursing* (6th Ed.). Sistem Ofset Matbaacılık.
- Thalassinos, M., Rouillon, F., Engelmann, P., Lemperiere, T. (1988). Study of the relation of gynecologic and obstetric findings and psychological disorders of pregnancy and the puerperium. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 17, 879-887.
- Thom, R. (1976). Crise et catastrophe. *Communications*, 25, 34-38.
- Tietche, F., Koki Ndombo, P., Kago, I., Yap Yap, J., Doumbe, P., Mbonda, E, et al. (1994). Facteurs de mortalité des nouveau-nés de petit poids de naissance à l'Hôpital Central de Yaoundé. *Ann Ped*, 41(4), 259-263.
- Tombeur, M., Lempereur, E., & Durieux, M-P. (2007). Le soignant, tiers dans la construction du lien parent – bébé prématuré hospitalisé. *Cahiers de psychologie clinique*, 1(28), 221-238.
- Torchin, H., Ancel, P-Y., Jarreau, P-H., Goffinet, F. (2015). Epidémiologie de la prématurité : prévalence, évolution, devenir des enfants. *Journal de Gynécologie Obstétrique Biologie de Reproduction*, 44, 723-731.
- Tremblay-Leveau et al. (1999). Les actions de communication chez les bébés prématurés à haut risque. Les prématurés, *Enfance*, 1, 34.
- Tsala Tsala, J.-Ph. (1991a) La maternité travestie. Ethnopsychanalyse d'un rite de fécondation dit 'féminin'. *Syllabus*, 3, 199-213.
- Tsala Tsala, J.-Ph. (1991b). Thérapie familiale systémique et famille africaine contemporaine : le cas du Cameroun. *Thérapie Familiale*, 2(12), 111-120.

- Tsala Tsala, J.-Ph. (1992). Souffrance familiale et famille en souffrance. La famille camerounaise entre le village et la ville. *Cahiers de Sociologie Economique et Culturelle*. Ethnopsychologie Revue internationale, 18, 99-113.
- Tsala Tsala, J.-Ph. (1996a). Grossesse et interdits chez la femme Beti du sud Cameroun. *Cahiers de Sociologie Economique et Culturelle*, 25, 85-94.
- Tsala Tsala, J.-Ph. (1996b). La mère camerounaise et son enfant drépanocytaire. In Cl. Herbaut., J.-W. Wallet (Eds), *Des sociétés. Des enfants. Le regard sur l'enfant dans diverses cultures* (pp.167-191). L'Harmattan.
- Tsala Tsala, J.-Ph. (1999). Parental Desire and child Psychopathology in Cameroon: A case study (332-340). In S. NtomchkwuMadu, P. KakubeireBaguma, A. Pritz (Eds). *In Cross-cultural Dialogue on Psychotherapy in Africa*. University of the North Press
- Tsala Tsala, J.-Ph. (2006). *La psychologie telle quelle : perspective africaine*. Presse de l'UCAC.
- Van Hove, C. (2018). *Naissance prématurée : impact des représentations parentales sur le processus de création du lien mère-père-bébé*. (Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de master en Sciences Psychologiques Université de Liège).
- Vanier, C. (2013), *Naître prématuré, le bébé, son médecin et le psychanalyste*. Bayard.
- Veroneza, M., Barbosa Borghesana, N. A., Martins Corrêaa, D. A., & Harumi Higarashia, I. (2017). Experience of mothers of premature babies from birth to discharge: notes of field journals. *Rev Gaúcha Enferm*, 38(2), 609-611.
- Vial, F., Guerci, P., Dewandre, P.Y., Benhamou, D. (2016). Syndrome de stress post-traumatique et césarienne. *Douleur analg*, 29, 84-87.
- Viaux-Savelon, S., Dommergues, M., Cohen, D. (2014). Dépistage échographique anténatal des anomalies mineures de bon pronostic : Impact émotionnel, représentations parentales et relation mère-enfant. *Revue de Médecine Périnatale*, 6, 199-206.
- Vollenweider, N., Nicastro N., Sabeh N., Lambiel J., Pala, C. (2004). *La prématurité. Je suis né trop tôt : angoisse pour mes parents*. Rapport d'immersion en communauté.
- Walshe, C.E., Caress, A.L., Chew-Graham, C., Todd, C.J. (2004). Case studies: A research strategy appropriate for palliative care?. *Palliative Medicine*, 18(8), 677-684.

- Widlöcher, D. (1996). *Les nouvelles cartes de la psychanalyse*. Odile Jacob.
- Wiener, P. (1983). *Structure et processus dans la psychose*. PUF.
- Wiener, P. (1997). Structure psychique et maladie mentale. *Pour la Recherche (Bulletin de la Fédération Française de Psychiatrie)*, 12.
- Wiener, P. (2001). Désorganisation et réorganisation, à propos d'une observation. *L'information psychiatrique*, 9.
- Wiklund, I., Edman, G., Andolf, E. (2007). Cesarean section on maternal request : reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 86(4), 451-456.
- Winnicott, D. W. (1992). *Le bébé et sa mère*. Payot.
- Winnicott, D. W. (2000). *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Gallimard.
- Winnicott, D.W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot.
- Winnicott, D.W. (1961). *La relation parent-nourrisson*. Payot.
- Winnicott, D.W. (2006). *La mère suffisamment bonne*. Payot et Rivages.
- Yin, R.K. (1999). Enhancing the quality of case studies in health services research. *Health Services Research*, 34(5), 1209-1224.
- Yin, R.K. (2009). *Case Study Research: Design and Methods*. Sage Publications.
- Zupan Simunek, V., Razafimahefa, H., Chabernaude, J-L. (2007). *Avancées médicales et progrès techniques en réanimation néonatale*. Masson.

ANNEXES

Annexe 1: GUIDE D'ENTRETIEN

1. IDENTIFICATION DE LA PARTICIPANTE

Âge : Statut matrimonial :
 Fratrie :
 Niveau scolaire : Profession :

2. Vécu psychique de la grossesse et de l'accouchement prématuré

Ce thème a pour but de recueillir des informations d'une part sur la grossesse, son déroulement et son vécu. Et d'autre part sur la prématurité et son vécu. Ceci parce que le déroulement de la grossesse et son vécu sont des éléments sans lesquels l'appréhension de la construction du maternel ne serait pas possible. Le retentissement psychologique de l'accouchement prématuré en tant que rupture d'un processus doit également être pris en considération. Les différents thèmes qui seront abordés sont :

- Annonce de la grossesse et son déroulement (contexte d'annonce, désir d'enfant ; déroulement de la grossesse, vécu des changements corporels...);
- Attentes vis-à-vis de la grossesse et représentation de l'enfant (accouchement, anticipation de l'enfant...);
- Survenue (arrivée brusque) et vécu de l'accouchement prématuré (contexte, annonce, déroulement, affect, cognition, comportement...);
- Ressenti après l'accouchement.

3. Réorganisation psychique

Ce thème a pour but le recueil des informations sur les ressources (personnes, institutions, etc.) sur lesquels les participantes se sont appuyées pour faire face à la rupture et entamer la reprise (réorganisation psychique). Il investigate également les processus psychiques mobilisés et qui sous-tendent la reprise ou la réorganisation psychique.

✓ **Étayage**

- Étayage sur le groupe ;
- Étayage sur les professionnels ;
- Étayage sur la famille ;
- Étayage sur son corps;
- Le rapport à l'institution hospitalière, à la médecine et au corps médical ;

✓ **Symbolisation/mentalisation et élaboration psychique de la prématurité**

- Sens donné à l'accouchement prématuré ;
- Sens donné à la prématurité par la culture/rites et rituels associés à la prématurité ;
- Les conceptions, théories, constructions intellectuelles et fantasmatiques de la participante relativement à sa situation ;

4. Réaménagements psychiques (constellation maternelle)

Ce thème explore les réaménagements psychiques indispensables au devenir mère ou à la construction du maternel.

- Discours en tant qu'enfant de sa mère ;

- Discours en tant que mère ;
- Discours à propos d'elle et son bébé ;
- Croissance de la vie (subvenir à la vie et au développement physique du bébé) : maternage, attachement, compétence maternelle, reconnaissance qu'elle est compétente en tant que mère...;
- Relation primaire (engagement émotionnel pour le développement psychique du bébé) : sensibilité pour répondre aux besoins de l'enfant, préoccupation maternelle primaire, entrer en relation avec le bébé, connaissance et la compréhension de son enfant ... ;
- Matrice de soutien (accomplissement des fonctions maternelles) : réseau de soutien, ce qu'elle pense et dit de sa mère, capacité de mettre sur pied des supports nécessaires au développement de l'enfant... ;
- Réorganisation identitaire (transformation de l'identité pour la mise en place et le développement des fonctions maternelles) : identification maternelle, faire le nécessaire pour veiller sur le bébé, relation de confiance, réseau de personnes soutenantes, perception et représentation de soi comme mère, conscience et ressenti en tant que mère.

5. Devenir mère/construction du maternel

Ce dernier thème explore la construction du maternel ou devenir mère proprement dit.

- Transfert de l'originaire (réactualisation et transposition du maternage reçu dans la relation avec son enfant) ;
- Adopter le bébé et s'adopter mère (rencontre, reconnaissance et compréhension que le bébé est le siens, contacts visuels) ;
- Réponse et adaptation au bébé (entrer dans le nouveau rôle, acquisition de l'expérience et des compétences pour l'ajustement à l'enfant, rôle protecteur et nourricier, prise de conscience vis-à-vis des nouvelles responsabilités, perception des signaux pour donner les réponses adéquates aux besoins de l'enfant ;
- Sécurisation et ajustement de la relation mère-enfant ;

Annexe 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix- Travail – Patrie
UNIVERSITE DE YAOUNDE I



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace- Work – Fatherland
UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussigné _____, déclare accepter librement et de façon éclairée de participer à l'étude intitulée « *Réorganisation psychique et transfert de l'originare : clinique du devenir mère chez la primipare ayant un nouveau-né prématuré au Cameroun* ».

Sous la direction du Pr. Tsala Tsala Jacques-Philippe et du Dr. Ndje Ndje Mireille.

Promoteur : Université de Yaoundé I ; **Investigateur principal** : KONFO TCHOLONG Clémence Idriss étudiant en Doctorat PH/D.

Objectif : comprendre le vécu des femmes face à l'accouchement prématuré.

Engagement du participant : l'étude va consister à participer librement et de façon éclairée à une investigation psychologique à l'aide des entretiens. L'évaluation se fera en maximum trois (03) séances.

Engagement de l'investigateur principal : en tant qu'investigateur principal, je m'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques. À protéger l'intégrité psychologique et sociale des participantes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

Liberté des participantes : Le consentement pour poursuivre l'évaluation peut être retiré à tout moment sans donner des raisons et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour la participante.

Information de la participante : la participante a la possibilité d'obtenir les informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal. Et ce dans les limites de contraintes du plan de recherche.

Bénéfice de l'étude pour la participante : cette étude est faite sans aucun bénéfice direct.

Garantie de confidentialité des informations : toutes les informations concernant les participantes seront conservées de façon anonyme et confidentielle. La transmission des informations concernant les participantes pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera aussi anonyme.

Éthique : L'Université de Yaoundé I et KONFO TCHOLONG Clémence Idriss s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant les participantes.

Contact du chercheur:

konfotci@gmail.com, 650 03 43 56/695 03 90
23

Date et Signature de la participante :

Date et Signature du chercheur:

Annexe 3: NOTICE D'INFORMATION

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix- Travail – Patrie
UNIVERSITE DE YAOUNDE I



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace- Work – Fatherland
UNIVERSITY OF YAOUNDE I

NOTICE D'INFORMATION

INVITATION À PARTICIPER AU PROJET DE RECHERCHE INTITULÉ
« Réorganisation psychique et transfert de l'originaire : clinique du devenir mère chez la primipare ayant un nouveau-né prématuré au Cameroun ».

Mme, Mlle.

Cette recherche pour laquelle votre participation est sollicitée porte sur le vécu de la mère face à la prématurité.

L'objectif de ce projet de recherche est de comprendre le vécu de la mère face à l'accouchement prématuré.

Les renseignements donnés dans cette notice d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

Tâche : Votre participation à ce projet de recherche consiste à participer au maximum à trois entretiens. Il s'agira de partager avec le chercheur votre expérience face à l'accouchement prématuré.

Risques, inconvénients, inconforts : Vous ferez appel à ce que vous vivez dans cette situation. Dans bien des cas, cela peut susciter beaucoup d'émotions.

Bénéfices : Le bénéfice direct que vous pourrez tirer de la participation à cette recherche est la satisfaction éprouvée à travers la contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'expérience de l'accouchement prématuré. Aucune compensation monétaire n'est accordée.

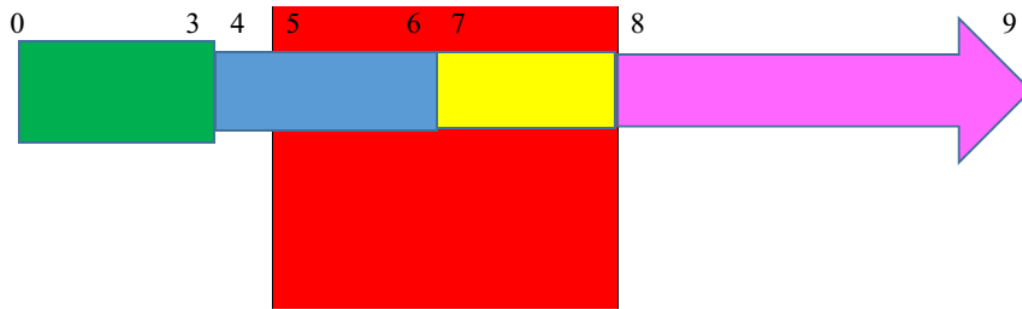
Confidentialité : Les données recueillies par cette étude sont soumises à l'exigence de confidentialité. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'articles, de rapport de recherche ou de communications à des congrès scientifiques, ne permettront pas de vous identifier.

Les données recueillies seront conservées sur support numérique. Les enregistrements seront détruits après la transcription; les données ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire : Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Responsable de la recherche : Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec KONFO TCHOLONG Clémence Idriss par courriel : konfotci@gmail.com ou au 650 03 43 56 /695 03 90 23.

Annexe 4: SYNTHÈSE DES ÉTAPES DE LA GROSSESSE



- 1^{er} trimestre de la grossesse (ambivalence, acceptation de la grossesse...)
- 2^{ème} trimestre de la grossesse (transparence psychique, préoccupation maternelle primaire...)
- 7^{ème} mois de grossesse (anticipation maternelle)
- 8-9^{ème} mois de grossesse (angoisse relative à l'accouchement)
- Accouchement prématuré

Modélisation des différentes périodes de la grossesse

Annexe 5 : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS

Thèmes	Indicateurs (descripteurs)	Indices
Grossesse, accouchement prématuré et rupture des processus de maternité	Le vécu de la grossesse	Anticipation maternelle, relation avec l'environnement, affects,
	Accouchement prématuré et rupture des processus de maternité : la crise	Menace de l'intégrité, perte des repères, angoisse, sentiment d'étrangeté, bouleversements au sein de la vie quotidienne
La réorganisation psychique : reprise	Étayage ;	Sur le corps, la mère, le groupe, sur soi
	Symbolisation-mentalisation de l'accouchement prématuré et ses suites	Mise en sens et en représentation de la prématurité, reprise par la pensée et réduction de l'impact psychologique de la prématurité,
	Mobilisation des mécanismes de défense.	Intellectualisation, mise à l'écart, idéalisation ou représentation idéalisée du bébé, régression, déni, dénégation, évitement, etc.
De la réorganisation psychique au transfert de l'originaire	Vécu de l'hospitalisation du bébé en néonatalogie ;	Absence de repos, Activité constante, stress, crainte de perdre le bébé, affects
		Échanges affectifs
	Transfert de l'originaire	Échanges physiques
		Maternage
Devenir mère ou construction du maternel	Consolidation de l'identité maternelle	Entrée en relation et attachement
		Adopter le bébé et s'adopter mère, conscience et ressenti en tant que mère
		Sécurisation et ajustement de la relation mère-enfant, Faire le nécessaire pour veiller sur le bébé
		Réponse et adaptation au bébé, compétence maternelle

Annexe 6: THE RITES OF PASSAGE AND THEIR HYPOTHETICAL ROLE IN TERM AND PRETERM BIRTH (Lesley Taylor, 2016).

Rite of passage	Typical term birth	Preterm birth
<p>Separation The initial moving away from the antecedent lifestyle</p>	Occurs at a given point in time, ie 38-42 weeks' gestation	Occurs at no particular time Taken into hospital
<p>Transition A time of liminality, spent 'betwixt and between' the two states, often including seclusion from everyday life</p>	<p>Planning Pain Labour Safely delivered Upon and after delivery mother and baby are separate and yet together Bonding Social recognition Communitas, ie mutual support and sharing</p>	<p>Shock Pain No planning or planning incomplete Labour Unsafely delivered At delivery the baby is immediately taken away No bonding No social recognition No communitas</p>
<p>Reincorporation This signifies the beginning of life according to the new status quo. The acquisition of the new social role</p>	<p>Taking baby home after a short time post-delivery Reincorporation into society Party time – celebration of the new social position with cards and flowers</p>	<p>Do not take baby home for a long time Mother may initially go home alone Reincorporation flawed, as it is at the wrong time No or delayed celebration</p>

Annexe 7: CORPUS D'ENTRETIEN AVEC MAFFO'O

Nous : bonjour, je tiens tout d'abord à vous remercier d'avoir accepté de partager avec nous votre expérience de l'accouchement prématuré.

Maffo'o : bonjour

Nous : parlez-moi de vous

C'était une grossesse gémellaire. Moi c'est mama magne, je suis née ici à Yaoundé, je viens de l'ouest Cameroun. Je suis l'aînée d'une famille de 6 enfants, je vis avec mon mari, mon père n'est plus. C'est ça et quoi d'autre ? Je suis étudiante de profession bacc + 2 BTS, je vis à Yaoundé, Nkozoa. La relation avec mes frères et sœurs est bonne, sans problème, c'est free, c'est... nous vivons en harmonie.

Nous : Comment s'est déroulé votre grossesse

Maffo'o : la grossesse de 1 jusqu'à 7 mois et demi parce que j'ai accouché à 7 mois et demi s'est bien déroulée, il n'y avait pas de souci, sauf qu'à trois mois de de grossesse, j'ai eu un peu mal au bas-ventre chose qui était parce que je suis avec, j'étais suivie par un gynécologue, il m'a prescrit le spatphone que je mettais à chaque fois que j'avais mal. De trois mois jusqu'à 7 et demi, je n'avais aucun souci.

C'est juste que l'accouchement a déclenché un jour, un vendredi (silence) par une douleur, je pensais que c'était une douleur comme les autres précédentes, j'ai mis le spaphone, ce n'est pas pas calmé la douleur, je me suis retrouvée à l'hôpital parce que j'avais rompu la membrane.

La poche des eaux était rompue et là j'allais directement accoucher. Je devais accoucher d'urgence puisque la membrane était déjà rompue noh. Quand tu perds les eaux, j'ai perdu les eaux à la maison à 8 heures, je sortais même déjà, parce que je perds les eaux à 8 heures et je me retrouve à l'hôpital Déo Gracias, ils m'envoient plutôt ici parce qu'il n'y a pas de couveuses là-bas.

Ils disent que je suis à 7 mois et demi c'est un prématuré, il n'est pas à terme, automatique la couveuse comme il n'y a pas de couveuse dans cet hôpital, je me retrouve ici à Gynéco parce que la signature du médecin qui a appelé ici son collègue, on m'a accueillie ici. Comme les bébés n'étaient pas bien en principe, j'avais deux bébés, c'était une grossesse gémellaire l'autre transversale et l'autre siège. L'un était transversal et l'autre était siège et donc ça nécessitait une intervention chirurgicale.

On m'a emmené au bloc, on m'a opéré et ça s'est bien passé parce que l'opération s'est bien passée sauf qu'après, je, on me dit que l'autre est bébé a été est sorti très fatigué et puis elle a succombé un hum ! Là on met la celle-ci là à la couveuse.

Bon depuis vendredi 30 août je suis ici, ça fait pratiquement 25 jours, je suis ici là mon souci c'est qu'on veille sur les enfants. Ce n'est parce que parce que là je sors d'une opération

pour directement m'occuper des bébés. Je n'ai pas eu de repos parce que vous parlez, vous êtes là pour ça pour le vécu des mamans des enfants prématurés.

Ça pas été facile jusqu'aujourd'hui pas de repos, je continue. Ma grossesse s'est déroulée sans problème, sans problème, je n'ai pas eu de malaise, je n'ai pas eu de palu, je n'étais pas interné, ni hospitalisée, rien rien de tout ça. Ça s'est juste, ça déclenché subitement et les contractions noh déclenchés le vendredi 30 août déclenché juste comme ça, je me retrouve là parce que je n'ai pas été hospitalisé.

Nous : Quelles étaient vos attentes vis-à-vis de la grossesse

Maffo'o : mes attentes c'était de, bon, que ma grossesse arrive à terme. C'est vrai que j'attendais les jumelles et j'étais fière et j'étais ému de porter mes deux enfants et que ça arrive à terme noh ! Je savais que, je n'imaginai même pas vivre cette situation que je suis en train de vivre actuellement, je savais que la grossesse devrait arriver à terme et puis, je devrais être en possession de mes deux enfants donc non seulement je ne suis pas en possession de mes deux enfants, mais je n'ai pas de repos, je suis encore clouée à l'hôpital avec celle-ci donc tout ça. Vraiment les attentes, ce n'est pas, ce n'est pas, ça n'a pas été comme je l'aurai souhaité.

J'imagine parce que comme toutes mamans quand tu attends un bébé, je réfléchis je dois gâter mes enfants, je dois, je vais faire ceci, on va partir, on va faire si on va faire. Donc on réfléchit positif noh tu vois noh, on réfléchit positif.

Nous : qu'avez-vous ressenti à l'annonce de l'accouchement

Maffo'o : quand le gynécologue m'a dit que je dois accoucher, j'ai eu chaud, j'ai eu les larmes aux yeux, j'ai pleuré à chaude larme, j'étais couchée sur le brancard à l'hôpital. Il a dit qu'il n'y a rien à faire, la membrane est rompue je dois accoucher et ce que je n'avais, tu vois, je n'avais jamais imaginé, on n'attendait même pas. Parce que tu savais à tel mois tu devrais accoucher dont tu n'attendais pas pas et puis on te dit brusquement qu'aujourd'hui tu dois accoucher et dans les brefs délais. J'étais hors de moi, je n'étais pas.

