

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



UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POSTGRADUATE SCHOOL FOR THE SOCIAL
AND EDUCATIONAL SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR THE SOCIAL
SCIENCES

RÉAMÉNAGEMENT DES ENVELOPPES PSYCHIQUES ET ACCORDAGE AFFECTIF : UNE ÉTUDE DE LA STRUCTURATION DU LIEN MATERNEL CHEZ LA MÈRE ADOLESCENTE

**Mémoire soutenu le 21 Juillet 2025 en vue de l'obtention du diplôme de
Master en Psychologie**

Spécialité : Psychopathologie et Clinique

Par :

FODOUP PENKA Midrel Bleriot

Licencié en psychologie

Matricule :13D378



Jury :

Qualités	Noms et grade	Universités
Président	TSALA TSALA Jacques Philippe, Pr	UYI
Rapporteur	NDJE NDJE Mireille, MC	UYI
Examineur	ONDOUA Laura, CC	UYI

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

Par ailleurs, le Centre de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines, Sociales et Éducatives de l'Université de Yaoundé I n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

À nos Parents

PENKA Jean et KENGNE Marie Beatrice

SOMMAIRE

SOMMAIRE	iii
REMERCIEMENTS	iv
LISTE DES ABRÉVIATIONS	v
LISTE DES ANNEXES	vi
RÉSUMÉ.....	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE :	4
CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	4
.....	5
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE	5
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE	24
CHAPITRE 3 : INSERTION THÉORIQUE DU PROBLÈME	48
DEUXIÈME PARTIE :	65
CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE.....	65
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE	66
CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	81
CHAPITRE 6 : INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	100
CONCLUSION	111
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	116
ANNEXES	I
TABLES DES MATIÈRES	XVII

REMERCIEMENTS

Aux termes de ce travail de recherche, nous tenons à adresser nos remerciements à toutes les personnes qui ont participé à sa réalisation.

Au Pr NDJE NDJE Mireille, notre encadrant. Elle a accepté d'être notre guide tout au long de cette aventure. Nous la remercions pour son encadrement, sa disponibilité et sa compréhension.

Au Dr KONFO Idriss, pour son soutien indéfectible tout au long de notre cursus académique et particulièrement lors de la réalisation de ce travail de recherche. Merci pour le temps consacré, les orientations et la documentation mis à disposition.

Nos remerciements vont également à l'endroit du corps enseignant et administratif de l'Université de Yaoundé 1 (UY1) en générale et du Département de Psychologie en particulier pour la qualité des enseignements et de l'encadrement dont nous avons bénéficié.

Bien entendu, nous ne saurons terminer sans témoigner également notre inestimable aux familles PENKA ET MEFENYA, qui n'ont eu cesse de nous encourager. Trouvez en ces mots l'expression de la reconnaissance de vos efforts et de votre soutien inconditionnel.

A vous mes amis, retrouvez en ces mots l'expression de ma reconnaissance, vos encouragements ont contribué lors de cette formation.

Nous remercions enfin tous nos camarades de promotion du Master (2019-2020) qui nous ont significativement accompagnés durant tout le cursus de cette formation et la réalisation de ce travail de recherche.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

EDS : Enquête Démographique et de Santé

EDS-MICS : Enquête Démographique et de Santé combinée à l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples.

FNUAP : Fond des Nations Unies pour la Population.

INS : Institut National de la Statistique

IST : Infection Sexuellement Transmissible.

MIB : Mother Infant Bonding Questionnaire.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORC : Organisation des Représentations Cognitives.

RMSA : Représentation Maternelle de la Sécurité d'Attachement.

RMT : Représentation Maternelle du Tempérament.

ROV : Relation d'Objet Virtuelle.

UNICEF : Fond des Nations Unies pour l'Enfance.

LISTE DES ANNEXES

<u>ANNEXE 1 : Corpus d'entretien avec D</u>	II
<u>ANNEXE 2 : Corpus d'entretien avec E</u>	XVI

RÉSUMÉ

Cette étude intitulée : réaménagement des enveloppes psychiques et accordage affectif : une étude de la structuration du lien maternel chez la mère adolescente part du constat selon lequel chez la mère adolescente, la structuration du lien maternel n'est effective que suite au réaménagement des enveloppes psychiques quelque temps après l'accouchement. Ceci alors que pour la théorie du lien maternel à la naissance, la construction du lien maternel entamé durant la grossesse est concrétisée par un pattern particulier de comportement maternel qui apparaît aussitôt après la naissance. Cette structuration se concrétise suite au premier contact entre la mère et son enfant. Du problème de recherche ainsi posé, nous avons énoncé la question suivante : *comment le réaménagement des enveloppes psychiques contribue-t-il à la structuration du lien maternel chez la mère adolescente ?* En guise de réponse à cette question, nous avons formulé l'hypothèse suivante : *chez la mère adolescente, le réaménagement des enveloppes psychiques contribue à la structuration du lien maternel à travers l'accordage affectif.* Ceci dans l'objectif de comprendre comment le réaménagement des enveloppes contribue à la structuration des liens mère-enfant chez les mères adolescentes. Pour atteindre l'objectif de recherche, nous avons fait usage de la méthode clinique. La sélection des participantes s'est faite suivant les critères d'inclusion et de non-inclusion. Nous avons sélectionné deux participantes, toutes des mères adolescentes au sein du Centre Médicale d'Arrondissement de Mvog-Betsi. Les données ont été collectées par l'entremise des entretiens semi directifs. Ces données après être retranscrites ont fait l'objet d'une analyse thématique de contenu. De cette analyse, il ressort que le vécu de la grossesse chez les mères adolescentes est marqué par de nombreuses émotions négatives qui fragilisent leurs enveloppes psychiques. Du coup, vu cette fragilité, la structuration du lien mère enfant est affectée. Ce n'est que lorsque ces mères parviennent à surmonter cette fragilité à travers le réaménagement des enveloppes psychiques que cette structuration du lien mère enfant se fait. En effet, avec le réaménagement des enveloppes psychiques, le risque d'effondrement psychique est éloigné et les mères réorientent les ressources psychiques mobilisées dans la lutte contre cet effondrement dans la construction du lien mère enfant.

Mots-clés : Maternité, enveloppes psychiques, lien maternel, mère adolescente, réaménagements psychiques.

ABSTRACT

This study entitled: Reorganisation of the psychic envelopes and affective tuning: a study of the structuration of the maternal bonding in adolescent mothers is based on the observation that in the mother, the structuring of the maternal bond is only effective following the reorganisation of the psychic envelopes sometime after childbirth. For the theory of the maternal bonding at construction of the maternal bonding begun during pregnancy is concretised by a particular concretised by a particular pattern of maternal behaviour which appears immediately after birth. This structuring takes shape following the first contact between the mother and her child. From the research problem thus posed, we set out the following question the following question: how does the psychological envelopes contribute to the structuring of the maternal bond in the maternal bond in the adolescent mother? To answer this question, we question, we formulated the following hypothesis: in the adolescent mother, the reorganisation of psychic envelopes contributes to the structuring of the maternal bond through affective attunement. The aim was to understand how the reorganisation of envelopes contributes to the structuring of mother-child bonds in adolescent mothers. To achieve the research objective, we used the clinical method. clinical method. Participants were selected according to the following criteria inclusion and non-inclusion criteria. We selected two participants, all teenage mothers at the “Centre Médicale d’Arrondissement de Mvog-Betsi”. Data were collected through semi-structured interviews. Once the data had been transcribed were analysed thematically. The analysis revealed that teenage mothers' experiences of pregnancy for teenage mothers is marked by numerous negative emotions that which weaken their psychic envelopes. As a result fragility, the structuring of the mother-child bond is affected. It is only when these mothers manage to overcome this fragility through the reorganisation of their psychic envelopes that the mother-child bond is structured. child bond. In fact, with the reorganisation of the psychic envelopes, the risk of psychological collapse is averted, and mothers redirect the psychological resources resources mobilised in the fight against this collapse into the construction of the mother-child bond.

Key words : Motherhood, psychic envelopes, maternal bond, adolescent mother, psychic reorganisations.

INTRODUCTION

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.

Le devenir mère passe par toutes les phases du développement psychoaffectif. A chaque étape, l'enfant va faire l'objet d'un investissement particulier. C'est ainsi que Racamier (1961) renseigne que le stade oral avec la reviviscence des expériences infantiles de satisfaction et de frustration dans la relation avec sa propre mère, le stade anal avec l'investissement du bébé comme un trésor, le stade phallique où l'enfant vient compenser le manque de pénis, la phase œdipienne avec la question de l'identification à la mère dont l'issue déterminera les futures relations avec le père.

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 Racanier (1961).

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. L'enjeu de l'adolescence est de renoncer à l'enfance pour passer à l'âge adulte, l'enjeu de la première maternité est le changement de génération. Généralement, la maternité vient après l'adolescence. Autrement dit, la maternité survient après la transition entre l'enfance et l'âge adulte. Mais il arrive que ces deux phases se déroulent simultanément.

De nombreuses mères adolescentes sont confrontées à cette situation chaque année. La rencontre de ces deux périodes développementales implique des remaniements intrapsychiques majeurs qui se déroulent simultanément (Jeammet, 2004; Konicheckis, 2006). La négociation concomitante des besoins et enjeux propres à ces deux phases sollicite et surcharge particulièrement l'appareil psychique de la jeune mère. Il peut alors se jouer, au plan psychique, un conflit important entre les besoins développementaux de l'adolescente et les besoins de son enfant (Guettier, 2003).

Par conséquent, il peut devenir difficile pour la mère adolescente de tenir compte de ses propres besoins tout en répondant de manière sensible et adéquate à ceux de son bébé. Ainsi, la relation mère-enfant semble caractérisée par l'ambivalence (Guettier, 2003), la présence de stress parental dû aux conditions de vie difficiles (Tarabulsy et al., 2005) et par une moins bonne sensibilité maternelle que celle observée chez les mères adultes (Beaudry et al., 2017; Demers et al., 2010; Hans & Thullens, 2009). En effet, vivre simultanément deux stades de développement majeurs qui impliquent des remaniements psychiques considérables et réfèrent à des besoins qui sont en contradiction mettrait à risque la qualité du lien d'attachement entre l'adolescente et son enfant, mais aussi représenterait un grand défi au plan de l'intégration des différentes dimensions de soi (soi comme adolescente et soi comme mère), qui doivent être pensées et mentalisées pour être adéquatement intégrées à l'identité naissante des mères adolescentes (Racanier & Sens 1961).

C'est dans ce contexte que cette étude s'intéresse à la structuration du lien maternel chez les mères adolescentes. Ceci afin de comprendre comment face à l'enchevêtrement de deux périodes développementales similaires, ce lien se construit. Pour rendre compte de cela, cette étude est subdivisée en deux parties comprenant chacune trois chapitres.

La première partie intitulée cadre théorique comprend le premier chapitre qui porte sur la problématique, le second qui porte sur la revue de la littérature et le troisième qui présente l'insertion théorique de l'étude.

La deuxième partie intitulée cadre méthodologique et opératoire comprend le quatrième chapitre qui présente la démarche méthodologique utilisée, le cinquième qui présente les résultats obtenus et le sixième chapitre qui porte sur l'interprétation et la discussion des résultats.

PREMIERE PARTIE :
CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE

Ce chapitre, premier de cette étude consistera à la présentation du contexte de cette étude, ensuite la construction du problème de recherche que nous allons chercher à résoudre. Suite à l'énonciation de ce problème, le chapitre va également présenter les articulations telles que la question de recherche, l'hypothèse, les objectifs, les intérêts et la clarification des concepts clés de cette étude.

1.1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2016), la fécondité en dessous de l'âge de 18 ans devrait faire l'objet d'une attention particulière. Pour l'instance faitière en charge de la santé du système des Nations Unies, faire face à une maternité à ce stade de développement accroît considérablement les risques médicaux, psychologiques et sociaux, à la fois pour la mère et l'enfant. De ce fait, cette préoccupation mérite que la communauté scientifique s'y attarde d'avantage, ceci au vu de l'ampleur grandissante du phénomène de grossesses à l'adolescence, comme en témoigne les statistiques au long des dernières décennies à travers le monde.

Les statistiques relatives à ce phénomène de grossesse précoce font état de ce qu'entre 14 et 15 millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans accouchent tous les ans. Il est cependant à noter que 12,8 millions de ces accouchements soit plus de 90 %, ont lieu dans les pays en voie de développement, ce qui représente plus de 10 % des naissances à travers le monde (OMS ; UNFPA 2016). Le Fond Des Nation Unies pour la Population (UNFPA, 2011), précise que pour des millions de ces adolescentes, la grossesse n'était pas prévue, la naissance a lieu trop tôt et l'expérience est empreinte de peur et de souffrance. Ceci s'expliquerait par le fait que ces adolescentes doivent faire face à des risques qu'implique une telle grossesse tant pour elle-même, que pour leur enfant. Celle âgées de 15 à 19 ans sont plus susceptibles de mourir durant l'accouchement, ou d'avoir des difficultés dans l'exercice de la fonction parentale que celles plus âgées, tandis que les très jeunes mères, âgées de 14 ans et moins courent le plus de risques encore (OMS, 2011).

L'essentiel de ces naissances précoces qui donnent inévitablement lieux à l'exercice d'une fonction parentale précoce aurait pour explication, le fait qu'il y existe un taux élevé d'activité sexuelle parmi ces adolescentes, dans certain cas des mariages forcé, ou liée à la pauvreté et à l'exclusion sociale (OMS, 2011). Il reste cependant déplorable que les taux les plus élevés de ces grossesses sont enregistrés en Afrique. Selon cette même organisation, des taux élevés sont également enregistrés en Inde, au Bangladesh, en Amérique Latine ainsi que dans les Caraïbes. Ceci dit, plus de la moitié des femmes d'Afrique sub-saharienne et environ

un tiers en Amérique Latine et dans les Caraïbes accouchent avant l'âge de 20 ans. Ce phénomène ne concerne pas que les pays du Sud car au sein des pays développés, il existe de grandes variations. Par exemple, le taux d'accouchement chez les 15–19 ans aux USA, en Ukraine, en Géorgie et en République de Moldavie est 14 fois plus élevé qu'au Japon, et deux fois plus élevé qu'en Australie et au Canada.

Selon le rapport de UNFPA (2013), Les statistiques des femmes de 20 à 24 ans ayant mis au monde un enfant avant l'âge de 15 et 18 ans varient selon qu'on soit dans des pays développés ou en voie de développement. Retenons à cet effet que, ces statistiques révèlent qu'en Europe de l'Est et en Asie centrale, 0.2% de femmes de 20 à 24 ans affirment avoir mis au monde un enfant avant l'âge de 15 ans et 4% affirment l'avoir fait avant l'âge de 18 ans. Ces statistiques pour l'Asie de l'Est et Pacifique, sont de 1% avant l'âge de 15 ans et 8% avant l'âge de 18 ans. Les Etats Arabes ne sont pas des moindres avec 1% avant 15 ans et 10% avant 18 ans. En Asie du Sud, elles sont de 4% avant 15 ans et 22% avant l'âge de 18 ans. En Afrique de l'Est et Australe ces statistiques sont de 4% avant 15 ans et 25% avant 18 ans. En Afrique de l'Ouest et Centrale par contre, ces statistiques sont légèrement plus élevés soit 6% avant l'âge de 15 ans et 28% avant l'âge de 18 ans. Cependant les prévisions du Fond des Nation Unies pour la population UNFPA (2013) prévoient que ces statistiques vont doubler d'ici 2030 dans l'Afrique Subsaharienne si les tendances démographiques actuelles sont maintenues.

Pour l'Institut Alan Guttmacher, l'UNICEF, et l'UNFPA dans un rapport conjoint émis en 2002, des statistiques générales et détaillées font état de ce que moins de 10 % des jeunes filles affirment avoir eu un bébé avant l'âge de 18 ans dans les pays à savoir tels le Japon, l'Allemagne, la Pologne, la France, la Chine, la Tunisie, le Sri Lanka, la Grande-Bretagne, le Maroc, le Burundi, les Philippines, le Rwanda, les Etats-Unis, et la Thaïlande. 10 à 20 % des jeunes filles ont un bébé avant l'âge de 18 ans en Turquie, au Pérou, en Trinidad et Tobago, en Egypte, en Indonésie, au Paraguay, au Brésil, en Equateur, au Soudan, au Pakistan, en République Dominicaine, en Colombie, en Namibie, en Bolivie, en Zambie, et au Mexique.

Cependant, 20 à 30 % des jeunes filles ont un bébé avant l'âge de 18 ans à Madagascar, au Burkina Faso, au Sénégal, au Nigeria, au Malawi, en République Centre Africaine, en Ouganda. Par contre un taux relativement élevé soit 40 à 50 % des jeunes filles ont un bébé avant l'âge de 18 ans en Côte d'Ivoire, au Liberia, au Mali, au Cameroun, au Bangladesh. En fin, plus de 50 % (taux le plus élevé) des jeunes filles ont un bébé à l'âge de 18 ans au Niger.

En Afrique, ces statistiques sont très importants, et selon l'UNICEF (2015), l'Afrique centrale et l'Afrique de l'ouest cumules les taux les plus élevés en raison des pratique culturelles

dégradantes telles le mariage d'enfants. Ces mères adolescentes se trouvent dans un contexte où le pourcentage des mariages d'enfants est le plus élevé au monde (UNICEF, 2015). En Afrique de l'Ouest et du Centre, le taux de femmes de 20 à 24 ans mariées avant l'âge de 15 ans est de 14.8% avec un intervalle allant de 5% (Ghana et Sao Tome et Principe) à 29.1% (république centrafricaine). Pour celles qui sont mariées avant l'âge de 18 ans, la moyenne est de 43.8% avec un intervalle allant de 20.7% (Ghana et Gabon) à 76.3% (Niger).

Pour le cas précis du Cameroun, ce phénomène de grossesse précoces touche environ 30% des filles entre 12 et 25 ans, soit pratiquement une fille sur trois (INS, 2012). Le pourcentage des femmes ayant eu leur premier enfant avant l'âge de 15 ans est de 7,3% en 2004, et le pourcentage de filles-mères ayant entre 15 et 19 ans est de 22,7% (INS, 2012). En 2011, Une adolescente sur quatre a déjà commencé sa vie reproductive : 21 % ont eu au moins un enfant et 4 % sont enceintes du premier enfant (INS,2012). Le pourcentage des femmes âgées de 20 à 24 ans ayant été mariées avant l'âge de 15 ans est de 13,42% et le pourcentage de celles qui ont été mariées avant l'âge de 18 ans est de 38.61% (UNICEF, 2015).

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).

Au Cameroun, ce taux de fécondité élevé pourrait d'avantage s'expliquer outre les mariages forcés et la pauvreté, par le fait que la fécondité des femmes demeure relativement élevée, comme en témoigne l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) qui est estimé à 5,1 enfants par femme en moyenne. La fécondité précoce reste donc élevée avec un taux de 127% chez les

adolescentes de 15-19 ans (INS, 2011). À en croire le rapport de l'enquête démographique de l'Institut Nationale de la Statistique en collaboration avec le ministère de la santé publique réalisé en 2011, ce taux est beaucoup plus élevé en milieu rural avec 6,4 enfants par femme qu'en milieu urbain soit 4,0 enfants en moyenne par femme. Ce rapport précise que les adolescentes âgées de 15-19 ans détiennent donc 12 % du taux de fécondité en moyenne, soit un pourcentage de 14 % en milieu rural et de 11 % en milieu urbain. Selon l'EDS 5 (INS, 2020) l'indice synthétique de fécondité au Cameroun est de 4,8 enfants par femme en moyenne. Il y a donc une réduction par rapport à 2011.

Ces jeunes mères sont encore en pleine adolescence qui est une période de développement caractérisée par des modifications corporelles, physiologiques, cognitives et affectives devant aboutir à la construction de la personnalité et de l'identité (Barbot 2008). À cela s'ajoute la parentalité. La rencontre de ces deux périodes de développement semblables n'est pas sans conséquences car comme le souligne Dobryakov (2011) ; Perun et Franko (2013) ; Husmillow (2013) ; Mercer (2004) ; Howard et Stratton (2011) la construction de l'identité maternelle peut être perturbée chez les mères adolescentes à cause d'un certain nombre de facteurs tant individuels qu'environnementaux. De plus, Rubin (1967, 1984) et Mercer (2004) renseignent que les femmes traversent des phases de développement comme dans un jeu de constructions séquentiels. Pour une femme progresser d'une phase aux autres suppose l'accomplissement de toutes les tâches du développement de la phase antérieure. Si elle n'accomplit pas ces tâches, elle ne pourra pas continuer à travers le processus et ne pourra pas acquérir le rôle maternel.

Selon Stier et al. (1993) ; Connelly et Straus (1992) ; Lee et Goerge (1999) ; Buchholz et Korn-Bursztyn (1993) ; Flanagan, Andreozzi, et Riggs (1995) ; Sidebotham, Golding, et Avon (2001) ; St-Germain (2014) les dyades mères adolescentes-enfants rencontrent plus de troubles relationnels tels que la maltraitance que les dyades dans lesquelles les mères sont plus âgées. Pour Mercer (2004), les situations telles que le jeune âge de la mère, le statut socio-économique faible, le manque d'éducation ou des complications sanitaires de la mère ou de l'enfant peuvent perturber la construction de l'identité maternelle. Dobryakov (2011) ; Perun et Franko, (2013) mettent l'accent sur le fait que les grossesses avant le mariage, à l'étape où le sujet est confronté ou expérimente l'indépendance réveillent des difficultés dans la formation d'un dialogue précoce entre la mère et son bébé. Husmillow (2013) quant à lui montre que le jeune âge de la mère, l'immaturité et les grossesses non désirées sont des facteurs pouvant entraver ou perturber la construction de l'identité maternelle. À en croire ces chercheurs, la grossesse à l'adolescence est une situation de vulnérabilité.

À la double difficulté que constituent les crises de la période de l'adolescence d'une part et l'état de grossesse précoce avec les fonctions parentales qu'elle implique d'autre part, il peut s'ajouter un climat anxiogène notamment celui lié aux différents conflits familiaux suite à la découverte de la grossesse.

1.2. POSITION ET FORMULATION DU PROBLÈME

Les grossesses précoces peuvent s'accompagner de nombreuses conséquences. Sur le plan de la santé mentale, des conséquences non négligeables sont à déplorer. Selon Hobcraft et Kiernan (1999) ; Daguerre et Nativel (2004), les mères adolescentes sont deux fois plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé mentale, notamment des symptômes dépressifs. Barbot (2008), explique cette fragilité et prédispositions à développer des pathologies mentales chez ces adolescentes par le fait qu'elles se trouveraient dans une sorte d'entre-deux périodes de développement semblables et aboutissant à la fragilisation du psychisme des jeunes mères.

Face à la crise inhérente à la grossesse et la transparence psychique qui du fait de la réactivation des angoisses archaïques et les conflits en relation avec les imagos parentaux les vulnérabilise. En plus de la parentalité, elles sont confrontées aux remaniements psychiques de l'adolescence.

En effet, la grossesse est pour la femme comparable à une crise qui va mettre à l'épreuve son équilibre psychique, celui du couple et de la famille en général. Ce qui est une véritable crise psychique inévitable, un temps de déséquilibre et de changement à la recherche d'une résolution.

La naissance d'un enfant apporte dans chaque famille son lot de modifications significatives. La grossesse et l'enfantement sont, pour chaque femme, un passage fondamental, qui réactive les conflits anciens et lui assigne un rôle et un statut nouveau au sein de sa famille et de la société. Cette transition qui exige une adaptation importante est souvent associée à une plus grande vulnérabilité. Or, cette vulnérabilité peut être exacerbée par des circonstances particulières, dont celles qui découlent des conflits familiaux faisant suite à la découverte de la grossesse. Ces circonstances peuvent agir comme facteurs de protection pendant la période périnatale ou, au contraire, affectent les conditions de vie et contribuent à un environnement défavorable pour l'expérience de la maternité (Battaglini, Gravel, Boucheron, Fournier, Brodeur, Poulin, DeBlois, Durand, Lefèbvre, et Heneman, 2002).