Je pleurais, j'ai beaucoup pleuré hors mis de ça, j'avais beaucoup mal parce que je contractais, j'avais très très mal donc j'avais d'abord la douleur du fait que j'accouche et avant le terme. J'avais mal, j'avais l'impression que mon dos se brisait à chaque contraction. J'étais dans un état second, j'étais complètement dépassée par cet accouchement surprise. Personne ne m'a expliqué ce qu'est une naissance prématurée, c'était un monde inconnu pour moi, je ne connaissais pas les risques, je n'étais absolument pas prête pour accoucher, c'est le principe de la surprise, mais, j'étais dépassée.

Que j'avais mal et j'étais vraiment abattu et là je contractais j'étais ce qui fait que de Déo Gracias d'émana jusqu'ici là il fallait la police derrière notre voiture pour dégager la route sur la route pour dire urgence, urgence. Je pleurais franchement, tu imagines deux enfants qui débattent pour sortir là. J'étais (silence).

Nous : parlez-moi des rites de la grossesse dans votre culture

Maffo'o : il n'y a rien à respecter tu suis juste ta grossesse. Dans ma culture, il n'y a pas parce que généralement, une femme enceinte ne doit pas faire trop d'effort pour éviter que l'enfant ne sorte avant le jour, il faut juste éviter de faire trop d'effort et s'il faut faire, il ne faut pas faire d'effort parce que bon donc tout ça je ne sais pas, je ne sais pas vraiment. Il ne faut pas faire trop d'effort, il faut vraiment, il faut le repos. Mais dire que vraiment un truc que c'est tradition qu'il faut éviter, je ne pense pas qu'il y en a.

Nous : Selon vous, quelles sont les causes votre accouchement

Maffo'o : je n'ai vraiment aucune idée, c'est la raison pour laquelle je ne fais que demander au docteur de nous donner les causes vraiment des enfants prématurés pour que nous évitions à la longue de de de faire au futur dans le futur noh de faire les enfants, moi-même je ne sais pas. Je ne sais pas, on me dit c'est trop de stress.

C'est vrai aussi que j'ai beaucoup stressé, je savais que j'attendais deux enfants. J'ai stressé parce qu'à 7 mois, je n'avais pas je n'avais pas déjà fait le trousseau je, j'avais un peu de problèmes avec mon mari, du fait que donne, moi, l'argent je fais le trousseau, je stressais beaucoup, j'attends deux enfants ça va se passer comment et comme notre culture à l'Ouest est souvent un peu dès que tu fais, tu accouches un enfant encore les jumeaux, les gens viennent à la maison, il faut les recevoir il faut, il faut dépenser il faut beaucoup d'argent.

Donc je stressais aussi par rapport à ce côté-là, je vais gérer les gens comment, je vais gérer mes enfants comment ? Il faut acheter ci, il faut faire les trousseaux de deux personnes, il faut, il faut. C'est vrai quad même qu'il faut, je ne sais pas si c'est l'une des causes, mais j'ai vraiment stressé par rapport à tout ça.

Je ne sais pas, je ne sais pas, je suis juste en train de te donner ma cause. Je ne sais pas si c'est autre chose, mais je crois parce que je comme c'était, je me sentais très fatiguée ou je ne travaillais pas et j'ai eu trois mois de repos parce que pendant les vacances j'ai eu les vacanciers à la maison qui m'aidaient.

Donc je ne peux pas dire que j'exerçais, tu vois donc, vous voyez. Donc je ne peux pas dire que c'est le travail qui m'a fait parce que j'ai eu un trois mois de repos de juin jusqu'à août. Oui, j'ai eu les gens à la maison qui m'aidaient donc je me levais, je me lavais je faisais le repas. Tout était propre donc. Donc j'écarte l'hypothèse que ce soit le travail, les travaux durs noh ! Oui.

Nous : comment vivez-vous cette situation d'hospitalisation

Maffo'o : les rapports avec eux, c'est là. Je ne m'intéresse pas trop aux professionnels. Tant que mon enfant est bien suivi, c'est ça l'essentiel. Je ne regarde pas que tel à fais ceci, tel n'a pas fait cela. Si elles sont comme ça bon chacun à son chacun à ses défauts noh !

Mais moi, le plus important pour moi c'est mon, c'est de ressortir d'ici avec au moins ma fille. Celle qui me reste ce qui me. Ce qui est dans ma tête c'est le travail que nous abattons ici là ça me fatigue, dont le stress. Je ne regarde même pas trop ce que les infirmières font. Je

regarde ce que nous-même, on n'a même pas le temps de parce que moi, moi je n'ai même pas le temps de regarder ce que les infirmières font parce que nous sommes d'abord trop occupées.

On ne se repose pas. On est tout le temps en train de travailler sur les enfants tout le temps, c'est stressant. Vous voyez à quelle heure je déjeune, donc ce n'est pas facile, il faut on est en train de gérer le stress et ça a déjà conduit à ce que le lait, le lait même ne coule plus donc là je gère le stress du lait parce qu'on donne le lait de l'enfant 25 cc, il faut nourrir l'enfant à 25 cc, je ne parviens pas à produire les 25 là mon ma fille est se retrouve en train de manger 14 cc 15 cc. Ça me stresse d'abord que l'enfant ne parvienne pas à manger la quantité qu'il faut, la quantité que son estomac demande. Je ne sais, je ne peux pas vous, je peux rien vous dire concernant les rapports entre les infirmières.

Il y a des groupes qui sont bien gentils des groupes que vraiment, ça ne vaut pas la peine, mais il faut faire avec ça. On essaie de faire parce que quelqu'un ne peut pas ressembler à un autre, on essaie de gérer et puis ça passe au quotidien. Quand tu sais déjà que tel est comme ça là, tu évites de faire ce que la personne ne veut pas noh !

C'est un peu ce que moi j'essaie de faire, mais moi je n'ai pas de aucun problème avec, concernant parce que quand moi j'entre là, c'est parce que moi j'ai d'abord eu trop de problèmes avec cette grossesse, opération, perte d'un enfant et l'autre enfant est couchée là.

Chaque jour, on te somme seulement les ordonnance, il faut les médicaments, il faut les ceci. C'est énormément couteux. Ça nécessite beaucoup d'argent, tu te rends compte que tu te lèves le matin, tu viens trouver qu'on a écrit l'ordonnance posée sur ton berceau, on ne te demande pas si tu as l'argent ou pas tu dois donc quand tu viens pour nourrir l'enfant là tu viens tu prends tu pars à la pharmacie, soit c'est l'ordonnance des médicaments, soit c'est un examen. Tu pars seulement faire. Tu vois un peu noh.

Nous : et avec la famille

Maffo'o : avec la famille ça se passe très bien. Bon toute la tout le monde ne peux pas vous aimer, mais la majorité de la famille fait l'essentiel. C'est-à-dire qu'on te vient en secours, les gens viennent te donner ce qu'ils peuvent. Si quelqu'un te donne ses 50, ses 1000 francs c'est beaucoup noh ! Pour que tu déjeunes au moins avec parce que ce n'est pas facile voilà.

La famille quand même, la majorité soutient, me soutient. Vraiment, sans ce soutien, je ne pense pas que je serai sorti de ce gynéco-ci parce que les factures sont colossales. Je d'abord le mien, comme j'ai subi la césarienne et c'était gémellaire, on te fait d'abord une césarienne gémellaire de deux enfants, sans compter les kits et les examens à faire tout tout et puis revenir sur l'enfant donc la famille m'a beaucoup aidé.

Nous : parlez-moi de la première fois que vous avez vu votre

Maffo'o : le premier jour que j'ai vu mon enfant, j'ai beaucoup pleuré, je n'ai pas acceptée que c'est, c'est, c'est moi qui ai accouché cet enfant. Parce que je voyais quelque chose petit comme ça là. Je dis que mon Dieu, mon enfant, donc j'avais l'impression qu'il était en train de souffrir, il a fallu que les médecins m'emmène et me faire comprendre que non, c'est

toi qui vois qu'il souffre, il sait qu'il est toujours dans ton ventre. Où il est là, il est hors de danger, il n'a rien, mais quand vous voyez comment on l'injecte comment on le touche, ça me, ça me. Maintenant là ça va comme il a déjà un peu pris le poids, il ressemble déjà à un être humain. Ça va déjà au fur et à mesure que je pars, je suis avec elle chaque jour là ça passe au fur et à mesure donc ça va c'est déjà ça va.

Quand je suis avec mon enfant, je suis très fière, d'avoir eu ma jumelle parce que de toutes les façons, même si sa sœur n'est pas resté, elle reste une jumelle, elle reste ma fille elle a, elle a vécu pour moi, elle a malgré parce qu'elle est sorti aussi très très fatiguée.

Si vraiment, il n'y avait as une équipe c'est que même elle-même ne serait plus. Elle respirait à peine et même quand on la réanimée, la respiration n'était pas toujours bonne. Il a fallu des jours et des jours pour qu'on travaille sur elle pour qu'elle soit. Tu vois noh, vraiment je suis fière quand je vois ma fille, je suis fière d'elle, je suis, je suis. Je me sens maman, je me sens fière je me sens tous ce qu'une maman peut ressentir quand sa fille est en bonne santé comme elle est en bonne santé actuellement.

Nous : Parlez-moi des moments que vous prenez soins d'elle

Maffo'o : je ne suis pas trop parfaite, mais je fais quand même le minimum, je me sens responsable, donc je, c'est comme si, je ne sais pas comment expliquer. Je me sens très engagée, très responsable. J'ai toujours tendance à dire que ma fille, j'ai toujours tendances à dire que la personne qui touchera ma fille parce que le genre de dépense, donc plus engagée, plus donc, je ne sais pas comment je vais vous expliquer ça vraiment, je je.

Ce n'est qu'un bébé, tous ce qu'elle veut maintenant c'est manger et dormir un hum ! C'est tous ce que je sais d'elle et qu'elle voudrait être en contact avec sa mère comme on l'a toujours qu'on parlait tout à l'heure du kangourou parce quand elle se retrouve dans le kangourou tu vois comment elle dort, elle est attachée à toi, elle est fière, je ne sais pas, je sais qu'elle aime bien ça, elle aime bien le kangourou là parce que quand elle est là, elle se sent comme dans le ventre, elle se sent protégé. Oui elle aime ça et ses heures de tété, elle adore bien.

Je voudrais prendre soins d'elle plus que ce que je fais maintenant, mais je ne peux pas vu que le sein m'oblige à faire le contraire de ce qu'on me demande. Vous voyez un peu noh parce que le sein ne coule pas. Les soins se passent bien noh ! On met dans la seringue, on gave, s'il y a reste, ça se passe bien.

Nous : Selon vous quels sont les rôles d'une maman

Maffo'o : on attend des mamans qu'elles aiment leurs enfants, se soucient d'eux et de les protéger. D'aimer les mamans ont le rôle d'éduquer et de protection de leur enfant. Je dois faire ce que la société aimerait que je fasse.

Les conditions des mamans des bébés prématurés sont tellement difficiles. Il n'y a pas de repos, j'ai subi une césarienne 5 jours après, j'étais déjà en train de marcher, il faut nourrir

l'enfant, il faut revenir laver les couches, il faut faire ceci, il faut aller à la pharmacie, c'est, il n'y a pas un petit, s'il n'y a pas quelqu'un pour vous aider, vous aller craquer.

Et en plus du kangourou, certes le kangourou est très bien, mais c'est pénible, parce qu'il faut d'abord t'asseoir avec le bébé de 20h à 4h et durant ces heures, il faut nourrir et tu respectes toujours les doses deux deux heures. La seule différence c'est que tu ne marches pas comme on quitte ici pour aller là-bas chaque deux heures. C'est seulement que tu es là-bas, tu nourris, mais ce n'est pas toujours facile de s'asseoir 8 h de temps.

À peine tu viens d'accoucher, le corps fait mal, chez nous quand tu viens d'accoucher, on te prend d'abord comme, chez nous à l'Ouest particulièrement, on te prend d'abord comme un bébé toi-même, on te suit, si on ne te suit pas, tu vas craquer. Les os ne sont pas encore reconstituer, il faut te masser, mais nous n'avons pas eus ça, nous n'avons pas eus ça, on se retrouve en train de gérer un enfant, c'est stressant c'est pénibles, c'est tout.

C'est la nutrition là parce que tu passes le temps à marcher, marcher, parfois ce sont les examens, sans compter que tu viens le matin seulement trouver ton enfant mal en point. Oui parce qu'il y a des jours qu'on se lève, les bébés décèdent, les prématurés décèdent de jour le jour quand tu es sortis d'ici avec ta part, tu dis Dieu merci.

Ou c'est le ou c'est le le mal suivi qu'on ne suit pas bien ou alors c'est que, moi je ne sais pas ce qui ne marche pas. Parce que pratiquement je suis à 24 jours, quand je suis arrivée la première semaine, mais chaque jour un enfant partait, tu vois et il faut payer les factures et même qu'on te avant de donner le corps de ton enfant tu dois payer les factures tu endures. Tout ce que tu as enduré finis tu dois payer.

C'est d'abord, je ne sais pas, les prématurés meurent comme vous voyez là. Je n'avais jamais imaginé être dans une situation pareille, moi j'entendais seulement, je ne savais pas comment ça se passait, mais tel que je vois, il ne faut pas souhaiter ça c'est vraiment. Les mamans des prématurés souffrent beaucoup, je ne vous mens pas. Tu as d'abord une situation qui ne te laisse pas en plus les factures sont colossales.

Annexe 8 : CORPUS D'ENTRETIEN AVEC Chetima

Nous : bonjour, je tiens tout d'abord à vous remercier d'avoir accepté de partager avec nous votre expérience de l'accouchement prématuré. Comme je vous ai expliqué tout à l'heure, je suis psychologue et je mène une étude sur le vécu des primipares qui ont accouché prématurément.

Chetima : Bonjour

Nous : parlez-moi de vous

Chetima : J'ai 25 ans, j'ai un fiancé, je ne suis pas encore mariée. Mon père est polygame hein ! Les enfants de ma mère, nous sommes 5 et je suis la dernière. J'ai arrêté l'école en 3^e. Je fais dans la restauration. Je suis du Sud.

Mon enfance n'était pas très, très facile parce que ma mère a quitté le mariage, je suis jumelle d'abord, nous sommes nés deux. Moi-même je suis d'abord prématurée. Oui, mon père a épousé trois femmes, ma mère était la deuxième. Ce n'était pas trop clair pour elle dans le foyer.

Elle quittait constamment le foyer. Elle a quitté le foyer, elle nous a laissé, on avait trois ans mon frère et moi. Vous pouvez imaginer, être élevé par une belle mère. Ça n'a pas été trop facile. C'était difficile. Bon, avec nos frères et sœurs, on vivait dans une famille polygamique, mais c'était bien, ça c'est bien, si on ne te disait pas que nous ne sommes pas même mère, tu ne pouvais pas connaître. On a bien grandi, moi j'ai bien grandi parce que j'étais la dernière, tu sais que dans la famille, on chéri toujours les derniers bébés là.

Malgré que j'étais affectée par la séparation de mon père et de ma mère parce que ma mère a quitté le foyer on avait trois ans, elle est revenue on avait peut-être 8 ans qu'elle est revenue, elle est reparti, quand elle est revenue, donc je n'ai pas trop senti l'amour de ma mère de 3 ans à 8 ans de 8 ans à 20 ans. Ce qui fait qu'au départ quand elle est revenue bon je n'avais pas l'amour envers elle, j'avais plutôt la haine, mais à force de grandir, de comprendre la vie maintenant je l'aime, j'ai l'amour maternelle, paternel.

Nous : Comment s'est déroulée votre grossesse

Chetima : Il y a eu quelque chose au début de ma grossesse je parle de la sorcellerie qui m'est, m'est arrivée. Imagine un peu que tu es enceinte tu pars dire à ton partenaire que tu, il a dit que tu es même sûr que c'est moi ? Vas où tu es parti prendre ça, bon il vient même d'abord, je pars lui dire il accepte, nous sommes là bien bien. Un jour nous sommes comme ça le téléphone sonne, un numéro inconnu, je décroche, je ne connais pas la personne c'était un homme. Je dis à la personne que vous vous êtes trompés de numéro.

Nous sommes encore là, le temps qu'il est en train de me poser les questions c'est qui qui vient de t'appeler. Tu es sûr que tu ne connais pas, il m'envoie encore, le même numéro m'envoie encore le message pour dire que tu as dit qu'on va se voir, on devait se voir, je suis déjà à Yaoundé. Il me dit que voilà quelqu'un qui t'envoie le message, tu me dis que tu ne connais pas, je prends le téléphone j'appelle la personne pour lui dire que ce n'est pas moi, vous vous

êtes trompés de numéro. Il me dit que non, je connais c'est parce que quand j'ai raconté il était là, il se lève il part. Il revient à la maison, il me dit que comme ça, tu vas partir où tu es partis faire ta part de bordellerie. Tu vas aller te présenter là-bas, tu vas lui dire que je ne suis pas le père et puis moi je suis et commence à faire les dégâts à la maison. Tu imagines ça que tu es enceinte, je suis enceinte. Un matin quelqu'un vient te dire ça. C'est le stress et si comme ma grossesse ci et si j'ai fait six mois de grossesse c'est six mois que je suis en train de pleurer, toujours réfléchir.

Quand il vient te dire comme ça par exemple, tu es avec moi tu es le père de mon enfant, tu dois t'occuper de moi, un matin, tu te lèves tu commences à dire que ce n'est pas toi, que j'aille ailleurs et je sais que je n'ai personne d'autre avec qui, je suis abandonnée avec la grossesse et je commence à réfléchir je vais faire comment pour aller à l'hôpital, pour faire le trousseau, je fais comment pour accoucher. Une comme moi, c'est vrai que je travaille, mais quand tu as quelqu'un qui m'aide, qui aide peut être à payer le loyer et un matin, il t'abandonne là. Ça fait mal, ça te fait réfléchir. Tu vas commencer comment. C'est à cause du stress et moi j'aime pleurer. Quand quelque chose me dépasse je commence à pleurer c'est seulement les pleurs. Même jusqu'à maintenant, même hier, il m'a posé un scandale, c'est parce que moi je suis une autre même hier, ça m'a même stressé et après j'ai commencé à pleurer. Quand je suis entrée où il y avait mon bébé j'ai oublié tout ça tu vois un peu. Même comme j'ai accouché là il ne me laisse, moi si le stress cause ça.

Chetima : au début de la grossesse, c'était bien. Bon avant que je ne tombe enceinte de celle si, j'ai d'abord tombé enceinte trois mois, j'ai eu un avortement comme ça, je ne. C'est vrai que je suis tombée sur la moto, peut-être deux semaines après j'ai eu l'avortement. Je suis parti à l'hôpital que peut être on pouvait m'injecter pour garder, arrivée à l'hôpital, il n'y avait plus possibilité d'injecter. Bon c'est sorti, un mois après, je suis tombée enceinte.

Quand je tombe donc enceinte, l'auteur de la grossesse me dit que bon comme je suis déjà enceinte, l'autre est d'abord quitté. Il faut que je dois, j'ai commencé à aller à l'hôpital à moins de deux mois qui ont suivis jusqu'à 5 mois à partir de cinq mois, j'ai commencé à avoir les problèmes que je suis là le col s'ouvre seul, je pars à l'hôpital, on me donne un, un traitement. On me donne peut-être les suppos. On appelle ça comment là ! J'oublie le nom, il y a certains suppos qu'on me donnait là. Je porte pendant deux jours, je repars à l'hôpital on me fait le touché, c'est déjà fermé. Après ça, j'étais déjà que je suis comme ça, je n'ai pas mal, je n'ai rien je commence à saigner. Je peux même saigner une heure de temps après ça s'arrête seul. C'était aussi, dans la nuit, je suis couchée, je commence à saigner, le matin quand je me réveille, quand je pars à l'hôpital, je ne saigne plus. On fait le toucher, tout est intact. Je n'ai pas compris, jusqu'au jour où j'accouche.

J'ai accouché à 26 semaines. Le jour-là ! Bon c'est vrai qu'avant je n'accouche, j'avais déjà les symptômes que je vous dis là que tantôt le sang coule, tantôt le col s'ouvre je pars à l'hôpital on me donne un petit traitement après ça se referme. J'ai fait l'échographie, mais quand je fais l'échographie, l'échographie ne montre pas un problème, on me dit col fermé, placenta antérieur, j'ai même les échographies là ici. Tout est normal, ce qui fait que le médecin qui me suivait, lui-même il ne comprenait rien. Que qu'est-ce qui cause tout ça.

J'ai même eu à un niveau que le médecin m'a demandé d'arrêter les rapports sexuels peut être que le fait de faire les rapports sexuels, peut-être c'est brut, peut être ça peut causer ça. J'ai arrêté, j'ai arrêté les rapports sexuels à 5 mois. Quand j'ai fait mon, mon deuxième échographie, j'ai arrêté. Bon avant, avant que je n'accouche peut être quatre jours après, j'étais assises comme ça je me lève l'eau se verse, donc un peu d'eau mélangé avec le sang, je n'ai pas compris, je dis à mon amis, je dis que je ne comprends rien maintenant ce n'est plus le sang, c'est un peu d'eau, il me dit bon comme il n'a pas d'argent, je vais aller à l'hôpital le lendemain.

Le lendemain, il est venu à la maison vers midi, il m'a demandé que je m'habille que je vais aller à l'hôpital le matin, parce que comme il est en train de sortir, comme il rentre. Je finis de manger, je me couche je dors, quand je me réveille, je veux donc aller me laver, je descends du lit, je n'ai pas mal, je n'ai pas mal donc je marchais, je faisais tout normalement. Je me lève, je sens comme quelque chose se verse sur mon caleçon, quand je regarde, le sang c'est comme ça que je me dis que l'histoire ci, voilà le sang qui est en train de couler, je ne comprends pas, un sang bien propre, clair. Il me dit donc que bon cherche un endroit où il y a un MTN Money, tu prends 20 000 tu cours d'abord à l'hôpital, je prends le taxi, j'arrive à l'hôpital, je trouve mon médecin, il me demande de monter sur la table. Il me dit qu'il faut qu'on fasse l'échographie parce que j'ai fait l'échographie 30 minutes avant d'accoucher.

Je monte sur la table on fait l'échographie, l'échographie est sortie « clean » col fermé, placenta, tout était clair. C'est là qu'il me dit qu'il ne comprend rien, qu'il ne comprend pas d'où le sang là sort, mais il me dit qu'il faut qu'il aille appeler un gynécologue. Donc je suis sur la table, il sort, quand il sort, par ce que quand on fait l'échographie, il y a un petit produit qu'on met souvent. J'ai commencé à sentir un peu mal ici là (bas ventre), je me suis dit que peut-être comme on mettait le produit là peut-être c'est ça qui me fait un peu mal, il sort. Le temps qu'il est là-bas, voilà la poche d'eau qui sort, je suis sur la table.

Quand il vient avec le gynécologue, il me demande d'écarter les pieds pour qu'il voie un peu. Quand j'écarte les pieds, il dit qu'il n'y a plus rien à faire que je dois seulement pousser le bébé. Donc c'était comme, c'était psychologiquement, donc quand il me dit que je dois pousser le bébé, c'est comme ça que j'ai commencé à sentir mal, là là là, j'ai poussé le bébé la première fois, la deuxième fois, le bébé est sorti, (silence) comme des blagues, c'était comme si j'étais dans un film, comme si j'étais en train de dormir et de rêver.

Le bébé est sorti, le gars a commencer à pleurer. Parce que mon, quand on m'a dit qu'il n'y avait plus rien à faire, je savais que je vais, que j'allais accoucher un bébé qui va mourir. C'est à 26 semaines, je ne m'attendais pas à un bébé, que le bébé pourra même pleurer, j'ai poussé le bébé, je n'ai pas vu le bébé, mais le bébé à pleurer, pleurer, même pendant une heure de temps, le temps qu'on prépare l'ambulance pour chercher la couveuse (silence...)

J'étais à la CASS de Nkolndongo, l'hôpital des sœurs, on nous a envoyé à Nicolas Barré, il n'y avait pas, donc ils ont fait le tour des hôpitaux, il n'y avait pas les couveuses, parce que j'ai accouché à 13 heure, on a mis l'enfant dans la couveuse à 18h. Parce qu'on a fait au moins 5 h, on est parti à Nicolas Barré, à Awaé, hôpital central, Fondation, il y a aussi un autre hôpital qu'on nous a envoyé vers Bastos, là-bas, il n'y avait pas de place, c'est là qu'on est venu ici là on a trouvé la place.

Nous : Est-ce que chez vous, il y a des choses qu'une femme enceinte ne doit pas faire ?

Chetima : oui, bon c'est surtout manger. Une femme enceinte, il y a des trucs qu'on ne doit pas manger pare ce qu'on dit que si on mange, l'enfant peut ressembler à cela, par exemple chez nous, il y a les animaux, mon père est chasseur, il y a des animaux, je ne connais pas comment on appelle ça, la femelle, c'est que la voie d'une femme si, quand l'animal là c'est fermé, on dit qu'on ne doit pas manger de peur d'accoucher un bébé aussi comme ça. Il y a les autres qui saignent beaucoup, beaucoup de sang quand on prépare ça a trop de sang, on dit que ça peut te causer beaucoup de saignement. Il y a les choses comme les pattes de poulets, on dit que l'enfant venir ainsi, ou que les choses comme ça. La femme ne dois pas fendre les intestins, tu ne dois pas, tu ne dois pas. Il y a les choses que tu ne dois pas manger de peur que l'enfant ne ressemble à ça.

Nous : Parlez-moi de vos attentes vis-à-vis de la grossesse

Chetima : je m'attendais à ce que la grossesse se passe bien ! (appuie sur bien). Je, moi, je rêvais accoucher un beau garçon, je voulais que mon bébé se développe bien. Le père de celle-ci n'a jamais eu d'enfant tu vois un noh, donc son rêve c'était que la grossesse se développe bien, que j'accouche dans les bonnes conditions, il voulait que j'accouche un garçon, moi-même je voulais aussi accoucher un garçon.

Donc je ne pouvais même pas imaginer que ça pouvait m'arriver un jour, parce que la grossesse ci, j'étais allé à l'hôpital à un mois, je suivais tous ce qu'on me demandait normalement, je n'avais pas de problème. Dans ma tête, j'étais tranquille, je savais que non je vais accoucher dans les bonnes conditions malheureusement, c'est arrivé comme c'est arrivé, mais quand c'est arrivé comme ça bon, ça ne m'a pas trop stressé. J'avais toujours la ferme condition que si le bébé là pleure, et que on l'a amené à la couveuse et qu'elle va vivre pourquoi, parce que moi-même ma mère m'a accouché au village et mon frère à 6 mois sans couveuse, on a survécus. Ma grande sœur a fait aussi les prématurés jumeaux, moi j'étais, j'avais déjà 14 ans, les bébés-là n'avaient même pas les oreilles, tout petits, on chauffait les bidons d'eau. Donc on arrange un petit truc comme ça on chauffe les bidons d'eau, on met les deux bébés et c'est comme ça qu'on a élevé les bébés là jusqu'à maintenant les bébés là on 17 ans. Ils ont le Bacc.

Donc je faisais, je suis arrivée ici, j'ai vu mon bébé, il était tout petit, l'image là est venue dans ma tête, je me suis dit bon, si au village les autres ont survécus. Ça veut dire qu'en ville, avec tous ce qui se passe là ma part aussi va survivre, donc j'avais, je n'étais pas trop stressée.

J'étais comme si de rien n'était. J'étais surprise, mais après, ça ne m'a pas dérangé. J'étais surprise parce que je savais que je devais accoucher à terme, quand c'est arrivé comme ça, je me suis posée les questions du genre, qu'est ce qui m'est arrivé ? Pourquoi ça m'arrive ? Qu'est-ce que j'ai fait pour que ceci arrive ? Avec tout le temps que j'ai pris pour entretenir cette grossesse. Je me suis même posée des questions que est ce que c'est le sang de la personne qui m'a enceinté qui fait ça. Parce que la première grossesse est d'abord quitté, bon l'autre là, je peux dire que je suis tombée sur la moto, même pas quelque chose de grave, mais l'autre ci qu'est-ce qui se passe, je me suis vraiment posée beaucoup de questions.

On a emmené le bébé ici, je suis resté à la CASS, je suis venu après deux jours et quand j'arrive, j'ai vu l'enfant, l'image de mes neveux est venu directement dans ma tête, j'ai dit que ça va aller.

Nous : Et depuis que vous êtes ici, comment ça se passe ?

Chetima : ce n'était pas facile, ce n'était même pas facile, c'est juste parce que bon, moi je vous ai d'abord dit que mon enfance n'était pas très facile. Donc depuis toute petite, je vis toujours sur combat, que je ne compte sur personne. Puisque la preuve en est que j'ai accouché seule à l'hôpital le lendemain on, m'a emmené ici jusqu'aujourd'hui, je n'ai pas de garde malade. Moi-même je fais tout seule, pas de garde malade.

Donc quand je suis arrivée, ce n'était pas facile, les infirmières, parce que je ne connaissais rien, c'est vrai que bon, la façon que ma mère traitait mes neveux au village, ce n'est pas la même façon ici. Ici, il faut, on doit t'apprendre comment tu dois nourrir l'enfant comment, comment comment. Et quand tu arrives que tu ne connais pas, bon c'est vrai qu'il y a des équipes et des équipes. Il y a certaines équipes ici là que tu pars même vers elles parce que tu ne connais pas demander, te renseigner, elles se mettent à t'insulter, elles te disent du n'importe quoi, ce n'est pas facile.

Une comme moi, j'avais perdu mon bébé, à 5 jours ici là, parce que quoi, on m'a donné un cahier, on a fini d'écrire, même à l'école, qu'on donne le cours, avant de donner le résumé, le maître doit d'abord expliquer avant de vous donner le résumé. On me remet un cahier, bon moi je suis curieuse, j'ai lu, j'ai imaginé que peut être ça peut être ça.

L'infirmière vient, il me, elle me dit que quand tu nourris l'enfant, après deux heures, après, avant de nourrir, il faut aspirer la seringue pour voir si il y a les résidus. La seringue est tellement longue jusqu'à 10 millilitres. Elle ne te précise pas que tire 2 au 3 ou 4 ou 5 ml, non elle dit seulement, elle est placée elle dit seulement aspire, bon toi tu ne connais pas, on te dit d'aspirer noh.

Moi j'arrive, je tire jusqu'au fond alors que normalement, je ne dois pas tirer comme ça, j'ai tiré jusqu'à tirer l'air de l'enfant, jusqu'à les gouttes de sang sont sortis. L'enfant a commencé à convulser parce que j'ai tiré à l'excès. Les autres sont venues me gronder, je voulais m'expliquer, ils ne m'ont même pas laissé, mais le lendemain, quand l'autre équipe est venue, j'ai passée toute la nuit, je n'ai pas nourrit l'enfant parce que j'avais peur, je ne connaissais pas parce qu'ils ont finis de me gronder, elles sont partis.

Le lendemain, l'autre équipe est venue, j'ai vu l'apparence d'une dame là, elle était simple, elle causait avec les bébés, elle faisait les trucs, c'est là que j'ai demandé à la mère là comme on dit aspirer là, on aspire comment ? Parce que hier, j'ai fait tel geste. C'est là qu'elle me dit que si ton enfant tête 2cc, quand tu aspire la seringue jusqu'à 2 cc si rien ne sort, c'est que l'enfant a bien, ça dépend de la quantité que tu donnes à l'enfant, c'est aussi la quantité là que tu aspire dans la seringue pour voir si il y a les résidus, c'est un peu ça.

Il y a d'autres qui traite bien, mais il y a les autres, moi on m'a traité de tout ici. Moi je sais d'abord que naturellement je suis têtue et je pose trop de question quand je ne comprends

pas et je suis trop curieuse. Moi je parlais toujours vers eux, même si on m'insulte 10 mille fois, je suis toujours là pour poser les questions. Ça n'a pas été facile.

Bon comme ma façon, moi je capte vite les choses, en une semaine, c'était déjà difficile pour moi, c'était déjà facile pour moi parce que je connaissais déjà, je connaissais qu'avec celles si, c'est difficile, avec celle si c'est facile. Donc les débuts, les 5 premiers jours-là ce n'était pas facile. Ce n'était vraiment pas facile, mais après, on dit qu'il faut, pour mieux vivre avec quelqu'un, apprend à connaître la personne. Je connaissais déjà les mentalités de tout un chacun, ça allait comme ça jusqu'aujourd'hui là. Pas de stress

Nous : Avec votre famille, ça se passe comment depuis que vous êtes à l'hôpital

Chetima : ah ! Je peux dire que je suis un peu abandonnée par ma famille bon. Parce que je suis ici à Yaoundé avec ma grande sœur, nous sommes même père, ça veut dire qu'elle est ma famille, depuis que j'ai accouché, elle est déjà venue ici là deux fois. La première fois, c'était le jour qu'on est venu déposer l'enfant ici, je n'étais pas là, après elle a encore fait un mois, même pour venir même me guetter comme ça là.

Il y a de cela peut-être deux semaines qu'elle est revenue, elle n'a même pas fait trente minutes, elle est rentrée. Je n'ai pas de frère ici en ville, le seul. J'ai deux frères, l'autre est à Akonolinga et l'autre est au village, personne n'a fait signe. Il y a l'autre, elle est en mariage à l'Est, quand elle a su que j'ai accouché, elle est venue faire deux semaines, après elle est rentrée parce que la rentrée était dehors. Il fallait qu'elle parte aussi inscrire les enfants à l'école, elle a les petits bébés, ma mère aussi est venue, mais ici là, ce n'est pas confortable pour le garde malade, elle ne pouvait pas supporter de dormir dehors sur le froid, je lui avais donc demandé qu'elle rentre, moi-même je vais me débrouiller.

Parce que j'ai accouché bon, je n'ai pas eu de problème, je me sentais bien, je lui ai demandé que le fait de venir dormir dehors, ça peut même encore causer autre chose, elle rentre.

Nous : Parlez-moi de la première fois que vous avez eu un contact avec votre enfant

Chetima : quand j'ai vu mon enfant pour la première fois, j'ai d'abord ressenti une peur, une haine donc, parce que je suis arrivé dans la salle, j'étais autour de treize couveuses de bébés. Il y avait les un peu gros. Dans ma tête, je pointais le bébé un peu gros, je disais que c'est sûr que c'est mon bébé là-bas, parce que la façon qu'elle pleurait, quand j'ai vu un bébé, je me suis dit que c'est sûr que c'est mon bébé là-bas.

Le bébé qui était même le mien, je n'ai même pas imaginé que c'était ma part. Bon quand l'infirmière vient, elle me demande le nom, je dis. C'est là qu'elle me dit voilà votre bébé là-bas. Quand je me retourne, je vois ça (silence, piaf) donc, j'ai d'abord sentie, je ne sais pas si c'était peur ou si c'était la haine, je ne peux expliquer ça. Je suis sortie, je ne me suis même pas rapproché de l'enfant, je suis sortie dehors, comme ça, je pars demander à son père que vous avez amenez, (silence), vous avez amenez ça ici là pour faire quoi ? Est-ce que tu es sûr que l'enfant si va vivre, il me dit que non elle est déjà hors de danger.

Je suis sortie de midi à 17 heures, j'étais dehors. C'est quand je pars m'asseoir dehors, je commence aussi à réfléchir, je me pose les questions, c'est là que je me rappelle donc que moi-même j'étais d'abord prématurée, mes neveux, me voici aujourd'hui. On ne m'a pas mis dans la couveuse, les autres mêmes choses, ça veut dire que celle-là aussi, il faut seulement que je m'applique et que je donne aussi mon amour et la suite. Je suis rentré.

Pour entrer en contact avec elle, ce n'était pas facile parce qu'au début ce n'était pas moi qui prenait soin d'elle. Un matin, il y avait une infirmière, je ne vais jamais oublier ça très méchante, je n'ai jamais vu une femme comme ça. Quand elle vient pour peser les bébés. On nous explique ça que c'est le froid qui tue les petits bébés par exemple que voilà la chambre de couveuse, elle se place dehors là-bas avec la balance, elle te demande de porter le bébé, tu peux imaginer que l'enfant a les perfusions sur l'oxygène, toute les cordes là tu dois transporter tout ça pour aller la retrouver devant la porte pour qu'elle pèse le bébé.

Tu vas arriver là-bas, c'est quand tu as déjà le bébé devant elle qu'elle commence à régler la balance. L'enfant commence à tu vois comment le petit bébé là commence à trembler, parfois quand elle vient nettoyer les enfants, elle arrête l'enfant comme ça là fort, elle brosse avec le gan comme si elle brossait la chaussure, elle finit de faire, elle balance l'enfant dans la couveuse.

Un matin, elle commence donc à nettoyer mon enfant devant moi, j'ai vu ça c'est comme si, je ne sais pas, je ne peux pas t'expliquer ça, ça m'a fait très mal, la façon que le petit bébé là faisait quand la maman là la arrêté et la manière qu'elle frottait. Après avoir fini de froter, elle balance dans la couveuse. Toi-même, il faut l'oindre, l'enfant a commencé à crier.

L'enfant n'a même pas la voix pour bien pleurer, elle criait un genre, ça m'a fait mal que pourquoi la maman ci fait comme ça ? Le lendemain donc, je dis qu'aujourd'hui là, la mère ne va pas toucher mon enfant. C'est comme si elle fait mal à l'enfant, c'est comme si (piaf) elle déteste mon enfant, elle est revenu avec la balance, je me suis placée devant la couveuse je lui ai dit que tu ne touches pas à mon enfant. Elle dit que quoi ? Je lui ai dit que tu ne, si tu touches à cet enfant, c'est la police qui va arriver ici, elle a laissé l'enfant c'est la première fois que moi-même j'arrête l'enfant là.

Malgré qu'elle était petite, c'est, elle ne ressemblait à rien, mais j'ai quand même eu l'amour de l'arrêter moi-même nettoyer doucement, déposé normalement et depuis ce jour-là, personne n'a plus touché à mon enfant. Sauf si on vient pour injecter jusqu'aujourd'hui. Depuis ce jour-là hein, je suis, donc je suis attachée à elle à un niveau que, et j'ai vu que quand moi-même je prenais soins d'elle, ça a commencé à aller par rapport à quand les infirmières prenaient soins d'elle.

Nous : Selon vous, qu'est-ce qui fait en sorte que vous soyez tellement attachée à elle ?

Chetima : C'est la façon dont, premièrement c'est la façon dont la femme-là traitait mon enfant tu vois noh, oui ça m'a fait très mal, c'était comme si (silence) comme si l'enfant là bon, je ne sais pas comment expliquer ça. C'était comme si l'enfant-là n'avait personne comme si l'enfant était un bâton, quelque chose qu'on néglige comme ça alors que c'est bon (silence).

Donc j'ai ressenti quelque chose en moi, j'ai ressenti comme si j'étais en train de faire du mal à cet enfant. Parce que moi-même je n'avais pas l'amour envers elle et y compris l'infirmière, j'ai compris que si moi-même je n'ai pas d'abord l'amour envers elle combien de fois l'infirmière, dont ça m'a fait réfléchir, immédiatement, ça m'a fait mal. J'ai eu l'amour envers elle en ce moment-là. Quand elle est sortie, je suis partie la toucher, j'ai commencé à la calmer, calmer, calmer, elle s'est calmée aussi.

Nous : Qu'est-ce que tu as ressenti en ce moment ?

Chetima : c'était comme si on enlevait un poids sur moi. En ce moment, c'était comme si on m'attachait à elle. Je ne sortais même plus, je ne restais même plus dehors, j'étais toujours là à côté d'elle, la toucher, malgré qu'elle était petite, je la portais.

Nous : Comment te vois-tu en tant que mère de cet enfant

Chetima : hach ! Je suis heureuse, je suis heureuse. Je dis merci à Dieu de m'avoir donné la force et le courage, parce que un bébé prématuré par rapport, ma part là, il faut avoir beaucoup de courage, beaucoup de courage pour travailler, si tu n'a pas le courage tu ne peux pas parce que quand tu vois comme ça là, même si c'est comment tu.

Ça ne ressemble à rien, rien du tout dans ta tête, parce qu'il y a les moments que moi je me demandais que pourquoi l'enfant si n'est pas morte directement quand elle est sortie. Donc il faut, je suis heureuse maintenant, parce que maintenant, si tu toi-même tu voyais le bébé là le jour que le bébé là est né, que tu voyais le bébé là maintenant c'est mon travail je suis heureuse, très heureuse.

En tant que mère de cet enfant, je suis très, très heureuse, très même et j'ai, donc l'enfant là fait très mal au cœur que, je ne sais pas si un jour, je dois supporter de voir l'enfant là pleurer. Ne serais ce que pleurer comme ça là, elle me fait très mal ici là (en touchant sa poitrine du côté gauche). C'est pour qu'elle arrive seulement à ce niveau si, elle a traversé les étapes difficiles, les injections, les transfusions, donc beaucoup de choses que l'enfant à traverser.

Cet enfant-là, ça sera intouchable donc et intouchable et inséparable de moi. Parce que personne, moi je me dis que personne d'autre ne pourra prendre soins d'elle comme moi. Parce qu'on ne connaît pas. Parce qu'on ne connaît pas l'étape si là comment elle est née, comment elle a fait pour devenir ce qu'elle est, tu vois un peu noh. Oui, la souffrance, toute la souffrance si personne ne connaît, je suis la parce que même son propre père. Quand il est venu laisser l'enfant ici là, il a fait peut-être trois semaines, il ne voyait pas l'enfant là parce qu'il n'avait même pas le courage de voir l'enfant. Mais moi je vivais ça 24h/24.

Nous : Il n'avait pas le courage de voir l'enfant

Chetima : donc, il n'avait jamais vu un bébé comme ça là, donc quand il voit comme ça là, ça lui fait bizarre. Il est venu voir l'enfant, l'enfant avait déjà, avait déjà un mois une semaine ici là, l'enfant pesait déjà 1 kilo 400 gramme et plus. C'est là qu'il est venu voir l'enfant, maintenant, il est là chaque jour. Donc il ne connaît pas, c'est, c'est seulement moi seule qui connaît comment l'enfant là s'est développé jusqu'à ce niveau si.

Personne, comme maintenant par exemple comme je vais sortir si c'est déjà un gros bébé, je peux arriver à la maison, je donne l'exemple que je sors. Je la laisse avec quelqu'un d'autre, quelqu'un d'autre va négliger parce que la personne ne connaît pas ce que j'ai traversé pour que, parce qu'elles sont au quartier, elles entendent seulement prématurés, prématurés, elles ne connaissent pas qu'il y a des catégories de prématurés, il y a des tonnes, par exemple maintenant, on sait qu'il y a, dans mon quartier que j'ai accouché un prématuré, on a jamais vu, on ne sait pas ce que j'ai traversé.

Quand je vais arriver maintenant, on va voir un gros bébé. Un bébé qui est, ce bébé ne pesait pas un kilo. Personne ne va me croire, donc personne ne peut. Personne d'autre ne va prendre soins de cet enfant comme moi-même, parce que c'est moi seule qui connais ce que j'ai traversé pour arriver à ce niveau.

Nous : Selon vous, quels sont les rôles d'une maman

Chetima : une maman doit bien prendre soins de l'enfant. De sa famille, parce qu'on dit que la mère, c'est la mère de la famille même si le père a déjà 60 ans, c'est toujours la mère qui doit prendre soin de, une maman doit avoir le courage, la patience, la force de pouvoir aimer tu vois un peu noh et de prendre soins de l'enfant, de la famille. Parce que, mon père disait toujours que lui, il est là pour chercher et c'est la mère qui est là pour éduquer et prendre soins, donc c'est la mère qui fait tout dans la famille. Parce que la maman est toujours sur place, la maman est toujours disponible c'est tout ça.

Par rapport à toutes ces attentes, je me, je suis forte, je suis une femme très forte, très vaillante, très courageuse, oui, parce que s'il n'y avait pas tout ça, je ne pouvais pas supporter. Parce qu'il faut avoir le courage pour affronter quelque chose. Si je n'avais pas cette courage-là, je ne pouvais pas arriver, parce que j'ai paniqué au début, il fallait avoir le courage pour pouvoir même toucher mon enfant, il fallait beaucoup de courage. Oui.