L'adolescence est une période charnière du développement de la personnalité et est du fait des changements physiques, physiologiques et psychiques une période de vulnérabilité. La

maternité quant à elle, aussi constitue une crise identitaire comparable à l'adolescence. Ceci à cause de la vulnérabilité engendrée par l'instabilité et la fragilité des structures mentales de cette période. Comme crise identitaire, la parentalité est accompagnée de modifications sur le plan physiologique, sur le plan physique. 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).

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). La rencontre de ces deux périodes est assez délicate car cette rencontre vulnérabilise davantage les mères.

Selon Benyamin (2013), à l'adolescence, face à l'obligation de se séparer de ses imagos parentaux infantiles, le sujet ne peut plus compter sur le système pare-excitation de ses parents et doit lui-même réguler et traiter les excitations auxquelles il est soumis. Lorsque le préconscient est opérant, la continuité narcissique est assurée et l'adolescent peut s'autoréguler de manière autonome, sans s'étayer sur les membres de son entourage. S'installe alors un équilibre précaire, jalonné de discontinuités, d'aléas, voire de tempêtes, mais sans rupture ni désorganisation grave. Ainsi, le processus adolescent se déroule sans heurt.

Dans cette situation d'apprentissage de l'autorégulation autonome, les mères adolescentes font face à la maternité qui est riche en remaniements psychiques. Paradoxalement, l'issue de la maternalité et du devenir mère exigent l'étayage familial et l'identification aux imagos parentaux infantiles. L'adolescence et la parentalité sont des crises développementales qui nécessitent des transformations ou réaménagements des enveloppes psychiques du sujet. Chaque crise développementale ou environnementale est caractérisée par la transformation des enveloppes psychiques Belot (2014). Qu'en est-il des réaménagements des enveloppes psychiques chez la mère adolescente qui est confrontée à deux crises développementales au même moment ?

Selon Lamotte, Malka et Duverger (2009), l'enveloppe psychique peut être assimilée métaphoriquement à une membrane qui, dans une première fonction, différencie les domaines du dedans et du dehors tout en permettant des échanges entre ces espaces. L'enveloppe psychique devient le support, le lieu de passage entre différents phénomènes, elle permet de

filtrer puis de différencier monde interne et monde externe. Elle est un élément pour le fonctionnement de l'appareil psychique de tout sujet car elle permet la régulation des échanges entre l'intérieur et l'extérieur. En plus de cette fonction de pare-excitation, l'enveloppe psychique remplit aussi la fonction contenantante pour le psychisme.

Le psychisme construit lui-même sa propre enveloppe, sous l'effet des forces qui l'animent de l'intérieur et au contact de la réalité extérieure et de ses contraintes. Selon Anzieu (1998), les enveloppes psychiques sont des représentations résultant non plus du destin des pulsions, mais des jeux de place dans l'espace et des degrés et des formes de constitution d'un territoire psychique. Ces territoires sont dès lors constitutifs du sujet en ce qui concerne ses rapports avec son environnement en tant qu'espace externe-interne.

Selon Houzel (1987) l'enveloppe psychique est constituée de trois feuillets. Le premier est la pellicule qui correspond au feuillet instable de l'enveloppe psychique en lien avec la tension de l'énergie pulsionnelle. Le deuxième feuillet de l'enveloppe psychique est la membrane. Elle se constitue à partir de l'inscription sur la pellicule lors des rencontres avec l'objet. Enfin, le dernier feuillet est l'habitat qui est constitué par les traces de l'environnement passé et actuel du sujet. Ainsi, la construction de l'enveloppe psychique selon Houzel prend en compte à la fois les aspects innés du sujet, son environnement et son histoire.

Selon Houzel (1987), l'habitat répond à un besoin primaire de protection. Il correspond à un lieu d'ancrage, un feuillet de l'enveloppe psychique assurant stabilité et cohérence. Il s'agit d'un refuge, lieu nourricier dans lequel l'individu peut se ressourcer sur les plans narcissique et libidinal. En effet, l'habitat revêt une fonction protectrice nécessaire entre l'avant et l'après, une sorte de substitut du ventre maternel assurant une stabilité interne nécessaire à l'équilibre identitaire et psychique (Pestre, 2008).

À l'adolescence, le système pare-excitation est plus fragilisé car lourdement sollicité. Le poids des excitations pulsionnelles impose à cette période de l'existence un travail psychique accru et les limites dedans/dehors peuvent s'en trouver fragilisées. La limite peut même être amenée à disparaître. La différenciation entre le monde interne et le monde externe peut être menacée, laissant la place à l'émergence de l'angoisse et de la dépression (Almudena Sanahuja et Belot, 2014). Gutton (2002) évoque une *intrusion pubertaire*, car selon lui « *la source de la violence est la force de l'instinct génital abusant le corps et la psyché, contrainte par corps* » (p. 53). Au moment de la puberté, la violence qui s'exerce contre le moi provient de deux sources : l'une interne, provenant de la libido et constituée de fantasmes pubertaires exprimant la resexualisation des imagos parentaux ; l'autre externe, provenant également du corps pubère,

considéré comme un objet externe menaçant l'équilibre narcissique du sujet. Ainsi, l'adolescent se voit soumis à des turbulences psychiques et corporelles qui échappent à son contrôle et s'accompagnent d'une dimension traumatique dont l'intensité ainsi que les capacités à l'élaborer varient d'un sujet à l'autre.

Chez la mère adolescente, en plus de la fragilisation due à la puberté, les enveloppes psychiques de celle-ci sont également sollicitées par les contraintes de la parentalité. En effet, les enveloppes psychiques sont plus sollicitées durant la période périnatale car la grossesse et la maternité constituent une situation de vulnérabilité pour la devenant mère et son entourage.

La grossesse est considérée comme une crise maturative et la transparence psychique dont est sujette la femme, la laisse vulnérable devant ses angoisses archaïques et réactive en elle les conflits en relation avec les imagos maternel et paternel. Ces derniers sont inscrits sur ses enveloppes psychiques et mis en jeu par les fonctions de contenance et de pare excitation (Samia et Nadjib, 2020). Pour Belot (2014) le système pare-excitation, particulièrement maternel, est au centre des périodes sensibles que constituent le pré et post-partum. Accueillir un bébé n'est pas un processus aisé. Les mères adolescentes sont confrontées à de multiples tâches psychiques parfois accrues par leurs conditions de vie et certains événements comme des difficultés et des craintes liées au déroulement de la grossesse, etc.

L'enveloppe psychique est essentielle pour toutes les personnes. Chez les parents dans le pré et post-partum, le travail psychique est conséquent et augmenté pour faire face à la nouveauté de la situation, la rencontre avec le bébé mais aussi à la réactualisation d'un certain nombre de conflits intrapsychiques. Durant la période pré et post-partum, l'enveloppe psychique peut être affaiblie et modifiée en fonction des conditions de vie et des événements auxquels la devenant mère fait face (Belot, 2014).

De là, nous comprenons que les enveloppes psychiques de la mère adolescente sont sur-sollicitées et doublement fragilisées. Sur-sollicitation et fragilisation peuvent opérer une fissure voire un éclatement d'une des enveloppes protectrices du Moi. Ce qui peut entraîner un effondrement psychique et des symptômes qui rendent compte de l'effraction psychique. Par sa force et sa violence, l'événement vient faire effraction dans l'appareil psychique ; cette effraction et la violence du réel vont ainsi perturber durablement le fonctionnement psychique de la mère adolescente.

Dans cette situation, on s'attendrait à ce que l'atteinte de l'enveloppe psychique entraîne un vécu chaotique chez la mère adolescente qui ne serait plus capable de différencier le monde

interne de la réalité externe. L'absence de limite entre le dehors et le dedans due à cette atteinte ferait en sorte qu'elle n'éprouve plus le sentiment d'unité et de stabilité. Ce qui entraînerait une impression de désorganisation, d'une effraction de la réalité extérieure, d'un vécu de morcellement, de liquéfaction et une impossibilité d'identifier l'origine interne ou externe des stimuli. Ses enveloppes psychiques seraient donc incapables de filtrer et de différencier le monde interne et le monde externe. Ce qui fragiliserait la régulation des échanges entre l'intérieur et l'extérieur. Et se traduirait par la fissuration et ou l'éclatement de ses enveloppes psychiques (Anzieu, 1998). Entraînant ipso facto l'effraction de l'appareil psychique en général et la défaillance des enveloppes psychiques en particulier. Ce qui pourrait avoir des conséquences considérables sur la structuration du lien maternel.

Le lien maternel est le processus de recherche de proximité de la mère envers son enfant (Volkmar, 1995). C'est le lien émotionnel et d'affection qu'une mère éprouve pour son enfant. Ce lien n'est pas inné. Il se structure progressivement comme le souligne Romano (2021), être mère n'est pas donné d'emblée et de façon linéaire. Plus loin, elle précise : « *une femme devient mère à travers le regard de son enfant, dans une co-construction de liens fragiles, mais indispensables, pour permettre au bébé, puis à l'enfant, d'acquérir cette sécurité psychique primaire qui sera pour lui une ressource tout au long de la vie* (Romano, 2021 p.44). Ainsi, pour certaines femmes, la construction du lien maternel est sereine et naître mère est envisagé sans difficulté (Romano, 2021).

Tandis que d'autres sont confrontées à des situations qui peuvent entraver la construction du lien maternel chez elles. Selon Romano (2021), les événements de vie peuvent fragiliser les mères de telle sorte que leur équilibre psychique soit bouleversé. Dans ces cas, la construction du lien maternel va être difficile. Car comme le souligne Romano (2021), être une mère suffisamment bonne nécessite de pouvoir s'ajuster en permanence à son enfant. Cela nécessite une disponibilité psychique qu'il est difficile d'avoir en continu, particulièrement face aux épreuves de la vie. Ce qui peut être encore plus difficile pour les mères adolescentes qui font face à deux phases de maturation de manière spontanée.

Selon la théorie du lien maternel ou théorie du bonding (Kennel & Klaus, 1984), l'établissement du lien maternel précède l'attachement. Le développement des émotions, pensées, et comportements en rapport avec ce lien apparaissent chez la femme alors qu'elle est enceinte (Condon, Corkindale, 1998 ; Williams, Joy LA, Travis, Gotowiec, Blum-Steele, Aiken, 1987 ; Erickson, 1996 ; Leifer, 1977 ; Ballou, 1978 ; Brockington, Oates, George, Turner, Vostani, Sullivan, et al, 2001). Ce lien prénatal augmente avec l'avancée de la grossesse

(Rubin, 1984 ; Wayland, Tate, 1993 ; Zachariah, 1994) et surtout après avoir ressenti les premiers mouvements fœtaux (Leifer, 1977, Lerum, Major, LoBiondo-Wood, 1989). Les futures mères auront tendance à nommer le fœtus et même à lui parler (Leifer, 1977).

La future mère sera plus encline à observer les comportements sains au cours de la grossesse si elle se sent déjà liée à son futur enfant (Siddiqui A, Hagglof, 2000 ; Fonagy, Steele, Steele, 1991). Au troisième trimestre, elle est capable de reconnaître et de répondre de manière synchrone aux périodes d'activité et de repos du fœtus, ce qui conduirait à une augmentation du sentiment d'affection de la mère envers son futur bébé (Leifer, 1977, Fuller, 1989 ; Brazelton, 1982 ; Lerum, LoBiondo-Wood, 1989).

À la naissance, la construction du lien maternel entamé durant la grossesse sera concrétisée par un pattern particulier de comportement maternel qui apparaît aussitôt après l'accouchement. La mère, lors du premier contact, lorsque le nouveau-né, est placé sur son ventre, touche d'abord les doigts et les orteils du bébé. La mère continue son exploration en allant vers le centre du corps du nouveau-né et fini par circonscrire l'abdomen par un mouvement de sa main ouverte qui s'accompagne souvent d'un léger message (Kennel & Klaus, 1984). Ce qui serait l'expression de la concrétisation du lien maternel.

En suivant cette théorie, on comprend que chez la mère adolescente, la structuration du lien maternel devrait débiter durant la période de gestation et se concrétiser à la naissance suite au premier contact avec son enfant. Or, au cours des entretiens avec les mères adolescentes, nous avons relevé que durant la grossesse, elles sont plutôt confrontées à la sur-sollicitation et la double fragilisation de leurs enveloppes psychiques. En effet, il y a des moments durant lesquels elles ont un vécu chaotique qui se traduit par une incapacité à différencier le monde interne et la réalité externe, à cela s'ajoute la perte de la cohérence, une rage destructrice, la détresse d'abandon, une souffrance psychique insupportable se traduisant par des passages à l'acte (fuite, colère), des somatisations, des oublis, l'impression de vide etc. et des moments durant lesquels elles font effectivement preuve de stabilité, de cohérence et d'élaboration. Ce qui affecte positivement la structuration du lien maternel à cette période mais de façon superficielle en raison de la discontinuité narcissique dont elles font preuve.

Ce n'est que lorsque le réaménagement de ces enveloppes psychiques est effectif quelques temps après l'accouchement, que la structuration du lien maternel au sens de processus abouti est véritablement amorcé chez elles. Il devient possible dès lors d'observer de manière continue chez elle l'ensemble des éléments constitutifs du lien maternel dans ses trois dimensions que sont l'émotion, la pensée et le comportement. De là, nous disons que chez la

mère adolescente, la structuration du lien maternel se fait à partir du réaménagement des enveloppes psychiques quelques temps après l'accouchement. Alors qu'en suivant la théorie du lien maternel (bonding), on se serait attendu à ce que ce processus débute dès la grossesse et se concrétise aussi tôt à la naissance suite au premier contact mère-enfant lorsque le nouveau-né nu, est encore placé sur son ventre.

1.3. QUESTION DE RECHERCHE

Dans le cadre de cette étude, la question dont elle cherche à trouver les éléments de réponses est formulée de la manière suivante : *comment le réaménagement des enveloppes psychiques contribue-t-il à la structuration du lien maternel chez la mère adolescente ?*

1.4. HYPOTHÈSE DE RECHERCHE

En partant de la situation délétère due à l'adversité, les événements traumatiques opèrent des fissures ou un éclatement des enveloppes psychiques. Ce qui entraîne un effondrement psychique. Or cet effondrement entraîne au sens de Delassus (2014) une réaction de résistance qui tend à circonscrire le phénomène à l'intérieur de soi et empêcher qu'il ne gagne de l'ampleur. Pour Delassus (2014) l'effondrement provoque cette réplique caractéristique qui est de vouloir lui résister à tout prix. Le sujet ne veut pas céder, il ne veut pas que ce qu'il craint aussi fort puisse se produire. Il est trop effrayé par une sorte de mort annoncée pour lui ouvrir les portes.

D'où la mise en jeu de réflexes d'ajustement et de survie qui font appel aux forces du moi. Toutes les capacités psychiques sont mobilisées pour dominer un effondrement ou éloigner la crainte ressentie de son imminence. En effet, dès que l'effondrement se fait sentir, il est l'objet d'un déni puissant. Sa reconnaissance est paradoxale et elle pourrait être exprimée par la formule : « non, je ne suis pas effondrée ». Ainsi, la mère adolescente qui entre dans l'effondrement peut ne pas montrer la douleur qu'elle en éprouve. Au contraire, elle tente de se contenir et de minimiser ce qui lui arrive réellement. Tout se passe comme si les forces du moi essayaient de faire barrage à ce qui atteint le soi le plus intime. Les capacités du sujet se mobilisent pour empêcher une atteinte risquant de s'étendre à l'ensemble de la personnalité (Delassus, 2014).

À la suite de ce qui précède, nous formulons l'hypothèse que : *chez la mère adolescente, le réaménagement des enveloppes psychiques contribue à la structuration du lien maternel à travers l'accordage affectif.*

1.5. OBJECTIF DE RECHERCHE

L'objectif de cette étude est de comprendre comment le réaménagement des enveloppes contribue à la structuration des liens mère-enfant chez les mères adolescentes.

1.6. INTÉRÊTS DE L'ÉTUDE

L'intérêt de cette étude se décline sur deux principaux plans. Le plan scientifique et le 'plan socio-professionnel.

1.6.1. Sur le plan scientifique

Toute discipline scientifique dispose d'un corps constitué de connaissances. Non pas de connaissances figées, mais qui par le biais de recherches nouvelles se complètent et se perpétuent. C'est dans cette grande optique que s'inscrit notre travail. Cette recherche a donc le mérite d'aborder la résistance à l'effondrement psychique et le réaménagement des enveloppes psychiques chez les mères adolescentes. En se lançant sur cette nouvelle piste, elle a également le mérite de fournir à la littérature scientifique un supplément de connaissances à la dynamique psychique des mères adolescentes.

1.6.2. Sur le plan socioprofessionnel

La question des maternités à l'adolescence est de plus en plus préoccupante, car c'est un phénomène qui prend de l'ampleur dans les pays en voie de développement et le Cameroun n'y échappe pas. Il constitue un véritable problème de santé publique, qui vulnérabilise davantage les jeunes mères qui se retrouvent entre deux crises développementales. Cette situation favorise souvent la décompensation psychique chez ces jeunes mères. Notre étude permettra de mieux cerner cette situation afin de proposer de nouvelles approches d'accompagnement psychologique de la mère adolescente.

1.7. CLARIFICATION DES CONCEPTS L'ÉTUDE

Cette section est consacrée à la clarification des principaux concepts de cette étude.

1.7.1. La Parentalité

Le concept parentalité a été introduit par Benedeck (1959) dans un article intitulé « *parenthood as a developmental phase* ». Dans un article, Racamier (1961) introduit le terme de maternalité pour évoquer l'investissement profond et inconscient de la mère à l'égard de son enfant. 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, depuis une dizaine d'année, le processus par lequel on devient parent d'un point vue psychique. On parle également de processus de parentification (Houzel, 2000).

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. La parentalité est un processus qui débute à l'enfance, sous l'influence des déterminants anthropologique, culturels, juridiques et sociaux culturels. 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 parent.

Dans la conception psychologique, la parentalité commence par le désir d'enfant qui a lieu de manière inconsciente très tôt dans la vie du sujet.

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. C'est ainsi que Racamier, & Sens (1961). Ecrit : « *la maternité est une phase où la structure psychique s'approche normalement mais réversiblement d'une structure psychotique* ». Comme crise identitaire, la parentalité (maternité) 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.

En tant que crise identitaire, le devenir mère passe par toutes les phases du développement psychoaffectif. A chaque étape, l'enfant va faire l'objet d'un investissement particulier. C'est ainsi dans ce sens que Racamier (1961) écrit : *« le stade oral avec la reviviscence des expériences infantiles de satisfaction et de frustration dans la relation avec sa propre mère, le stade anal avec l'investissement du bébé comme un trésor, le stade phallique où 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 des futures relations avec le père »*.

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. C'est ainsi que l'enjeu de l'adolescence est de renoncer à l'enfance pour passer à l'âge adulte, l'enjeu de la première maternité est le changement de génération. Généralement, la maternité vient après l'adolescence. Autrement dit, la maternité survient après la transition entre l'enfance et l'âge adulte. Mais il peut arriver que ces deux phases surviennent au même moment. C'est le cas des jeunes filles précocement mères, elles font face à ces deux phases au même moment.

1.7.2. Le Système pare-excitation

Face aux stimulations environnementales, le psychisme va devoir se protéger car il ne peut travailler que sur de petites quantités d'énergie. La partie du psychisme consignée à assurer cette protection est le système pare-excitation. Le système pare-excitation pour Freud, est conçu comme une couche superficielle enveloppant l'organisme et filtrant passivement les excitations. Dénué d'un support corporel à proprement parler, il n'a, bien entendu, comme les éléments qui composent la vie psychique, aucune localisation précise. Ainsi, le fractionnement des excitations résulterait alors d'un mode de fonctionnement qui permettrait une « inexcitabilité périodique ».

Freud (1895) postule l'existence d'appareils protecteurs à l'endroit des excitations externes. Les quantités d'énergie qui sont à l'œuvre dans le monde extérieur ne sont pas du même ordre de grandeur que celles que l'appareil psychique a pour fonction de décharger. Il donne aussi au pare-excitations une signification psychologique plus large qui n'implique pas un support corporel déterminé, jusqu'à lui reconnaître un rôle purement fonctionnel.

Freud (1895) et Bion (1962) évoquent une « barrière de contact » permettant de séparer, pour le premier, l'environnement interne du sujet et l'environnement externe et, pour le second, l'inconscient et le conscient. Selon Freud (1895), il existe une « barrière de contact » constituée de neurones et présentant diverses caractéristiques qui permet de délimiter les stimuli provenant du monde extérieur et les différents processus internes qui les traitent, les filtrent avec plus ou moins de succès.

Pour Freud (1895), Plusieurs types de neurones constituent cette barrière : des neurones perméables servant à la perception (qui n'opposent aucune résistance et ne retiennent rien) et des neurones imperméables (résistants et rétenteurs de quantité). La « barrière de contact » est ainsi constituée d'éléments hétérogènes, certains perméables, sensibles aux stimulations extérieures, et d'autres imperméables permettant la construction et le maintien de processus psychiques (Vollon, Gimenez et Bonnet, 2015).

Bion (1962) décrit une autre « barrière de contact » qui est ce qui permet, selon lui, de séparer le conscient et l'inconscient tout en offrant un espace d'échanges possibles entre ces deux environnements : « Le terme de barrière de contact entend souligner l'instauration d'un point de contact entre le conscient et l'inconscient et le passage sélectif des éléments d'un plan à un autre. C'est la nature de la barrière de contact qui déterminera la transposition des éléments du conscient à l'inconscient et vice-versa. » Mais cette barrière dépend étroitement de la relation entretenue entre la fonction alpha et les éléments bêta. La fonction alpha permet à l'individu d'être réceptif aux sensations et aux émotions éprouvées pour pouvoir les penser, les éléments bêta sont des faits non digérés et emmagasinés sans être mis à la disposition de la pensée (Vollon, Gimenez et Bonnet, 2015).

La perception est aussi soumise au contrôle d'une fonction dont la théorie psychanalytique postule l'existence, sorte de pellicule à la périphérie de l'appareil perceptif : le système pare-excitation qui a une double vocation. Son rôle modulateur permet à chacun, et tout particulièrement au bébé, d'imprimer son propre rythme et son propre tempo à ses échanges avec son environnement, de moduler suivant ses besoins internes, ses prises d'échantillon sur

le monde. Son rôle protecteur du fait que ce soit un système de protection interne qui protège l'appareil psychique contre la toxicité destructive d'un surcroît de stimulations externes.

L'enveloppe psychique est, selon Freud (1920), dotée d'un *pare-excitation* qui désigne à la fois le support et sa fonction. Le contact avec les excitations du monde extérieur dote l'organisme d'une couche superficielle, corticale, de protection. Le pare-excitation est alors conçu comme enveloppant l'organisme et filtrant passivement les excitations venues du monde extérieur, protégeant le psychisme de l'effraction ou du débordement. Le pare-excitation protège l'appareil psychique des excitations venues du monde externe et assure une barrière entre le dedans et le dehors. Lorsque les excitations sont trop intenses, il y a effraction du pare-excitation et les capacités de traitement de l'appareil psychique sont débordées.

1.7.3. Accordage affectif

L'accordage affectif est un terme développé par Stern (1989) pour désigner le processus de partage intersubjectif des états affectifs entre parent et enfant. Le parent doit mettre cette compétence en place car il s'agit selon Stern (1989, p.181) du « *problème de nature clinique qui a le plus d'incidence sur la connexité intersubjective* ». Le partage intersubjectif des affects permet à l'enfant de se construire un sens subjectif de soi.

L'accordage est une transaction affective qui commence, comme l'empathie, par une résonnance affective (nécessitant une capacité d'identification régressive) mais qui en fait quelque chose de différent. « *L'accordage prend l'expérience de la résonnance émotionnelle et la refond automatiquement en une autre forme d'expression* » Stern (1989, p. 189). Cet accordage a plus une valeur de communion que de communication dans le sens où il n'a pas pour vocation de changer la conduite ou le comportement de l'enfant. Il se fait le plus souvent inconsciemment ou de façon partiellement consciente. L'accordage affectif permet également au nourrisson, à travers ses perceptions sensorielles, de faire l'expérience cognitive d'un monde cohérent et unifié. En effet, le parent, bien qu'utilisant un canal sensoriel différent, conserve des propriétés de rythme, d'intensité, de forme permettant de faire le lien entre les deux actions et d'établir une unité de sens.