Nous : Parlez-moi de ce que vous pensiez durant le moment ce moment

Chetima : je me disais toujours dans mon cœur que pourquoi l'enfant si n'est pas mort à l'accouchement. Oui, je disais toujours ça. Qu'est-ce que je vais faire, qui est même sûr que l'enfant si va même grandir, moi, puisque moi je n'avais jamais vécue ça parce que quand c'est pour quelqu'un d'autre hein ! C'est autre chose et quand il s'agit de toi-même c'est pour toi, puisque quand tu arrives ici là les infirmières ne font rien, elles sont là pour injecter l'enfant.

Personne pour t'aider, toi-même tu fais, bon je n'avais jamais traversé l'étape là. Donc pour moi, c'était très difficile, dans ma tête c'était pourquoi l'enfant là n'est pas parti. Pendant peut-être trois jours, je disais ça. Ce qui a fait en sorte que j'arrête c'est la façon dont l'infirmière a traité, la façon qu'elle, le bébé là criait c'est comme si elle avait mal, je me suis dit que le bébé si se dit que si c'est ma mère qui me lave, je ne vais pas, tu comprends un peu noh j'ai pensé comme ça directement et c'est là que j'ai eu l'amour et effectivement, quand moi-même je la lavais, je ne la traitais pas comme ça. Je prenais bien le temps pour nettoyer doucement, doucement, parfois, je chante même, elle ne pleurait pas. Alors que chaque fois que les infirmières venaient pour la nettoyer, elle pleurait, elle criait, tu vois un peu, c'est un peu ça.

Mon père appelle chaque jour pour me demander si j'ai déjà sorti de l'hôpital.

Nous : Selon vous, qu'est qui a changé chez vous entre avant et après cet accouchement

Chetima : beaucoup de chose ont changé, parce que maintenant, je connais déjà beaucoup de choses. Premièrement, bien prendre soins de l'enfant, deuxièmement, beaucoup de petite chose, peut-être la façon qu'on doit t nourrir l'enfant, la façon qu'on doit faire dormir l'enfant, la façon qu'on doit réveiller l'enfant, la façon qu'on doit faire pour que l'enfant fasse les scelles, la façon qu'on doit faire pour que l'enfant digère bien. Avant, je pensais que je devais seulement me laver et donner le sein à l'enfant. Cet accouchement m'a donné beaucoup de formation, j'ai appris beaucoup de chose et cet enfant-ci.

Annexe 9: CORPUS D'ENTRETIEN AVEC Besba

Nous : bonjour, je tiens tout d'abord à vous remercier d'avoir accepté de partager avec nous votre expérience de l'accouchement prématuré. Comme je vous ai expliqué tout à l'heure, je suis psychologue et je mène une étude sur le vécu des primipares qui ont accouché des bébés prématurés et qui sont encore à l'hôpital.

Besba : Bonjour

Nous : parlez-moi de vous

Besba : Je m'appelle Besba, Je suis originaire de la région du centre, plus précisément d'Ékabita, j'ai 17 ans.

Nous : avec qui vivez-vous ?

Besba : Je reste avec un homme et comme j'ai accouché comme ça l'homme a décidé que je dois rester chez lui. Chez nous alors, on dit avant que, avant que la femme ne doive aller rester avec l'homme, l'homme doit d'abord venir donner les choses dans la famille de la femme.

Nous : comment s'est déroulée la grossesse ?

Besba : La grossesse s'est passé bien, donc je n'ai pas eu les problèmes avec la grossesse, je mangeais tout, n'importe quoi. Donc et l'enfant était, était, il n'avait pas trop de conséquences. (Soupir) Durant la grossesse, je ressentais la fatigue, elle était dans mon ventre, donc elle bougeait, elle bougeait bien et ne dérangeait pas.

Nous : et comment est-ce que vous imaginiez votre enfant

Besba : J'imaginai que je voulais bien l'accouchée dans les bonnes conditions, je voulais qu'elle soit aussi princesse comme les autres, comme moi aussi. Comme moi bon. Moi j'ai accouché à 07 mois. Je l'ai accouché à 07 mois et la douleur (rire), la douleur là, ça m'a fait fort, mais j'ai accouché, elle ne... parce qu'elle était très petite. Maintenant elle est un peu déjà une fille labas.

L'accouchement a commencé un jeudi comme ça, j'étais bien bien, j'ai lavé les habits je ne connaissais pas parce qu'on m'avait dit que j'accoucherai le 26 novembre et moi je me trouve que j'ai accouché le 29 aout, le 29 aout comme ça à 11h je ressens comme si j'avais mal au ventre, le bas ventre commence à me faire mal. Et je me demande que le ventre n'est pas encore à terme, mais je, qu'est-ce qui arrive ? À quelle heure comme ça ? J'ai commencé à avoir mal comme ça pour alors. Je suis parti où on conduit, les visites alors ils ont dit que je ne peux pas accoucher là-bas, c'est là où j'ai su que c'est un bébé prématuré.

Nous : qu'avez-vous ressenti en ce moment

Besba : hummm je priais seulement qu'elle vive. Là-bas alors, on m'a conduit à Efoulan et j'ai accouché à Efoulan et Efoulan a dit que mon bébé est prématuré, on cherche la couveuse, nous sommes allés à la fondation, la fondation est pleine et on a envoyés ici là et ici alors, pour prendre soin du bébé, on a tardé 5 h on reste là, la nuit nous a trouvé donc on donne trop la

pression. Pour mettre l'enfant dans la couveuse, on nous a d'abord demandé 50 milles et on a dit qu'on n'a pas encore, qu'on mette d'abord l'enfant dans la couveuse.

Ici là c'est un peu compliqué, il y a beaucoup des ordonnances qu'on nous donne, on met beaucoup la pression pour qu'on paie l'argent, on ne veut pas attendre. On ne veut pas accepter de donner la facture cash une fois que l'enfant doit d'abord finir avec, on ne veut pas comme ça. Il y a aussi, nous aussi on dit qu'on doit donner court court comme ça pour que la facture ne doive pas peser à la fin. Ça se passe bien. Ici, ma mère vient, ma belle-mère aussi et mon mari vient aussi me rendre visite.

Nous : comment vous sentez vous lorsque vous êtes avec votre enfant

Besba : Quand je porte mon enfant, ça me fait la joie au cœur, comment c'est bien, comment Dieu m'a donné l'enfant. Je suis très fière. Je me vois déjà comme une mère aussi, comme une mère d'enfant aussi. Soupir, je dois aussi faire que mon enfant guérisse pour que je rentre aussi. Je suis venu, je suis venu faire la santé à mon enfant. Donc je ne dérange personne, tout le monde reste sur son problème.

Ce qu'on attend d'une maman comment ? On attend que je dois accoucher le bébé, je dois laisser que l'enfant grandisse, je ne dois pas traverser l'enfant c'est-à-dire couché encore avec mon donc je ne dois pas coucher encore avec un autre homme en dehors de mon mari, À part son père.

Nous : et vis-à-vis de votre enfant ?

Besba : Je la mets dans la propreté, donc je ne dois pas la laisser dans la saleté. Je dois la mettre dans la propreté pour qu'elle soit aussi en bonne santé parce que c'est la santé qu'on veut.

Nous : pouvez-vous me parler des rapports entre les mères et les infirmières ?

Besba : ils sont là, on ne sait jamais, donc ils sont là. Quand ils demandent quelque chose là comme la sonde, mais quand tu achètes tu déposes là-bas, ça va rester là jusqu'aaaa. Ils ne lavent pas souvent les enfants, ils dorment. Ils sont là comme ça même si tu as un problème tu appelles personne ne vient, ils disent seulement on arrive. Il y a précisément une équipe qui se comporte ainsi et une autre équipe qui est sévère que, même l'autre là, tu ne peux même pas dire bonjour. Ils sont comme ça il y a les équipes et les équipes. Comme l'équipe qui est là aujourd'hui est bien, mais il y a les autres équipes que.

On vit avec eux comme ils vivent avec nous comme ils sont là comme ça. Si on part voir le major, là ça ne se passe pas bien. On se plaint aussi d'eux, eux aussi, ils se plaignent de nous en disant que nous sommes les mères d'enfant. Ils nous prennent comme-ci nous ne sommes pas les êtres humains alors que nous sommes aussi les êtres humains comme eux. C'est pour ça qu'ils nous insultent.

Je prends soins de mon enfant parce que c'est mon enfant je ne suis pas ici pour eux. C'est pour mon enfant, c'est pour le bien de mon enfant que je viens faire. Parce que je sais que c'est

leur métier là-bas, je ne leur parle pas de ma part parce que c'est leur travail. Quand je leur gronde comme ça, les qui vont encore continuer de prendre soin. Pour aller dans la salle où il y a les enfants, on doit laver les mains, on tailler les ongles, on doit enlever le pull, donc on n'entre pas là-bas avec les pulls. On entre avec les robes, les courtes manches, donc on lave les mains pour que les bébés soient en bonne santé, donc on ne touche pas le bébé de l'autre. Ici c'est très chers, même si tu fais le Kangourou, on dit que tu ne fais pas parce que lorsqu'ils veulent déjà l'argent ils disent que tu n'as pas fait le Kangourou parce que les 5 milles là c'est beaucoup et ils ne veulent pas diminuer l'argent.

Comme la couveuse c'est 5 mille, quand tu fais le Kangourou, on diminue 2 milles et ça fait 3 milles. Quand tu as beaucoup fait le Kangourou et ça va diminuer beaucoup, ils refusent parce qu'ils veulent bénéficier.

Nous : parlez-moi des interdits, ou des choses que la femme enceinte ne doit pas faire chez vous.

Besba : oui, il y a les interdits, les choses que la femme enceinte ne doit pas faire, ce qu'une femme enceinte doit faire. Une femme enceinte ne doit pas, elle ne doit pas beaucoup travailler, elle ne doit pas beaucoup, elle ne doit pas beaucoup marcher parce qu'il y a la fatigue, parce que la fatigue norh, elle doit rester sur place. Comme moi je travaillais alors beaucoup c'est là que j'ai accouché le bébé prématuré. C'est à cause de beaucoup travailler noh, tu ne dois pas beaucoup secouer ton corps.

Nous : parlez-moi de votre bébé

Besba : je veux aussi qu'elle grandisse parce que comme les bébés meurs ça me fait peur. Je prie aussi qu'elle grandisse dans les bonnes conditions. Bientôt je vais atteindre un mois ici. Parce qu'elle est née avec 800 grammes et elle a déjà atteint plus d'un kilo ici. Maintenant, elle doit seulement manger et récupérer, elle n'a plus aucun problème là-bas, tout le monde dit qu'elle, même les médecins disent qu'elle n'a plus de problème. Son problème c'est manger, avoir le poids pour qu'on rentre chez nous. Elle prend le poids, elle était très petite. Quand je la regarde, les joues sortent même déjà.

Quand je l'ai vu pour la première fois, la chair de poule est sorti sur moi parce qu'elle était petite, j'ai même déjà peur de la toucher parce que j'avais peur qu'elle va seulement se casser. Maintenant, je suis déjà fière de la voir comme ça. Parce que je sais qu'elle va s'en sortir. Ça se voit parce qu'elle n'a pas de problème, depuis que je suis ici, mon enfant n'a pas de problème de, donc les ordonnances là, les transfusions, mon enfant n'a pas ça. Elle est en bonne santé même les médecins sont d'accord, mon problème avec elle c'est qu'elle mange, on rentre, c'est ce qu'on nous demande ici.

Nous : vous aviez peur de la toucher ?

Besba : oui oui, la première fois, elle était très petite, toute petite et c'était comme-ci elle allait se casser, c'était dur pour moi de voir mon bébé qui était petite. Mais maintenant, je reste beaucoup avec elle, je n'ai plus peur. Parce qu'elle prend le poids, elle a déjà les joues et je suis contente.

Annexe 10: CORPUS D'ENTRETIEN AVEC NDEZE

Nous : bonjour, je tiens tout d'abord à vous remercier d'avoir accepté de partager avec nous votre expérience de l'accouchement prématuré. Comme je vous ai expliqué tout à l'heure, je suis psychologue et je mène une étude sur le vécu des primipares qui ont accouché des mois avant le terme de la grossesse.

Ndeze : bonjour

Nous : parlez-moi de vous, de votre famille

Ndeze : Entre mes parents et moi, il n'y a pas de souci, on s'entend bien, on s'entend très bien. Et avec mes sœurs, tous marche comme sur les roulettes. Ma maman est mon père et en même temps ma mère, tous ce qu'elle fait pour moi, c'est en même temps comme homme et en même temps comme femme. Elle est mes deux parents. Ma mère m'a accouché avant de se marier. C'est un peu ça.

Nous : Parlez-moi du déroulement de votre grossesse

Ndeze : La grossesse s'est très bien déroulée. Quand j'ai même su que j'étais enceinte des jumeaux, une fille et un garçon. La grossesse s'est bien déroulée, tout se passait bien, je dirais très bien même, j'attendais les jumeaux, j'étais très fière très contente, car je suis « magne » et chez nous à l'Ouest on nous respecte beaucoup noh ! J'étais contente de moi. Comme je disais, je faisais mon trousseau pour deux bébés, ce qui fait que j'achetais tous par pair, deux deux. Tout se passait bien bien, même à la veille, l'échographie n'a rien montré tout était normal à part le fait qu'on m'a dit que je devrais accoucher par césarienne. Tout était bien.

J'étais fier jusqu'à donc même le trousseau, j'ai tout apprêté deux deux j'ai faits deux deux. J'ai faits tout deux deux. Je suis allé faire l'échographie le 04 septembre, avant ça même, avant ça, j'ai fait deux échographies, tout était normal.

Les deux bébés étaient séparés et le 04 septembre, les deux bébés étaient en position siège et on m'a dit que non ça ne dérange pas c'est lors de l'accouchement c'est par opération. J'ai dit que non il n'y a pas de souci. On réfléchissait déjà sur comment on doit faire. Je rentre à la maison, le même soir, vers deux heures, je comprends, je comprends, je comprends comme si c'était le robinet noh, je me lève, c'est le sang, je saigne à deux heures.

Pourtant j'ai fait l'échographie le 04 septembre tout allait bien et je saigne à deux heures, ils ont appelés ça hématome placentaire c'est là où, c'est là où je suis, c'est là où on m'a envoyé à l'hôpital. Je suis d'abord parti au CHU là-bas, on ne pouvait rien faire. On m'a donc envoyé ici là. J'ai accouché à 30 semaines 2 jours. Et moi j'ai perdu le sang tellement même.

On m'a dit qu'on va m'opérer le lendemain matin et maintenant alors vers huit heure on a programmé l'opération parce que on pouvait rien faire, non seulement retourner les enfants. On ne pouvait rien faire, non seulement parce que ...c'est comme ça qu'on a fait et tout et tout et tout et on a programmé l'opération. Et un des enfants est parti et la fille est restée et après maintenant, le temps de, le temps de mettre dans la couveuse on traine encore et le garçon meurt

noh, le garçon avait 1k500 grammes et la fille avait 1080 grammes. Pour le moment, elle a presque, elle maintenant à ...

Nous : est-ce que durant la grossesse, il y avait des interdits que vous devriez respecter ?

Ndeze : non non, rien, il n'y a rien de mauvais chez nous hein ! Il n'y a rien puisque moi je me reposais suffisamment. Je ne faisais pas de travaux, je ne faisais pas de travaux difficile, je ne faisais rien comme travaux dures. C'est pour ça que ça m'a tellement étonné que c'est quelle façon ça ! Que dans une grossesse gémellaire qu'à la fin... donc autant de chose noh ! C'est bizarre, mais chez nous, il n'y a pas de complication hein !

Nous : puisque vous dites que c'est bizarre, quelles étaient vos attentes vis-à-vis de la grossesse

Ndeze : j'ai tellement apprêté ça j'achète toutes les choses deux deux pairs pair. Donc je ne sais même pas comment je vais faire avec les habits. C'est énorme chez moi, les habits là c'est énorme. Tout est énorme, j'achetais pair par pair deux deux. Je parlais tout le temps à mes bébés, je leur racontais les trucs, tu vois noh !

Je ne sais pas comment expliquer ça. Tellement je suis choquée, je ne reste qu'avec la fille, elle va quand même me consoler. Je l'ai trop apprêté et tout le monde attendais ça et son père lui-même beaucoup.

Nous : parlez-moi de votre accouchement

Ndeze : ça me fait, ce n'est jamais, ni en, je ne sais pas comment vous expliquer ça. Je n'ai jamais, pour moi, c'est étrange je ne pouvais pas m'imaginer qu'un jour ma première grossesse, je pouvais passer par là. Donc c'est déjà, presque un mois dehors. Donc vous voyez un peu que c'est un peu traumatisant.

Subitement, il fallait accoucher et j'ai accouché. C'est très difficile pour moi de ne pas savoir la cause de ce qu'ils ont appelé l'hématome placentaire, je ne sais pas ce qui a bien pu causer ça. Et depuis, je me pose les questions du genre, pourquoi ça m'est arrivé ? Pourquoi je n'ai pas pu aller jusqu'à terme de ma grossesse alors que les autres mamans le font. J'ai parfois l'impression que j'ai échouée quelque part.

Nous : l'impression que vous avez échouée ?

Ndeze : Oui oui, quand tu vois les autres porter les grossesses jusqu'à terme, d'autres parfois dépassent le terme et que toi tu ne parviens pas tu vois noh ! C'est comme si tu en es incapable, comme si tu ne peux pas faire comme elles noh. Parce moi je pense que c'est bien d'aller jusqu'à terme pour que l'enfant soit bien formé. Cet accouchement est hors normes, je dirais même c'est un accouchement, je ne m'attendais pas à accoucher à 30 semaines, je n'aurai jamais imaginé que ça pouvait se passer ainsi.

Nous : qu'avez-vous ressenti en ce moment

Ndeze : c'était un choc hein ! Comment accouché à trente semaines ? C'est bizarre noh quand tu n'es pas à terme, c'est bizarre, j'ai ressenti un choc maintenant, malgré cela je suis quand même en vie noh, celle de mon bébé aussi. Je ne connais pas la cause de cet accouchement. Il y a même il y a même mon dossier qui est là-bas, hématome hématome quoi là placentaire, j'ai demandé à mon mari de chercher ça donc je ne sais pas ce qui c'est dû à quoi. Mais je n'ai pas pu, je n'ai pas pu voir la cause, je n'ai pas pu, je n'ai pas pu.

Quand on m'a dit que je devais accoucher, j'avais l'impression que tout s'effondrait ; il y a à peu près tout qui s'effondre parce que j'imaginai ma grossesse d'une certaine façon, je savais qu'elle devrait encore durer plusieurs semaines. En ce moment, j'ai eu comme l'impression qu'on m'enlevait quelque chose, comme si on me volait ma grossesse qui devrait encore mettre beaucoup de temps avant l'accouchement.

Nous : quels sont vos rapports avec les autres femmes et les infirmières

Ndeze : avec les autres femmes comme moi, je me dis que je ne suis pas seule parce que n'importe qui passe par-là donc moi-même je vois que je ne suis pas la seule. Beaucoup ont perdu un bébé et elles sont avec moi, je ne suis pas seule...

Les infirmières se battent à leur niveau, mais elles doivent fournir un peu d'effort pour bien grandir noh. Donc le parent, don à peu près deux équipes noh mon problème c'est que si mon enfant à un problème, je m'en vais vers un personnel et là je m'en et là je passe dessus. Mon problème c'est que mon enfant soit en bonne santé et qu'on puisse s'arranger. Donc nous sommes ici, je ne peux pas.

Ma famille, mes amis m'assistent moyennement, financière et tout et tout

Nous : parlez-moi de la première fois que vous avez vu votre enfant

Ndeze : la peur de ça !tellement, je ne sais pas trop comment vous expliquer ça, mais il est bien vrai, concrètement, la peur de toucher l'enfant, la peur de avec le temps, je me suis habituée par ce que c'est la chair de ma chair. Mais aujourd'hui, elle a beaucoup changé par rapport au début. Elle était petite noh ! Mais avec le temps, elle se développe, elle fait des trucs.

La première fois que je l'ai vu, j'étais dépassée, elle était si petite, c'était un choc pour moi et je m'étais sentie mal, elle était trop petite, elle ne ressemblait pas à un bébé normal, elle n'avait pas toutes les formes, elle avait l'air d'aller mal et moi je me disais que je ne parviendrais jamais à m'occuper d'un bébé si petit, j'avais peur de la casser. Je n'avais jamais imaginé devoir m'occuper de quelque chose de pareil, je ne m'imaginai jamais traverser une situation comme ça ! Tout à changer subitement, tous ce que j'imaginai pour mes enfants et moi en une nuit est parti et il fallait faire face à cette situation.

Au début, je ne me suis pas sentie mère de ce bébé si petit, je me demandais si c'était vraiment mon enfant, mais au fur et à mesure que le temps passait, ça venait petit à petit et à chaque fois qu'on se regarde, je me sens être sa maman, je réalise qu'elle est vraiment ma fille et en même temps, je sens qu'elle a besoin de moi et je ressens, je réalise que je suis sa maman. Et à chaque fois que je la porte, malgré qu'elle soit encore petite, elle est contente. Chaque fois

qu'on se regarde, il y a quelque chose qui est très fort entre elle et moi, et ces moments font en sorte que je me rends compte, que je ressens que c'est ma fille.

Les premiers jours, quand j'ai commencé à m'occuper d'elle parce qu'on m'a opéré, les premiers jours, ce n'est pas moi qui m'occupais d'elle, c'était ma sœur, les premiers jours quand j'ai commencé, c'était comme si c'était, comme si il n'y avait rien entre nous comme si elle n'était pas mon bébé, mais avec le temps, puisque je m'occupe d'elle toutes les deux heures, on passe beaucoup de temps ensemble ; c'est comme si je retrouvais quelque chose qu'on m'a enlevé, quelque chose de précieux qu'on m'avait volé.

Je ne pensais pas que ce soit un bébé normal, elle pleurait, mais c'est comme si ce n'étaient pas les vrais pleurs de bébés, ils n'étaient vraiment pas de vrais pleurs de bébés. Elle était toute petite, on aurait dit une poupée. Je ne voyais aucunes ressemblances (silence) avec moi, il y avait rien.