Le parent doit être en mesure de reconnaître l'état émotionnel de l'enfant à travers son comportement. Il doit donner une réponse empathique en écho. Cette réponse doit aller au-delà de l'imitation qui va permettre à l'enfant de sentir que la réaction parentale à son comportement a un rapport avec son expérience émotionnelle de départ.

L'accordage affectif infiltre la relation parent/enfant car ce sont des accordages enchâssés dans leur contexte qui colorent la relation et renvoient une impression de qualité relationnelle. L'accordage affectif nécessite que le comportement renvoyé par le parent ne soit pas une simple imitation du comportement de l'enfant, mais plutôt un reflet qui s'accorde avec l'état émotionnel de l'enfant.

En se basant sur les accordages affectifs, Stern a décrit les processus nommés « *ajustements* » qui sont des accordages « *intentionnellement manqués* », c'est-à-dire qui s'apparient excessivement ou insuffisamment à l'intensité du comportement de l'enfant dans le but d'augmenter ou de diminuer le niveau d'affectivité de l'enfant.

Les accordages sont également l'un des principaux vecteurs de l'influence des fantasmes des parents sur leur enfant. L'accordage permet au parent de transmettre à l'enfant ce qui peut être partagé (expériences subjectives). C'est à travers l'accordage affectif que les parents transmettent leurs craintes, désirs, interdictions et fantasmes. Les parents choisissent de manière inconsciente ce sur quoi l'accordage va porter et l'enfant va percevoir avec acquiescement que ce qui est partagé a un caractère spécial, ce qui va permettre d'atteindre l'union intersubjective. Selon Stern, l'accordage sélectif a un pouvoir de communion dans la mesure où il détermine les comportements acceptables et ceux qui sont inacceptables. L'accordage affectif constitue donc un modèle de transmission intergénérationnelle, une des modalités de transmission du surmoi parental

L'accordage affectif, concept défini par Stern, au contraire de l'imitation, implique le passage d'une modalité à l'autre et utilise donc la transmodalité

Dans cette expérience subjective, un des partenaires de l'interaction reproduit la qualité des états affectifs de l'autre. L'accordage crée une communication qui se déroule sur le plan affectif, il s'agit d'une communication de sentiments qui permet d'exprimer que l'autre a ressenti la même chose. Cette expérience va rendre possible le développement de l'empathie (Ursula ; 2011).

Stern et ses collaborateurs ont dégagé plusieurs caractéristiques spécifiques de cet accordage (cité par Maddalena di Carlo, 2003) :

- l'intensité absolue : le niveau d'intensité du comportement maternel correspond exactement à celui de l'enfant, indépendamment du type de comportement (ex. : le volume d'une vocalisation de la mère correspond à la force d'un mouvement de l'enfant) ;

- le profil d'intensité : il y a correspondance dans les changements d'intensité (ex. : l'effort vocal de la mère et l'effort physique de l'enfant suivent, au même rythme, une accélération et une décélération) ;
- la synchronisation temporelle, le rythme, la durée : il y a correspondance de durée, de régularité et de changement dans les schémas comportementaux de la mère et de l'enfant;
- la forme : il y a correspondance dans les caractéristiques formelles et spatiales de deux actions différentes (ex.: le mouvement de la tête de la mère qui suit le mouvement du bras de l'enfant). Ces caractéristiques sont dites amodales par l'auteur. Elles seraient présentes selon Stern dans toute modalité perceptive

CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE

Après avoir présenté les contours du contexte qui est celui de cette étude, construit et formulé le problème qui est le socle de cette étude. Le présent chapitre qui est par ailleurs le second de ce mémoire porte sur la revue de la littérature. Il y sera question pour nous de présenter les travaux antérieurs sur notre thématique de recherche.

2.1. LES MATERNITÉS PRÉCOCES ET LEURS RETENTISSEMENTS

La grossesse à l'adolescence, qui survient très souvent de manière inattendue, fait passer la jeune fille directement du statut d'enfant au statut de mère, sans avoir été une femme. C'est ce que soutient Guettier (2001, p. 71) lorsqu'elle écrit : « L'adolescente est à la recherche d'elle-même, de son identité, de sa féminité, qu'elle met en scène dans la relation amoureuse. L'entrée dans la maternité perturbe et court-circuite cette quête de soi. La question d'être femme est oblitérée par la question d'être mère, qui arrive trop tôt ».

La grossesse précoce propulse la jeune fille dans un statut de « pseudo-adulte » (une sorte d'adolescence avortée) (Marcelli et Braconnier, 2008 p. 205). Cette transition manquée aura des répercussions sur l'équilibre psychologique du sujet. Il faut donc créer un espace pour que la future mère et le fœtus puissent gérer ce déséquilibre et s'adapter au statut de parent. A ce sujet, Emery, Paquette et Bigras (2008 p.65) écrivent :

La maternité adolescente est associée à des problèmes tels que le manque d'efficacité personnelle, le manque de connaissances sur le développement de l'enfant, l'augmentation du stress et de la dépression, et des modèles d'attachement incertains et désorganisés (...) Les chercheurs ont constaté que les mères adolescentes sont moins communicatives, plus irritables et plus contrôlantes que les mères adultes. Ces modèles suggèrent un potentiel de prise en charge et d'intervention par les services de protection de l'enfance, mais il convient d'être prudent avant de généraliser, car les problèmes associés à la maternité des adolescentes peuvent être causés, ou du moins exacerbés, par la stigmatisation et la marginalisation.

Guettier (2001, p. 67) estime que si les grossesses d'adolescentes sont généralement problématiques, celles des moins de 16 ans le sont davantage en raison d'une « plus grande insécurité psychologique, sociale et familiale ». Parmi les facteurs qui compliquent le déroulement normal d'une grossesse chez une jeune fille, il y a la souffrance psychologique causée par le rejet social de la famille ou du père de l'enfant qui, en raison de son âge, ne peut apporter un soutien suffisant à la mère, et la peur de voir son avenir compromis. C'est pourquoi, une fois que la future mère a décidé de garder son enfant, il est important de la soutenir, voire

de l'accompagner dans une consultation si elle en a besoin. Il faut donner l'opportunité aux adolescentes ayant des grossesses précoces de devenir des mères autonomes et responsables en les accompagnant, car elles craignent la marginalisation, la déscolarisation et un avenir socioprofessionnel compromis (Maguiabou, 2014). Marcelli et Braconnier (2008 p.204) écrivent dans cette perspective :

La survenue de la grossesse accentue la situation de rupture. La grossesse est souvent cachée, parfois découverte seulement lors de l'accouchement. A cet égard, il n'est pas rare que la grossesse reste longtemps inaperçue (grossesse de « rentrée »). Le suivi médical est inexistant ou irrégulier (augmentation des facteurs de risque). La découverte de la grossesse peut entraîner l'exclusion de la famille, de l'école et des amis, ce qui accentue la solitude de l'adolescente.

Le choix de la personne qui s'occupera du bébé est souvent une lourde charge pour la famille, et l'avortement n'est pas toujours une option facile, car il est interdit dans certains pays, notamment au Cameroun, sauf sous certaines conditions (en cas de viol ou de grossesse à haut risque obstétrical) (Maguiabou, 2014). Les adolescentes qui tombent enceintes à un âge précoce ont souvent du mal à en parler à leurs proches, de peur d'être incomprises ou rejetées, ce qui peut les laisser dans un triste sentiment de solitude. Les jeunes filles ne se confient à une personne de confiance que si elles en ont l'occasion. C'est pourquoi, en Occident notamment, il existe des associations qui offrent aux jeunes mères un espace d'expression et d'apaisement (Portier-Le Cocq, 2009).

2.1.1. Les mères adolescentes, une population à risque

Les mères adolescentes cumulent plusieurs facteurs de risque psychosociaux et leurs enfants sont plus exposés aux problèmes de développement. Ce que nous pouvons apprendre de cette population peut souvent être généralisé aux populations adultes vivant dans des contextes à haut risque (Tarabulsy et al., 2011). En effet, certaines études montrent que lorsque les mères adolescentes sont comparées à des mères adultes de même niveau socio-économique, les comportements parentaux sont similaires (Cossette, Paquette, Saucier et Goulet, 2003 ; Lacroix, Pomerleau et Malcuit, 2002 ; Lacroix, Pomerleau, Malcuit, Séguin et Lamarre, 2001). Les jeunes mères et leurs enfants sont exposés à plusieurs risques et plusieurs chercheurs ont suggéré que des processus liés aux interactions mère-enfant pourraient être à l'origine de

difficultés de développement chez les enfants (Lemelin et al., 2006 ; Moran, Forbes, Evans, Tarabulsy et Madigan, 2008 ; Tarabulsy et al., 2005).

Ces chercheurs suggèrent que les perceptions qu'ont les jeunes mères de leurs enfants peuvent être un facteur important dans la manière dont elles interagissent avec leurs enfants et les caractéristiques développementales qui en découlent (Tarabulsy et al., 2011). Dans cette perspective, les représentations et la sensibilité maternelles sont des cibles privilégiées pour une intervention précoce.

2.1.2. La sensibilité maternelle chez les mères adolescentes

Les mères adolescentes sont plus susceptibles d'avoir un statut socio-économique faible. Elles ont souvent moins d'éducation et des opportunités professionnelles plus limitées. Elles sont également plus susceptibles d'être des parents isolés, d'être socialement isolées, d'avoir des relations conflictuelles ou de souffrir de maladies mentales liées à la dépression, à l'anxiété ou à l'abus de substances. Elles sont également deux fois plus susceptibles d'avoir subi des violences physiques ou sexuelles. Selon certaines études, les jeunes mères sont plus stressées par rapport à leur rôle de parent, ont des attentes moins réalistes et moins positives à l'égard de leur enfant, ont des attitudes négatives à l'égard de leur grossesse et ont une moins bonne estime d'elles-mêmes.

Les jeunes mères sont plus stressées et ont une moins bonne estime d'elles-mêmes (Ban, Heifetz, Tamim, Bohr et Connolly, 2012 ; Cloutier, 1996 ; Culp, Appelbaum, Osofsky et Levy, 1988 ; Lanzi, Bert et Jacobs, 2009 ; Sommer et al., 1993 ; Stoiber et Houghton, 1994 ; Tarabulsy et al., 2010, 2011).

Ce contexte de vie et ces facteurs psychologiques peuvent constituer un terreau fertile pour des difficultés dans les interactions mère-enfant et dans les représentations que les jeunes mères peuvent avoir de leur enfant. Plusieurs études ont montré que la sensibilité maternelle est plus faible chez les mères adolescentes. En effet, les jeunes mères adoptent une attitude plus contrôlante et coercitive ou, au contraire, sont plus repliées sur elles-mêmes et peu attentives aux signaux de leur enfant. Elles vocalisent également moins, affichent une attitude et un discours moins affectifs et moins positifs, et sont moins expressives lors des interactions (Bernier et al., 2010, Culp et al., 1988 ; Culp, Culp, Osofsky et Osofsky, 1991 ; Demers et al., 2010 ; Hassan et Paquette, 2004, McDonald Culp, Osofsky et O'Brien, 1996 ;

Moffitt et E-Risk study team, 2002). Selon la littérature, les mères adolescentes diffèrent des mères adultes à faible risque dans leurs interactions avec leurs enfants.

Les mères adolescentes et le développement de l'enfant. Les enfants de jeunes mères éprouvent fréquemment des difficultés de développement en termes de sécurité de l'attachement et de développement cognitif et socio-émotionnel (Lemelin et al., 2006 ; Spieker, Larson, Lewis, White et Gilchrist, 1997 ; Tarabulsy et al., 2008). Ces enfants sont plus susceptibles d'avoir un attachement de type évitant et désorganisé, des difficultés langagières et cognitives et des problèmes comportementaux internalisés et externalisés (Bernier et al., 2010 ; Lacroix, Pomerleau et Malcuit, 2002 ; Lamb, Hopps et Elster, 1987 ; McDonald Culp et al., 1996, Spieker et al., 1997 ; van Ijzendoorn, Schuengel et Bakermans-Kranenburg, 1999).

La présence de ces difficultés de développement chez les enfants de mères adolescentes peut s'expliquer en partie par l'hypothèse d'une médiation par la sensibilité maternelle. Le contexte à risque dans lequel vivent les jeunes mères influence leur comportement parental, ce qui peut être préjudiciable au développement de l'enfant (Tarabulsy et al. 2011).

2.1.3. Les représentations maternelles de l'enfant chez les mères adolescentes

Les représentations maternelles sont définies par Meins (1997) comme la tendance à considérer et à traiter son enfant comme un agent mental, une personne distincte avec son propre monde interne, plutôt que comme un objet ou une créature avec des besoins. Ces représentations maternelles comprennent : l'organisation des représentations cognitives (ORC), la représentation maternelle du tempérament de l'enfant (RMT) et la représentation maternelle de la sécurité de l'attachement de l'enfant (RMSA). Ces représentations sont très importantes car la manière dont une mère se représente son enfant peut affecter plusieurs aspects de l'enfant ou de la relation mère/enfant.

2.1.3.1. Les représentations cognitives de la mère

Ces représentations cognitives comprennent : la capacité de mentalisation de la mère, le modèle opératoire interne de l'enfant, la compréhension empathique et l'orientation mentale. La mentalisation est un concept développé par Fonagy (1991) cité par Bétard (2014). Elle renvoie à la capacité de comprendre ses propres comportements et ceux des autres à la lumière d'états mentaux sous-jacents. Selon Fonagy (1991), la capacité de mentalisation joue un rôle central dans la parentalité. Une mère capable de représenter l'expérience mentale de son enfant est en mesure d'anticiper les besoins de ce dernier, d'adapter son monde extérieur et de contenir ses propres affects potentiellement problématiques (Fonagy, Steele, Steele, Moran, & Higgitt, 1991).

Selon Slade (2005) ; Theran, Levendosky, Bogat et Huth-Bocks (2005), les mères qui présentent un discours riche, cohérent, flexible et positif et qui perçoivent leur enfant comme ayant sa propre individualité et ses propres besoins possèdent un haut niveau de mentalisation et ont des représentations équilibrées selon le modèle opératoire de l'enfant. Fondamentalement, ces auteurs supposent que cette disposition cognitive conduit la mère à agir avec bienveillance à l'égard de l'enfant.

Oppenheim et Koren-Karie (2002) ont examiné la compréhension empathique de la mère. Après avoir visionné une séquence vidéo montrant son enfant en train d'interagir, la mère a été interrogée. Comme dans les analyses du modèle opératoire de l'enfant, leur discours a été utilisé pour déterminer si les mères avaient des représentations équilibrées de leur enfant.

L'organisation des représentations cognitives de la mère est associée à plusieurs facteurs dont : l'état d'esprit de la mère par rapport à l'attachement à ses propres parents (Foucalt, 2008 ; Slade, Grienberger, Bernbach, Levy et Locker, 2005) cité par Bédard (2014). Le modèle cognitif interne développé par la mère avec ses expériences passées l'amènera à se forger une vision d'elle-même, des autres et du monde qui reste active dans ses relations actuelles. Une mère cohérente dans son discours sur sa propre histoire d'attachement tend à avoir une représentation plus positive de son enfant et une meilleure capacité à parler de sa relation avec lui en reflétant ses propres états mentaux. Des représentations plus négatives ou moins positives sont associées à la présence de facteurs tels que la dépression, un contexte psychosocial à risque, la perception par la mère d'un tempérament difficile chez l'enfant et le stress parental.

2.1.3.2. La représentation maternelle du tempérament de l'enfant (RMT)

Selon Lemelin et Theriault (2012), le tempérament fait référence à un ensemble de dimensions ou de traits ; il est interprété comme un ensemble de prédispositions ; il a une base biologique et est relativement stable dans le temps et les contextes. Selon Hubin-Gayte (2006), un certain consensus comprend trois caractéristiques émotionnelles de l'enfant qui renvoient au concept de tempérament : l'irritabilité, la consolabilité et l'activité motrice.

✓ La RMT et la sensibilité maternelle

Plusieurs études montrent une association entre les déclarations maternelles de tempérament difficile, d'irritabilité ou de forte réactivité chez l'enfant et des comportements parentaux moins positifs (Goodman Campbell, 1979 ; Milliones, 1978 ; Schuler, Black, & Starr, 1995). D'autres études révèlent une association entre les comportements parentaux négatifs ou intrusifs, l'expression d'affects négatifs chez la mère ou l'utilisation stricte de la discipline et

l'irritabilité, le tempérament difficile ou une forte émotivité négative chez l'enfant (Hagekull & Bohlin, 1986 ; Katainen, Räikkönen, & Keltikangas-Järvinen, 1997 ; Mäntymaa, Puura, Luoma, Salmelin, & Tamminen, 2006 ; Park, Belsky, Putnam et Crnic, 1997). Enfin, Lemelin et al. (2006) et Therriault, Lemelin, Tarabulsy et Provost (2011) rapportent une association négative entre la perception maternelle de la colère chez l'enfant et la sensibilité maternelle. D'autres études se sont intéressées à l'aspect plus intériorisé des difficultés tempéramentales et ont observé une association entre la peur sociale ou la faible sociabilité et un usage strict de la discipline ou une tendance à utiliser des stratégies parentales qui ne favorisent pas l'autonomie de l'enfant (Katainen et al. 1997 ; Rubin, Nelson, Hastings, & Asendorpf, 1999).

2.1.3.3. Les représentations maternelles de la sécurité de l'attachement (RMSA)

Le concept de sécurité de l'attachement a été largement décrit par John Bowlby (Bowlby, 1969) et Mary Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Waters et Wall, 1978). Il se définit par le lien affectif qui s'établit initialement avec une figure parentale nourricière. Au début de la vie, ce lien est défini par les comportements d'attachement manifestés par l'enfant, lui procurant la proximité physique qui, du point de vue de la survie de l'individu et de l'espèce, lui assure une plus grande chance de recevoir l'aide du parent en cas de danger (Bowlby, 1969). Lorsque l'enfant se trouve dans une situation qu'il juge menaçante, il manifeste son désir d'être proche de sa figure parentale afin d'obtenir une protection. Obtenir du réconfort leur permet également de développer leurs capacités de régulation émotionnelle.

2.1.3.4. Les représentations maternelles de l'enfant chez les mères adolescentes

En ce qui concerne l'étude des représentations maternelles de l'enfant chez les mères adolescentes, très peu de chercheurs se sont penchés dessus. Dans cette section, nous présenterons les études menées par ces chercheurs.

➤ Les représentations cognitives de la mère adolescente

Les études sur les représentations maternelles chez les mères adolescentes montrent que ces dernières ont des représentations cognitives moins positives de leur enfant (Foucault, 2008). Ces études montrent également que les mères adolescentes font moins de commentaires sur l'état mental de leur enfant lorsqu'elles interagissent avec lui, et que ces commentaires sont moins positifs (Bernier et al. 2010). Pour Demers et al. (2010), les mères adolescentes décrivent leur enfant en utilisant moins de descripteurs se référant aux états mentaux et leur discours est moins riche.

➤ **Les représentations maternelles du tempérament de l'enfant chez les mères adolescentes**

Demers et al (2010) ne rapportent pas de différence entre les mères adultes et les mères adolescentes en termes de RMT (difficulté, adaptation). Il en est de même pour Therriault et al. (2011) qui ne rapportent pas de différence significative entre les rapports de tempérament des jeunes mères et des mères adultes en ce qui concerne la peur sociale et la prédisposition à la colère.

Secco et Moffatt (2003) démontrent que les jeunes adolescentes (moins de 17 ans) perçoivent leur enfant comme ayant un tempérament plus difficile que les adolescentes plus âgées (17 ans et plus). Mertesacker, Bade, Haverkock et Pauli Pott (2004) observent une association négative significative entre les facteurs de risque maternels tels que l'anxiété et la dépression et la perception d'une émotivité positive chez l'enfant.

2.1.4. Les problèmes causés par les grossesses précoces chez les jeunes filles

Les jeunes filles qui deviennent mères à un âge précoce sont confrontées à une multitude de difficultés qui peuvent avoir des répercussions sur leurs enfants. L'impact subi par une jeune mère est souvent transmis à son enfant, qui commence sa vie dans des conditions défavorables, déclenchant un cycle intergénérationnel de marginalisation, d'exclusion et de pauvreté (UNFPA, 2013 et OMS, 2007).

La maternité précoce a de nombreuses conséquences dans la vie d'une jeune fille qui devient mère à un âge précoce. Ces conséquences se manifestent à plusieurs niveaux :

- En termes de santé, la maternité précoce est associée à des risques de décès, de maladie et d'invalidité maternels, de fistule obstétricale, de complications liées à des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses, d'infections sexuellement transmissibles et de VIH. Elle peut également avoir un impact sur la santé de l'enfant (UNFPA 2013).

- En termes d'éducation, la maternité précoce conduit à l'interruption ou à l'arrêt de l'éducation formelle, avec pour conséquence la perte d'opportunités de réaliser son potentiel.

- En termes économiques. Liée à l'éducation, la maternité précoce conduit à l'exclusion de l'emploi rémunéré et des moyens de subsistance.

- Sur le plan psychosocial, le mariage précoce fait souvent suite à une grossesse précoce chez les jeunes filles. En très peu de temps, ces jeunes filles passent du statut d'enfant à celui de mère, de femme mariée avec des responsabilités d'adulte. Stress ou dépression parce qu'elles

ne sont pas préparées psychologiquement au mariage ou à la grossesse, stigmatisation suite à une grossesse précoce (surtout hors mariage), honte et exclusion sociale (OMS, 2007). Au niveau des représentations sociales de ces grossesses, elles sont marquées par la stigmatisation et le blâme. (Bérard, 2007).

Selon l'OMS (2007), les grossesses précoces sont liées à la misère sociale et au rejet. Elles peuvent également conduire à des violences. Cette violence peut être physique, verbale, interne à la jeune fille, etc.

La violence physique est le plus souvent observée dans le milieu familial, allant des coups et blessures aux agressions verbales et aux insultes, en passant par l'expulsion du domicile familial. Dans certaines familles, la jeune fille qui annonce sa grossesse peut parfois mettre sa vie en danger, en étant contrainte d'avorter ou même en mettant son futur nouveau-né en danger de mort » (Seince, Pharizien et Uzan, 2003). Cette violence peut également provenir du corps médical, qui va verbaliser les jeunes filles mères dès leur plus jeune âge. L'environnement institutionnel, en particulier l'école, peut également jouer un rôle en isolant la jeune fille enceinte. La grossesse précoce va également confronter la jeune fille à son ambivalence (souffrance) renforcée par la culpabilité d'avoir transgressé un interdit. (Seince, Pharizien et Uzan, 2003).

2.2. L'ADVERSITÉ ET SES DOMAINES

Il peut être défini comme l'expérience vécue, le sentiment douloureux, la souffrance ou la difficulté éprouvée par une personne, une famille, une organisation ou une communauté face à des événements stressants ou des facteurs de risque qui menacent le processus de développement, l'intégrité psychologique ou l'homéostasie biopsychosociale (Noltemeyer et Bush, 2013 ; Riley et Masten, 2005).

Cette définition s'inscrit dans une perspective phénoménologique et humaniste qui place le sujet au centre de son expérience. L'adversité peut donc être abordée comme une épreuve à laquelle il faut s'adapter, une épreuve à surmonter, à traverser, à transcender pour maintenir ou restaurer sa santé. La souffrance vécue dans l'adversité est à l'origine de la psychopathogenèse ou du développement problématique de la personnalité (Cyrulnik, 2012 ; Garmezy, Masten et Tellegen, 1984 ; Ionescu et Jourdan Ionescu, 2006 ; Noltemeyer et Bush, 2013). Cette souffrance se caractérise par son intériorité pour le sujet, c'est-à-dire qu'elle concerne le vécu expérientiel, le sens donné à l'événement, l'impact sur l'intégrité psychologique et son pouvoir désorganisateur ou déstabilisateur (Ionescu, 1998 ; Tousignant, 1992). L'intensité d'un

événement ou de son expression clinique est subjective et dépend donc de l'individu, du niveau d'investissement dans l'objet perdu, de la culture et du contexte (Cathébras, 2009 ; Tousignant, 1992). Compte tenu de la complexité de l'être humain, l'exposition aux mêmes facteurs de risque entraîne des réactions différentes chez chaque individu. Cela suggère que les sentiments individuels, les traumatismes ou l'adversité face aux facteurs de risque doivent être pris en compte.