Du coup, je ne ressentais rien pour elle, c'était comme si elle était mon bébé, mais il n'y avait aucun lien entre nous. Mais comme ici à l'hôpital, personne ne s'occupe de l'enfant de l'autre, j'étais obligé de m'occuper d'elle-même si je ne ressentais rien et j'avais très très très peur de la toucher, de la porter, mais j'étais obligé parce qu'ici, c'est une seule personne qui doit s'occuper de l'enfant, même les infirmières ne s'occupent pas de l'enfant de quelqu'un.

Elles sont là pour nous dire ce qu'il faut faire, comment faire et aussi, s'il y a un problème avec l'enfant, elles vont gérer, mais dire qu'elles vont rester là à regarder l'enfant de l'autre, non. Même si toi la mère tu es malade, tu es obligé de t'occuper de ton enfant et ça il faut le faire toutes les 2 heures, le jour comme la nuit. Il faut monter, il faut descendre, il faut s'occuper du bébé toute les deux heures, c'est vraiment pénible. Tu n'as pas assez de temps pour te reposer parce qu'il faut, il faut.

Ici à l'hôpital, on fait le kangourou, ce qui nous permet d'entrer en connexion avec l'enfant tu vois noh. Même si l'enfant est petit comment, tu le sens, son cœur et tous noh ! Avec le Kangourou, c'est comme si elle était encore dans le ventre tu vois noh ! Quand je commence, j'ai l'impression qu'il y a quelque chose qui nous liait, qui nous attachent l'une à l'autre.

Je ne comprends pas tout, je pleure et je n'arrive pas à comprendre ce que signifie cet accouchement qui vient à 30 semaines.

Annexe 11 : CORPUS D'ENTRETIEN AVEC Mengue

Nous : Bonjour je tiens d'abord à vous remercier d'avoir accepté de participer à cette étude. Je souhaite que vous vous présentiez en quelques mots.

Mengue : ah ! rire Je m'appelle Mengue, J'ai 26 ans et je suis originaire d'une famille de 8 enfants. Je suis la dernière-née. Mon père est mort quand j'étais encore enfant, je ne me rappelle pas de l'âge que j'avais peut-être 3 ou 4 ans. J'ai arrêté mes études après le baccalauréat A4 allemand, et actuellement je ne travaille pas, mais j'ai des projets de faire une formation en hôtellerie ou autre chose. Ça fait déjà trois semaines que je suis ici à l'hôpital parce que j'ai accouché à 6 mois et demi et depuis là le bébé est hospitalisé ici.

Nous : comment sont vos relations avec votre mère et vos frères et sœurs ?

Mengue : Avec ma mère, c'était là. Elle ne se préoccupait pas trop de nous, maintenant on est en contact, mais on ne se s'entend pas trop. Avec mes frères et sœurs on s'entend bien ; je dirai même très bien. Avec mes frères, il y a une sorte de complicité, entre nous.

Nous : pouvez-vous me parlez de votre grossesse

Quand j'étais jeune, je ne voulais pas entendre parler de fonder une famille, mais quand j'ai rencontré mon mari il y a de cela 2 ans, j'ai commencé à avoir envie d'avoir un enfant, je ne sais pas pourquoi ce changement était rapide.

La grossesse se passait bien. C'est juste qu'au début vers 3 ou 4 mois, j'ai eu des petites complications. Ça a continué jusqu'à 5 mois 5 mois et demi. Il y avait des moments je saignais, je partais à l'hôpital, il n'y avait pas grand-chose. Après les examens, on me donnait quelques médicaments et ça s'arrêtais.

En dehors de ça tous se passait normalement jusqu'à 6 mois et demi. J'ai accouché à 6 mois et demi, l'accouchement a commencé brusquement. Je ne m'attendais pas à ça, je n'imaginai pas, jamais accouché si tôt. Toutes les échographies que j'ai faites ne montraient rien d'anormal.

Nous : qu'elles étaient vos attentes vis-à-vis de votre grossesse ?

Mengue : Pendant la grossesse, pensais beaucoup à mon bébé, j'imaginai comment il sera, comment j'allais jouer avec lui, tout ce qu'on allait faire ensemble. J'étais très contente parce que j'allais avoir mon enfant, mon bébé dans les bonnes conditions. Bonnes conditions du genre j'accouche à neuf mois, je rentre avec le bébé à la maison, tout se passe bien. Mais tout ne s'est pas passé comme je m'imaginai. Au lieu de neuf mois, j'ai accouché à six mois.

Nous : parlez-moi de votre accouchement

Mengue : c'était le mercredi 29 juillet si je ne me trompe pas. L'accouchement a commencé seulement comme ça comme ça j'ai eu très mal au bas ventre, au début, je me disais que ça allait passer que ça allait se calmer. La douleur ne faisait qu'augmenter ; c'est là que je suis allée à l'hôpital. Une fois à l'hôpital, je suis allée où je faisais les consultations. Quelques

minutes après, la poche des eaux s'est rompue. C'est là que les femmes qui étaient là m'ont dit que je devrais accoucher. Qu'il n'y a plus rien à faire. Tellement j'avais mal, que je ne pensais à rien d'autre qu'à la douleur. Je n'avais jamais eu autant mal de ma vie. C'était la première fois je ressentais une douleur pareille.

Quand on m'a annoncé que j'allais accoucher, malgré la douleur, je me suis posée beaucoup de questions. Les questions du genre pourquoi ça m'arrive, qu'est-ce que cela signifie, par la suite ça va être quoi ? J'étais vraiment dépassée, car je ne comprenais rien à ce qui se passait.

Après l'accouchement, je n'ai pas vu l'enfant, car, il fallait qu'on cherche la couveuse pour le mettre. Ça s'est passé si vite, moi qui m'attendais encore à passer encore environ trois mois avec mon gros ventre, je venais d'accoucher à 6 mois. J'étais là, c'est comme si il me manquait quelque chose, comme si on venait de prendre une partie de moi, bref je ressentais un vide.

Nous : après combien de jours avez-vu votre bébé ?

Mengue : C'est le lendemain que je suis venu ici pour m'occuper du bébé parce qu'ici, il fallait qu'une personne soit là tout le temps.

Nous : qu'avez-vous ressenti la première fois que vous avez vu votre bébé ?

Mengue : La première fois que j'ai vu mon bébé, j'ai eu peur, il était là très petit. Je ne m'imaginai pas qu'un bébé peut être si petit dans ma tête, je savais qu'il devrait être comme les autres bébés que je vois souvent. Il était avec la tête, le corps, tout comme les autres bébés, mais très petit. En ce moment, je n'avais pas le courage de le regarder. C'était bizarre, je ne savais pas comment faire avec ce petit bébé. Heureusement qu'ici on n'autorise qu'une seule personne à entrer où il y a les bébés et à voir l'enfant. Je ne voulais pas que mes frères voient mon bébé comme ça. Moi-même je n'arrivais pas à croire que c'était mon bébé.

Maintenant, il commence à prendre le poids petit à petit, il bouge beaucoup. C'est un combattant courageux fort, mais quand il n'y a personne auprès de lui, il pleure beaucoup, comme s'il avait peur d'être seul (rire). Il aime bien quand je suis là, quand je fais le kangourou.

Nous : pouvez-vous me dire pourquoi il aime bien lorsque vous faite le Kangourou ?

Mengue : Quand je fais le kangourou, il se sent bien et moi-même j'ai l'impression qu'il y a quelque chose qui nous liait les deux. Un peu comme, quand j'étais encore enceinte. Moi-même je me sens très bien quand je l'ai ainsi. Je ressens sa peau sur mon ventre. Il est très content et son regard est comme s'il disait merci maman. J'aime bien ces moments et lui aussi parce qu'on est bien.

Nous : et l'allaitement ça se passe comment ?

Mengue : Oh ! Quand je le nourris, c'est bien. Pour le moment, il n'a pas encore la capacité de téter tout le temps, donc c'est avec la seringue que je le, lui donne, que je le gave. On presse le lait, après on tire avec la seringue jusqu'au nombre de cc qui convienne à l'enfant.

Lui pour le moment, il a besoin de 20 à 25 cc. Je suis très contente quand je le nourris. Ce sont les petits moments de joie que nous avons ici à l'hôpital.

Les mères des enfants prématurés travaillent beaucoup ici à l'hôpital. Elles souffrent beaucoup. Elles n'ont pas le temps de repos. Comme vous l'avez sans doute constaté, elles doivent prendre soins de l'enfant toutes les deux heures de jour comme de nuit. Qu'elle soit en santé ou pas, ce n'est pas facile, même dormir ce n'est pas évident. À côté de ça, il y a l'état de l'enfant qui parfois tu arrives, tu vois certains bébés ou même ton bébé très malades. Ça fait souffrir les mamans, elles pleurent beaucoup et chacune prie pour que son enfant s'en sorte parce que ça fait peur. Il y a les matins que vous venez comme ça, vous trouvez que peut-être un enfant est mort. Il y a aussi les factures qui viennent tous les jours. Il faut monter, il faut descendre, il faut courir à gauche à droite pour acheter les médicaments.

Heureusement qu'il y a mes frères qui me soutiennent beaucoup ; de temps en temps, ils me donnent de l'argent qui me permet de payer les factures où de prendre le petit déjeuner. Il y a aussi la famille de mon mari qui nous soutient aussi. Sans leur soutien, ça allait être plus difficile que maintenant. Chaque jour je remercie Dieu pour tout ce qu'il fait pour nous.

Je dis aussi merci aux équipes qu'il y a ici. Il est vrai qu'il y a certaines équipes qui, avec qui c'est très difficile. Elles grondent tout le temps, elles ne prennent pas le temps pour vous expliquer ; tu pars vers elles pour poser une question, elles te grondent seulement. Mais il y a d'autres équipes avec les mamans très gentilles qui prennent le temps de bien vous expliquer quand vous demandez quelque chose ou posez une question.

Elles nous aident beaucoup parce qu'il y a les jours que tu arrives en salle et que tu trouves ton bébé malade, quand tu es dépassée, elles t'encouragent, te réconfortent. C'est ça qui te donne la force de supporter. Il y a aussi les autres mamans de prématurés. Elles te réconfortent et te soutiennent. Ça te permet de ne pas te sentir seule. Quand dans cette situation, tu vois encore d'autres personnes qui vivent la même chose que toi, qui partagent les mêmes souffrances que toi, ça te fait savoir que tu n'es pas seule et ça te donne le courage et la force de continuer jusqu'au bout.

Nous : parlez-nous des soins apportés au bébé

Mengue : Prendre soins des bébés prématurés n'est pas très facile, mais ici avec les équipes et surtout les anciennes. Les mamans qui sont là depuis, elles apprennent à celles qui viennent d'arriver comment on lave l'enfant, comment on le nourrit, comment, comment, bref elles expliquent les règles à respecter. Les équipes font également ce travail. Il y a beaucoup de choses que je ne connaissais pas avant, mais maintenant, avec tous ce que j'ai appris aujourd'hui je sais que je peux déjà bien prendre soin de n'importe quel bébé (sourire). Avec les bébés prématurés, il faut faire attention, car la moindre erreur peut avoir de grosses conséquences. Tout doit être sûr et précis les équipes étaient là pour nous guider pas à pas.

Juste après l'accouchement, comme je vous ai dit, j'ai ressenti un vide, comme si on m'avait arraché quelque chose du ventre. Et je me sentais incapable de faire quoi que ce soit.

J'ai également ressenti cela lorsque j'ai vu mon bébé pour la première fois. Je ne pouvais rien, c'est avec le temps que j'ai pu, que j'ai aussi...

Nous : et en ce moment ?

Mengue : En ce moment, je ne me sentais pas mère de cet enfant parce que je ne pouvais pas prendre soins de lui, je ne pouvais pas lui donner le sein, le changer, le porter comme les autres mères le font avec leur bébé. Maintenant, avec le temps j'apprends, je fais des efforts pour être une bonne mère pour lui. Et chaque jours, le voir évoluer je suis contente.

Nous : par rapport à votre maman, comment vous positionnez vous en tant que mère ?

Mengue : Même comme j'ai accouché dans ces conditions et que je ne savais quoi faire, je me disais tout le temps que je dois être différente de ma mère. Je ne dois pas traiter mes enfants comme elle nous a traités. Elle n'avait pas trop notre temps, ce sont les grands qui s'occupaient des plus petits la majorité du temps. Ma mère était un peu du genre je m'en fou ou irresponsable. Moi je veux être là pour mes enfants. Je ne veux pas faire vivre à un enfant ce que j'ai vécu.

La première fois, je n'ai pas pu toucher mon bébé, il était si petit et c'était comme si il allait se casser. J'avais peur qu'en le touchant, le lui fasse mal. J'étais incapable de le toucher. Quand je suis avec lui je me sens bien surtout quand on fait le kangourou. Au début, je ne lui parlais pas trop, j'avais l'impression qu'en lui parlant, il ne comprenait pas, mais quand j'ai vu d'autres mamans parler à leur bébé, j'ai aussi commencé à lui parlé.

S'agissant de ce que je ressentais au moment d'entrer en contact avec mon bébé, en plus de la peur, je sentais un truc, je ne sais pas comment vous expliquer ça. Comme si mes pieds tremblaient. Je me sentais triste, j'avais envie que tout aille plus vite.

Nous : selon vous qu'est-ce qui peut expliquer votre accouchement

Mengue : Je me demandais bien ce qui avait pu causer cet accouchement, je me demandais si j'ai pas faits quelque chose que je n'aurai pas dû sans le savoir. Je me dis aussi que c'est le destin, qui a voulu que j'accouche ainsi, dans ce cas je ne pouvais rien faire à part suivre mon destin. Mais avec le temps je me suis adapté et j'essaye de surmonter, car il y aura toujours les bons et les mauvais moments. Les autres ici m'aident, on s'entraide à surmonter.

L'accouchement s'est passé si vite et je ne m'y attendais pas du tout. J'étais là comme si je n'étais pas là malgré la douleur. J'étais comme si j'assistais à une chose qui ne me concernait pas. Pour essayer de comprendre ce qui s'est passé, je me raconter souvent tout ça dès le début.

Mon souhait maintenant c'est qu'il prenne vite le poids, pour qu'on puisse sortir de l'hôpital pour qu'on puisse rentrer chez nous. J'ai pu apprendre à le comprendre avec le temps. Au début ce n'était pas facile, je ne savais pas que j'allais y arriver, mais aujourd'hui, je me sens capable de prendre soins de lui seule. Oui en trois semaines on apprend beaucoup et on prend soins des bébés toutes les deux heures. Ce que tu ne connais pas, demande aux autres mamans ou aux infirmières. On apprend beaucoup et on pratique (rire).

Avant j'entendais souvent parler des bébés prématurés, je n'imaginai pas que c'est comme ça qu'on souffre avec ces bébés. Il y a d'abord l'accouchement que tu ne comprends pas, ensuite il faut faire des mois à l'hôpital avec tout le stress ; chaque jour tu as peur que ton enfant va mourir. Tu es seulement tu pries, moi comme ça je ne peux même pas blaguer avec mon bébé, avec toute la souffrance ci.

ANNEXE 12 : ATTESTATION DE RECHERCHE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES ARTS, LETTRES ET
SCIENCES HUMAINES

B.P. 755 YAOUNDE
Tél : (237) 22 00 97 18

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF ARTS, LETTERS AND
SOCIAL SCIENCES

P.O. BOX: 755 YAOUNDE
Phone: (237) 22 00 97 18

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Jacques Philippe TSALA TSALA**, Professeur des universités, Chef du Département de Psychologie, atteste que **M. KONFO TCHOLONG Clémence Idriss** matricule **12C049** a libellé son sujet de thèse de doctorat Ph/D en Psychopathologie et clinique comme suit:

« Accouchement prématuré et maternalité : clinique du devenir mère chez la femme ayant un nouveau-né prématuré au Cameroun contemporain »

Ses travaux s'effectuent sous la direction du **Dr. NDJE NDJE Mireille**, chargé de cours et du **Pr. Jacques Philippe TSALA TSALA**.

En foi de quoi la présente attestation lui est délivrée pour valoir et servir ce que de droit.

Fait à Yaoundé le **15 FEB 2019**

Le Chef de Département



ANNEXE 13: ACCORD DE PRINCIPE DU CO-DIRECTEUR

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix- Travail – Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES ARTS, LETTRES ET
SCIENCES HUMAINES

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace- Work – Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF ARTS LETTERS AND
SOCIALS SCIENCES

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

Yaoundé le 05/08/2019

ACCORD DE PRINCIPE DU DIRECTEUR DE RECHERCHE

Je soussigné NDJE NDJE Mireille, chargée de cours au département de psychologie de l'Université de Yaoundé I atteste donner mon accord de principe pour la recherche de **KONFO TCHOLONG Clémence Idriss**, Matricule 12C049 sur son sujet de thèse de Doctorat/Ph.D. En psychopathologie et clinique, intitulée :

« *Réorganisation psychique et transfert de l'originare : clinique du devenir mère chez la femme ayant un nouveau-né prématuré au Cameroun contemporain* ».

Co-Directeur de Thèse

Ndje Ndje Mireille
Ph/D en Psychopathologie
et Clinique

ANNEXE 14 : CLAIRENCE ÉTHIQUE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
HOPITAL GYNECO-OBSTETRIQUE
ET PEDIATRIQUE DE YAOUNDE
HUMILITE – INTEGRITE – VERITE – SERVICE



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace-Work-Fatherland
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
YAOUNDE GYNAECO-OBSTETRIC
AND PEDIATRIC HOSPITAL
HUMILITY – INTEGRITY – TRUTH – SERVICE

COMITE INSTITUTIONNEL D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE
POUR LA SANTE HUMAINE (CIERSH)

Arrêté n° 0977 du MINSANTE du 18 avril 2012 portant création et organisation des
Comités d'Ethiques de la Recherche pour la santé Humaines. (CERSH).

AUTORISATION N° 938 /CIERSH/DM/2019

CLAIRANCE ETHIQUE

Le Comité Institutionnel d'Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine (CIERSH) a examiné le 29 aout 2019, la demande d'autorisation et le Protocole de recherche intitulé « réorganisation psychique et transfert de l'originare : clinique du devenir mère chez la femme ayant un nouveau-né prématuré au Cameroun contemporain » soumis par l'étudiant KONFO TCHOLONG CLEMENCE IDRIS.

Le sujet est digne d'intérêt. Les objectifs sont bien définis. La procédure de recherche proposée ne comporte aucune méthode invasive préjudiciable aux participants. Le formulaire de consentement éclairé est présent et la confidentialité des données est préservée. Pour les raisons qui précèdent, le CIERSH de HGOPY donne son accord pour la mise en œuvre de la présente recherche.

KONFO TCHOLONG CLEMENCE IDRIS devra se conformer au règlement en vigueur à HGOPY et déposer obligatoirement une copie de ses travaux à la Direction Médicale de ladite formation sanitaire.

Yaoundé, le 12 SEPT 2019

LE PRESIDENT



ANNEXE 15 : ARTICLE PUBLIÉ : Ndje Ndje, M., Konfo Tcholong, C.I., Tsala Tsala, J-P. (2020). Shoring and resilience : the resilience process of mothers of premature children. *Psychol and behav Sci Int J*, 15(3).



Research Article

Volume 15 Issue 3 - September 2020
DOI: 10.19080/PBSIJ.2020.15.555915

Psychol Behav Sci Int J

Copyright © All rights are reserved by Ndje Ndje Mireille

Shoring and Resilience: The Resilience Process of Mothers of Premature Children



Ndje Ndje Mireille^{1*}, Konfo Tcholong Clémence Idriss² and Tsala Tsala Jacques-Philippe³

¹Senior Lecturer in Clinical and Pathological Psychology, Department of Psychology, University of Yaounde, Cameroon

²PhD student in Clinical and Pathological Psychology, Department of Psychology, University of Yaounde, Cameroon

³Head of Department, Full Professor in Clinical and Pathological Psychology, Department of Psychology, University of Yaounde, Cameroon

Submission: August 10, 2020; **Published:** September 25, 2020

***Corresponding author:** Ndje Ndje Mireille, Senior Lecturer in Clinical and Pathological Psychology, Department of Psychology, Faculty of Art, Letters and Human Science, University of Yaounde 1, Cameroon

Abstract

Premature delivery as a life event disrupts the mother's psyche like a tidal wave. This birth is registered in this organization as a real trauma because by the drive overflow which is inherent to it and the influx of external excitations which will exceed the capacity of the psychic apparatus, prematurity has a traumatic value. Faced with this extraordinary birth, many mothers get bogged down in psychological suffering while others manage to overcome it. Thus, we question the resilience trajectory of mothers of premature children. This is in order to understand the processes that underlie this trajectory. To achieve this, we made use of the clinical method which offers us the possibility of accessing the subject's singularity and, in turn, the psychic processes implemented in this situation. Semi-structured interviews were conducted with four women who gave birth prematurely. They were met at the Gyneco-Obstetric and Pediatric Hospital in Yaounde where their children were hospitalized. The interview corpus has been analyzed through content analysis. The findings show that resilience in these mothers is subtended by a process of multiple shoring which on the one hand reduces risk factors and on the other hand mobilizes and activates protective factors.

Keywords: Shoring up; Resilience; Mother; Preterm delivery

Introduction

The gestation period of pregnancy is a period accompanied by major rearrangements. According to Zah (1988), it tests a woman's psychic organization. This period constitutes a real crisis of identity and psychological maturation, Bayle (2009). To this extent, the psychic changes that take place during this period work towards maturation through the identity and existential crisis which must lead to the acquisition of maternal identity.

For Emselem, Ciccone, Berber & Mellier [1], the birth of a child is a major event with very strong emotional potential. Thus, each birth is an expected and prepared event throughout the pregnancy. It may happen that during this waiting that the child is born earlier or even too early; that is, before the end of pregnancy. This birth before the term would come like a tidal wave to set in motion all the representations of the mother. The trauma of this unexpected and perilous birth, the brutal, destabilizing and sometimes very painful event leads to a break in the maternal psyche already weakened by motherhood. This is because the conditions of birth generate a "drive overflow" which is comparable to a "traumatic

upheaval" because the "external excitations" which flow will "exceed the capacities of capacity of the psychic apparatus" of the parent [2].

This birth according to Freud [3] constitutes a violent shock affecting the mother who did not expect it and is experienced as a trauma which can disrupt the psychic functioning of the parent [4]. Thus, the mother's psychic apparatus is overwhelmed by too much excitement and collapses, while becoming disorganized [3]. This corresponds to what Marty [5] described as excesses. Indeed, for him, the trauma would be an excess of stimulation, of image, an absence of sense, an excess of anxiety, an overflow of capacities of capacity etc. The mother's psyche following a premature birth thus faces an overflow of her defenses due to numerous violent excitations which gradually disorganizes her. As faced with this extraordinary birth and the psychological trauma that it induces, many mothers get bogged down in mental suffering while others manage to maintain stable operation. This demonstrates their capacity for resilience, that is, in the latter, there is a developmental recovery following the confrontation with the trauma.