En ce qui concerne l'adversité, les auteurs choisissent généralement d'en traiter une (notamment dans le domaine de la maltraitance ; par exemple, les abus psychologiques, physiques ou sexuels) ou parfois plusieurs, mais sans expliciter leur choix. Des tentatives de catégorisation plus ou moins exhaustives ont été faites. Par exemple, la référence aux onze facteurs de risque définis par Rutter et Quetton (1997) est souvent citée dans la littérature scientifique actuelle : faible niveau d'éducation des parents, conditions de vie difficiles, troubles psychiatriques des parents, délinquance ou placement en institution dans le passé des parents, relations problématiques avec les parents, parentalité précoce, famille monoparentale, rejet total de la grossesse, manque de soutien et d'intégration sociale, difficultés chroniques sévères, manque de capacités d'adaptation (Pitzer et al., 2010).

La proposition du DSM-5 reprend les conditions et problèmes listés dans le DSM-4 : relations intrafamiliales anormales, troubles mentaux familiaux, déviance ou handicap, communication familiale inadéquate ou déformée, dysfonctionnement éducatif, environnement immédiat anormal, événements de vie graves, facteurs de stress sociaux, stress interpersonnel chronique associé à l'école ou au travail, événements stressants résultant du trouble de l'enfant. Cette catégorisation est intéressante car elle va au-delà de l'adversité familiale stricto sensu, mais elle ne distingue pas les différents systèmes écologiques dans lesquels les adversités apparaissent, ni la manière dont elles peuvent être liées.

Les auteurs tentent parfois d'évaluer la gravité et le niveau d'adversité, à l'instar de Dunn et al. (2011), qui proposent différents profils d'adversité à partir d'une enquête menée auprès de 1137 enfants interrogés. A partir de ce corpus, ils décrivent l'adversité comme absente ou faible (66%), modérée (21%), sévère (8%) et atypique (5%). Les enfants évaluent l'impact de l'événement sur la famille (léger, modéré ou sévère), mais les seuils pour chaque catégorie ne sont pas objectivement spécifiés. Il faut également noter que le traumatisme, conceptualisé comme une forme extrême d'adversité, se distingue des événements stressants par son caractère soudain et violent (Pearlin et al., 2005) dans le cas des événements de « type 1 », alors que les

événements de « type 2 » résultent d'une exposition répétée à des événements négatifs sur le long terme (Margolin et Gordis, 2000).

Il est actuellement proposé de parler de gradients de risque basés sur le nombre de facteurs de risque plutôt que sur les niveaux de risque. Le gradient de risque est basé sur le nombre de facteurs de risque plutôt que sur les niveaux de risque (Masten, 2011). Les individus qui accumulent des facteurs de risque dans leur vie personnelle sont plus à risque de mauvaise santé que les autres (Masten et Obrado, 2011).

Les individus qui accumulent des facteurs de risque dans leur vie personnelle sont plus exposés à un risque de mauvaise santé que les autres (Masten et Obradovic, 2006). Il est très difficile de définir et d'évaluer ce qui constitue une véritable exposition à l'adversité (Masten, 2011). Non seulement les individus perçoivent et réagissent différemment à la même expérience, mais de nombreux autres processus interfèrent : les effets de dose ainsi que le sens donné aux événements eux-mêmes en fonction de la perception cognitive et émotionnelle de l'individu, le comportement d'autres personnes, les traumatismes antérieurs, les croyances culturelles et le contexte actuel (Masten et Osofsky, 2010) modifieront d'une manière ou d'une autre la perception subjective de ces adversités.

2.3. DE LA DÉFAILLANCE DES ENVELOPPES PSYCHIQUES AUX TROUBLE DE LA CONTENANCE

Chaque individu construit plus ou moins son enveloppe psychique. Cependant, celle-ci peut être affaiblie par des incidents précoces. Les dommages de l'enveloppe psychique conduit à une expérience chaotique pour l'individu, car il n'est plus capable de distinguer le monde intérieur de la réalité extérieure.

Cette enveloppe psychique est fondamentale, car la frontière entre l'extérieur et l'intérieur permet au sujet d'éprouver un sentiment d'unité et de stabilité. Courteix (2009) souligne la présence d'un défaut de l'enveloppe psychique chez les sujets présentant des troubles envahissants du développement. Ces individus sont incapables de faire la différence entre l'intérieur et l'extérieur, entre le moi et le non-soi. L'auteur rapporte notamment une impression de désorganisation, une invasion de la réalité extérieure, une expérience de fragmentation et de liquéfaction, et une incapacité à identifier l'origine interne ou externe des stimuli. Houzel (2008) utilise la figure du ruban de Moebius pour exprimer l'expérience d'un sujet autiste. La torsion du ruban reproduit celle de l'enveloppe, rendant impossible pour le sujet la différenciation entre l'interne et l'externe.

De plus, l'enveloppe psychique résulte de l'intériorisation de la fonction contenant un défaut de cette enveloppe est donc lié à un trouble de la contenance. Ce trouble signifie que le sujet perd la cohérence des morceaux qui le composent. Il peut s'agir d'affects archaïques violents de rage destructrice et de détresse, d'abandon, car le sujet ne peut garder ces affects à l'intérieur de sa psyché, il les rejette donc sur le monde extérieur.

Dans le cas de la psychose, la fonction du contenant psychique n'est pas ou peu assurée. Cette frontière protectrice formée par les enveloppes psychiques est trouée, voire inexistante. Comme nous l'avons vu, c'est l'expérience corporelle qui permet au contenant psychique d'acquiescer son statut. A l'inverse, lorsque le contenant psychique est défaillant, le sujet en souffrance utilise des références corporelles pour décrire son malaise psychique.

Nous ne pouvons pas fonctionner sans limites et ces ruptures peuvent avoir des conséquences pathologiques graves. Du point de vue de la cohérence du sujet, toute atteinte de l'enveloppe risque d'entraîner une confusion entre le monde interne et le monde externe, ainsi qu'entre le monde psychique et le monde réel. Le sujet peut avoir l'impression de se vider progressivement ou brutalement et de ne plus avoir de représentations.

Inversement, le monde extérieur peut affluer et envahir l'appareil psychique : intérieur et extérieur, objets et contenus psychiques deviennent équivalents. La disparition des limites conduit à un état de chaos. Le sujet vit dans un monde dépourvu de sens et éprouve une souffrance psychique souvent insupportable. Le modèle de l'enveloppe psychique peut être utilisé pour décrire les états instables et les transformations que l'on retrouve dans les moments de crise, lorsque le sujet se sent menacé de perdre son identité, de se sentir inexistant ou anéanti.

Ces troubles sont souvent agis (fuite, colère, etc.), somatisés (problèmes de peau, énurésie, etc.) ou oubliés. Les mots sont souvent absents, donnant une impression de vide. Dans la vie quotidienne, la régularité et la stabilité seront des éléments essentiels de la sécurité. Ces personnes sont particulièrement sensibles aux changements d'environnement, de lieu ou de temps, aux absences pendant les périodes de vacances, etc. L'expression s'intéresse davantage aux contenants qu'aux contenus. Elle utilise des termes tels que contenant et fuite (Decoopman, 2010).

Souffrir d'un trouble du contentement, c'est perdre les limites du Moi, perdre la cohérence des pièces qui le composent, perdre le sentiment d'identité et d'unité. Ce qui est en jeu pour le patient, c'est une lutte pour la survie psychique. Le trouble est vécu à travers des affects archaïques qui peuvent être violents, comme la détresse d'abandon et la rage destructrice, le

démantèlement, l'angoisse d'explosion ou d'anéantissement... tous ces affects sont tellement insupportables qu'ils ne peuvent être retenus dans la psyché. Ils ne peuvent qu'être rejetés.

Défaut dans la capacité à élaborer ses propres représentations et affects de déplaisir (dans l'imaginaire et ses relations d'objet corollaires). Difficultés à gérer l'angoisse, la culpabilité, les émotions et les affects inhérents à l'autonomie et à l'individuation identitaire.

Ces défaillances de l'enveloppe peuvent être décrites en relation avec les fonctions du Moi-peau, et en particulier les fonctions de maintien, de contention et de pare-excitation. On observe des troubles de la représentation du corps (non-conscience de certaines zones du corps). Si le Moi-peau ne remplit pas ses fonctions, les limites du Soi sont floues, ainsi que le sentiment d'identité et d'unité.

Le sentiment d'identité et d'unité s'estompe. L'absence de limites peut entraîner une confusion entre le monde intérieur et le monde extérieur et générer de l'anxiété : le sujet peut avoir l'impression d'être envahi par le monde extérieur ou que le monde extérieur envahit le psychisme. Pour pallier la défaillance de l'enveloppe psychique, l'idée d'une défaillance des systèmes de protection contre l'excitation apparaît plus ou moins fortement selon les auteurs. Les arguments de Golse (1996) et de Berger (1999) montrent l'importance des difficultés dans la fonction maternelle de pare-excitation et de contenance des sensations (corporelles et psychiques) dans les phases précoces.

L'instabilité est au premier plan du tableau clinique, avec l'impossibilité de contenir les émotions. Celles-ci sont vécues comme des désorganisations menaçantes et sont immédiatement évacuées dans des actes le plus souvent agressifs, de somatisation et de désorganisation sociale.

Dans le psychisme interne, le même mécanisme se retrouve dans l'incapacité à maintenir des liens, à conserver ou à transformer son propre psychisme. Le mécanisme de base est l'expulsion. A l'inverse, toute expérience de proximité est ressentie comme une agression éminemment dangereuse, potentiellement intrusive. Dans un mécanisme complémentaire, l'autre n'existe que comme support de projections, le plus souvent négatives, qu'il s'agit de contrôler.

2.4. L'ÉTAYAGE PSYCHIQUE DE LA DEVENANT MÈRE

La psychanalyse a d'abord mis en évidence la fonction de soutien psychique de la femme devenant mère, notamment par le biais des identifications féminines et maternelles. Nous nous

intéressons ici aux travaux sur le soutien réel offert à la mère par son entourage dans le délicat processus de la maternité. Peu d'études se sont intéressées au rôle du soutien réel dans le devenir maternel. Si le sujet a été abordé, il n'a jamais été traité en tant que tel. Nous nous proposons ici de résumer ces études par thème et par ordre d'apparition.

2.4.1. Winnicott : à propos de l'entourage conjugal, familial et social

Winnicott a été l'un des premiers psychanalystes à souligner la fonction protectrice de l'entourage de la mère. En effet, il a très tôt postulé le lien entre le manque de soutien et l'émergence des maladies puerpérales (19j). Ces travaux ont été à l'origine de nombreux développements ultérieurs.

Le rôle de l'environnement réel a été mis en évidence par Winnicott qui souligne, sans développer, que la fonction parentale est conditionnée par cet environnement réel : « Ce que les parents peuvent apporter à la famille qu'ils construisent dépend dans une large mesure de leur relation générale avec les cercles plus larges qui les entourent, avec leur contexte social immédiat » (Winnicott cité par Davis et Wallbridge, 2002, p.129).

Dans l'œuvre de Winnicott, le partenaire de la mère occupe une place spéciale et centrale. Nous avons vu que lorsqu'une femme devient mère, elle entre progressivement dans une phase de retrait que Winnicott appelle préoccupation maternelle primaire. C'est cet état très particulier qui lui permet d'investir et de répondre aux besoins de son bébé. Selon Winnicott, le père de l'enfant jouera un rôle considérable dans la vie de l'enfant.

Le père de l'enfant jouera un rôle considérable dans le maintien et la protection de cet état psychique. Winnicott postule qu'un changement s'opère simultanément chez les deux parents. Grâce à ce changement, le père devient « le protecteur » de l'enfant. Par ce changement, le père devient « l'agent protecteur qui libère la mère pour qu'elle se consacre à son bébé » (Ibid., p. 125). Winnicott utilise l'expression « couverture protectrice » (Ibid.) pour décrire cette « couverture protectrice ». Cette expression met en évidence les caractéristiques singulières de cette fonction : il s'agit d'un enveloppement et d'une chaleur propices à la régression que nécessite le fait de devenir mère.

Ce rôle de soutien a également été mis en évidence par Soulé (1983) qui a démontré l'importance du père de l'enfant et de la relation conjugale. En effet, il a un rôle important par la nature des liens qu'il entretient avec l'enfant.

En réalité, il a un rôle important par la nature des liens qu'il tisse avec l'enfant. Sur le plan imaginaire et symbolique, il apporte une aide considérable à la mère. Stern (1997) qualifie le

partenaire de « clé de voûte » de la matrice de soutien, notamment dans son rôle de supervision et de consolidation de la dyade mère-bébé. Les travaux de Resnik (2000), Golse (2006) et Ciccone (2014) sur la place du père ont montré que le père, avant de se séparer, favorise la rencontre mère-bébé (fonction de pont).

2.4.2. Racamier : point sur l'entourage conjugal, grand-maternel, médical et social

Racamier a été l'un des premiers psychanalystes à souligner explicitement la fonction de soutien externe de l'entourage de la mère. Selon lui, la réussite ou l'échec du processus de maternage est déterminé par la présence et le soutien extérieur de l'entourage de la mère. Le soutien externe détermine, au même titre que les facteurs historiques (éléments et processus intra-psychiques), l'avenir de la maternité (Racamier, 1979, p.200) qui présente « un double aspect de crise et d'intégration des pulsions, de l'ego et de l'identité personnelle ou du moi » (Ibid.p.227). Selon lui, la crise maternelle est, comme toutes les phases de réorganisation de la personnalité, conditionnée par des facteurs historiques et actuels. Les facteurs historiques sont liés aux imagos maternels issus du passé infantile de la femme, de l'enfance et de l'adolescence.

Les facteurs historiques sont liés aux imagos maternels du passé infantile de la femme, en particulier à sa relation précœdipienne avec sa mère. Comme nous l'avons vu précédemment, ces imagos sont réactivés lorsque la femme devient mère. Les facteurs actuels correspondent à l'entourage de la femme, à l'enfant lui-même et à la grossesse (désirée, rejetée, etc.).

Racamier écrit : comme chaque fois que l'organisation habituelle de la personnalité change, que les pulsions sont activées et que leur objet se rapproche, que le centre de gravité de la personne se déplace et que des images inconscientes prennent vie, la maternité est pour la femme une phase de haute tension. La maternité est pour la femme une phase de grande sensibilité aux situations extérieures réelles". (Racamier, 1979, p.200-201). Selon Racamier, les facteurs externes jouent un rôle déterminant, tout comme les facteurs internes, jouent un rôle déterminant. Ils sont à l'origine soit de la désorganisation, soit du redressement.

Le premier facteur actuel cité par Racamier est « l'environnement conjugal (rôle et attitude du conjoint) » (Ibid., p. 5). Le second est « l'environnement parental (présence, rôle et attitude de la mère ou de la figure maternelle) ». L'attitude de la mère ou de la figure maternelle qu'il est naturel de trouver en présence d'un enfant de moins de 18 ans.

Selon Racamier peut être représentée par la mère de la mère, la grand-mère maternelle, mais aussi par « la sage-femme maternelle » ou une amie âgée et de qualité » (Ibid).

Il faut noter ici que, selon l'auteur, le soutien d'une figure maternelle est « naturel » (Ibid). Le troisième facteur est « l'environnement social, qui correspond à l'attitude et au rôle de la société » (Ibid). Racamier mentionne également le statut financier et social, mais cela est cité séparément dans le texte.

Enfin, bien que Racamier ne développe pas les raisons pour lesquelles le soutien est important, il écrit : « Il est bien évident que le soutien que la future ou nouvelle mère reçoit de son entourage contribue grandement à renforcer sa “bonne” image de mère et, par conséquent, à faire pencher la balance du côté de l'intégration, c'est-à-dire, tout simplement, à faire en sorte que l'amour l'emporte » (Ibid, p.202). Qu'entend Racamier par « faire gagner l'amour » ? Il ne précise ni ne développe cette idée, mais se réfère au fait qu'il y a deux destins pour la maternité : la réussite ou l'échec.

Reprenant l'expression de Glover (1950), Racamier décrit la réussite comme « un triomphe sur les conflits inconscients ». Elle résulte de leur intégration au plus haut niveau possible des pulsions et des possibilités du moi : résolution du conflit oral par l'accession à une position à la fois passive et active dans la relation avec le nourrisson ; élargissement du moi par l'assimilation de l'enfant-objet ; résolution de l'Œdipe et du complexe phallique par l'assomption du rôle maternel, etc... (Racamier, 1979, p. 202).

Racamier reprend et développe ensuite les facteurs historiques en ajoutant que la réussite de la maternité est conditionnée par la présence et l'intensité de l'anxiété ou des pulsions agressives qui pourraient avoir un impact négatif sur « les images inconscientes et paralyser les pulsions libidinales » (Ibid.). Racamier poursuit en disant qu'« il n'est pas nécessaire que la fixation préœdipienne bloque le processus d'intégration ; si l'on soutient la régression normale, libidinale et fonctionnelle de la maternité, le processus d'intégration peut se dérouler de façon satisfaisante ».

Racamier conclut que cette réussite n'est possible que « si les conditions ambiantes sont créées qui permettent à la femme de réaliser, dans un climat de sécurité actuel le bouleversement de la maternité. Si ces conditions ne sont pas réunies, l'issue inévitable est l'échec de la maternité. Nous pensons que c'est essentiellement sur le processus de régression normale et fertile que nous avons décrit qu'une femme mal préparée ou mal accompagnée risque de s'enliser dans un processus de régression.

Racamier décrit deux formes de défaillance maternelle : la défaillance de type névrotique le style névrotique, « dont l'enfant fait le plus souvent les frais. [...] la femme organise sa relation

à l'enfant de manière à la femme organise sa relation à l'enfant de façon à éviter les angoisses qu'elle rencontre et à sauvegarder les exigences de son narcissisme. Elle ne tolère pas la régression fusionnelle : elle traite l'enfant comme un adulte prématuré.

Elle ne tolère pas la séparation du sevrage et de l'objectalisation : elle maintient l'enfant, par une hyperprotection enveloppante, dans une dépendance prolongée ou définitive. Tous ces aménagements permettent à la mère d'échapper aux conflits de la relation maternelle, mais ils se font « sur le dos » de l'enfant. De plus, seules les femmes déjà solidement installées dans une organisation névrotique (ou para-psychotique) de leur personnalité sont en mesure de procéder à ces ajustements". (Ibid., p.202-203). La deuxième forme d'échec est l'issue psychotique.

Dans cette situation, le processus de maternité renforce la fragilité déjà présente chez la femme. Elle ne supporte pas la régression normale qui devient pathologique, tant sur le plan libidinal que fonctionnel. Il y a plusieurs éléments importants dans ce passage. Tout d'abord, le soutien dans la réalité, au même titre que les facteurs historiques, est une condition sine qua non pour une maternité réussie. Le soutien offert par l'environnement conjugal, maternel et social (médical) encourage et soutient les processus psychologiques inhérents et toujours fragiles de la maternité. En s'appuyant sur les écrits de Racamier, on peut faire l'hypothèse que le soutien est un rempart, une protection contre les risques de fragilité. Comme l'écrit Racamier : « Il est bien évident que le soutien que la future ou nouvelle mère reçoit de son entourage contribue largement à renforcer sa "bonne" image de mère et, par conséquent, à faire pencher la balance du côté de l'intégration, c'est-à-dire à faire en sorte, tout simplement, que ce soit l'amour qui l'emporte ». La maternité serait à nouveau le lieu de la lutte entre les pulsions de vie et de mort, entre la haine et l'amour. Les soutiens offerts par l'entourage de la mère doivent-ils être compris comme des couvertures protectrices nécessaires, pour reprendre les termes de Winnicott ?

2.4.3. Kaës : le groupe et son rôle en périnatalité

À la fin des années 1970, Kaës propose de concevoir l'être humain comme un être caractérisé par l'expérience de la crise et de sa résolution. Il écrit : « L'homme est caractérisé par la crise et par sa résolution précaire et infinie. Il ne vit que par la création de mécanismes anti-crisis, qui eux-mêmes entraînent des crises ultérieures". (Kaës, 1979, p.4). La crise est un « changement brusque et décisif dans le cours d'un processus » (Ibid., p. 14) qui se produit au-delà des crises inhérentes aux processus biologiques : « des formes de crise de vie dans lesquelles une organisation psychique, mise en place et fondée sur l'utilisation de certains mécanismes de défense ou d'adaptation, se heurte à sa limite et à la limite des systèmes de

compensation que le sujet avait mis en place » (Kaës, 1979, p. 4). La limite des systèmes de compensation que le sujet avait mis en place « (Roussillon, 2012, p. 8). Dans sa vie, les crises sont nombreuses et, en particulier, l'une d'entre elles correspond au fait de devenir mère.

Dans son ouvrage *L'idéologie, études psychanalytiques*, Kaës écrit : « La crise de la venue au monde n'est pas seulement la crise inaugurale du nouveau-né, elle est aussi la reprise de cette crise par la mère. Et cette double crise est exemplaire en ceci : les systèmes en crise sont capables de fonctionner les uns par rapport aux autres comme des systèmes de résolution ; la crise du nouveau-né trouve « dans la mère » les régulations supplémentaires dont elle a besoin, jusqu'à ce qu'elles s'épuisent. Mais la mère trouve aussi dans son bébé - et dans son groupe - les objets et les régulations nécessaires : jusqu'à ce qu'ils viennent à manquer". (Kaës, 1980, p.256).

Dans cet extrait, Kaës montre tout d'abord que l'état de crise est vécu simultanément par la mère et le bébé. Ce phénomène leur permet de trouver l'un et l'autre des régulations supplémentaires, c'est-à-dire des moyens de résoudre la crise. Deuxièmement, pour cet auteur, les voies de régulation ne fonctionnent pas en vase clos. Les régulations supplémentaires ont deux aspects : un aspect psychique et un aspect psychosocial.

L'aspect psychique correspond au processus de mentalisation. Selon Kaës, la mentalisation est une activité psychique qui permet de réduire la dérégulation résultant d'un écart, d'une rupture ou d'une détresse qui serait autrement insurmontable. Cette activité psychique se développe dans l'expérience du manque d'objet. La construction d'un espace de représentation interne permet alors de rétablir l'union et la continuité entre le sujet et l'objet. Selon Kaës, pour que le travail de mentalisation et le recours à l'espace de représentation interne soient efficaces, il est essentiel que le groupe psychosocial extérieur assure les fonctions de contenant et de cadre. Ces fonctions assurent : « la continuité du dehors, et le dépôt de ce qui ne peut être toléré et la transformation préalable, prédigérée, de ce qui ne peut être assimilé à l'intérieur". (Ibid., p.257). C'est l'aspect psychosocial de la régulation supplémentaire. "La mère ne peut pas

La mère ne peut fournir à l'enfant l'environnement parfait et les régulations nécessaires que si elle s'appuie sur un groupe dans lequel elle a une place, et à partir duquel la place de l'enfant est générée. C'est à partir de ce groupe que le nouveau-né se développe. Au sein de ce groupe, la référence est déterminante, le soutien apporté par le père, ou la fonction paternelle. Mais cette image et cette fonction sont elles-mêmes définies dans un ordre sociétal, par rapport auquel le couple lui-même prend forme et sens". (Ibid., p.257).

2.4.4. Stern et le groupe féminin : la constellation maternelle et la matrice de soutien

Stern (1995) parle de l'échafaudage comme de la matrice de soutien, qui fait partie du concept plus large de constellation maternelle. La constellation maternelle est une organisation psychique particulière de la femme pendant la transition vers la maternité. Initialement, Stern considérait qu'au cours de cette transition, la constellation maternelle supplantait l'organisation œdipienne. Depuis, il a proposé que ces deux organisations psychiques alternent pendant la période post-partum. La constellation maternelle révèle une nouvelle organisation psychique, « qui n'est plus la triade intérieure prédominante : le triangle père-mère-enfant (soit elle-même dans sa famille d'origine lorsqu'elle était enfant, soit maintenant avec le nouveau bébé, elle et le père) n'est plus le triangle le plus important, psychologiquement. Désormais, un nouveau triangle occupe le devant de la scène, celui de la mère, de sa propre mère et du bébé". (Stern, 2012, p.47-48)

La constellation maternelle s'organise autour de trois types de préoccupations et autant de dialogues que la mère entretient avec elle-même, son bébé et sa mère : un dialogue avec sa propre mère en tant que fille, un dialogue avec elle-même en tant que mère et un dialogue avec son bébé. Quatre grands thèmes se dégagent : le thème de la croissance de la vie, que l'on pourrait résumer comme suit : Le thème de la croissance de la vie, que l'on pourrait résumer comme suit : « La mère peut-elle subvenir aux besoins de son bébé ? La mère peut-elle ou non assurer le développement de son bébé ? Le thème de la relation primaire, qui correspond à la capacité de la mère à s'engager émotionnellement dans la vie de son enfant.