Registering in one hand of the life trajectory perspective which stipulates that: life takes place in time and space, lives are interconnected, life is influenced by the free will of mankind and events are recorded over time [6,7]. This offers the possibility of situating individual experiences in a socio-historical perspective which highlights the central place of the contribution of the environments in the trajectories of individuals [8]. And on the other hand in the psychoanalytic perspective of Lighezzolo & Tychev (2004) who consider that the construction of resilience is at the interface between the intrapsychic functioning of the subject and its environmental reality, with the inter-subjective spaces it mobilizes. We have set out to investigate the psychic processes that underlie the resilience trajectory of mothers of premature children.

Background

Birth is usually a happy, expected and prepared event throughout pregnancy. But it can happen that during this waiting, the child is born earlier or even too early than expected. That is to say before the end of pregnancy. Premature delivery is therefore a sudden and unforeseen situation and the premature child comes to upset the representation of childbirth, even that of the baby that the parents built during the gestation period. By approaching the question of premature births, the majority of works anchored in the psychoanalytic approach recognizes these births as being traumatic for parents in general and the mother in particular. This is because confronting the baby who arrived too early generates anxiety among parents. The mother, as pointed out by Vollenweider, Nicastro, Sabe, Lambiel, and Pala (2004) must accept the abrupt separation from her child which can be a source of frustration for her; beyond this frustration, there would be a great disappointment not to have had "a perfect baby" in "perfect conditions". The resulting disappointment is often mixed with a feeling of helplessness.

According to Herzog et al. [2] the conditions of birth generate a "drive overflow" which is comparable to a "traumatic upheaval" because the "external excitations" which flow will "exceed the capacities of capacity of the parent's psychic apparatus. Premature birth is thus experienced as a trauma that can disrupt the parents' psychic functioning [4]. Indeed, the eruption of reality caused by premature birth inscribed according to Ansermet (1999 p.43) in the trauma clinic which "leads to a symbolic abolition which leaves without representations. [...] It's this hole that creates trauma." Starting from the definition of psychic trauma, preterm delivery is traumatic in that there is an unexpected, sudden and too early delivery that reaches the unprepared and vulnerable maternal psyche. Generating fear and temporality is thus modified and the mother would no longer be able to register in a historical continuity where the present is woven from impressions left in the past and projections into the future, Bréhat (2018).

Methodology

According to the objective of this study which is the apprehension of the psychic processes that underlie the trajectory of resilience of the mothers of premature children, we appealed to the clinical method which is fundamentally qualitative and is based on the study of cases. This choice is justified by the fact that she is interested in the singularity of the case, this to make a deep understanding of the latter. Because we seek in this study to understand the psychic processes underway in the resilience process of these mothers, the use of this method is relevant. To do this, four mothers who gave birth prematurely were selected based on the inclusion criteria. They then presented a developmental recovery after childbirth and were 17 years old for the youngest and 29 years old for the oldest. We attribute them pseudonyms as: Danielle, Ismaela, Dalia and Éléonore. They were met at the Gynecological, Obstetric and Pediatric Hospital of Yaounde which is a benchmark hospital structure in Cameroon. The participants' consent regarding this registration was obtained; by doing so, we respected the ethical principle of research which stipulates that the researcher must obtain the participant's consent for all the actions he will have to take in the context of the research. At the start of the interviews, we explained the purpose of our research to the participants without mentioning our working hypothesis. This is to avoid bias in the responses. The data were collected through semi-structured interviews which consist of words from mothers on their general experiences and particularly their experiences of pregnancy, premature delivery and its aftermath. The interviews lasted for an average of 45 minutes each and were recorded using a voice recorder after the participants' consent. The data collected was transcribed and analyzed with the technique of thematic content analysis.

Findings

The analysis we carried out retrieved the following themes: the experience of psychic disorganization and adversity following premature delivery, the turning point, the processes put in place to modify the trajectory.

The experience of psychic disorganization and adversity following premature delivery

The experience of psychic disorganization and adversity following premature delivery in trajectory of resilience implies evoking adversity [8,9]. In this sense, prematurity and its aftermath are adversities faced by mothers. Indeed, this situation exposes mothers to other adversities such as the state of health of the child who must be admitted in the intensive care unit, cessation of professional activities, constraints relating to hospitalization of the child. Thus, in this study, following Noltmeyer & Bush [10] Riley & Masten [11], by adversity, they designated the experiential experience, the painful feeling, the suffering or the difficulty experienced by the mother in the face

of premature birth which is a stressful event and constitutes a threat to psychic integrity or to biopsychosocial homeostasis. The premature delivery had a disorganizing impact on the psyche of the participants in this study. In fact, with regard to childbirth, all the participants mentioned the sudden nature which violates their psyche like a traumatic event. It is sudden, comes too early and reaches the unprepared maternal psyche. Speaking to her, Danielle uses these words: "It just happened, it started suddenly, and the noh contractions started on Friday, August 30 just like that, I find myself there because I was not hospitalized". At the announcement of childbirth, she was invaded by numerous stimuli which she could not control.

This childbirth bursts into her existence and sets in motion her psyche as she says: When the gynecologist told me that I have to give birth, I was hot, I had tears in my eyes, I cried hot tears, I was lying on the stretcher in the hospital. He said there is nothing to do, the membrane is broken I have to give birth and what I had, you see, I never imagined, we weren't even expecting. Because I knew in such a month, I will give birth, then you are suddenly told that today you must give birth and in the shortest possible time. I was out of my mind, I was not [...] I was in a state; I was completely overwhelmed by this surprise birth. I never imagined, it was an unknown world for me, I did not know, I was absolutely not ready to give birth, I was overwhelmed. For Ismaela, Due to the fact that she started monitoring her pregnancy very early and that it was going on normally, premature birth came as a real test of reality, over passing all that she had undertaken so that the pregnancy goes to its term: So I couldn't even imagine that it could happen to me one day, because of this pregnancy, I went to the hospital for a month, I followed all that I was normally asked, I did not have any problem. In my head, I was calm, I knew that I will give birth in the right conditions, unfortunately it happened as it happened, but when it happened like that, it did not stress me too much because I always had the firm condition that if the baby there cries, and they brought the baby to the incubator, she will live why, because my mother gave birth to me in the village and my brother at 6 months without an incubator, we survived.

While for Éléonore, this childbirth thus led to a drive overflow, which in turn rippled an influx of excitations which overflowed her capacity for containment: "It was a shock, huh! How did you give birth at thirty weeks? It's weird noh when you're not full term, it's weird, I felt a shock now, despite that I'm still alive noh, that of my baby too." In her words, the interrogation associated with the oddity thus accounts for the feeling of strangeness in the face of this birth which comes to set in motion in her psyche. Psychic disorganization following premature delivery is also manifested in Éléonore's words through the succession of unfinished sentences, thus accounting for her inability to put words into her feelings: "It makes me, it's never, nor in, I don't know how to explain that to you. I never, for me, it is strange I could not imagine that one day my first pregnancy, I could go there. So, it's already almost a

month outside. So, you can see it's a bit traumatic."

For Danielle, the experience of the child's hospitalization is marked by constant activity and absence of rest, which is a source of stress for her. According to her, this stress is the cause of underproduction of milk. It's only because there I came out of an operation to directly take care of the baby. I haven't had a rest [...], we don't rest. We're always working on kids all the time, it's stressful. We have to manage the stress and it has already led to the milk underproduction. The milk itself is no longer flowing so there I manage the stress of the milk because we give the child's milk 25cc, it must feed the child at 25cc, I cannot produce the 25cc and there, my daughter is found eating 14cc 15cc. First of all, it stresses me that the child cannot eat the quantity that is necessary, the quantity that her stomach demands.

For Ismaela, the experience of the child's hospitalization situation is also marked by stressful situations not conducive in the living conditions at the hospital and the child's situation but rather in relation to her spouse: "C 'is because of stress and I like to cry. When something gets beyond me, I start to cry, it's just crying. Even so far, even yesterday, he scandalized me, it's because I was same yesterday, it even stressed me out and after that I started to cry." To address the question of the experience of her child's hospitalization situation, she mentions the difficulties she encounters on a daily basis since her arrival at the hospital. Besides that, she mentioned the relationship with the nurses as well as the gap between the traditional care of premature babies and the practices taking place in the hospital.

So, when I got there, it was not easy with the nurses, because I didn't know anything, it's true that the way my mother treated my nephews in the village, it's not the same way here. Here, you must, we must teach you how you must feed the child how, how. And when you arrive that you do not know, well it's true that there are teams and teams. There are certain teams here there that you even go to them because you do not know how to do it and inquire, they start insulting you, they tell you anything, it is not easy. Still with regard to hospitalization, Dalia expresses very little of her experiences and she is just content to speak of the financial blow of this hospitalization: "Here it is a bit complicated, there are many prescriptions that we are given, they put a lot of pressure on us to pay the money, they don't want us to wait with the cash. We don't want to agree to give the cash bill at once till the child has finished with the follow-up first, we don't want to do that. They are also mounting pressure, but we also say that we must give small, small like that so that the bill does not weigh at the end. It goes well. My mother comes here, my mother-in-law too, and my husband also comes to visit me.

The turning points

The turning point is considered to be the main point in the recovery, Richardson [12]. Speaking of the turning point, Rutter

[13] mentioned that it is a heterogeneous set of lasting changes in psychological functioning following an ordeal or significant experience in a person's life. For mothers facing preterm delivery, the turning point is the actual coming into contact with the child. Indeed, the coming into contact with the child and the subsequent investment reverses the curve and induces a process of resilience in these mothers. Participant Danielle puts it this way; my daughter is a source of gratification for the fact that she was born from a twin pregnancy, even though the other baby died. Regarding the investment, there is an idealization of her baby: "When I am with my child, I am very proud, to have had my twin because in any case, even if his sister did not stay, she remains a twin, she remains my daughter she is indeed, she lived for me, she is, despite its complications because she also came out very tired". These words of Danielle highlight the fact that her daughter, despite this delivery and the loss of the other child, is invested as a "narcissistic gratification"; it is the support for the care of maternal narcissism undermined by prematurity.

The baby's state of health and the pride at the sight of her daughter make her feel mom and therefore her maternal identity is consolidated: "You see noh, really I am proud when I see my daughter, I am proud of her, I am, I am. I feel like a mom, I feel proud I have all felt what a mom can feel when her daughter is as healthy as she is currently." For Ismaela, the turning point is the reminder of her experience of prematurity. Drawing from her experience as premature child and that of her nephews permitted her to find the strength necessary to cope with this child. This experience was also the turning point for her: I went out from noon to 5 pm, I was outside. It is when I leave to sit outside that I also started to think, I ask myself the questions, this is where I remember that I myself was first premature, my nephews, here I am today 'hui!. They didn't put me in the incubator, the other same thing that means this one too, I only need to apply myself and also give my love and the rest when I came home. As for Dalia, with the daily confrontation of her child to whom she provides care, she expresses emotions such as joy and she identifies with maternal roles: "When I carry my child, she makes me happy at heart, how good it is that God gave me the child. I am very proud. I already see myself as a mother too, as a mother too.

It is also the case of Éléonore who evokes feelings sustained and nourished by the admiration of the baby who comes like a sort of mirror to show Éléonore the reflection of her motherhood and catalyzes the identification with the maternal role: Whenever we look at each other, I feel like I am her mom, I realize that she is really my daughter and at the same time, I feel that she needs me and I felt it and realize that I am her mom. And every time I wear it, even though she is still small, she is happy. Whenever we look at each other, there is something that is very strong between her and me, and these moments make me realize that she is my daughter.

The processes implemented to modify the trajectory

The processes thus mentioned constitute anchor points

for the reversal of the developmental trajectory. For mothers of premature babies, they are mainly the process of multiple shoring up and making sense of the situation. Faced with the adversity induced by prematurity and its aftermath, to reverse the developmental trajectory, work will begin on the premature birth and its aftermath. It is mainly based on symbolization which, although all the attempts at making sense are not satisfactory, it is found in a quest for meaning. In addition to this work of symbolization, we note the use of defense mechanisms such as intellectualization, the setting aside of affects, the idealization of one's baby to face adversity. These psychic processes take place in a container called shoring. Indeed, they rely on the one hand on the group of "premature mothers", the medical profession and especially their family which gives them financial and moral support. This is how Danielle, regarding the shoring evokes: The family anyway, the majority supported me. Really, without this support, I don't think I would have gotten out of this gynecological bill because the bills were enormous. At first it was mine, as I underwent the cesarean and its came twin, without counting the kits and the tests, to do everything and then come back to the children, the family helped me a lot.

With regard to Ismaela and shoring up on the medical team or the peer group, her stay in the hospital although being in an extraordinary situation was beneficial to her insofar as she s 'expresses as follows: I already know a lot. First, to take good care of the child, secondly, a lot of little things, maybe the way we should feed the child, the way we should make the child sleep, the way we should wake up the child. Before I thought I should only wash and breastfeed the child. This birth gave me a lot of training, I learned a lot on this child. Within this hospital structure, in particular in the neonatal service where we collected the data, the nursing staff takes care only of the health aspect, they are not responsible for care such as washing, feeding, etc. It thus constitutes for these mothers props of shoring on which they learn to come into contact with their baby. These staff also constitute for them maternal figures who participate in their support with regard to becoming a mother.

Regarding the peer group (other women who gave birth prematurely), at the Gynecological Obstetric and Pediatric Hospital of Yaoundé (HGOPY), these mothers are housed in a hospital room, which allows them to be closer to their children, in addition to that, being in their twenties or even more in the same situation constitutes for these mothers the bases on which they rely to overcome the painful emotions and emotions inherent in this situation. Because of its functioning, this group is similar to African communities where the individual is not alone in going through the situation he faces. The group thus allows in the sense of Sow [14] to resume violence or pain in our case. Indeed, when one of these mothers found herself in a situation that inflicts pain on what they are going through, the whole group tightens around them to play the role of container.

Discussion of Findings

For Freud [15], shoring is a remedy or a way out of a crisis that the subject uses to overcome difficulties that are difficult to overcome. To cope with prematurity, mothers find remedies to get out of this crisis. Shoring is thus the main remedy as mentioned by Chassaing [16]. According to him, man naturally depends on three registers (impulses, civilizations and propping up), and he uses the means of support which are best offered to him culturally. Because of the traumatic disorganization it creates, premature delivery is a crisis situation (abrupt and decisive change in the course of gestation) which involves a rupture of the psychic rearrangements in progress, an early separation of the mother from her baby. And a removal of the child from the mother's breast without developing the work is separation being carried out. As mentioned by Kaës [17], faced with this crisis, the mother will seek support, find reinforcement and comfort due to the fact that, through deregulation, is born the dynamic creation of new regulations. For Kaës [17], shoring is thus the central mechanism in the process of overcoming the crisis or resilience. Shoring is a support which allows the mother to bounce back and find the psychic balance broken by prematurity. In this crisis, there is a considerable gap between physical birth and psychic birth. Childbirth bursts into the psyche and the mother becomes a prey to many sources of vulnerabilities, faced with this break-in. The shaken maternal psyche mobilizes resources and defenses so as not to collapse. This psychic reorganization is in the sense of Kaës [17] a multi-supported training. To recover and not to collapse (psychic collapse) and get bogged down in mental trauma and or maternal difficulty, the "premature mother" relies on the one hand of the peer group, which in this case constitutes a true community and works for the collective resumption of the violence induced by this childbirth and its aftermath, other parts on itself and the medical profession. This allows him to control the painful effects induced by prematurity. The new regulation necessary to restore psychic balance is put in place by shoring.

Following the logic of multiple shoring advocated by Kaës [17], which stipulates that all psychic trainings are multi-shored and the remarkable qualitative variations in this training arise when certain shoring is lacking. Faced with prematurity, the mother will resort to several sources of support. It is steeped in a culture which, according to Moro (1994), by virtue of its systematic support function, contributes to the construction of the intrapsychic functioning of the individual. The mother of a premature newborn will rely on the peer group, the medical profession and herself to overcome the crisis.

In this situation, the mother relies on the peer group which constitutes for her a solid base for overcoming the effects and painful emotions. Because of its functioning, this group is similar to African communities where the individual is not alone in going through the situation she faces. The group thus allows in the sense

of Sow [14] to resume violence or pain in our case. According to Kaës [17], the group as a whole, endowed with its own psychic formations and processes, irreducible to its constituent elements, is associated with the group psychic apparatus which is an apparatus of formation, transformation and connection of reality and psychic between the "premature mothers" constituting it. In this premature situation, this device produces, contains, binds, transforms and processes psychic reality. Thus, faced with the crisis situation, fitting work is carried out with the aim of binding mothers in the sense of Kaës [17], in the flawless unity of an "esprit de corps". The representations formed and the affects related to them, found the feeling of belonging, identity and the reciprocal identifications between them and their cohesion.

The shoring on the medical profession refers to the dimension of the link in the shoring. We are talking about the career-mother-baby triad. In this triad, the mother relies on the caregivers who play the role of the elders or mother or maternal figures who participate in their support. Because the first links with the premature newborns are imbued with the experience of loss, the mothers rely on the caregivers who therefore constitute, containing maternal figures who associated with the peer group, constitutes a veritable "network of 'support'" on which they rely to deal with prematurity. For Kaës [17], shoring has three functions: support, modeling and recovery. For mothers of premature newborns, the peer group is used to support them in giving meaning, mastering effects and coping with the psychic disorganization induced by premature birth. The group of nurses serve as a reference model on which they rely to identify with the maternal role. The shoring finally serves as a recovery support to the extent that it allows a way out of the crisis. Shoring is indeed the container in which the processes of symbolization, mentalization and psychic elaboration will take place. In other words, by shoring up, the mother will find the resources necessary to symbolize, mentalize or elaborate the crisis (prematurity) with which she is confronted.

The symbolization allows "premature mothers" to endure the anxieties linked to various intrapsychic movements. The work of putting premature birth into meaning, by linking the various representations, allows better tolerance to the effects and decreases its intensity. The experience of prematurity cannot be fully grasped straight away during the period of its recording. There is the time it takes place as well as the time of the experience, the time where it is seized and the time when it represents itself. Thus, the meaning of this experience is gotten afterwards in a revival, a re-capture and representation; this is because special conditions are necessary for this resumption to take place [18]. As mentioned by Roussillon [18] premature delivery mobilizes unconscious aspects of psychic life which are particularly invested, potentially traumatic or overflowing with the capacities of sense at once. The participants contented themselves with a sufficient helping hand of these aspects. Later, during the hospitalization, which is a more secure and symbolic situation, the work of direction is carried out.

Psychology and Behavioral Science International Journal

This is what happens in situations where the traumatic character is sensitive and also when emotion exceeds the usual threshold, or when the psyche presents itself with the data of a situation presenting new or unexpected aspects.

Putting in place or symbolizing premature birth is therefore a work of transformation which requires the presence of an object and several times: an intersubjective time (shoring on the group), an intersubjective treatment or game (shoring on the caregivers), a self-subjective time, a time of solitary play, a narcissistic time and the dream [18]. The work of symbolizing premature birth will form the bases of the mentalization process which offers "premature mothers" possibilities for the flow and discharge of the feelings and excitations felt. They therefore have the capacity to transform lived experiences (premature birth and its aftermath) into representations, by translating their desires, needs, frustrations and psychological conflicts to the mental level. In this perspective, mentalization is the mode of psychic elaboration which makes it possible to give a complete psychic expression (affect and representation) to the drive. Mentalization calls upon psychic representations and the symbolization of effects which allows us to put into thought the excitations resulting from prematurity. In other words, with symbolization-mentalization it is a question of giving meaning to the crisis (prematurity).

By relying on multiple shoring, the psychic elaboration of prematurity will lead to a mastery of anxieties and violence relating to prematurity to give it meaning. This through symbolization, then mentalization which constitutes the processes of the initial intrapsychic which underpins the resilience of mothers following prematurity. These mothers thus have the capacity to succeed in living and developing positively, in a socially acceptable manner, despite the stress or adversity caused by premature birth [9]. This extraordinary birth has a disorganizing power to mother's psyche like a trauma. In other words, it is a psychic shock exerted by external psychic agents on the psyche causing psychic disorders there [19]. They thus come out of prematurity victoriously with renewed strength [20].

Conclusion

The objective of this article is to understand the psychic processes that underlie resilience in mothers of premature children. To do this, we used a qualitative estimate and the data were collected from four mothers who gave birth prematurely and with a resilient trajectory. The data collection was done through an interview guide that discussed the impact of preterm delivery, the adversity of it and the process of resilience. This data thus collected was the subject of a thematic content analysis. The findings obtained show that prematurity due to its traumatic nature that disrupts the mother's psyche and the hospitalization of the child leads to numerous adversities which increase stress. But the shoring on one hand on the group of nurses and on the other hand on the group of peers constitutes with the connection

with the child the turning point. From there, they will overcome the traumatic disorganization and adversity caused by premature delivery and its aftermath. Shoring is thus the catalyst for the symbolization, mentalization and defense mechanisms essential to the development of resilience.