Le troisième thème qui nous intéresse plus particulièrement, le soutien de la matrice, renvoie au fait que « la mère a besoin de se sentir entourée et soutenue, accompagnée, valorisée, appréciée, instruite et aidée à des degrés divers » (Stern, 1997, p.232). Dans un article plus récent, Stern fait une distinction entre les types de soutien et les personnes qui les apportent. Le soutien physique et pratique doit être fourni par le conjoint. Le soutien psychologique se réfère à la possibilité de recevoir une validation, des encouragements et des conseils : « Ce que la nouvelle mère désire avant tout, généralement à un niveau fantasmatique, c'est de recevoir une forme de validation, d'encouragement, de conseil et de soutien de la part d'une femme qui a plus d'expérience en tant que mère ». (Stern, 2012, p.48). Selon Stern, le soutien que les mères attendent correspond au holding « [dans le sens d'être soutenu et tenu dans un holding] » (Ibid.). La mère « a besoin d'un holding, d'un environnement dans lequel elle est davantage soutenue par une ou plusieurs femmes, généralement plus âgées ou plus expérimentées, qui ont la légitimité d'une mère.

C'est quelque chose que la plupart des hommes ne peuvent pas faire pour elle, en particulier son mari (Ibid.). Le soutien de l'utérus agit comme un support pour le bébé : D'ailleurs, avant qu'il ne soit possible d'avoir une interaction bien régulée avec le bébé, la survie et la croissance du bébé ne sont pas garanties.

Les types de soutien que Stern qualifie de psychique, qui consistent à « recevoir une forme de validation, d'encouragement, de conseil, de soutien de la part d'une femme plus expérimentée en tant que mère » (Ibid.), sont à notre avis un soutien psychique externe, puisqu'ils sont fournis par des objets externes plutôt qu'internes.

La matrice de soutien a été identifiée dans des recherches récentes. Dans son étude sur les femmes enceintes pour la deuxième fois, Riazuelo (2010) a montré que les femmes qui étaient enceintes pour la deuxième fois regrettaient de ne pas avoir été en mesure de s'occuper de leur enfant au sens de Winnicott, afin qu'elles puissent se laisser aller à imaginer l'enfant à naître". (Riazuelo, 2010, p.454).

Ces résultats confirment la place du thème de la matrice de soutien dans la constellation maternelle de Stern, puisque la mère de la nouvelle mère et son réseau féminin ont été identifiés par les participantes comme leur principale source de soutien. Les participantes ont identifié leur mère et son réseau féminin comme leur principale source de soutien.

Le rôle du réseau féminin a été confirmé par Missonnier, qui a montré que le réseau de la femme enceinte devient « essentialisé » (2009), car la nouvelle mère recherche la compagnie d'amies féminines avec lesquelles elle peut partager ses expériences et ses préoccupations. Même si la présence des femmes à la naissance n'est pas totalement universelle, elles sont néanmoins largement représentées. Bydlowski le souligne : « Dans ce domaine (l'accouchement), la coutume précède l'action rationnelle, et la femme qui assiste la femme en couches n'est pas d'abord une femme qui sait (sage vient du latin sapiens), mais une femme liée par des liens affectifs ou familiaux : cousine croisée chez les Australiens (G. Roheim), grand-mère maternelle chez les Maoris (H. Deutsch) ». (Bydlowski, 1997, p.29).

A l'origine, la femme présente n'est pas une femme qui sait, mais une femme qui a des liens affectifs ou familiaux et qui est susceptible de lui offrir une bonne identification maternelle.

2.4.5. Le groupe familial dans les devenirs mère, père et bébé

Il n'y a pas de bébé sans contenant familial et culturel « (Mellier, 2015, p.99). Dans le sillage des travaux menés par les auteurs précités, l'intérêt pour la fonction familiale dans le

devenir bébé et le devenir parent s'est accru. L'approche psychanalytique du groupe familial en périnatalité propose d'envisager la maternité, la paternité et le devenir bébé non plus comme des processus isolés et indépendants, mais dans une perspective résolument intersubjective. En devenant parents, la nouvelle mère et le nouveau père deviennent les grands-parents de leurs propres parents, les oncles et tantes de leurs frères et sœurs.ⁱ

Les nouvelles identités de chacun des membres de la famille (grand-père, grand-mère, oncle, tante...) semblent exprimer implicitement leurs nouvelles fonctions par rapport au bébé. On comprend qu'un seul être apparaît et que c'est ensuite tout un groupe qui est sollicité, suggérant l'absolue nécessité des liens intersubjectifs au moment si fragile de la naissance.

Nous nous intéressons ici principalement aux travaux de Mellier, qui a récemment cherché à comprendre la fonction de la famille élargie, notamment dans sa dimension d'étayage, dans le développement du père et de la mère dans le post-partum immédiat.

S'appuyant sur les travaux de la psychanalyse de groupe et de l'anthropologie de la parentalité, qui ont mis en évidence la fonction étayante de la famille dans la réalité de l'événement de la naissance, ainsi que sur un certain nombre de matériaux recueillis dans le cadre des formations d'Esther Bick, Mellier fait l'hypothèse que la crise de la naissance se résout au sein du groupe familial des futurs parents par des processus intersubjectifs d'étayage : « Les processus d'étayage doivent s'opérer à différents niveaux au sein de ce groupe familial. Le « devenir bébé », le « devenir parent » ou encore « ce qui fait famille » seront ainsi examinés simultanément dans une perspective résolument inter- et trans-subjective » (Mellier, 2015, p. 17).

Le matériel recueilli dans le cadre des formations d'Esther Bick a permis à Mellier de mettre en évidence la nécessaire dialectique entre l'accompagnement réel et le travail de contenance. Les processus psychiques de devenir mère, père, bébé et famille, ainsi que les éléments conscients-inconscients liés à l'histoire infantile de la mère, à ses parents internes, au mandat transgénérationnel, et parfois à la présence d'un fantôme (Fraiberg, 1989), sont en quête d'un contenant dans le post-partum immédiat.

Par leur présence réelle et concrète auprès de la mère du bébé et de la famille en général, les observateurs de la formation d'Esther Bick ont pu contenir ces éléments. En tant que « bon génie de la famille », « marraine protectrice », figure familiale de substitution par le biais des processus d'identification dans le transfert, les observateurs sont les témoins réceptifs et les contenant des peurs, des angoisses et des éléments non psychotiques. La fonction de

contenance peut donc être définie comme la position psychique à adopter et à mettre en œuvre sur le terrain, dans l'intersubjectivité, pour recevoir et transformer une souffrance très primitive. (Mellier, 2005, p. 428-429).

L'auteur se demande alors ce que seraient devenus les éléments en quête de contenant s'ils n'avaient pas été contenus par l'observateur. Le travail de contenance familiale pourrait être représenté par la métaphore du « berceau psychique familial » (Darchis & Mellier, 2007). La notion de BPF (berceau psychique familial) est directement inspirée de la notion de « berceau psychique » introduite par Aubertel et utilisée dans les thérapies familiales psychanalytiques (André-Fustier, Aubertel, 1997 ; Aubertel, 2007). Tixier (cité par Mellier, 2015a) a proposé une définition que nous reprenons ici : » Le berceau psychique représente l'ensemble des qualités propres au cercle familial maternant qui se prépare à accueillir le nouveau-né ; il est préexistant à la naissance et doit assurer des fonctions contenant et portantes, non seulement physiques mais aussi psychiques. Il est proche de l'appareil psychique de la famille, mais plus imagé, et correspond plus précisément à ce moment de la vie psychique de la famille. Elle est également proche de la transformation alpha de Bion, mais met l'accent sur tout l'aspect du maternage physique, avec le maintien des fonctions vitales » (p. 19). Ce concept met en évidence à la fois la dimension familiale psychique et intersubjective de l'événement de la naissance et la dimension réelle et concrète.

Selon Mellier, le FBP désigne une forme spécifique de travail psychique dans l'appareil psychique familial (Ruffiot, 1981), qui assure le travail de contention de la famille. Le BPF « correspond au travail de “tissage” propre aux enveloppes psychiques individuelles, groupales et institutionnelles (au sens de l'institution familiale) » (Mellier, 2015, p.19). 'Ce qui caractériserait le fonctionnement du FBP, c'est cette possibilité de « contenir “ conjointement des ” devenirs “ très différents : celui du bébé est extrêmement lié à celui du ” devenir mère “, mais au-delà aussi au ” devenir père “, au ” devenir famille “, et réciproquement, les membres de la famille sont beaucoup plus influencés qu'on ne le pense par le bébé.” (Ibid., pp. 40-41). Selon l'auteur, « la famille, en tant que groupe primaire, aurait pour fonction de “ seconder ” la mère dans sa confrontation pulsionnelle à la vie psychique du bébé, en lui apportant plus de “ tiercéité ” » (Ibid., p. 40).

L'originalité de l'apport de Mellier réside dans son hypothèse que le travail de contenance ne peut se faire sans la scène réelle : « la présence de la grand-mère et, plus largement, des grands-parents autour du berceau n'est pas seulement symbolique. [...] Il en va de même, plus largement, pour la « famille élargie ». L'aide concrète que les grands-parents et certains

membres de la famille ou amis peuvent apporter, par leur présence chaleureuse et bienveillante, modère et atténuée l'intensité du travail psychique que les parents doivent accomplir, soutient le processus de parentalité et facilite la traversée des suites psychiques et physiques de la naissance, toujours épuisantes". (Ibid., p.59). ...] le père, les grands-parents, le reste de la famille ou les figures grand-parentales offrent un cadre pour que les processus régressifs extrêmes qu'implique cette préoccupation puissent se dérouler sans danger pour la mère ou le bébé « (Mellier, 2015b, p.100).

Lorsque le soutien familial fait défaut, les parents se retrouvent seuls face à leurs inquiétudes, angoisses et tâtonnements, bien légitimes avec un nouveau-né, et ne parviennent pas à confronter leurs représentations internes de leurs parents à la réalité.

Entre le « parent intérieur » de la mère et la place réelle que prendront ses propres parents autour de la naissance, il y a tout un décalage qui peut être très salutaire. La place réelle des grands-parents dément les fantasmes dont ils font l'objet.

Il peut être sidérant de constater que leur place dans la réalité de la prise en charge du bébé confirme les représentations internes du nouveau parent. En fait, c'est toute une « dialectique » qui s'élabore, en même temps que le « devenir parent » est modulé et transformé par le « devenir grand-parent » (Mellier, 2015 p.60).

Dans ces situations où la famille élargie est absente du domicile des parents, Mellier émet l'hypothèse que la nouvelle famille (père-mère-bébé) risque de se refermer sur elle-même et plus spécifiquement sur le bébé : « L'absence des grands-parents autour du berceau, ou leur défaillance dans le soutien parental, risque de conduire la cellule familiale à se refermer sur le bébé ». (Ibid., p.65).

Enfin, Mellier examine de près l'influence des métacadres sur l'accès et la construction de la parentalité : « La modernité a particulièrement ébranlé les "méta-cadres" sociaux qui servaient de stabilité aux méta-cadres psychologiques de la culture occidentale (Kaës, 2004). La postmodernité devrait accentuer ce phénomène". (Ibid., p.61). La

Le fait que de plus en plus de parents se retrouvent isolés de leur famille après la naissance de leur bébé.

Cette tendance à l'individualisme, combinée à d'autres, fait que de plus en plus de parents se retrouvent isolés de leur famille après la naissance de leur bébé (Belot et al., 2014). Ils peuvent alors se sentir. Ils peuvent alors se sentir démunis pour faire face aux besoins encore inconnus de leur nouveau-né. Cette solitude, parfois revendiquée

Cette solitude, parfois revendiquée et réclamée par le parent, aboutit à la figure d'un parent « auto-entrepreneur » selon nos propres termes

CHAPITRE 3 : INSERTION THÉORIQUE DU PROBLÈME

Dans ce chapitre ainsi entamé, nous abordons les théories explicatives de l'étude qui est la nôtre.

3.1. L'APPROCHE ÉCOSYSTÉMIQUE DE L'ADVERSITÉ

Grâce aux travaux de Bronfenbrenner (1979), les différents environnements, de la famille aux structures politiques et économiques, sont désormais perçus comme partie intégrante du développement de l'individu, de son enfance à l'âge adulte. Les comportements des individus et leur développement sont influencés par les contextes immédiats dans lesquels ils évoluent (les micro-systèmes), par la nature, la force, et la quantité d'interrelations existant entre ces différents milieux (le méso-système), par les lieux, institutions ou organisations qui exercent une influence sur eux (l'exo-système) et par les valeurs et normes socio-économiques portées par une société donnée (le macro-système).

Ce modèle décrit, par ailleurs, les interrelations entre les différents niveaux de l'environnement. Bronfenbrenner (1996) a par la suite développé son approche théorique en proposant un modèle opérationnel dit PPCT, Processus-Personne-Contexte-Temps : il permet d'organiser par niveau d'analyse les différentes adversités. Le grand intérêt de ce cadre conceptuel réside, comme le reconnaissent la plupart des auteurs qui utilisent cette approche, dans sa capacité à intégrer et organiser les connaissances en un tout cohérent et ordonné (Bertalanffy, 1973).

Chaque niveau de l'écosystème peut générer aussi bien des facteurs de risque que des facteurs de protection, et les interactions entre les niveaux de l'écosystème peuvent conduire l'individu à une situation délétère ou au contraire à un processus de résilience. Comprendre les interactions possibles entre les différentes adversités apparaît donc essentiel pour saisir les processus qui peuvent atténuer ou modifier l'impact de l'adversité.

3.2. LES THÉORISATIONS PIONNIÈRES ET CONTEMPORAINES DES ENVELOPPES PSYCHIQUES

Dans cette section, nous allons aborder les différentes théories explicatives du Moi-peau et des enveloppes psychiques.

3.2.1. La perspective Freudienne : le Moi

L'idée d'une structure limitative trouvée dans l'enveloppe psychique est présente dans le concept du moi de Freud. Il s'agit d'une instance dynamique ayant plusieurs fonctions. Ainsi, le moi a une fonction de délimitation et de contention, c'est-à-dire qu'il contient l'excitation tout

en entravant la circulation de l'énergie psychique. L'ego protège de l'intrusion d'une trop grande quantité d'énergie provenant de la réalité extérieure. Il agit donc comme un pare-excitation.

Freud (1895) fait également référence à la notion de barrière de contact. Cette dernière est constituée de neurones perméables et imperméables qui permettent la construction et le maintien du monde interne. Elle joue un rôle de délimitation entre les phénomènes de perception et les éléments de la mémoire, mais aussi de filtre. La notion de barrière de contact s'apparente à celle d'enveloppe psychique, puisque toutes deux délimitent le monde interne du sujet de la réalité du monde externe. Dans le bloc magique, Freud (1925) indique que le moi est composé d'un double feuillet. Il appelle la feuille superficielle « celluloid ». Elle agit comme une barrière d'excitation, filtrant les excitations externes et internes. La seconde couche est appelée « papier ciré ». Elle a pour fonction de recevoir les excitations et de les enregistrer.

Dans les années 1920, Freud développe sa deuxième topique. Il y abandonne le modèle neuronal au profit d'une référence corporelle. Freud appréhende le moi selon des dimensions corporelles. Le moi s'appuie ainsi sur la surface du corps. Cette conception du moi se retrouve plus tard chez des auteurs comme Anzieu, avec son concept de Moi-peau (1985) ou Bick avec son concept de peau psychique (1968).

3.2.2. La contribution de Bion : la fonction contenant

Bion (1962) s'est intéressé à la fonction contenant de l'objet. Celle-ci est indissociable du concept d'enveloppe psychique. La fonction contenant est un soutien pour le bébé. C'est une fonction maternelle précoce qui permet au bébé de faire l'expérience d'un tout unifié. La mère jouera un rôle fondamental dans les contacts à la fois enveloppants et soutenant pour le bébé, permettant ainsi l'intégration de la fonction contenant. Bion (1962) propose un modèle contenant/contenu. Le contenant reçoit et transforme les éléments. Le contenu, quant à lui, est projeté dans le contenant. Ainsi, le bébé projette dans le psychisme de sa mère les éléments bêta, toxiques, impensables et incapables de se lier. Ces éléments bêta seront traités dans le psychisme de la mère par ce que Bion appelle « sa capacité de rêverie maternelle » (1962).

Ces éléments seront transformés en éléments alpha. Ils deviendront ainsi pensables, assimilables et prennent sens pour que le bébé puisse ensuite introjecter ces éléments alpha dans son psychisme. Ainsi, la fonction contenant est dynamique car elle a un rôle de transformation. Pour construire le psychisme du bébé, la mère lui prête son psychisme.

De plus, la fonction contenant est un processus de symbolisation car ce processus va désintoxiquer les éléments bêta pour les rendre assimilables par le bébé. Si l'objet contenant

n'est pas capable de transformer les éléments bêta en éléments alpha alors le bébé réintroduit les éléments toxiques, ce que Bion décrit comme une « terreur sans nom » (1962).

Durant ces premières semaines de vie, le bébé est accroché aux stimuli sensoriels et aux sensations (lumière, bruit, sensations digestives internes, etc.) qui maintiennent son attention et son sens de l'existence. Ces objets sensoriels constituent pour le bébé les points d'attache que constituent les objets sensoriels, représentant les premiers objets contenant, bien qu'ils ne maintiennent que temporairement cette illusion de ressemblance.

Le parent doit jouer le rôle de serre-file, car au début de sa vie, le bébé est en proie à des angoisses qui menacent son état d'intégration. La vie intérieure du bébé alterne des moments de désorganisation et de dissociation, et des moments où il se sent réuni et unifié dans sa vie corporelle et psychique. Lorsque l'état d'intégration est maintenu avec suffisamment de continuité, le nourrisson a un sentiment continu d'existence. Seul, il n'est pas capable de maintenir cet état de façon continue, c'est pourquoi il a besoin de la fonction contenant de l'environnement. Le parent doit donc transformer les sensations désagréables comme la faim en sensations agréables. Pour ce faire, il doit tenir l'enfant dans ses bras, le manipuler avec douceur et le soutenir, croiser son regard et lui parler d'une voix douce et apaisante.

Bion (1962) a étudié la fonction psychique de l'objet contenant maternel afin de développer une représentation des interactions entre la psyché maternelle et la psyché naissante de l'enfant. Il a postulé que la vie psychique de l'enfant dépend de la vie psychique de l'objet maternel. Pour le démontrer, il a développé le concept de « rêverie maternelle », qui est un état d'esprit sensible et réceptif, capable d'accepter toutes les projections de l'enfant, toutes les identifications projectives bonnes ou mauvaises. Cet état d'esprit permet la fonction alpha, dont le rôle est de transformer les éléments bêta (contenus psychiques impensables à l'état brut) en éléments alpha (contenus psychiques disponibles pour la pensée).

Les éléments bêta n'ont d'autre destin que d'être évacués. Ces « expériences brutes », non symbolisées, ne peuvent ni être mentalisées, ni devenir inconscientes, ni être mémorisées. Par sa rêverie interprétative, la mère désintoxique les projections du bébé et lui restitue des éléments porteurs de sens. Elle s'appuie sur les mécanismes d'identification projective dans lesquels le bébé clive et projette une partie de lui-même dans l'objet maternel, qui se trouve alors dans un état chaotique et confus. L'objet maternant reçoit cette partie et, par sa rêverie, transforme l'expérience émotionnelle, en utilisant sa capacité de pensée et de symbolisation (Renoux 2014).

3.2.3. L'apport de Bick : la peau psychique

Bick (1967) a développé le concept de peau psychique. Elle attribue à la peau une fonction psychique importante dans le développement du bébé. Elle souligne l'importance d'un objet contenant auquel le bébé peut s'identifier et ainsi se sentir contenu dans sa peau. Elle indique que les différentes parties de la personnalité du sujet ne sont pas liées entre elles et doivent donc être contenues par la peau. Cependant, la peau ne peut servir de limite que si la fonction contenante est introjectée. Ainsi, une perturbation de la fonction contenante de la peau, qu'elle appelle la « première peau », entraînera le développement de ce qu'elle appelle une « seconde peau ».

Cette seconde peau fonctionne sur la base d'une pseudo-indépendance qui se substitue à la fonction contenante de la peau. Cette idée d'absence de lien entre les différentes parties de la personnalité peut être comparée aux éléments bêta de Bion (1962) dans le sens où ces derniers, étant toxiques, ne peuvent se lier entre eux et ne peuvent être assimilés par la psyché.

3.2.4. La perspective de Anzieu : le Moi-peau

L'idée du Moi-peau découle de la nécessité d'une enveloppe narcissique pour assurer le bien-être de base de l'appareil psychique. En voici la définition : Anzieu (1995) utilise le terme « Moi-peau » pour désigner une représentation que le Moi de l'enfant utilise dans les premières phases de son développement pour se représenter comme le Moi contenant des contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératoire et reste confondu avec lui sur le plan figuratif.

Anzieu (1985) définit le Moi-peau comme « une figuration que le Moi de l'enfant utilise dans les premières phases de son développement ». Il s'agit d'une figuration que le Moi de l'enfant utilise au cours des premières phases de son développement pour se représenter comme un Moi contenant des contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps" (Anzieu, 1985, p.39). Le Moi-peau apporte à l'appareil psychique la constance et la capacité de penser. Ainsi, à travers diverses expériences telles que l'alimentation, le bébé acquiert la perception de la peau comme une surface et la notion de frontière entre le monde interne et le monde externe. Cela lui procure un sentiment de bien-être fondamental et lui permet de développer une enveloppe narcissique.

Ainsi, chaque fonction psychique se développe en s'appuyant sur une fonction corporelle. La peau fournit les représentations nécessaires à la constitution du moi. Anzieu (1974) associe trois fonctions au Moi-peau.

La première fonction est celle d'enveloppe contenant le moi. Le Moi-peau est alors comparé à un sac contenant le bien à l'intérieur. Le Moi-peau agit comme une barrière protectrice pour le psychisme, c'est-à-dire qu'il agit comme une barrière d'excitation pour protéger la personne des agressions de l'extérieur. Enfin, le Moi-peau a pour fonction de filtrer les échanges et de tracer les inscriptions, ce qui assure les échanges avec les autres.

Les fonctions du Moi-peau rappellent les fonctions de délimitation et de contenance de l'enveloppe psychique. Par la suite, en 1985, Anzieu a révisé la notion de Moi-peau pour lui attribuer 9 fonctions. La première est une fonction de maintien, c'est-à-dire qu'elle soutient et porte le sujet. Elle correspond à une intériorisation du holding maternel (Winnicott, 1923). La deuxième fonction est celle de la contenance. La peau contient le psychisme et retient ce qui est à l'extérieur du corps. Le Moi-peau protège des agressions extérieures.

Le Moi-peau unifie les différentes sources d'excitation sensorielle. En outre, le Moi-peau assure les fonctions de soutien de l'excitation sexuelle et de recharge de l'énergie libidinale en maintenant la tension énergétique interne. La huitième fonction du Moi-peau est celle de l'enregistrement des traces sensorielles. Tout au long de notre vie, la peau conserve les traces de ce que nous avons touché et ressenti. Elle conserve les traces de ce qui nous a touché et continue à s'écrire. Enfin, la dernière fonction du Moi-peau est celle de l'autodestruction, c'est-à-dire que le Moi-peau s'attaque à lui-même en visant un certain anéantissement.

Le Moi-Peau joue le rôle de pare-excitation, défendant le psychisme contre les intrusions pulsionnelles endogènes tout en contribuant à satisfaire l'appétit d'excitation. Le maintien, l'endiguement et la protection contre l'excitation constituent les trois fonctions de base de la personnalité.

Le Moi-peau garantit un sentiment de constance et de permanence rassurante, permettant de réguler les affects, et sa mise en place répond au besoin d'une enveloppe narcissique apportant à l'appareil psychique la certitude et la constance d'un bien-être de base.

Selon Anzieu (1985), le Moi-peau est constitué de deux couches. La première est un feuillet externe qui provient des expériences vécues. Ce feuillet est donc constitué de messages reçus et possède une certaine souplesse qui lui permet de s'ajuster au monde extérieur. La deuxième couche est appelée couche interne, car elle se concentre sur la réalité intérieure.

3.2.4.1. *Le Moi-peau comme interface*

L'enveloppe de l'environnement maternel « sur mesure » contribue à individualiser le bébé en confirmant son individualité. Mais la nécessité d'un décalage progressif entre le feuillet externe (du côté de la mère) et le feuillet interne (du côté du corps propre) ne permet pas de comprendre le moi : « avoir un moi, c'est pouvoir se replier sur soi ». Dans le système interactif mère-enfant, une interface se forme, représentée par le « fantasme d'une peau commune » à la mère et à l'enfant : d'un côté la mère, de l'autre l'enfant.

C'est sur la base de ce fantasme de peau commune que l'enfant va acquérir un moi-peau qui lui appartient en propre, par un processus de double intériorisation :

- ✓ Intériorisation de l'interface qui devient une enveloppe psychique contenant un contenu psychique ;
- ✓ Intériorisation de l'environnement maternel, qui devient le monde intérieur des pensées, des images et des affects.

Ce qu'il faut retenir ici, c'est le rôle des pulsions, et en particulier de la pulsion d'attachement, dans la genèse et le développement du Moi-peau. Ce n'est pas tant la peau que les investissements psychiques dont elle fait l'objet qui permettent la constitution d'un fantasme de peau imaginaire ou d'un Moi-peau. Le lien entre contenant (enveloppe psychique) et contenu (pulsion) permet l'élaboration du monde interne. Les travaux d'Anzieu (Anzieu, 1990, 1993, 1995, 2003) permettent de passer d'une psychanalyse « orificielle » à une psychanalyse plus « cutanée ». Comme le souligne Golse (1999), la psychanalyse des orifices visait d'abord le contenu, à travers le traumatisme de l'excès ou de l'intrusion, alors que la psychanalyse cutanée visait d'abord le contenant, à travers le traumatisme en creux lié à la défaillance des enveloppes. Ces deux approches psychanalytiques s'enrichissent d'un jeu dialectique.

3.3. LES THÉORISATIONS DES ENVELOPPES PSYCHIQUES

Le terme « enveloppe psychique » est utilisé au sens figuré pour définir une membrane autour du corps et de la psyché. Cette délimitation entre l'espace intérieur et l'environnement extérieur assure un sentiment d'unité et d'intégrité.

Cette délimitation entre l'espace intérieur et l'environnement extérieur assure un sentiment d'unité et d'intégrité. Il contient les éléments intérieurs mais aussi d'empêcher ou de filtrer le passage des excitations venant de l'extérieur. L'enveloppe marque également la différence entre le soi et le non-soi, et donc l'individualité et l'identité du sujet.

Selon Houzel (1987), l'enveloppe psychique est constituée de trois couches. La première est le film qui correspond à la couche instable de l'enveloppe psychique liée à la tension de l'énergie pulsionnelle. La deuxième couche de l'enveloppe psychique est la membrane. Elle se forme à partir de l'inscription sur le film lors de la rencontre avec l'objet. Enfin, la dernière couche est l'habitat, constitué des traces de l'environnement passé et présent du sujet. Selon Houzel, la construction de l'enveloppe psychique prend en compte les aspects innés du sujet, son environnement et son histoire.

L'enveloppe psychique est un concept proche de celui du Contact-Frontière tel que décrit par Perls (2001) : le Contact-Frontière où a lieu l'expérience ne sépare pas l'organisme de son environnement ; au contraire, il limite l'organisme, le contient et le protège, et en même temps touche l'environnement. Selon Houzel (2010), ce qui est commun à tous les types d'enveloppe est la notion de frontière entre l'intérieur et l'extérieur, entre ce qui est à l'intérieur et ce qui est à l'extérieur d'un espace donné. Elle peut s'adapter à l'objet qu'elle contient et même être une couche différenciée de cet objet, comme c'est le cas pour l'enveloppe cutanée d'un être vivant.

A l'échelle humaine, on peut étendre ce sujet à la question des enveloppes qui se développent tout au long du développement de l'enfant, en fonction de l'interaction avec l'environnement parental. Ces enveloppes peuvent être imaginées comme des membranes qui maintiennent ensemble les parties du corps, mais aussi les affects, les représentations et les pensées, au service de l'enfant.

Ces enveloppes peuvent être imaginées comme des membranes qui maintiennent les parties du corps ensemble, mais aussi les affects, les représentations et les pensées, au service du sentiment d'unité de l'être. Selon Houzel (2010), « le psychisme construit lui-même sa propre enveloppe sous l'effet des forces qui l'animent de l'intérieur [...] et au contact de la réalité extérieure et de ses contraintes » (p.23).

L'enveloppe psychique décrite par cet auteur confère stabilité et contenance à la psyché. Elle est constituée de différentes couches qui se soutiennent mutuellement dans les rencontres avec l'environnement. De plus, cette enveloppe psychique possède plusieurs propriétés. Elle a une face interne et une face externe, délimitant un extérieur et un intérieur qui contiennent la psyché.

Elle possède également un aspect de continuité, une densité et une élasticité qui lui permettent d'être à la fois malléable et consistante afin de maintenir sa cohésion lors des rencontres avec l'environnement.

Dotée de ces propriétés, l'enveloppe psychique peut remplir ses fonctions de délimitation entre l'espace du monde interne du sujet et l'espace du monde externe, tout en assurant la communication entre ces deux mondes, et donc en faisant preuve d'une certaine perméabilité « (Houzel, 2010 p.38).

L'enveloppe psychique est soutenue par l'enveloppe corporelle. La peau, lieu d'échange entre la mère et l'enfant, est une enveloppe contenant et une membrane protectrice. Elle soutient l'émergence de la conscience de soi et des limites corporelles, puis progressivement celles du psychisme (Maquin, 2016).

Pour Houzel (1987), la fonction de l'enveloppe psychique est de délimiter le monde interne du monde externe, tout en assurant la communication entre ces deux espaces. Il considère l'enveloppe psychique comme une structure dynamique, puisqu'elle est créée par le psychisme sous l'effet des pulsions qui animent intérieurement le sujet, en tenant compte des contraintes de la réalité externe. En d'autres termes, l'enveloppe psychique n'est pas un contenant passif, mais elle est produite par les éléments qu'elle délimite. De plus, l'enveloppe psychique n'est pas un objet psychique, mais une fonction remplie par différents processus. Elle assume la fonction de contenance, c'est-à-dire qu'elle contient mais aussi qu'elle transforme. C'est l'intériorisation de la fonction contenant qui permet de construire l'enveloppe psychique. Ainsi, le concept d'enveloppe psychique est indissociable de la fonction de contenance.

La frontière n'existe pas matériellement, comme la peau. Elle apparaît à travers l'utilisation d'objets frontières qui supportent des projections et ont un pouvoir organisateur sur l'appareil psychique. Le concept d'enveloppe psychique recouvre plusieurs notions : un sac qui contient ; un bord qui délimite ; une interface qui met en contact les deux réalités qu'elle sépare ; une frontière qui filtre le passage ; une sphère autosuffisante (boule, monade).

Les travaux de Bion (1979) ont été déterminants dans le développement du concept d'enveloppe psychique. Dès 1962, cet auteur décrit une relation contenant/contenu et une fonction contenant incombant à l'objet externe. Dans son livre *Aux sources de l'expérience* (Bion, 1979), il part de la théorie de l'identification projective de Klein (1959) et introduit un concept tout à fait nouveau. Bion propose qu'un objet, le plus souvent la mère, soit chargé de contenir les projections du bébé à un âge ou dans une situation où le bébé n'est pas en mesure d'effectuer la transformation nécessaire de ses expériences corporelles pour les assimiler psychiquement.

Il ne s'agit nullement de déposer dans la mère ce qui embarrasse le psychisme de l'enfant, mais de transformer, dans la dyade mère/enfant, des vécus psychiquement inassimilables - les éléments - en vécus mentalisables qui s'inscrivent nécessairement dans une relation à l'autre.

La fonction contenant de la mère consiste à recevoir ces expériences et à les transformer (grâce à la capacité de rêverie de la mère) en éléments psychiquement assimilables.

C'est donc au sein de cette dyade mère-bébé que se tisse l'enveloppe psychique, l'espace dans lequel vont se développer les processus de pensée. Les contenants jouent un rôle dans la genèse de la pensée ; l'espace a des propriétés psychiques. Pour comprendre l'espace psychique de nos patients, Anzieu (2003) a développé le concept de signifiants formels.

Les signifiants formels sont constitués d'images proprioceptives, tactiles et posturales. Ils impliquent une transformation d'un corps dans l'espace qui se traduit par une destruction ou une déformation (par exemple, un support s'effondre, un trou s'aspire, un corps solide passe au travers).

À la suite de Houzel (1994, 2005), il faut éviter une conception statique de l'enveloppe psychique. Il ne s'agit pas de mettre quelque chose dans quelque chose d'autre, comme une lettre dans une enveloppe, mais d'une relation dynamique entre les deux pôles de la relation contenant/contenu.

Cela revient à dire que le psychisme construit lui-même sa propre enveloppe, sous l'effet des forces qui l'animent de l'intérieur, ce qu'on appelle les pulsions dans la théorie psychanalytique, et au contact de la réalité extérieure et de ses contraintes". De plus, la mise en place des enveloppes psychiques est une étape essentielle pour permettre l'accès à la symbolisation. Elle constitue en quelque sorte une étape préliminaire. C'est grâce à l'enveloppe psychique que la sensation cutanée devient perception, et peut alors être reliée à l'émotion. La pensée permettra ensuite à la pensée de s'organiser progressivement.

Doron (1987) a proposé une tentative de différenciation entre les notions de Moi-peau et d'enveloppe psychique. Dans un premier temps, l'auteur considère l'ego-peau comme un espace spécifique ayant des fonctions de séparation entre le milieu intrapsychique et le milieu extérieur : « L'ego-peau est donc un espace fermé par une frontière qui peut être assimilée à une peau psychique différenciant deux espaces topologiquement séparés avec, à l'intérieur, l'espace psychique dans lequel les contenus psychiques vivent dans l'ordre ou le désordre ».

Deuxièmement, l'enveloppe psychique n'est pas un espace mais une membrane, qui permet de délimiter spécifiquement les espaces intrapsychiques. Sa principale caractéristique

est que, comme la peau, elle peut être très plastique, ce qui n'est pas le cas de l'ego-peau : « L'enveloppe psychique peut être assimilée à une membrane souple qui, dans sa première fonction, différencie les domaines de l'intérieur et de l'extérieur tout en permettant des échanges entre ces espaces. La souplesse de cette frontière est analogue à celle de la peau et permet de rendre compte d'une certaine plasticité du fonctionnement psychique". Dans cette perspective, on peut alors avancer qu'il n'y a pas une mais des enveloppes psychiques, correspondant aux différentes membranes, et pourquoi pas, aux deux couches interne et externe, identifiées par Anzieu (1985).

A partir de 1990, Anzieu aborde volontiers la notion de Moi-peau à travers le prisme de l'enveloppe psychique, dans la mesure où les fonctions autrefois assumées par le Moi-peau sont désormais portées par l'enveloppe. De plus, leurs constitutions sont identiques, en deux parties, puisque l'enveloppe psychique est constituée de deux couches : une couche externe qui sert d'écran aux stimuli externes, et une couche interne qui relie les stimuli externes au milieu intrapsychique.

3.3.1. Les fonctions des enveloppes psychiques

Pour le maintien et la régulation du fonctionnement psychique des individus, les enveloppes psychiques ont plusieurs fonctions.

3.3.1.1. La Fonction de maintenance

La peau soutient les muscles et le squelette, tout comme l'ego-peau soutient la psyché. Cette fonction se développe par l'intériorisation du « holding », c'est-à-dire la manière dont la mère tient, soutient et porte le corps du bébé. Le holding désigne autant l'action de porter physiquement l'enfant que le dialogue tonico-émotionnel qui s'établit entre la mère et le bébé. Il en résulte un sentiment de protection physique et psychique de la part de la mère ou de son substitut. En effet, l'intériorisation de « l'appui externe sur le corps maternel conduit le bébé à un appui interne sur la colonne vertébrale, comme un bord solide lui permettant de se tenir debout". Anzieu (1995) et donc de se maintenir physiquement. Cet axe permet à l'enfant d'acquérir la position assise, puis la position debout, et donc une forme d'indépendance physique et psychique.

3.3.1.2. La Fonction de contenance

La peau recouvre la surface entière du corps dans laquelle sont insérés tous les organes des sens externes. À cette fonction de la peau répond la fonction de contenance psychique du Moi-peau. Elle est principalement exercée par l'intériorisation de la fonction contenante de la

mère ou « *handling* », c'est à dire l'ensemble des « manipulations corporelles » du bébé, par la mère ou son substitut, lors des soins quotidiens (toilette, habillage, nourrissage) qui renforcent la constitution des limites corporelles conscientes de l'enfant. Les jeux entre le corps de l'enfant et de sa mère permettent l'émergence de la représentation psychique du Moi-peau. Cette représentation se construit grâce à la répétition des réponses gestuelles et vocales de la mère aux émotions et aux sensations du bébé, qui peut alors se les approprier et les éprouver comme siennes sans être détruit.

3.3.1.3. La Fonction de pare-excitation

De même, le Moi-peau exerce une fonction de pare-excitation au sens freudien, c'est à dire défendre le psychisme contre l'effraction pulsionnelle endogène tout en contribuant à satisfaire suffisamment l'appétit d'excitation. Anzieu (1994) Au début de la vie, c'est la mère qui sert de pare-excitation auxiliaire au bébé, jusqu'à ce que celui-ci développe sa propre capacité à se défendre. Ainsi la fonction du penser pourra émerger car « *penser, c'est supporter l'excitation, prendre du recul par rapport à elle* ». Anzieu (1994). La maintenance, contenance et pare-excitation constituent les trois fonctions de base de la personnalité.

3.3.2. Les catégories d'enveloppes

Il existe une multiplicité d'enveloppes psychiques. Il s'agit des enveloppes sensorielles, des enveloppes impliquées dans les expériences précoces, des enveloppes impliquées dans le système perception/conscience, des enveloppes agissant sur la forme de l'appareil psychique en tant que contenant, des enveloppes agissant dans les relations d'objet, et enfin des enveloppes spécifiques aux pathologies psychiques.

✓ Enveloppes sensorielles

Anzieu (2013) propose quatre types d'enveloppes psychiques spécifiques au champ sensoriel : l'enveloppe visuelle, l'enveloppe sonore, l'enveloppe claire-obscur et l'enveloppe chromatique. S'il ne les décrit pas et n'en donne pas les principales caractéristiques, il suggère les différents niveaux d'organisation qui peuvent les caractériser, facilitant ainsi leur différenciation.

✓ Enveloppes impliquées dans les premières expériences

Sept enveloppes psychiques seraient impliquées dans les expériences précoces de l'individu. Tout d'abord, l'enveloppe soignante (ou enveloppe maternelle), décrite par Brazelton (1982), caractérise la manière dont la mère enveloppe l'enfant en elle afin de satisfaire au mieux ses besoins. L'enveloppe utérine (Anzieu, 1990), qui permet l'émergence de la conscience et la

mise en place d'un système perception/conscience. L'enveloppe de l'habitat (Houzel, 1987) correspond à l'acquisition par le bébé de la distinction entre besoins corporels et psychiques, et des types de communication correspondants. L'enveloppe narcissique (Anzieu, 1990) favorise la distinction entre le soi et le non-soi. L'enveloppe individualisante (Anzieu, 1990) permettrait la formation du Moi dans le Soi et celle de l'individu dans le Soi.

La formation du Moi au sein du Soi et celle du sentiment d'individualité grâce à ce qui est renvoyé à l'enfant par le miroir visuel et sonore du visage et des gestes de la mère. L'enveloppe transitionnelle paradoxale (Anzieu, 1990) assure à la fois la séparation et l'union entre la peau de la mère et celle de l'enfant. Enfin, l'enveloppe tutélaire (Anzieu, 1990) serait responsable de l'acquisition du sentiment de continuité du soi.

✓ Les enveloppes impliquées dans le système perception/conscience

Cinq enveloppes psychiques seraient impliquées dans le système perception-conscience. Tout d'abord, l'enveloppe d'excitation (Anzieu, 1990) : c'est la première couche externe de l'enveloppe psychique, qui agit comme une barrière excitatrice. Deuxièmement, l'enveloppe de communication (Anzieu, 1990) : c'est la deuxième couche interne de l'enveloppe psychique, qui permet à l'environnement externe de communiquer avec l'environnement intrapsychique. Puis les enveloppes Moi, Peau et Pensée (Anzieu, 1994). Pour ces trois dernières, Anzieu n'a pas donné de définition particulière, mais a simplement précisé les interactions : l'enveloppe du Moi est soutenue par l'enveloppe de la peau ; l'enveloppe de la pensée est soutenue par l'enveloppe du Moi.

✓ Les enveloppes agissant sur la forme de l'appareil psychique en tant que contenant

Sept enveloppes psychiques agissent sur la forme de l'appareil psychique comme contenant des éléments intrapsychiques. La première est l'enveloppe sac (Anzieu, 1993). Il s'agit d'un contenant simple, sans couches différenciées, bien qu'il puisse être perforé ou fragilisé. Deuxièmement, l'enveloppe bord (Anzieu, 1993) : elle délimite un territoire fixe, mais très malléable en fonction des événements externes et intrapsychiques. Troisièmement, l'enveloppe d'interface (Anzieu, 1993), qui met en contact deux réalités différenciées.

Quatrièmement, l'enveloppe frontière (Anzieu, 1993) : elle contrôle le passage de l'environnement externe à l'environnement intrapsychique. Cinquièmement, il y a aussi l'enveloppe sphère (Anzieu, 1993), qui donne du volume au moi. Enfin, la forme de l'appareil psychique en tant que contenant est modélisée par l'enveloppe spatiale (Anzieu, 1990), qui favorise l'émergence de la conscience sensorielle, et l'enveloppe temporelle (Anzieu, 1990), qui favorise l'émergence de la conscience rythmique.

✓ Les enveloppes impliquées dans la relation d'objet

A ce jour, nous n'avons identifié qu'une seule enveloppe psychique spécifique aux relations d'objet : l'enveloppe prénarrative (Stern, 1993). Cette enveloppe organiserait les compétences narratives de l'enfant : L'enveloppe prénarrative est une unité qui englobe toutes les formes d'expériences subjectives organisées et, de façon importante, les expériences de relations d'objet telles que les identifications, les fusions, les auto-objets, les internalisations, les identifications projectives, etc. « (Stern, 1993, p. 1). (Stern, 1993, p. 1). En fait, la grande majorité des enveloppes prénarratives, d'intérêt clinique bien sûr, concerne les relations d'objet.

✓ *Les enveloppes spécifiques des pathologies psychiques*

Nous avons identifié trois types d'enveloppes psychiques pathologiques. Tout d'abord, l'enveloppe hystérique (Anzieu, 1987) : elle se caractérise par une indifférenciation entre l'enveloppe d'excitation et l'enveloppe de communication. L'enveloppe de Moebius (Anzieu, 1990) agirait dans le cadre de la structuration de l'état limite. Elle se caractérise par la juxtaposition des enveloppes d'excitation et de communication, formant une seule enveloppe.

Enfin, l'enveloppe perverse (Anzieu, 1990) favorise l'émergence de comportements ambivalents, tels qu'une parole gentille combinée à un acte cruel. Il est intéressant de noter qu'à notre connaissance, il n'existe pas d'enveloppes psychiques pour les psychoses. Si Anzieu (1985) parle de manière générale d'enveloppes toxiques dans ce type de fonctionnement psychique, il n'a pas développé de modèle d'enveloppe spécifique. Au terme de cette présentation, on peut souligner l'importante pluralité des enveloppes, bien plus importante que celle de l'ego. Il est donc nécessaire d'évoquer la notion d'enveloppe psychique individuelle au pluriel pour rendre compte de cette diversité.

3.3.3. Le Moi-peau et les enveloppes psychiques

Avant de considérer ces notions comme des concepts, le Moi-peau et les enveloppes psychiques ont d'abord été compris par Anzieu (1985, 1990, 1994) comme des métaphores ou des métonymies de la peau, avec laquelle ils entretiendraient une forte dépendance. Cependant, un certain nombre d'auteurs ont préféré considérer ces notions d'un point de vue plus structurel.

Bick (1987), par exemple, reconnaît l'expérience de la peau comme fondamentale dans la formation de l'appareil psychique, dans la construction d'une peau psychique spécifique dont la forme conditionne la structuration psychique de l'individu. En introjectant un objet contenant externe, l'enfant peut construire une peau psychique qui lui permet de contenir et de maintenir les parties de sa personnalité sans lesquelles sa peau psychique serait défailante. Une

perturbation de la première fonction de la peau peut conduire au développement d'une « seconde peau » par laquelle la dépendance à l'objet est remplacée par une pseudo-indépendance afin de créer un substitut à cette fonction contenante de la peau.

Cette approche se retrouve également dans les travaux de Houzel (1994), qui souligne l'importance de considérer les enveloppes psychiques comme une reformulation du Moi-peau, mais surtout d'un point de vue structurel, car elles permettent à l'appareil psychique individuel de survivre.

3.4. LA THÉORIE DU BONDING : LA THÉORISATION DU LIEN MATERNEL

Le terme d'attachement a traditionnellement été utilisé pour décrire le mouvement affectif qui lie l'enfant à sa mère. La relation inverse est restée innommée, bien sûr si l'on fait abstraction de « l'instinct maternel », très controversé et qui reste plus une théorie populaire qu'un concept psychiatrique (Dayan, Andro & Dugnat, 2015). Une théorie du lien a été esquissée par deux pédiatres américains, Klaus & Kennel, une dizaine d'années après la théorie de l'attachement (1976).

La théorie du lien a été développée pour étudier le versant maternel de l'attachement au nouveau-né. Cette théorie est basée sur des concepts éthologiques. Il s'agit avant tout d'une approche empirique qui n'a pas la sophistication conceptuelle de la théorie de l'attachement. En 1972, sur la base de leurs propres observations, Klaus et al ont décrit un modèle particulier de comportement maternel qui apparaît immédiatement après la naissance. Selon cette étude, lors du premier contact, lorsque le nouveau-né, encore nu, est placé sur son ventre, la mère touche d'abord les doigts et les orteils du bébé. La mère poursuit son exploration en se déplaçant vers le centre du corps du nouveau-né, pour finalement circonscrire l'abdomen par un mouvement de sa main ouverte, souvent accompagné d'un léger message.

Selon d'autres auteurs, ces attitudes apparaissent également lorsque le nouveau-né est partiellement vêtu. Elles peuvent aussi être provoquées par le père (Rodholm & Larsson, 1979). Selon Kennel et Klaus (1984), ces schémas ont des effets à long terme sur la relation parent/enfant et sur le développement ultérieur de l'enfant. Les auteurs soulignent que la séparation des mères de leurs nouveau-nés prématurés a des effets désastreux sur leur relation ultérieure. Contrairement à la théorie de l'attachement, le bonding a d'abord été conçu comme un processus tout ou rien survenant à une période sensible. Cette notion a été fortement critiquée, amenant les auteurs à admettre la possibilité de créer secondairement des liens satisfaisants malgré des dysfonctionnements initiaux (Kennel & Klaus, 1984).