References

1. Ensellem C, Ciccone A, Berger M, Mellier D (1997) Plaisir et répétition du maternage et filiations. *Dialogue*, p. 137.
2. Herzog A, Muller Nix C, Mejia C, Ansermet F (2003) Etude clinique sur le rôle paternel lors d'une naissance prématurée. *Psychothérapie* 23: 97-106.
3. Freud S (1920) Au-delà du principe de plaisir. PUF, Paris, France.
4. Nix CM, Guex MF, Borghini A, Pierrehumbert B, Ansermet F (2009) Prématurité, vécu parental et relations parents/enfant: Eléments cliniques et données de recherche. *La psychiatrie de l'enfant* 52: 423-450.
5. Marty F (2001) Introduction : Traumatisme, une clinique renouvelée. In: Marty F, et al. (Eds.), *Figures et traitements du traumatisme* (dir) Dunod, Paris, France, pp. 1-13.
6. Bernard P (2006) Développement social, parcours de vie et régimes providentiels. Communication présentée à Forum CACIS, Centre Saint-Pierre, Montréal, Canada.
7. Giele JZ, Elder GH (1998) *Methods of life course research: Qualitative and quantitative approaches*. Sage Publications, Thousand oaks, CA, United States.
8. Lévesque S (2011) Trajectoires de résilience chez des mères adolescentes victimes de violence de la part de leur partenaire amoureux : implications théoriques et pratiques pour le domaine de la promotion de la santé (Thèse de Doctorat en santé publique) Université de Montréal, Canada.
9. Cyrulnik B (1999) La résilience: un espoir inattendu, in *Souffrir mais se construire/sous la dir. de MP. Poilpot, Ramonville Saint-Agne, ERES*, pp. 13-24.
10. Noltemeyer AL, Bush KR (2013) Adversity and resilience: A synthesis of international research. *School Psychology International* 34(5): 474-487.
11. Riley JR, Masten AS (2005) Resilience in context. In: Peters DRD, Leadbeater B, McMahon RJ (Éds.), *Resilience in children, families, and communities: Linking context to practice and policy* Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, United States, p. 201.
12. Richardson GE (2011) The application of the meta-theory of resilience and resiliency in rehabilitation and medicine. Paper presented at the Colloque Resilience: pour voir autrement en réadaptation.
13. Rutter M (1996) Transitions and Turning Points in Developmental Psychopathology: As applied to the Age Span between Childhood and Mid-adulthood. *International Journal of Behavioral Development* 19(3): 603-626.
14. Sow I (1977) *Psychiatrie Dynamique Africaine*. Payot, Paris, France.
15. Freud S (1929) *Malaise dans la civilisation*. Payot, Paris, France.
16. Chassaing JL (2008) Détresse, secours et étayage. *La revue lacannienne* 2(2): 37-44.
17. Kaës R (1990) Introduction à l'analyse transitionnelle. In: Kaës R, Missenard A, Kaspi R, Anzieu D, Guillaumin J, et al. (Eds.), *Crise, rupture et dépassement*, Dunod, Paris, France, pp. 1-83.

18. Roussillon R (1996) Le processus de symbolisation et ses étapes.
19. Crocq L (2007) Traumatismes psychiques : prise en charge psychologiques des victimes. Masson Issy-les-Moulineaux, Paris, France.
20. Anaut M (2003) La résilience. Surmonter les traumatismes. Nathan Université, Paris, France.



This work is licensed under Creative Commons Attribution 4.0 License
DOI: [10.19080/PBSIJ.2020.15.555915](https://doi.org/10.19080/PBSIJ.2020.15.555915)

**Your next submission with Juniper Publishers
will reach you the below assets**

- Quality Editorial service
- Swift Peer Review
- Reprints availability
- E-prints Service
- Manuscript Podcast for convenient understanding
- Global attainment for your research
- Manuscript accessibility in different formats
(Pdf, E-pub, Full Text, Audio)
- Unceasing customer service

Track the below URL for one-step submission
<https://juniperpublishers.com/online-submission.php>

ANNEXE 16 : ARTICLE PUBLIÉ : Ndje Ndje, M., Konfo Tcholong, C.I., Tsala Tsala, J-P. (2021). The Experience of Psychic Disorganization Following Premature Childbirth. *Psychol Psychology Res Int J*, 6(2).



Psychology & Psychological Research International Journal

ISSN: 2576-0319

The Experience of Psychic Disorganization Following Premature Childbirth

Mireille NN*, Clémence Idriss KT, Jacques Philippe TT

Laboratory of Developmental Psychology, University of Yaoundé, Cameroon

***Corresponding author:** Ndje Mireille, PhD, Senior Lecturer in Psychopathology and Clinical Psychology, Laboratory of Developmental Psychology and Poor Development, University of Yaoundé, Cameroon, Email: mervia2000@yahoo.fr

Research Article

Volume 6 Issue 2

Received Date: March 24, 2021

Published Date: April 21, 2021

DOI: 10.23880/pprij-16000276

Abstract

The aim of this article is to study the experience of four first-time mothers that had psychic disorganization after having a premature birth. Qualitative clinical method was used to achieve this aim. Data were collected through semi-structured interviews carried out with the four first-time women who gave birth prematurely. Thematic content analysis was used to analyze the data. The results obtained show that the mothers' expectations of the kind of children they wanted were ruptured, their imagination that premature birth was not a reality was wrong, the mothers did not expect to have premature or dead babies and thus were not prepared for it. Pregnant women are full of expectations before delivery. However, when they are told that they have premature babies, it can have a great impact on their entire psyche. They are usually invaded by many feelings which they cannot control or contain. Their psychic can be disorganized, which is reflected in too many repetitions and breaks in their speech as well as incomplete or unfinished sentences, as observed among the study participants. This accounts for their inability or difficulty to understand or describe in words this unexpected event. In addition to their inability to understand and explain premature birth, they tend to use the second personal pronoun (you) to express their feelings when hit with the bad news of having a premature birth.

Keywords: Premature childbirth; Psychic disorganization; Maternal psyche; Mother

Introduction

Majority of authors have described first birth as an important experience for people who are becoming parents for the first time because it causes a lot of changes in their psychic. This made Cicchelli, et al. [1] think that the birth of the first child leads to the creation of interdependencies and corresponds to a paroxysmal event that shows the tensions experienced by the primipara. This description of a paroxysmal event is quite clear as it shows that the psychic changes observed in first-time mothers are extremely intense. Along the same lines, Bydlowsky, et al. [2] sees the

expectation of the first child as a parental crisis. To this end, she mentions that the first childbirth is thus the ultimate end of a slow psychic and sexual evolution, which begins in childhood.

The parturition of first-time mothers is associated with many complications, which make them to be at high risk. This made Munan et al. [3] claim that a woman carrying her first pregnancy begins a new life and it is a crucial time in her obstetric life; and also the subsequent obstetric performance of mothers depends on how their first pregnancy is handled.

Childbirth is an event that mothers anticipate and prepare for with joy and excitement throughout their pregnancy. The pregnancy might not be up to term that is the child might be born earlier before the actual date of delivery. This is known as premature birth. Premature birth is therefore a sudden and unforeseen situation and it is not a good representation of childbirth; it is not also good for the baby, whose parents have created in their minds during the gestation period. The arrival of premature babies causes anxiety among parents. The mother has to accept the sudden break-up with her child, which can be a source of frustration for her. Beyond this frustration, the parents are greatly disappointed for not having "a perfect baby" in "perfect conditions". The disappointment thus generated is often mixed with a feeling of distress, helplessness when they see their child in the incubator. The sounds and atmosphere of care overwhelm parents in an unknown and disturbing world, which can increase their anxiety Vollenweider N, Nicastro N, et al. [4]. Many parents are confronted with this anxiety induced by the disturbing strangeness of having a premature birth. According to the World Health Organization (WHO), 15 million premature babies are born around the world each year.

Premature birth is a real disturbing and strange thing. It corresponds to what Freud [5] described as the fear which attaches to things that a person is familiar with and has known for long; a strange and unusual daily life. The conditions of preterm birth make the mother vulnerable because her psychic defenses diminish, and she does not have control over the physical and psychic aspects of birth Herzog A, Muller Nix C, Mejia C, Ansermet F, et al. [6]. The mother's narcissism and body are attacked. According to Ravier and Pedinielli [7], this kind of birth is a real narcissistic wound.

From the viewpoint of the psychoanalytic approach, the conditions of premature birth generate an overflow drive characterized by an influx of excitations which make mothers unable to control their psychic apparatus [6]. Starting from the definition of psychic trauma, premature birth is traumatic; it is an unexpected, sudden and too early childbirth that affects the psyche of the unprepared and vulnerable mothers. It generates fear in mothers and modifies their temporality, making them unable to fit into a historical continuity where the present is woven from impressions left by the past and projections into the future [8].

Due to the sudden and unpredictable nature of the birth, mothers cannot mobilize their defenses to prepare for and cope with it Cagnet A, Du Peuty C [9]. Premature birth is a sudden and unforeseen situation that upsets the representation of childbirth and the expectations of parents. Premature birth is traumatic. It makes mothers experience a sudden breakup, coupled with great frustration

for Thompson et al. and Hynan, during pregnancy, parents construct idealized pictures or imaginations of childbirth. Like a disruptive element, premature birth turns all these representations upside down. The fear it generates marks a break between an inaccessible past and the impossibility of anticipation.

Mothers thus experience, according to Crocq [10], a real upheaval which changes their personality, and temporality and makes them unable to explain preterm birth. This situation becomes nonsense to them and they experience a narcissistic shock. It constitutes a profound upheaval in their relations with the world and with themselves. According to Barrois [11], premature birth creates a hole in the signifier. Premature birth is experienced as a trauma that can disrupt the psychic functioning of parents [12]. Indeed, the distortion of reality caused by premature birth, according to Ansermet [13], leads to a trauma which "*entails a symbolic abolition which leaves without representations. It is this hole that creates trauma*". This hole in the signifier is responsible for psychic disorganization. When confronted with premature birth, mothers experience psychic disorganization.

Thus, the present study aims to capture the experience of first-time women with psychic disorganization after giving birth prematurely.

Methodology

In this study, a clinical method and more specifically a case study was used, which aims to identify the uniqueness of each case. The study was carried out at the Obstetrics and Pediatric Gynecological Hospital in Yaoundé. Data were collected from 4 mothers who had given birth prematurely for less than a month. They showed signs of psychological trauma following their premature delivery. The purpose of the research was explained to them in order to obtain their consent.

Once their consent was obtained, they were told that their confidentiality and anonymity would be highly respected. They gave their consent for the interviews to be recorded. After this, the actual collection of the data was done. As it was difficult to obtain in-depth information of the psychic functioning of the participants, they were allowed to express themselves freely. We used semi-structured interviews. Each interview lasted for about 30 minutes.

The data collected were transcribed in order to facilitate their analysis. Thematic content analysis was used to analyze the data. The essential themes or meaningful units were identified and the essential passages were retained to empirically base the analysis.

Results

To account for the specificity of each case, the results are presented on a case-by-case basis.

Danielle's Experience

From the outset, Danielle introduces herself as "mama magne", the mother of twins, which shows she is a privileged and respectable mother. Indeed, among the Bamileke, the parents of twins are treated with respect, which she claims is accorded to her. Despite this, she says, "I had too many problems at first with this pregnancy; I underwent cesarean operation and lost one of the twins; the other one is lying there." During pregnancy, with primary maternal concerns and maternal constellation, the expectant mother constructs a set of pictures of her child. At the same time, the maternal anticipation process is accentuated, especially in the seventh month of pregnancy. Indeed, during this period, the mother represents her child to herself (prenatal maternal representations) and the anxieties relating to childbirth are not yet present. This activity of representation gradually structures the mother-child relationship in the postnatal period. During the seventh month of her pregnancy, Danielle did not expect to have a premature delivery. About this, she says, "My expectation was that my pregnancy would come to term. It's true that I was waiting for the twins, I was proud and ready to carry my two children, but I did not know that it will come to an end. Oh no!" Still, in this maternal anticipation, Danielle sets aside negative thoughts in order to think positively. She says: "I imagined, just like all mothers who are expecting a baby, I would spoil my children. I must, I am going to give birth well; I am going to leave with my babies.... So, we think positive... oh no, you see, oh no. We think positively". This positive thought or reflection thus makes them set aside anything negative that can happen during delivery. In this state of joy and pride, premature birth breaks in. It is sudden, comes too soon and gets to the psyche of the unprepared mother. Speaking of this delivery, she said, "It just happened, it started suddenly; no, contractions started on Friday August 30th. It was suddenly triggered just like that. I found myself here because I was not hospitalized."

The use of the expression "suddenly triggered" associated with the expression "just like that" shows the attack on her psyche caused by the premature birth and it indirectly indicates she could not anticipate this type of birth.

In her speech she emphasized that there were no problems, illnesses and discomfort during her pregnancy: "My pregnancy went without problem, without problem. I did not have any discomfort, I did not have malaria, I was not interned, nor hospitalized, none of that". This reflects the appalling nature of premature labor for her. Faced with this

disturbing strangeness, she did not have time to prepare.

This lack of preparation or anticipation makes this birth to resonate in her whole psyche. Indeed, when told she would have preterm birth, she was invaded by many feelings which she could not control or contain. This flooded into her existence and set her psyche in motion, as she says:

When the gynecologist told me I had to give birth, I was hot, I had tears in my eyes; I cried hot tears. I was lying on the stretcher in the hospital. He said there was nothing to do, that the membrane had ruptured. You know, I never imagined it would happen this way. We weren't even expecting it because you know in such and such a month that you should give birth, and then you are suddenly told that today you have to give birth and on a short notice. I was beside myself. I was not I was in a state... I was completely overwhelmed by this surprised delivery. I could not imagine myself; this place became an unknown world for me. I didn't know... I was absolutely not ready to give birth. I was overwhelmed.

Danielle found herself unable to contain this event, and throughout the interview, she repeatedly mentioned that she did not imagine herself facing this situation. She attests that:

I knew that, I did not even imagine going through this situation that I am going through now. I knew that the pregnancy was due to come to term and then I would be in possession of my two children. Now, I am not only deprived of being in possession of my two children, I also have no rest. I am still nailed to the hospital with this one. I never imagined being in such a situation. I only heard it. I did not know how it happened. We just wished that it did not happen.

This repetition of the words "I did not know", "I did not imagine" reflects psychic disorganization. Indeed, by its frightening nature, the premature birth caught her by surprise, thus shaking all her expectations and capacity to control herself. This disorganization manifests throughout the interview, through the many repetitions when she talks about her childbirth and experiences. Indeed, it is expressed as follows:

The water broke at home at 8 o'clock. Then, I was even going out already I don't know, I don't know; I'm just giving you my reason. I do not know if it is something else but I believe it was because I felt very tired. We need to ask the doctors to give us the real causes of premature children so that we can avoid it in the long run, in the future. No. I do not know, I don't know. I'm told it's too much stress.

This disorganization of the maternal psyche is also manifested through the breaks observed in Danielle's speech throughout the interview. Indeed, these breaks and unfinished sentences show her inability or difficulty in

putting words together to convey this unexpected event. On several occasions, there are many breaks or sentences that are started but not completed in Danielle's speech: *"I, I'm told the other one is a baby girl got out very tired and then she succumbed ah! It's true anyway. I don't know if that's one of the causes, but I got really stressed out about it"*.

In addition to her inability to represent and express this premature childbirth, there is a fantastical break in her speech through the use of the second person singular (you) to express the situation: *"Because you know in such and such a month that you should give birth, so you weren't expecting... and then you are suddenly told that today you have to give birth now"*. Later in her speech, she uses the "you" to address the issue of constraints in connection with the hospitalization of the child: *"There's frustration there because you spend the whole-time walking, walking; sometimes it's the examination you come in the morning only to find your child in bad shape"*. The use of 'you' thus shows an attempt to set aside or to be at a distance from the experience and feelings surrounding premature birth.

In explaining the suffering she endured following the premature birth, Danielle does not talk about herself, but rather about the general mothers with similar experience: *"The mothers of premature babies suffer a lot. I am not lying to you."* This recourse to general mothers signifies an attempt to distance herself from her suffering in order to be able to say it and control it.

Ishmael's Experience

The second trimester of pregnancy is a peaceful stage during which the anxieties experienced in the first trimester regress; the fantasy of the imaginary baby then emerges and the baby is pictured from within to be fused to its mother. The mother, therefore, invests in the future mother-child relationship. In other words, the virtual object relationship is initiated. During this period, one of the study participants, Ishmael expected that everything would go normally and that she would give birth to a child at term: *"I expected the pregnancy to be fine! I, I, dreamed of giving birth to a beautiful boy; I wanted my baby to develop well"*. She relies on the expectations of her spouse to talk about her own dreams: *"The father of this one has never had a child. You see...oh no! His dream was that the pregnancy was developing well, that I would give birth in the right conditions. He wanted me to give birth to a boy. I also wanted to give birth to a boy"*.

Due to the fact that she had a miscarriage sometime before becoming pregnant again, Ishmael began to go for antenatal care very early to prevent its re-occurrence. Thus, she followed all the recommendations and instructions to the letter. Because she started monitoring her pregnancy

very early and was proceeding normally, the premature birth came as a real test of reality, surpassing all that she had done to make the pregnancy successful. She has this to say:

I could not even imagine that it could happen to me again because I went to the hospital for one month. I did all what I was asked to do normally. I did not have any problem. In my head, I was quiet. I knew that...no, I will give birth in the right conditions; unfortunately, it happened as it happened. But when it happened like that, it didn't stress me too much. I always have the firm belief that if the baby cries, and is taken to the incubator, she will live. Why? Because my mother gave birth to me and my brother in the village at 6 months without an incubator, and we survived.

Although being stressed, she relies on her own experience to control the anxieties induced by the situation. Indeed, she was also born prematurely at 6 months; her older sister had premature children in the village without an incubator and they survived. These experiences allowed her to manage her emotions, especially since her child was born in the city, where it can be adequately taken care of unlike her nephews who survived without adequate care. Despite this experience, this childbirth shook her psyche at the beginning: *"If I did not have this courage, I could not have being able to withstand it, because I panicked at the beginning. You need to have the courage; to even touch my child, it took a lot of courage"*.

Dalia's Experience

As in most cases, her delivery was sudden and ended everything she imagined for her baby. Talking about her expectations regarding her pregnancy, she spontaneously discusses the birth and its pains: *"I imagined that I wanted to give birth in the right conditions. I wanted her to be a princess like others, like me too. I gave birth to her at 07 months and the pain (laughs)... the pain there, it made me strong but I gave birth. She didn't... because she was very small. Now, she's already a bit of a girl"*. The phrase 'already a bit of a girl' in her speech reflects a gradual recognition of human characteristics in her baby.

This childbirth thus came to put an end to a pregnancy which was going well without any problem as she emphasizes: *"The pregnancy went well, so I didn't have problems with it. I ate everything, anything. So, the child was... was...; it didn't have too many complications (Sigh). During the pregnancy, I felt fatigued. The baby was in my belly; it moved, it moved well and did not disturb me"*.

Eleonore's Experience

For this participant, when she discovered she was pregnant it was a source of joy for her, plus it being a twin

pregnancy. This joy is thus accentuated by the treatment and consideration that the Bamileke culture grants to the parents of twins. With this joy, her pregnancy was going on smoothly: *"When I even found out I was pregnant with twins, a girl and a boy, I was glad. The pregnancy went well, everything was going well; I would even say very well. I was expecting the twins; I was very proud and very happy because I am "magne". At home in the West we are respected a lot. Oh no! I was happy with myself"*.

Because of her new status of becoming a mother (magne) and the joy that this pregnancy gave her, she meticulously prepared for the arrival of her two babies: *"As I said, I made trousers for two babies, which means that I bought everything in pairs, two, two I was proud and I prepared everything two, two. I got so ready that I bought everything in two pairs. I don't even know what I'm going to do with the clothes. They are so many at home. Everything is huge. I was buying pair by pair, two by two* During this period, due to the ongoing maternity processes, Éléonore spoke to her babies: *"I was talking to my babies all the time, telling them stuff, see...oh no!"*. During this period, her pregnancy was going on smoothly, but premature birth stopped all these investments, breaking the progress in all the processes and without any warning signs. She says, *"Everything was going well, even a day before the delivery, the ultrasound scan showed nothing; everything was normal except that I was told I would give birth through caesarean operation. Everything was fine I went for the ultrasound scan on September 4th. Before that, before that I had two ultrasound scans; everything was normal "*. But that same evening, she suffered a placental hematoma, which marked the imminence of childbirth: *"I came home, the same evening, around two o'clock. I understand, I understand, I understand how it was. I get up; it's blood. I bleed at two o'clock "*.

Due to the disruption of this childbirth which came too early without any warning signals, she finds herself in an unprecedented situation which leads to psychic disorganization. It manifests in the overflow drive: *"I don't know how to explain this. I'm so shocked. I'm only staying with the girl; she's going to console me anyway"*. In expressing this shock, she directly evokes the fact that she is only with the girl to whom she directly attributes a role of comforter, which already reflects the investment of her child.

This childbirth thus led to an overflowing of the instincts, signified by a ricochet and influx of excitement which overwhelmed her capacity to control herself: *"It was a shock, eh! How did I give birth at thirty weeks? It's weird, oh no!. When you're not full, it's weird. I felt a shock. Despite that, I'm still alive and my baby too"*. In these remarks by Éléonore, the questioning associated with the oddity thus accounts for the feeling of strangeness in the face of preterm birth which upsets her psyche.

This is also manifested in Éléonore's words through the succession of unfinished sentences. This reflects her inability to express her feeling with words: *"It makes me, it never is, neither in, I don't know how to explain this to you. I never.. for me it's strange. I couldn't imagine that one day my first pregnancy... I could go through it. So it's already... almost a month out. So you can see, it's a bit traumatic"*.

Associated with this psychic disorganization is a feeling of incapacity, which is why it is very necessary for the baby to reach maturity at the time of birth:

Yes, yes, when you see others carrying their pregnancies to term, others sometimes go beyond the term and you can't see... oh no! It's like you can't like you can't act like them oh no! I think it's good to get to terms so that the child is well-formed. This childbirth, I would even say it is childbirth, I did not expect to give birth at 30 weeks. I never imagined it could happen that way.

This is responsible for her inability to identify with other mothers and, in turn, identifying with maternal figures and maternal roles. However, identifying with maternal figures throughout her development is important for her to play maternal roles, and construct the thought of becoming a mother.

Discussion

Studies that have examined the experience of premature birth have highlighted its traumatic nature for both the mother and the baby, who is torn from the maternal envelope before the end of the *"nine-month pregnancy contract"*. For Cognet and Du Peuty, et al. [9], the mother is unable to put a *"psychic end"* to the pregnancy. According to Herzog, et al. [6], under these conditions, the mother is particularly vulnerable because her psychic defenses are weakened and she does not have mastery over the physical and psychic aspects of childbirth.

It is in this sense that Muller Nix, et al. [12] noted that premature childbirth causes an upheaval in parental expectations regarding the state of health of their child. For them, meeting this child born too early is an extraordinary encounter. This is because premature birth constitutes a narcissistic wound where the parents feel like the parents of an infant perceived as unfinished [7].