Le lien maternel est le processus de recherche de proximité de la mère avec son enfant (Volkmar, 1995). Ce concept est apparu pour la première fois dans les travaux de Rubin (1967), puis a été popularisé par Klaus et Kennel (1976). L'arrivée d'un enfant s'accompagne de sentiments, de pensées et de comportements particuliers de la part de la mère à l'égard de son bébé. Le lien maternel est donc le lien affectif qu'une mère ressent pour son enfant (Condon, Corkindale, 1998 ; Bicking Kinsey, Hupcey, 2013 ; Klaus, Kennell, 1976 ; Ainsworth, 1989 ; Reay, Matthey, Ellwood, Scott, 2011 ; Muller, 1994 ; Brockington, Aucamp, Fraser, 2006). Il s'agit d'une expérience personnelle, d'un phénomène complexe et progressif qui ne peut être forcé (Giustardi, Stablum, De Martino, 2011 ; Altaweli, Roberts, 2010). Lorsqu'il est structuré, le lien maternel comprend les dimensions suivantes :

Le plaisir que la mère ressent au moment du contact avec son enfant et qui s'observe via son désir d'interagir avec lui et de prolonger le temps passé en sa compagnie ; via la tristesse au départ de la joie au retour de l'enfant, les sentiments d'affection, de joie et de fierté ressentis en sa présence... ;

La tolérance au comportement de l'enfant, qui est perçu comme irritant ou frustrant lorsque le parent ne ressent pas de lien fort avec le bébé ; en revanche, lorsque le parent ressent un lien fort avec le bébé, il aura moins envie de faire des sacrifices personnels et les responsabilités liées à la prise en charge de l'enfant seront moins lourdes à porter ;

Le besoin de gratification et de protection de la mère : la mère a un fort désir de protéger son bébé d'un éventuel danger, d'une douleur ou d'une gêne, et de reconnaître son besoin d'aide et de dépendance.

Le besoin de connaissance de la mère, c'est-à-dire son désir de comprendre l'enfant et de se sentir ainsi compétente. Plus le parent est proche de son enfant, plus il sera curieux de le connaître.

L'établissement du lien maternel précède généralement l'attachement ; en effet, le développement des émotions, des pensées et des comportements liés à ce lien apparaît chez la femme pendant sa grossesse (Condon, Corkindale, 1998 ; Williams, Joy LA, Travis, Gotowiec, Blum-Steele, Aiken, 1987 ; Erickson, 1996 ; Leifer, 1977 ; Ballou, 1978 ; Brockington, Oates, George, Turner, Vostani, Sullivan, et al, 2001). Ce lien prénatal s'accroît à mesure que la grossesse progresse (Rubin, 1984 ; Wayland, Tate, 1993 ; Zachariah, 1994) et surtout après que les premiers mouvements du fœtus ont été ressentis (Leifer, 1977, Lerum, Major, LoBiondo-Wood, 1989). La future mère aura tendance à nommer le fœtus et même à lui parler (Leifer,

1977). La future mère sera plus encline à observer des comportements sains pendant la grossesse si elle se sent déjà liée à son futur enfant (Siddiqui A, Hagglof, 2000 ; Fonagy, Steele, Steele, 1991). Au cours du troisième trimestre, elle est capable de reconnaître les périodes d'activité et de repos du fœtus et d'y répondre de manière synchronisée, ce qui conduirait à une augmentation du sentiment d'affection de la mère envers son futur enfant (Leifer, 1977, Fuller, 1989 ; Brazelton, 1982 ; Lerum, LoBiondo-Wood, 1989).

DEUXIÈME PARTIE :
CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE

CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

Ce chapitre que nous entamons est le premier de la seconde partie de cette étude, il porte sur la démarche méthodologique que nous avons utilisé pour mener à bien cette étude. Dès son entame, nous ferons un rappel de la problématique de l'étude, par la suite, nous allons présenter le site de l'étude, les participantes de l'étude, le type de recherche, la méthode de recherche, le déroulement de la collecte des données et enfin les considérations éthiques qui ont meublé notre démarche.

4.1. RAPPEL DE LA PROBLÉMATIQUE

Le lien maternel est le processus de recherche de proximité de la mère envers son enfant (Volkmar, 1995). C'est le lien émotionnel et d'affection qu'une mère éprouve pour son enfant. Ce lien n'est pas inné. Il se structure progressivement comme le souligne Romano (2021), être mère n'est pas donné d'emblée et de façon linéaire. Plus loin, elle précise : « *une femme devient mère à travers le regard de son enfant, dans une co-construction de liens fragiles, mais indispensables, pour permettre au bébé, puis à l'enfant, d'acquérir cette sécurité psychique primaire qui sera pour lui une ressource tout au long de la vie* (Romano, 2021 p.44). Ainsi, pour certaines femmes, la construction du lien maternel est sereine et naître mère est envisagé sans difficulté (Romano, 2021).

Tandis que d'autres sont confrontées à des situations qui peuvent entraver la construction du lien maternel chez elles. Selon Romano (2021), les événements de vie peuvent fragiliser les mères de telle sorte que leur équilibre psychique soit bouleversé. Dans ces cas, la construction du lien maternel va être difficile. Car comme le souligne Romano (2021), être une mère suffisamment bonne nécessite de pouvoir s'ajuster en permanence à son enfant. Cela nécessite une disponibilité psychique qu'il est difficile d'avoir en continu, particulièrement face aux épreuves de la vie. Ce qui peut être encore plus difficile pour les mères adolescentes qui font face à deux phases de maturation de manière spontanée.

Selon la théorie du lien maternel ou théorie du bonding (Kennel & Klaus, 1984), l'établissement du lien maternel précède l'attachement. Le développement des émotions, pensées, et comportements en rapport avec ce lien apparaissent chez la femme alors qu'elle est enceinte (Condon, Corkindale, 1998 ; Williams, Joy LA, Travis, Gotowiec, Blum-Steele, Aiken, 1987 ; Erickson, 1996 ; Leifer, 1977 ; Ballou, 1978 ; Brockington, Oates, George, Turner, Vostani, Sullivan, et al, 2001). Ce lien prénatal augmente avec l'avancée de la grossesse (Rubin, 1984 ; Wayland, Tate, 1993 ; Zachariah, 1994) et surtout après avoir ressenti les premiers mouvements fœtaux (Leifer, 1977, Lerum, Major, LoBiondo-Wood, 1989). Les futures mères auront tendance à nommer le fœtus et même à lui parler (Leifer, 1977).

La future mère sera plus encline à observer les comportements sains au cours de la grossesse si elle se sent déjà liée à son futur enfant (Siddiqui A, Hagglof, 2000 ; Fonagy, Steele, Steele, 1991). Au troisième trimestre, elle est capable de reconnaître et de répondre de manière synchrone aux périodes d'activité et de repos du fœtus, ce qui conduirait à une augmentation du sentiment d'affection de la mère envers son futur bébé (Leifer, 1977, Fuller, 1989 ; Brazelton, 1982 ; Lerum, LoBiondo-Wood, 1989).

À la naissance, la construction du lien maternel entamé durant la grossesse sera concrétisée par un pattern particulier de comportement maternel qui apparaît aussitôt après la naissance. La mère, lors du premier contact, lorsque le nouveau-né, est placé sur son ventre, touche d'abord les doigts et les orteils du bébé. La mère continue son exploration en allant vers le centre du corps du nouveau-né et fini par circonscrire l'abdomen par un mouvement de sa main ouverte qui s'accompagne souvent d'un léger message (Kennel & Klaus, 1984). Ce qui serait l'expression de la concrétisation du lien maternel.

En suivant cette théorie, on comprend que chez la mère adolescente, la structuration du lien maternel devrait débuter durant la période de gestation et se concrétiser à la naissance suite au premier contact avec son enfant. Or, au cours des entretiens avec les mères adolescentes, nous avons relevé que durant la grossesse, elles sont plutôt confrontées à la sur-sollicitation et la double fragilisation de leurs enveloppes psychiques. En effet, il y a des moments durant lesquels elles ont un vécu chaotique qui se traduit par une incapacité à différencier le monde interne et la réalité externe, à cela s'ajoute la perte de la cohérence, une rage destructrice, la détresse d'abandon, une souffrance psychique insupportable se traduisant par des passages à l'acte (fuite, colère), des somatisations, des oublis, l'impression de vide etc. et des moments durant lesquels elles font preuve de stabilité, de cohérence et d'élaboration. Ce qui affecte la structuration du lien maternel à cette période.

Ce n'est que lorsque le réaménagement de ces enveloppes psychiques est effectif que la structuration du lien maternel est amorcée chez elles. De là, nous disons que chez la mère adolescente, la structuration du lien maternel se fait à partir du réaménagement des enveloppes psychiques quelques temps après l'accouchement. Alors qu'en suivant la théorie du lien maternel (bonding), on se serait attendu à ce que ce processus débute dès la grossesse et se concrétise à la naissance suite au premier contact mère-enfant.

Le problème de recherche ainsi formulé est concrétisé par la question suivante : *comment le réaménagement des enveloppes psychiques contribue-t-il à la structuration du lien maternel chez la mère adolescente ?*

En guise de réponse à cette question, nous avons formulé l'hypothèse suivante : *chez la mère adolescente, le réaménagement des enveloppes psychiques contribue à la structuration du lien maternel à travers l'accordage affectif.*

4.2. LE SITE DE L'ÉTUDE

Le site de l'étude est le Centre Médicale d'Arrondissement de Mvog-Betsi, rattaché au District de Santé de Biyem-Assi, communément CMA de Mvog-Betsi. Le Centre Médicale d'Arrondissement de Mvog-Betsi est situé au quartier Mvog-Betsi, dans l'arrondissement de Yaoundé VI, à environ 500m du zoo et en aval du Centre national de réhabilitation des personnes handicapées et du Lycée d'Etoug-Ebé.

Le centre comporte, en termes d'offre de service : un service d'accueil, un hall qui sert de salle d'attente, deux blocs opératoires, deux laboratoires, , deux pharmacies (du jour et de garde), une salle d'échographie, une salle de radiologie, une salle de consultation ophtalmologique, deux salles pour les rencontres spécialisées comme le service social, une salle du personnel, une salle d'observation, un service de pédiatrie, un service médecine/chirurgie, deux salles d'hospitalisation (médecine/chirurgie/pédiatrie), une salle de vaccination qui sert, certains jours, de salle d'accueil des femmes enceinte et de causerie éducatives, deux bureaux destinés aux consultations prénatales, une maternité, une salle de travail, une cantine pour la restauration des malades et du personnel, deux magasins de réserve, un service buanderie, des toilettes public et personnel, la direction, le secrétariat, un bureau comptable, une chapelle catholique, deux châteaux d'eau et un réservoir souterrain.

4.3. LES PARTICIPANTES DE L'ÉTUDE

Cette étude s'intéresse aux mères adolescentes. Ce sont des jeunes qui font face comme nous l'avons mentionné plus haut à la vulnérabilité. En plus des remaniements psychiques relatifs à l'adolescence, elles sont également confrontées à la maternité et ses changements tant physiologiques que psychologiques.

4.3.1. Les 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.

✓ **Critères d'inclusion**

Les participants sont sélectionnés dans leur contexte et à partir des critères suivants :

- Être mère adolescente ;
- Avoir un score inférieur à 2 au Mother Infant Bonding Questionnaire (MIB);
- Être capable de s'exprimer sans entrave

✓ **Critères de non-inclusion**

- Ne pas être à mesure de s'exprimer sans entrave ;
- Ne pas être disposée à participer à l'étude ;
- Avoir un score supérieur ou égal à 2 au Mother Infant Bonding Questionnaire (MIB).

4.4. LE TYPE DE RECHERCHE ET LA MÉTHODE DE RECHERCHE

Pour nous, il est question de présenter et justifier le type de recherche et la méthode de recherche que nous utilisons pour mener à bien cette étude.

4.4.1. Le type de recherche

En suivant la logique de Fortin (2006) ; Fortin et Gagnon (2015) qui stipulent qu'en face d'un phénomène, la première étape consiste à décrire. L'étude descriptive répond aux questions qui comportent un phénomène et une population. Notre étude se situe au premier niveau de la recherche (niveau descriptif) qui est le niveau de base qui consiste à présenter dans son ensemble un phénomène ou ses déterminants afin de le comprendre et dresser un portrait clair et précis du phénomène étudié.

Nous allons faire usage de la recherche qualitative qui produit et analyse des données qualitatives telles que les paroles écrites ou dites et les comportements observatoires des personnes. Elle est intéressée par le sens et l'observation d'un phénomène social en milieu naturel. Selon Fortin et Gagnon (2015), les études qualitatives visent à décrire un phénomène encore mal connu et de le définir afin de l'explorer en profondeur. La recherche qualitative est intensive à ce qu'elle s'intéresse surtout à des cas et à des échantillons plus restreints qui sont étudiés en profondeur. Elle permet de rechercher le sens et les finalités de l'action humaine et des phénomènes sociaux. Cette recherche s'inscrit dans la compréhension d'un phénomène, d'où le recours à la méthode qualitative.

4.4.2. La méthode clinique de recherche

Le chemin que nous avons choisi pour l'atteinte de l'objectif de cette étude est la méthode clinique. La « méthode clinique » vise à établir une situation de faible contrainte, pour recueillir des informations de la manière la plus large et la moins artificielle en laissant à la personne des possibilités d'expression. Elle refuse d'isoler ces informations et tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle. Cette dernière est une recension de faits par observation, entretien et analyse des productions du sujet. Dans le cadre de notre étude, nous avons opté pour la méthode clinique parce qu'elle est une démarche qui se définit avant tout par une prise en compte de la singularité et de la totalité de la situation. La méthode clinique « *insiste sur la diversité et non sur la régularité* » (Hatchuel, 2005, p.5).

La modalité fondamentale utilisée par la méthode clinique est l'étude de cas. Yin (1984) cité par Collerette (1997) définit l'étude de cas comme : « *une enquête empirique qui étudie un phénomène contemporain dans son contexte de vie réelle, où les limites entre le phénomène et le contexte ne sont pas nettement évidentes, et dans laquelle des sources d'information multiples sont utilisées* ». En considérant cette définition, l'étude de cas consiste donc à rapporter une situation réelle, prise dans son contexte, et à l'analyser pour découvrir comment se manifestent et évoluent les phénomènes auxquels le chercheur s'intéresse (Collerette 1997). L'étude de cas est également considérée comme une observation approfondie et prolongée d'un sujet dans le but d'une étude aussi exhaustive que possible des caractéristiques associées à sa condition et de leur relation.

Elle est utile dans les situations où on veut éclairer les comment et les pourquoi des phénomènes, dans les situations où les chercheurs ont peu de contrôle sur les événements étudiés, et dans les situations où l'attention est dirigée vers des phénomènes contemporains dans un contexte de vie réelle (Yin, 1984 ; Eisenhardt, 1989 ; Smeltzer et Zener, 1992, cités par Collerette 1997). Un des intérêts de l'étude de cas consiste à fournir une situation où l'on peut observer le jeu d'un grand nombre de facteurs interagissant ensemble, ce qui permet de rendre compte de la complexité et de la richesse des situations comportant des interactions humaines, et de faire état des significations que leur attribuent les acteurs concernés.

4.4.2.1. La technique de collecte des données : l'entretien semi-directif

L'entretien clinique est défini par Fernandez et Catteeuw (2001, p.74) comme « *un des outils privilégiés de la méthode clinique dans la mesure où la subjectivité s'actualise par des faits de parole à l'égard d'un clinicien* ». C'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 et catteeuw, 2001).

Dans cette recherche, nous avons fait usage de l'entretien semi-directif qui se situe entre l'entretien non-directif et l'entretien directif, il n'est ni totalement fermé, ni totalement ouvert et les thèmes à aborder sont fixés à l'avance. Pour Quivy et Campenhoudt (2011), c'est la forme qui est certainement la plus utilisée en recherche. Pour eux, le chercheur dispose d'une série de questions-guides relativement ouvertes à propos desquelles il veut obtenir une information. Il ne pose pas forcément toutes les questions dans l'ordre prévu initialement. Il laisse venir le plus possible l'interviewé pour qu'il puisse parler selon une logique qui lui convient.

Il est utilisé lorsque le chercheur vise à approfondir et ou vérifier certains aspects particuliers de la vie du sujet par rapport à son sujet d'étude. Ce type d'entretien est centré sur le recueil de l'expression des acteurs (sentiments, idées, émotions, etc.), par rapport à une trame générale souple, construite à partir du questionnement de l'évaluation. Ici, le sujet s'exprime librement sur « ce qu'il a à dire, ce qu'il peut dire » (Chiland, 1983).

✓ **Le guide d'entretien**

Le guide d'entretien est selon Blanchet et Gotmant (1992) cités par Fernandez et catteeuw (2001) un ensemble organisé de fonctions d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer. C'est la liste de thèmes et sous thèmes que le chercheur doit aborder avec le participant au cours d'un entretien de recherche. Il permet au chercheur de suivre la méthodologie définie. Selon Campenhoudt et Quivy (2011), les questions constitutives le corps de l'entretien sont formulées de manière ouverte, appelant parfois une brève narration, laissant toujours une large marge de liberté au répondant.

Le guide d'entretien est une liste récapitulative des thèmes et des sous-thèmes à aborder dans le cadre d'une enquête qualitative. Il propose relativement le moment et la manière de les introduire dans la conversation. Ce guide est à la disposition de l'enquêteur pour lui permettre de suivre la méthodologie définie, tout en observant un comportement adéquat lors de l'entretien. Toutefois, il convient de noter que l'ordre d'évocation des thèmes, de même que la formulation des questions peut varier au cours de l'entretien.

Pour les besoins de cette étude, le guide d'entretien a été construit à partir des axes des théories de cette étude. Ce guide se présente de la manière suivante :

Identification de la participante

Âge :

Région d'origine :

Rang dans la fratrie :

Nombre d'enfant :

Profession/occupation :

Thème 1 : processus d'adolescence

- Vécu des changements physiques (modifications corporelles, hormonales, etc.);
- Vécu des réaménagements psychiques (changements au niveau affectif avec le mode rapport à soi et l'autre etc, cognitifs, etc.)

Thème 2 : expérience de la maternité

- Sentiments et émotions à l'annonce de la grossesse et son déroulement (Contexte et réactions à l'annonce de la grossesse ;
- Déroulement et vécu de la grossesse au plan affectif, cognitif etc) ;
- Vécu des changements corporels et psychiques induits par la grossesse ;
- Anticipation maternelle ;
- Relation d'objet virtuelle ;
- Enfant imaginaire

Thème 3 : Réaménagements des enveloppes psychiques

- Exploration de la fonction de maintenance : sentiment de protection physique et psychique, Maintient des parties du corps ensemble, sentiment d'unité d'être ; différence entre soi et non soi
- Exploration de la fonction de contenance : représentation du corps, limite du soi, les représentations, capacité de contenir ses émotions ;
- Exploration de la fonction pare-excitation : protection contre les stimulations ;
- Exploration du déni de l'effondrement (honte de soi, sentiment d'indignité par rapport à son enfant et à l'entourage, peur de conférer une réalité à une situation qui, du fait d'être exprimée, n'en deviendrait que plus effective, contenance et de minimisation du vécu ;
- Exploration de la capacité de traitement de l'appareil psychique (fonction de symbolisation, fonction d'élaboration psychique etc.).

Thème 4 : structuration du lien maternel

- Le plaisir ressenti lors du contact avec son enfant (désir d’interagir avec ce dernier et de prolonger le temps passé en sa compagnie ; la tristesse au départ, de la joie au retour de l’enfant, les sentiments d’affection, de joie et de fierté ressentie en sa présence) ;
- La tolérance à l’égard des comportements de l’enfant, (perçus comme irritants ou frustrant quand le parent ne ressent pas de fort lien envers son bébé ; par contre dans le cas contraire, le parent aura moins l’impression de faire des sacrifices personnels et les responsabilités liées aux soins de l’enfant sont moins vécues comme lourd fardeau) ;
- Le besoin de gratification et de protection de la mère (désir fort de protéger son petit des éventuels dangers, de la douleur ou de l’inconfort, et de reconnaître son besoin d’aide et de dépendance).
- Les besoins des connaissances de la mère (désir de comprendre l’enfant et ainsi de se sentir compétent. Plus le parent sera lié à son enfant, plus il sera curieux par rapport à lui).

4.4.2.2. La Technique d’analyse des données : analyse de contenu

Vu le type de données (qualitatives) que nous avons collecté à travers les entretiens semi-directifs, nous avons optés pour une technique d’analyse qualitative. L’analyse de contenu étant la principale technique d’analyse des données qualitatives et s’appliquant à toute les formes de discours, d’image et de communication s’est avéré être la technique d’analyse la mieux appropriée pour l’analyse des données collectées.

L’analyse de contenu est une technique d’étude détaillée des contenus de documents défini 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. Selon Giust-Desprairies et Lévy, (2003, p.290), il s’agit d’une analyse qui porte sur « *les contenus, unités de signification supposées véhiculées par un contenant (le langage), traversant donc ou ignorant sa réalité matérielle* ». Ainsi, il s’agira concrètement de sélectionner, condenser, catégoriser, regrouper et organiser les informations.

Elle a pour rôle de dégager les significations, associations, intentions etc. non directement perceptibles à la simple lecture des documents. Les données à traiter sont toujours presque des données verbales qu'on transforme en écrit. Selon Campenhoudt et Quivy (2011), l'analyse de contenu porte sur des messages aussi variés que des œuvres littéraires, des articles de journaux, des documents officiels, des programmes audiovisuels, des déclarations politiques, des rapports de réunion ou des comptes rendus d'entretiens semi-directifs. Dans l'analyse de contenu, le chercheur tente de construire une connaissance à partir du choix des termes utilisés par les participants, la fréquence et le mode d'agencement, la construction du discours et son développement. Ce n'est ni la représentativité, ni la généralisation mais plutôt la singularité et la fertilité des données non numériques qui intéressent dans la recherche qualitative (Paillé, 1996).

L'analyse de contenu 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. En effet, il s'agit d'une analyse qui porte sur « *les contenus, unités de signification supposées véhiculées par un contenant (le langage), traversant donc ou ignorant sa réalité matérielle* » (Giust-Desprairies et Lévy, 2003, p.290). L'opération tient à sélectionner, condenser, catégoriser, regrouper et organiser l'information. C'est donc une mise en ordre systématique du contenu manifeste d'un discours Berelson cité dans Giust-Desprairies et Lévy (2003) que nous avons mise en place. Nous avons choisi de faire une analyse de contenu cas par cas à cause de la description explicite et concise de nos participants ainsi que des données recueillies lors de nos entretiens. Cela permet une meilleure compréhension des cas analysés, et une aisance dans la description des processus qui entre en jeu dans la structuration du lien maternel chez la mère adolescente.

L'analyse thématique est centrée sur les notions ou thèmes évoqués à propos d'un objet d'étude. Pour Muchielli (1996), l'analyse de contenu thématique est la plus simple des analyses de contenu. Elle consiste à repérer dans des expressions verbales ou textuelles des thèmes généraux récurrents qui apparaissent sous divers contenus plus concrets. Elle est donc la première forme de catégorisation impliquée dans un corpus. En résumé, de type d'analyse assez simple dans son principe implique de procéder à une catégorisation dont l'unité de base est le thème. Elle a pour objectif la recherche de catégories dans un discours ou un texte qui correspond à la réorganisation sous forme résumée de ce qui est dit.

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 fournit 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 constituée par la métapsychologie.

Thèmes	Descripteurs	Indicateurs
Réaménagement des enveloppes psychiques	Fonction de maintenance	sentiment de protection physique et psychique, Maintient des parties du corps ensemble, sentiment d'unité d'être ; différence entre soi et non soi
	Fonction de contenance	
	Fonction pare-excitation	représentation du corps, limite du soi, les représentations, capacité de contenir ses émotions
	Le déni de l'effondrement	protection contre les stimulations
	Capacités de traitement de l'appareil psychique	honte de soi, sentiment d'indignité par rapport à son enfant et à l'entourage, peur de conférer une réalité à une situation qui, du fait d'être exprimée, n'en deviendrait que plus effective, contenance et de minimisation du vécu
		symbolisation, élaboration psychique etc
Accordage affectif	Résonnance affective <i>Ajustements</i> processus de partage intersubjectif des états affectifs entre parent et enfant.	
Structuration du lien maternel	Le plaisir ressenti lors du contact avec son enfant	désir d'interagir avec ce dernier et de prolonger le temps passé en sa compagnie ; la tristesse au départ, de la joie au retour de l'enfant, les sentiments d'affection, de joie et de fierté ressentie en sa présence)
	La tolérance à l'égard des comportements de l'enfant,	perçus comme irritants ou frustrant quand le parent ne ressent pas de fort lien envers son bébé ; par contre dans le cas contraire, le parent aura moins l'impression de faire des sacrifices personnels et les responsabilités liées aux soins de l'enfant sont moins vécues comme lourd fardeau
	Le besoin de gratification et de protection de la mère	désir fort de protéger son petit des éventuels dangers, de la douleur ou de l'inconfort, et de reconnaître son besoin d'aide et de dépendance
	Les besoins des connaissances de la mère	désir de comprendre l'enfant et ainsi de se sentir compétent. Plus le parent sera lié à son enfant, plus il sera curieux par rapport à lui

4.5. LE DEROULEMENT DE LA COLLECTE DES DONNÉES

Au cours des entretiens, nous avons débuté par des consignes qui sont selon Gighlione et Blanchet (1991), les actes directeurs qui initient le discours sur un thème donné. Dans la suite des entretiens, nous avons effectués des relances pour recentrer le discours ou obtenir de la part des participantes des éclaircissements sur les thèmes abordés. De manière concrète, après notre présentation et celle de l'étude, nous avons initié les entretiens avec les participantes de la manière suivante : *« merci d'avoir accepté de participer à cette étude. Après que je vous ai donné tous les renseignements dont vous aviez besoin et expliqué les risques et les bénéfices de votre participation à cette recherche »*.