This feeling, as pointed out by Cognet and Du Peuty [9], is explained by the fact that the parent thinks the separation is distant and therefore could not mobilize the defenses to prepare for it. This lack of preparation associated with the conditions of birth generates an outburst of emotions which is comparable to a *"traumatic upheaval"*; this is because the

"external excitations" which flow in will exceed the capacities of the parent to control her psychic [6]. In front of her baby, the mother, in the sense of Druon [14], experiences a "real test of reality"; "a shock" in front of her child who is so small and/or gives the impression of unease. Narcissistic moment experienced during pregnancy makes one to focus on oneself and makes the unborn child "an extension of oneself". As much as pregnancy is a privileged moment of narcissistic restoration, it can cause a narcissistic withdrawal. Any break in this sense of continuity weakens narcissism. Therefore, instead of being rewarding, pregnancy runs the risk of being painful, even threatening, in which the expectant mother feels devalued, heavy, damaged and sometimes threatened in her physical integrity [15].

The traumatic repercussions of this childbirth make parents vulnerable and make them hardly available to discover their child. For Thompson et al., Hynan, et al. [16], with the processes of motherhood, parents construct idealized representations of pregnancy, childbirth and the child. Premature birth is therefore a disruptive element that turns all these representations upside down and pushes parents into multiple mourning work (perfect pregnancy, normal childbirth, the perfect child, etc.).

Crocq (1999) [15], speaking of psychotrauma, conceives of it as "a phenomenon of breaking into the psyche and overflowing of its defenses by the violent excitations associated with the occurrence of an attacking or life-threatening event (physical or psychological) of an individual who is exposed to it as a victim, witness or actor". In talking about this situation, Freud (1920) [5] uses the concept of "breach of the excitation shield". For him, the trauma is due to the intrusion of an agent external to the subject into his psychic and/or bodily intimacy. The breaking of the excitation shield which would normally repel excitations from the outside causes the economic disruption of the usual psychic investments. Because the psyche functions as a constantly changing energy system, the trauma relates to both the violence of the event and the state of the defensive barrier. Premature birth induces a break-in that surprises the mother. The fright felt and the astonishment freezes her in a way and her psyche is confronted with traumatic disorganization.

Premature birth creates a hole in the signifier [11]., which is responsible for the psychic disorganization which manifests in the words of the participants by the "ruptures" of the discourse, forgetfulness, illogical terms, slip, silences, the use of personal or impersonal pronouns, the influx of excitations which overflow their capacity or quite simply the phantasmal rupture.

This makes one think of psychic collapse, as described by Winnicott, et al. [17], as a state characterized by the presence

of "primitive dissecting anxieties". This state evokes the proximity of death; it is a death that one suffers from while still alive. In other words, it is the vivid experience of what could kill. Winnicott, therefore, sees collapse as an event that invades or impetries a person's psychic space. It emphasizes the failure of the defensive organization of the ego in the face of the invasive event, this failure being due to the immaturity of the ego, which finds itself unable to integrate the event and signify it [18]. This childbirth thus strikes at the limits and induces a narcissistic and identity suffering, to the extent that maternal narcissism is hurt and maternal identity is blurred [19].

Conclusion

The objective of this article is to capture the experience of psychic disorganization following premature delivery in four first-time mothers. 4 mothers who gave birth prematurely and showed signs of psychological trauma were interviewed at the Obstetric and Pediatric Gynecological Hospital in Yaoundé. The results obtained highlight the fact that premature birth constitutes a disruption of maternal expectations and representations of their child. The inability of mothers to anticipate preterm birth and their lack of preparation for it affect their entire psyche. The psychic disorganization of the study mothers manifests through numerous repetitions in their speech, their use of incomplete sentences and the second person pronoun (you). This made them unable to describe and fully represent their traumatic experience caused by preterm birth.

References

1. Cicchelli V (2001) The construction of the maternal role on the arrival of the first child [Work, equality of the couple and self-transformation]. Research and Forecast 63: 33-45.
2. Bydlowski M (2006) The parental crisis of the first birth. The contribution of psychopathology. Social information 4(132): 64-75.
3. Munan R, Kakudji Y, Nsambi J, Mukuku O, Maleya A, et al. (2017) Childbirth in a primiparous woman in Lubumbashi: Maternal and Perinatal Prognosis. Pan African Medical Journal, pp: 28-77.
4. Vollenweider N, Nicastro N, Sabeh N, Lambiel J, Pala C (2004) Prematurity. I was born too early: anguish for my parents. Community immersion report.
5. Freud S (1920) Beyond the pleasure principle. Paris: PUF.
6. Herzog A, Muller Nix C, Mejia C, Ansermet F (2003)

- Clinical study on the paternal role in premature birth. *Psychotherapy* 23: 97-106.
7. Ravier A, Pedinielli JL (2015) Prematurity and parenthood. *Childhood and Shrink* 1: 145-157.
 8. Bréhat C (2018) Construction of the maternal in situations of great prematurity.
 9. Cognet A, Du Peuty C (2013) It should be in my stomach. The paradoxes of premature parents. *Le Carnet PSY*, 8:21-24.
 10. Crocq L (2013) Psychic trauma Psychological care for victims. Paris: Elsevier Masson.
 11. Barrois C (1998) Traumatic neuroses. Paris: Dunod.
 12. Muller Nix C, Forcada-Guex M, Borghini A, Pierrehumbert B, Ansermet F (2009) Prematurity, parental experience and parent/child relationships: Clinical elements and research data. *Child Psychiatry* 52(2): 423-450.
 13. Ansermet F (2010) Traumatic births. In: Andre J, Aupetit L (Ed.), *Traumatic motherhood*. Paris: PUF. Pp: 63-80.
 14. Druon C (2012) What is the link between premature babies and their parents in neonatal medicine?. *French Journal of Psychosomatics* 41(1): 135-147.
 15. Bruwier G (2012) *Psychic pregnancy: the dawn of bonds*. Brussels: Faubert.
 16. Crocq L (1999) *Psychic trauma of war*. Paris: Odile Jacob.
 17. Hyman I, Beiser M, Vu N (1996) The Mental Health of Refugee Children in Canada. *Refuge: Canada's Journal on Refugees* 15(5): 4-8.
 18. Winnicott DW (2000) *Fear of collapse and other clinical situations*. Paris: Gallimard.
 19. Abrevaya E (2009) The aftermath and the fear of collapse. *French Journal of Psychoanalysis* 5(73): 1705-1711.



TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	i
DÉDICACE.....	iii
REMERCIEMENTS	v
LISTE DE TABLEAU	vi
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES ANNEXES	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES	ix
RÉSUMÉ.....	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE.....	6
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE	7
1.1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE.....	8
1.2. FORMULATION DU PROBLÈME DE L'ÉTUDE.....	18
1.3. QUESTION ET HYPOTHÈSE DE RECHERCHE.....	26
1.3.1. Question de recherche	26
1.3.2. Hypothèse.....	27
1.4. L'OBJECTIF DE LA RECHERCHE.....	27
1.5. INTÉRÊTS DE L'ÉTUDE	28
1.5.1. Intérêt scientifique.....	28
1.5.2. Intérêt social	29
CHAPITRE 2 : APPROCHE NOTIONNELLE ET CONCEPTUELLE DE L'ÉTUDE	30
2.1. LE DEVENIR MÈRE OU CONSTRUCTION DU MATERNEL	31
2.2. LA RÉORGANISATION PSYCHIQUE	36
2.2.1. La Symbolisation.....	40
2.2.2. La Mentalisation.....	42
2.2.3. L'Élaboration psychique	45

2.3.	LE TRANSFERT DE L'ORIGINAIRE	46
2.4.	LA PRÉMATURITÉ	57
CHAPITRE 3 : LA CONSTRUCTION DU MATERNEL À L'ÉPREUVE DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.....		62
3.1.	LA MATERNALITÉ	63
3.1.1.	Le désir d'enfant	66
3.1.2.	Le désir d'enfant et le désir de grossesse : la perspective de Bydlowski.....	70
3.2.	LES PROCESSUS ET LE VÉCU DE LA GROSSESSE	71
3.2.1.	L'anticipation maternelle	78
3.3.	MATERNALITÉ ET IDENTITÉ MATERNELLE	82
3.3.1.	La construction de l'identité maternelle.....	82
3.3.2.	La nidation psychique de l'embryon.....	84
3.3.2.1.	La Relation d'Objet Virtuelle.....	86
3.3.2.2.	L'Espace Maternel de Différenciation et d'Identification Psychique de l'Être Humain Conçu (EMDIPEHC)	91
3.4.	L'ACCOUCHEMENT ET LES PREMIÈRES INTERACTIONS MÈRE-ENFANT..	94
3.4.1.	De l'enfant imaginaire à l'enfant réel	94
3.4.2.	Les styles maternels pendant la grossesse.....	95
3.4.3.	La relation précoce mère-enfant	97
3.5.	LA CULTURE ET LA MATERNITÉ : LE CAS DE L'AFRIQUE ET DU CAMEROUN	100
3.5.1.	La représentation de la femme enceinte dans les sociétés traditionnelles.....	104
3.5.2.	L'objet des rites	104
3.5.3.	Les rites modernes de la maternité	105
3.5.4.	La contenance culturelle de la maternalité	107
3.5.4.1.	La grossesse et acquisition du statut de femme	110
3.6.	LA CULTURE ET LES ALÉAS DE LA MATERNITÉ.....	113
3.6.1.	La culpabilité et la maternité : la culpabilité maternelle.....	116

3.7.	LE VÉCU DE LA PRÉMATURITÉ.....	117
3.7.1.	Les enjeux psychiques de la prématurité.....	118
3.7.2.	La prématurité et les liens parents-enfant	122
3.7.3.	L'accouchement prématuré et la représentation de soi en tant que parent.....	123
3.7.4.	L'accouchement prématuré et les représentations de l'enfant	124
3.7.5.	L'accouchement prématuré et l'attachement mère-enfant	125
3.7.6.	L'accouchement prématuré et les interactions parents-enfant	130
3.7.6.1.	De la prématurité à la perturbation de la relation parents-enfant.....	131
3.8.	DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ À LA CONSTRUCTION DU MATERNEL	132
3.8.1.	La place des équipes médicales et soignantes dans la construction du maternel	132
3.8.1.1.	Le vécu de l'accouchement prématuré et de l'hospitalisation	133
3.8.1.2.	L'Éprouvé de la mère à l'arrivée du bébé prématuré à l'Unité de Soins Intensifs.	135
3.8.1.3.	L'insertion de la mère dans les soins	136
3.8.2.	La construction du maternel en situation de prématurité :	137
	CHAPITRE 4 : INTRODUCTION À LA RÉORGANISATION PSYCHIQUE SUITE À L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.....	144
4.1.	APPROCHE PSYCHANALYTIQUE DE LA PRÉMATURITÉ.....	145
4.1.1.	Accouchement prématuré et Traumatisme psychique	145
4.1.2.	La séparation mère-enfant suite à l'accouchement prématuré.....	147
4.1.3.	Les enjeux narcissiques dans l'accouchement prématuré.....	148
4.1.4.	La prématurité et la perte	148
4.1.5.	Le lien en situation de prématurité.....	149
4.1.5.1.	Identification dans le lien et regard Auréole	150
4.2.	APPROCHES THÉORIQUES DES PROCESSUS DE LA MATERNALITÉ.....	152
4.2.1.	Transparence psychique.....	152

4.2.2. Préoccupation maternelle primaire	156
4.2.3. De la préoccupation maternelle primaire et la transparence psychique à l'objectalisation.....	158
4.3. L'ORGANISATEUR PSYCHIQUE DE LA MATERNALITÉ.....	160
4.3.1. La constellation maternelle	160
4.3.1.1. La croissance de la vie (comment subvenir à la vie et au développement de l'enfant).	162
4.3.1.2. La relation primaire (comment s'engager émotionnellement avec l'enfant afin d'en assurer le développement psychique vis-à-vis de l'enfant qu'elle souhaitait avoir).	162
4.3.1.3. La matrice de soutien (comment permettre la mise en place des supports nécessaires à l'accomplissement de ses fonctions).	163
4.3.1.4. La réorganisation identitaire (comment transformer son identité propre pour faciliter ses fonctions).	163
4.3.2. Constellation maternelle et « constellation œdipienne »	165
4.4. LA MATERNITÉ PSYCHIQUE : LE DEVENIR MÈRE.....	165
4.4.1. La construction psychique de la maternalité.....	168
4.4.1.1. La relation sensorielle à la mère	168
4.4.1.2. Les identifications	168
4.4.1.3. La maternité : Une issue à la relation fusionnelle	169
4.4.2. La maternogenèse	169
4.4.2.1. L'enfance est l'origine de la maternité.....	170
4.4.2.2. L'avènement de la féminité, choix de parenté avec l'originaire.	170
4.4.2.3. La maternité, désir de reproduction de la situation originaire.....	171
4.4.2.4. L'originaire et sa place dans la maternogenèse.....	171
4.4.2.5. Aux fondements de la maternité : le transfert.	174
4.4.3. Du complexe de Télémaque au devenir mère : le point de vue de Darchis.....	176
4.4.3.1. Le devenir parent : crise affective et processus psychiques.	177

4.4.3.2. Un grand réaménagement psychique pendant la grossesse et après la naissance	177
4.4.3.3. L'aventure régressive de la grossesse : un voyage au fond de soi	178
4.4.3.4. Le voyage psychique constructif et progressif du devenir parent	179
4.4.3.5. Une possible naissance psychique dans la construction des liens.....	180
4.5. LE MODÈLE DE LA RÉORGANISATION PSYCHIQUE DANS LE DEVENIR MÈRE SUITE À L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.....	182
4.5.1. De l'étayage à la réorganisation psychique face à la prématurité.....	184
4.5.2. De la symbolisation-mentalisation à la réorganisation psychique face à la prématurité	185
4.5.3. De la réorganisation psychique au devenir mère	186
DEUXIÈME PARTIE : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET EMPIRIQUE	188
CHAPITRE 5 : MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE	189
5.1. RAPPEL DE LA PROBLÉMATIQUE	190
5.1.1. Rappel du problème de recherche	190
5.1.2. Rappel de la question et de l'hypothèse de recherche	192
5.1.3. Rappel de l'objectif de recherche.....	193
5.2. LE CADRE DE LA RECHERCHE	193
5.2.1. Le cadre culturel.....	193
5.2.2. Cadre institutionnel : site de l'étude	195
5.3. LES PARTICIPANTES DE L'ÉTUDE	196
5.3.1. Critères de sélection des participantes	198
5.4. MÉTHODE DE RECHERCHE.....	201
5.4.1. L'entretien clinique (technique de collecte des données)	203
5.4.1.1. Le guide d'entretien (outil de collecte des données).....	204
5.4.2. Technique d'analyse des données	205
5.4.3. De l'implication du chercheur à la scientificité de la démarche	210
5.5. DÉROULEMENT DES ENTRETIENS	211

5.6. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	212
5.7. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES LORS DE LA CONDUITE DES ENTRETIENS	212
CHAPITRE 6 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS	214
6.1. PRÉSENTATION DES PARTICIPANTES	215
6.1.1. Présentation de Maffo'o.....	215
6.1.2. Présentation de Besba	215
6.1.3. Présentation de Chetima.....	216
6.1.4. Présentation de Ndeze	217
6.1.5. Présentation de Mengue	217
6.2. ANALYSE DU CAS MAFFO'O	218
6.2.1. Grossesse, accouchement prématuré et rupture des processus de maternité	218
6.2.1.1. Déroulement et vécu de la grossesse	218
6.2.1.2. L'accouchement prématuré et son vécu	220
6.2.2. Le dépassement de la rupture : la réorganisation psychique.....	224
6.2.2.1. De l'étayage à la reprise	224
6.2.2.2. Mise en sens de l'accouchement prématuré	225
6.2.2.3. Mobilisation des mécanismes de défense.....	226
6.2.3. De la Réorganisation psychique au transfert de l'originare : la restauration des réaménagements psychiques	227
6.2.3.1. Le vécu de l'hospitalisation du bébé en néonatalogie.....	228
6.2.3.2. De la restauration des réaménagements psychiques à l'adoption et adaptation mère-bébé.	229
6.2.4. Synthèse de l'analyse du cas Maffo'o.....	231
6.3. ANALYSE DU CAS CHETIMA	232
6.3.1. Grossesse, accouchement prématuré et rupture des processus de maternité	232
6.3.1.1. Déroulement et Vécu de la grossesse	232
6.3.1.2. L'accouchement prématuré et son vécu	235
6.3.2. Le dépassement de la rupture : la réorganisation psychique.....	237

6.3.2.1. De l'étayage à la reprise	237
6.3.2.2. Mise en sens de l'accouchement prématuré	238
6.3.2.3. Mobilisation des mécanismes de défense.....	239
6.3.3. De la Réorganisation psychique au transfert de l'originaire : la restauration des réaménagements psychiques	239
6.3.3.1. Le vécu de l'hospitalisation du bébé en néonatalogie.....	239
6.3.3.2. De la restauration des réaménagements psychiques à l'adoption et adaptation mère-bébé	241
6.3.4. Synthèse de l'analyse du cas Chetima	247
6.4. ANALYSE DU CAS BESBA	249
6.4.1. Grossesse, accouchement prématuré et rupture des processus de maternité	249
6.4.1.1. Déroulement et vécu de la grossesse.....	249
6.4.1.2. L'accouchement prématuré et son vécu	249
6.4.2. Le dépassement de la rupture : la réorganisation psychique.....	250
6.4.2.1. De l'étayage à la reprise	250
6.4.2.2. Mise en sens de l'accouchement prématuré	250
6.4.3. De la Réorganisation psychique au transfert de l'originaire : la restauration des réaménagements psychiques	251
6.4.3.1. Le vécu de l'hospitalisation du bébé en néonatalogie.....	251
6.4.3.2. De la restauration des réaménagements psychiques à l'adoption et adaptation mère-bébé	251
6.4.4. Synthèse de l'analyse du cas Besba	252
6.5. ANALYSE DU CAS NDEZE	252
6.5.1. Grossesse, accouchement prématuré et rupture des processus de maternité	252
6.5.1.1. Déroulement et vécu de la grossesse.....	252
6.5.1.2. L'accouchement prématuré et son vécu	253
6.5.2. Le dépassement de la rupture : la réorganisation psychique.....	256
6.5.2.1. De l'étayage à la reprise	256

6.5.2.2. Mise en sens de l'accouchement prématuré	256
6.5.2.3. Mobilisation des mécanismes de défense.....	258
6.5.3. De la Réorganisation psychique au transfert de l'originaire : la restauration des réaménagements psychiques	259
6.5.3.1. Le vécu de l'hospitalisation du bébé en néonatalogie.....	259
6.5.3.2. De la restauration des réaménagements psychiques à l'adoption et adaptation mère-bébé	259
6.5.4. Synthèse de l'analyse du cas Ndeze	261
6.6. ANALYSE DU CAS MENGUE.....	262
6.6.1. Grossesse, accouchement prématuré et rupture des processus de maternité	262
6.6.1.1. Déroulement et vécu de la grossesse.....	262
6.6.1.2. L'accouchement prématuré et son vécu	263
6.6.2. Le dépassement de la rupture : la réorganisation psychique.....	264
6.6.2.1. De l'étayage à la reprise	264
6.6.2.2. Mise en sens de l'accouchement prématuré	266
6.6.2.3. Mobilisation des mécanismes de défense.....	267
6.6.3. De la réorganisation à la restauration des réaménagements psychiques : la constellation maternelle	267
6.6.3.1. vécu de l'hospitalisation du bébé	267
6.6.3.2. De la restauration des réaménagements psychiques à l'adoption et adaptation mère-bébé	268
6.6.4. Synthèse de l'analyse du cas Mengue.....	271
6.7. ANALYSE TRANSVERSALE DES DONNÉES	272
6.7.1. La Grossesse, l'accouchement prématuré et la rupture des processus de maternité	272
6.7.1.1. Le vécu de la grossesse	272
6.7.1.2. L'accouchement prématuré et la rupture des processus de maternité : la crise	275

6.7.2. La réorganisation psychique : reprise et dépassement de la crise.....	278
6.7.2.1. De l'étayage à la reprise	278
6.7.2.2. La symbolisation-mentalisation de l'accouchement prématuré et ses suites	280
6.7.2.3. La Mobilisation des mécanismes de défense	282
6.7.3. De la réorganisation psychique au transfert de l'originnaire : la restauration des réaménagements psychiques	283
6.7.3.1. Le vécu de l'hospitalisation du bébé en néonatalogie.....	283
6.7.3.2. Le transfert de l'originnaire.....	286
6.7.4. Le devenir mère chez la primipare ayant un nouveau-né prématuré	287
6.8. AUTRES RÉSULTATS	289
6.8.1. Le rôle des aînées joué par les infirmières	289
6.8.2. Accouchement prématuré par césarienne et deuil périnatal.....	290
CHAPITRE 7 : INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	296
7.1. RAPPEL DE LA QUESTION, HYPOTHÈSE DE RECHERCHE ET SYNTHÈSE DES RÉSULTATS OBTENUS	297
7.1.1. Rappel de la question et de l'hypothèse de recherche	297
7.1.2. Synthèse des résultats	297
7.2. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	299
7.2.1. Compréhension de la réorganisation psychique.....	299
7.2.1.1. La compréhension de l'action de l'Étayage dans la réorganisation psychique	299
7.2.1.2. La compréhension de l'action de la mise en sens et en représentation de l'accouchement prématuré dans la réorganisation psychique	301
7.2.2. De la réorganisation psychique au transfert de l'originnaire	303
7.2.2.1. La croissance de la vie suite à l'accouchement prématuré.....	304
7.2.2.2. La relation primaire suite à l'accouchement prématuré	304
7.2.2.3. La matrice de soutien suite à l'accouchement prématuré	305
7.2.2.4. La réorganisation identitaire suite à l'accouchement prématuré.....	306

7.2.2.5. Rencontre, adaptation et ajustement de la relation mère-bébé prématuré : construction du maternel	307
7.3. DISCUSSION DES RÉSULTATS	309
7.3.1. Le vécu de l'accouchement prématuré.....	309
7.3.1.1. Les éprouvés de la mère	312
7.3.2. Processus psychiques mobilisés pour le dépassement de la crise.....	313
7.3.2.1. Les mécanismes de défense.....	313
7.3.2.2. Étayage sur le corps médical et le groupe des pairs.....	314
7.3.3. La construction du maternel en situation de prématurité.....	315
7.3.3.1. Le maternel en question	316
7.3.3.2. La mère au centre des soins fournis à l'enfant et construction du maternel ..	320
7.4. IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES	321
CONCLUSION GÉNÉRALE	325
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	332
ANNEXES	X