Nos entretiens se sont déroulés en deux phases, à savoir le pré-entretien et la phase d'entretien proprement dite. La première phase ou pré-entretien a commencé par notre présentation, suivi d'une explication du motif de notre rencontre. Après cela, nous lui exposions l'objet de notre entretien, suivi de l'explication du caractère confidentiel des données qui seront recueillies et les considérations éthiques qui régissent cette recherche. Lorsque la participante était intéressée, nous lui passions le MIB. Après cela, le formulaire de consentement lui était présenté. Après avoir lu et signé le formulaire de consentement, nous pouvions passer à la deuxième phase de l'entretien. Avant de commencer l'entretien proprement dit, nous avons au préalable obtenu l'accord d'enregistrer l'entretien.

La deuxième étape (entretien proprement dit) a commencé par une présentation des participantes. Il était question qu'elles donnent leurs caractéristiques sociodémographiques. Ces entretiens furent enregistrés par le magnétophone de notre téléphone. La suite de l'entretien a consisté au parcours de notre guide d'entretien. A la fin de l'entretien, nous avons demandé à chaque participante s'il y avait un élément que nous n'avions pas abordé et qu'elle souhaiterait le faire. A la fin de chaque entretien, nous remercions la participante pour sa disponibilité. Une fois la collecte de données terminée, il était question de faire l'analyse de ces données.

4.5.1. Échelle de sélection des participantes : Le Mother Infant Bonding Questionnaire

Le Mother Infant Bonding Questionnaire (MIB) est un questionnaire court et simple conçu par Taylor et al (2005). En se basant sur l'étude de Kumar (2001) qui s'intéresse aux troubles du bonding (le bonding désignant le lien de la mère vers l'enfant, différent de l'attachement qui suppose de la réciprocité), Taylor et al (2005) ont développé un auto-questionnaire, le MIB. L'objectif du MIB est de dépister l'existence de problèmes dans le sentiment maternel. Initialement dans un but de recherche, puis dans une utilisation clinique.

Le MIB compte 8 items, sensés évaluer les sentiments de la mère envers son bébé. Les scores vont de 0 à 24, un score élevé met en évidence l'existence du trouble du lien mère-enfant. Ce questionnaire est court et simple, il peut être utilisé immédiatement après la naissance et/ou après une brève période rétrospective.

La version française du MIB a été validée par Bienfait (2008). Dans la version anglo-saxon du MIB Taylor et al (2005), aucun seuil n'est défini alors que dans la version française, Bienfait (2008), définit à 2 le seuil pour le diagnostic de difficulté du lien mère-enfant avec une sensibilité de 0.9 et une spécificité à 0,8 (90% de chances d'être positif lorsque l'on est porteur du trouble (difficultés dans le lien) et 80% d'être négatif lorsque l'on n'est porteur d'aucun trouble). Par ailleurs, elle évalue à 40,9 % le risque d'avoir un trouble sachant que le test est positif, c'est-à-dire dès lors que le score obtenu est supérieur à 2 et 98,1% d'être sain sachant que le test est négatif (score inférieur à 2).

Devant chaque item, il y'a quatre cases. La première correspondant à vraiment beaucoup, la deuxième à beaucoup, la troisième à un peu et la quatrième à pas du tout. La cotation se fait en fonction d'une échelle de type lykert allant de 0 à 3. Les items 1, 4 et 6 sont notés de 0 à 3, tandis que les items 2, 3, 5, 7 et 8 sont notés inversement, c'est-à-dire de 3 à 0.

4.6. LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Les recherches en sciences humaines et sociales portent sur des sujets humains. Il peut arriver que ces recherches aient des incidences sur la vie, les droits et la dignité des participants. Pour nous assurer de la préservation de cette dignité humaine dans cette étude, nous avons respectés les règles d'éthiques.

Concrètement, nous avons informé les participantes en ce qui concerne la nature, les buts poursuivis et l'utilisation des résultats de la recherche par le canal d'une notice d'information. La participation à cette étude était entièrement libre. En effet, les participantes étaient entièrement libres de participer ou non à la recherche et ce sans aucune conséquence quelconque. Pour nous assurer que la participation soit libre et volontaire, une fiche de consentement libre et éclairé à participer à la recherche et à l'enregistrement des entretiens a été signée par chaque participante. L'anonymat a été respecté à travers le caractère anonyme et confidentiel du contenu des entretiens. 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.

CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Ce chapitre est consacré à la présentation des résultats que nous avons obtenus suite à l'analyse des données que nous avons collecté auprès de deux mères adolescentes. Les entretiens ont fait l'objet d'un décryptage en fonction de l'univers symbolique auquel renvoient les concepts dans une approche psychanalytique.

5.1. PRÉSENTATION DES PARTICIPANTES

Nous présentons brièvement les deux participantes de cette étude sous leurs pseudonymes. Il s'agit principalement de leurs caractéristiques sociodémographiques.

5.1.1. La participante D

D est une mère adolescente âgée de 16 ans, originaire de la région du Sud (Kribi). Elle est troisième d'une fratrie de cinq enfants dont deux sont décédés. Elle est sans emploi et sans formation. Elle envisage se former en manucure, pédicure et coiffure lorsque son bébé sera suffisamment grand.

5.1.2. La participante E

E est une mère adolescente âgée de 18 ans. Elle est originaire de la région du centre, plus précisément du département du Mbam et Inoubou. Elle a arrêté l'école en classe de première à cause de la grossesse. Elle est la sixième d'une fratrie de sept. À notre rencontre, sa fille était âgée d'un an et 5 mois. Elle est gérante d'un Bar/restaurant de la place.

5.2. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DE L'ANALYSE THÉMATIQUE

Ici, il sera question pour nous de présenter les résultats de l'analyse thématique que nous avons faite après la collecte des données.

5.2.1. Le vécu de la grossesse et de l'accouchement

La grossesse et l'accouchement constituent des périodes importantes et sensibles dans la vie des devenant parents. Elles sont accompagnées d'un vécu particulier. Dans cette section, nous allons rendre compte du vécu des participantes.

5.2.1.1. Le vécu de l'adolescence

L'adolescence est une période durant laquelle de nombreux changements sont observés. Ces changements sont physiques et psychologiques. Le plus souvent, la découverte de ces changements est angoissante pour l'adolescent qui n'est pas préparé. Il craint que ce soit une anomalie ou une maladie qui se développe chez lui. En ce qui concerne la participante D, elle dit :

La première fois quand j'ai vu mes seins sortir, j'ai eu peur, ça me faisait mal, je suis allée voir maman pour lui dire, elle m'a dit que je ne devais pas avoir peur, que c'est l'évolution chez la fille [...] J'ai commencé à grandir, à 12 ans, 13 ans, 14 ans j'ai vu mes règles, je suis encore allée voir ma mère, elle m'a dit que ce sont des choses qui arrivent chez les femmes, elle m'a appris comment faire, elle m'a appris à compter mon cycle et 2 ans après je suis tombée enceinte.

En ce qui concerne E, à ce sujet, elle dit :

J'ai d'abord, l'apparition, j'ai d'abord eu les seins qui sortaient et puis, mon cycle est directement venu et puis l'apparition des poils, c'est venu après, les poils sont directement sortis.[...]j'ai été surprise, parce que je ne connaissais pas, pour la première fois, je ne connaissais pas. Quand le sang a commencé à arriver, je ne connaissais pas. Je me suis dit que je m'étais blessée. Mais c'était une mère à qui j'ai en parlé de ça qui m'a dit que non ce sont tes premières règles qui arrivaient. Comme j'avais aussi le téléphone, je m'exerçais plus à Google. Comme je tape, on me donne les informations. Comment compter son cycle, comment faire d'autres choses. C'était comme ça que ça s'est passé.

Du fait que E n'avait pas une personne pour l'accompagner durant cette période, elle estime que les changements propres à l'adolescence l'ont rendu plus intelligente. Elle le dit en ces termes : « chez moi, ma part, ça m'a rendue plus intelligente parce que je n'avais personne pour m'aider. Du coup, j'étais obligée de devenir plus intelligente pour apprendre à sortir seule de tout ça. Donc ça m'a pris et je suis devenue plus intelligente ».

Durant le début de la puberté, D du fait qu'elle vivait uniquement avec sa grand-mère a expérimenté une sorte de libertinage, ce qui l'exposait à de nombreux risque. A ce sujet, elle dit : « Hum ! A 11 ans je ne vivais plus à avec ma mère mais plutôt avec ma grand-mère, mes amis venaient me chercher et on a commencé à sortir de temps en temps pour aller à des fêtes. Donc là-bas chez ma grand-mère me laissait sortir mais je demandais la permission avant que

mes copines venaient me chercher, mais 20h-21h ne te trouve pas dehors, et en temps de fête 22h-minuit ne doit pas te trouver dehors. Parfois je respectais parfois je ne respectais pas ».

Contrairement à D, E dit que chez elle, ces moments étaient très difficile du fait qu'elle était seule pour faire face aux changements qu'elle ne comprenait pas forcément : *« c'était un peu difficile parce que ma mère n'était pas à côté de moi [...] je restais plus avec ma grande sœur et elle aussi, elle n'était pas plus à côté parce qu'elle aimait les sorties et les courses, donc je suis du coup partie seule ».*

Elle regrette l'absence de sa mère à ses côtés durant cette période de bouleversements en ces termes : *« bien sûr, ça aurait quand même changé, elle devrait m'apprendre certaines choses. J'ai dû apprendre seule. Comme peut être compter son cycle menstruel et j'ai appris sa seule à l'école, quand on faisait les cours, c'est là où j'ai appris à compter et j'avais plus peur d'en parler de ça à ma grande sœur parce qu'elle était plus agressive et du coup, je ne voulais pas être frustrée ».*

5.2.1.2. L'expérience de la maternité

Chez les mères adolescentes, les grossesses sont le plus souvent découvertes dans des circonstances fortuites. Le plus souvent, c'est l'absence des menstrues qui constitue le premier signe d'alerte chez la jeune fille qui fait des investigations un peu plus approfondies. C'est le cas de E qui à ce sujet s'exprime de la manière suivante :

« C'est quand je ne voyais plus mes règles. Et quand je ne voyais plus mes règles, j'ai compté la dernière fois que j'ai fait les rapports. C'est là où c'est arrivé que j'étais enceinte et j'ai aussi fait un test de grossesse. C'est là où c'est arrivé que j'étais enceinte [...] j'étais parti acheter un machin à l'hôpital, je suis revenue faire moi-même. Ça a affiché deux barres rouges [...] oui, je suis encore partie à l'hôpital faire les examens. Parce qu'on dit souvent que des fois, ce n'est pas ça. Je suis encore parti faire les examens, on a pris mon sang et on a vu que j'étais enceinte ».

La découverte de la grossesse est le plus souvent accompagnée d'un certain nombre d'émotions qui sont positives ou négatives en fonction du contexte de la grossesse. Chez la mère adolescente, ces émotions sont dans la majorité des cas négatives car la mère craint la réaction de ses parents et de son entourage. C'est ce que E exprime de la manière suivante :

J'ai eu peur de mes parents, j'ai eu peur que mes parents vont me frustrer, que je suis partie tomber enceinte pourquoi, machin truc. J'ai eu beaucoup peur. J'ai pensé à enlever, mais j'ai encore dit que ça ne sert à rien d'enlever l'enfant. Moi on ne m'a pas enlevé, pourquoi je dois enlever ma part, donc du coup j'ai gardé, je me suis dit que même si mes parents vont me faire quoi je vais garder jusqu'à sa naissance [...] j'ai d'abord appelé mon ami, je lui ai dit que je suis enceinte, il a voulu faire comme ci ce n'était pas lui, j'ai dit que c'est sans soucis, tu veux nier c'est bon, moi je vais tout garder et je sais que mes parents seront... même si ma mère me dit quoi, je ne vais pas enlever cet enfant parce que moi on ne m'a pas enlevé, du coup, quand elle est née, j'étais très contente et j'ai ressentie l'amour d'une mère. J'étais très contente et jusqu'à maintenant, comme elle est en train de grandir.

La grossesse est un moment fondamental dans le développement de l'identité féminine (Bibring, 1959, 1961 ; Pines, 1972, 1982 ; cité dans Ammaniti et al. 1999). Racamier (1961) la considère comme un moment de "crise psychique maturative", une étape du développement psycho-affectif. Elle conduit nécessairement à un changement de l'identité individuelle et familiale et implique une réorganisation psychique intense. La crise maturative se réfère à une étape singulière, nécessitant la réalisation d'un certain nombre de tâches pour passer à l'étape suivante. La naissance du premier enfant s'accompagne de la naissance des parents. La période post-partum est un moment de nombreuses réorganisations.

À l'arrivée d'un enfant, la mère adolescente 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 de souffrances et non élaborés peuvent entraver la réorganisation des liens et parfois cette crise est au contraire destructrice.

La venue d'un enfant n'est pas seulement une naissance physique ; c'est aussi une naissance psychique et une véritable métamorphose pour la mère adolescente 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). Elle passe par le complexe de Télémaque qui est le processus qui structure la psyché du futur parent pendant la grossesse. Dans un premier mouvement régressif, il retourne vers son passé, retrouve ses racines et s'y relie afin de mieux s'en séparer dans un deuxième mouvement progressif et constructif.

Le déroulement et le vécu de la grossesse est accompagné de nombreux changements corporels et psychiques qui affectent de manière considérable la mère adolescente. En ce qui concerne D, elle dit :

Hum ! J'avais les nausées, je suis tombé malade, hum et ma mère savaitj que c'était la maladie et puis un jour je lui ai demandé qu'on aille à l'hôpital faire les visites. Lorsqu'on est arrivé l'infirmière m'a demandé d'apporter mes urines tôt le lendemain matin. Après les examens les résultats sont sortis positifs [...] je suis senti détruite, bizarre, je disais tu va plus sortir, tu seras une mère, tu vas t'occuper de l'enfant... Oui, c'est-à-dire tu ne vas plus sortir comme tu sortais de temps en temps, tu dois t'occuper de l'enfant, tu ne dois plus partir dans les fêtes, tu ne peux être libre, tu ne peux même plus partir au marché car tu dois t'occuper de l'enfant, les choses comme ça. Je me suis dit ah, c'est bon, c'est fini [...] à un moment, on me grondait beaucoup quand j'étais encore dans les 4 mois, on me disait que c'est ma faute, quand on te parle tu ne veut pas écouter voilà les conséquences maintenant tu vas assumer et je me sentais mal. Ensuite certaines copines me demandaient d'avorter mais j'avais refusé par ce qu'il y'avait l'amie de ma mère à Mvog-betsi qui avait donné le javel à sa fille enceinte et ensuite elle est morte [...] Oui. Moi j'ai dit non je ne peux pas. Elle a essayé de me convaincre que si j'accouche ça va gêner ma vie, je ne serai plus libre, je ne vais plus fais ce que je veux. Après les choses se sont temporisés.

L'adolescence est une période de transition au niveau du développement des relations sociales et intimes et de la quête de l'identité, durant laquelle il peut être difficile de répondre adéquatement à ses propres besoins. Les mères adolescentes ne font pas exception à la règle.

Ayant des difficultés à répondre à leurs propres besoins, il est d'autant plus difficile pour elles de répondre adéquatement aux besoins de leur enfant et de s'engager auprès de lui, leurs problèmes se répercutent sur le déroulement de la grossesse. Cela s'observe chez D lorsqu'elle dit :

C'était une période vraiment difficile, je ne me sentais pas bien, j'avais peur, et du début jusqu'au troisième mois je n'avais pas de ventre mais quand même ma mère me soutenait, elle essayait de me parler de la grossesse, chaque jour on priait, on partait rester chez le pasteur après quand mon ventre à commencer à sortir, je ne pouvais plus mettre les mêmes vêtements. Parfois j'étais capricieuse... Capricieuse, quand je vois les gens, je les tape parfois je n'ai envie de voir personne, je dérange tout le monde pour rien. C'était dure, puisque moi je ne dormais jamais en journée, ma mère me disait que tu n'as encore rien vu attend le jour de l'accouchement tu vas voir. J'ai dit « akaa » ça ne va rien faire [...] je ne voulais parler à personne, parfois mon père, le matin vers les 9h me disait vient on va marcher, comme je ne peux pas dit non je me lève avec le visage froissé, il m'emmène dans un endroit où j'aime bien partir, on va marcher pendant longtemps et après on rentre et je ne ressort plus de la maison seulement pour me laver.

Chez, E, tout comme la découverte de la grossesse, le vécu de cette période capitale a été marquée par la présence de nombreuses émotions négatives et les difficultés engendrées par le fait que l'auteur de sa grossesse l'a renié. L'obligeant à faire face à cette épreuve sans le soutien d'un partenaire : *« le premier, ce n'était pas facile parce que ma mère bavardait toujours. Je n'avais jamais la paix à la maison, une femme enceinte, elle bavardait, je t'ai envoyé à l'école, je ne t'ai pas envoyé porter la grossesse. Je ne t'ai pas envoyé faire ceci [...] ce n'était pas facile. Bon le père, son père n'était pas à côté de moi, parce qu'il voulait renier. Il n'était pas à côté de moi, du coup, je me battais avec ma mère. Sinon c'est avec ma mère, les symptômes, les caprices, je faisais tout ça avec ma mère et puis on s'est en sortis. Et j'ai accouché ».*

Le système émotionnel ou affectif d'une femme qui devient mère doit subir de nombreux réaménagements. Chez la participante E, ce registre est truffé d'émotions négatives :

ça me faisait très mal, mais moi je me suis dit qu'avec le temps, elle va baisser et peut être voir l'enfant naître, mais elle ne m'a jamais laissée seule, elle ne m'a jamais lâché jusqu'à maintenant [...] ça faisait mal parce que le père a décidé que ce n'était pas lui. Si au moins lui il était à moi, ça allait me donner le courage. Même comme ça, j'ai eu un peu de courage, mais pas assez, pas assez comme il pouvait être à côté. Et puis ensemble, on devrait s'en sortir. Toute ma famille était contre moi. J'ai dit, même comme ça, j'ai dit que je ne vais pas enlever l'enfant [...] j'ai beaucoup pleuré et j'ai regretté. C'est quand le père a dit qu'il ne connaissait pas la grossesse que moi j'ai beaucoup pleurée, j'ai regretté le pourquoi je m'étais donné à lui si tôt. Pourtant je devrais passer, avoir le probatoire. Avoir mon probatoire, et laisser, j'ai beaucoup regretté.

Au-delà des pleurs, elle dit avoir eu une humeur changeante tout au long de sa grossesse car sa maman, lui faisait sans cesse les reproches : *« non je changeais les humeurs. J'étais nerveuse [...] a me rendait nerveuse, je restais comme ça, il y avait des fois je sortais, je partais me balader parce que quand je reste comme ça à la maison, plus le bavardage de ma mère m'énervait, du coup, je sortais pour marcher un peu. Et j'avais aussi quelques amis, des fois on s'asseyait là pour taper les commentaires »*. À cela s'est ajouté la déception vis-à-vis de ses parents : *« oui je sais, j'ai déçu mes parents. Parce que ce n'est pas ce qu'ils voulaient pour moi. Ils voulaient que je fréquente pour devenir quelqu'un de grande dans la vie. Mais j'ai fait ce que j'ai fait et je sais que je les ai déçus »*. Chez D, ce sentiment de déception vis-à-vis des attentes parentales est accompagné par le sentiment d'avoir gâché sa vie. Elle le dit en ces termes : *« Oui avoir le sentiment d'avoir gâché ma vie, comment est-ce que je vais trouver un mari demain si je ne me marie pas avec le père de mon enfant, est ce qu'on va m'accepter ? comment est-ce que je fais pour m'en sortir ? »*

Dans le registre affectif ou émotionnel suite à la grossesse, elle s'exprime sur le sujet de la manière suivante :

Bon, il y'a souvent deux parties : la partie de la fille polie et la partie de la fille embarrassante. Là quand tu es enceinte c'est la partie de la fille polie qui reste. Il y'a des fois que la fille oublie la partie embarrassante, tu restes la fille positive et c'est après

qu'elle va revenir mal parler, insulter les gens, tu ne peux pas aller en boîte, tu ne peux boire l'alcool, tu ne peux pas faire si, tu ne dois pas marcher comme ça tu ne dois pas marcher la nuit [...] C'est difficile, Oui parce que dès que je les chasse, ensuite je rappelle, après je les dis ne venez plus chez nous [...] Je me dis que ce que je fais même là ? Pourquoi je fais ça ? qu'est ce qui se passe qu'est qui m'arrive, si ce le phénomène de la grossesse est-ce normal ? Certaines personnes qui refusent de partir je les leur verse de l'eau, tu pars après c'est moi-même qui t'appelle que tu s repasse je te rappelle encore on règle par ce les gens me comprenaient, ils savent que c'est normal, ce sont les signes de la grossesse, c'est la première grossesse, tu ne peux pas bloquer comme les mères qui ont déjà plusieurs enfants.

✓ **Anticipation maternelle**

Dans le contexte périnatal, l'anticipation consiste à imaginer le futur dans une situation de crise : en testant à l'avance ses propres réactions comportementales ; en prévoyant les conséquences de ce qui pourrait arriver ; en envisageant différentes réponses ou solutions possibles. Elle correspond à la maturation d'un mécanisme de défense adaptatif et vise à prévenir les effets désorganiseurs de dangers réels ou imaginaires.

L'anticipation tempérée adaptative correspond à un processus de symbolisation de la diversité et de la complexité des scénarios possibles. Tout acte d'engagement génère toujours des effets non anticipés. Il faut se préparer à l'inattendu, pas à tout". L'anticipation est le mouvement par lequel l'homme se porte de tout son être au-delà du présent vers un avenir, proche ou lointain, qui est essentiellement son avenir. Le rôle joué par l'anticipation dans le développement du nourrisson et dans le processus de parentalité est crucial car l'anticipation naissante du nourrisson et les schémas d'anticipation maternelle et paternelle se rencontrent dans une spirale interactive dans les formes psychologiques et psychopathologiques des scénarios relationnels.

Face à la rencontre matricielle du devenir parent et de la naissance d'un être humain, l'anticipation est un fil conducteur très prometteur pour comprendre les variations tempérées et pathologiques du développement de la parentalité et de l'enfant. L'analyse du « travail » d'anticipation inhérent à la parentalité de la maturation de l'anticipation chez l'enfant et de leurs

interactions sont autant de fenêtres sur le jardin secret de la filiation. Dans ce contexte, l'anticipation est une voie incontournable de symbolisation car c'est dans la violence de l'interprétation anticipatrice du parent qu'émergent les représentations primaires de l'enfant. à ce sujet, D s'exprime de la manière suivante :

Je savais que quand j'allais au marché c'était pour acheter mes propres vêtements, mais quand vous pensez que votre enfant va sortir, vous voulez qu'il ait telle ou telle tenue, il faut qu'il ait ça, quand je vais au marché je vais payer si je vais payer ça [...] Oui, Je peux dire ça parce que j'ai cet état d'esprit depuis que je me suis occupée de mon petit frère, de ma petite sœur, de mon petit frère depuis qu'il a 5 mois, de ma petite sœur aussi, même quand je ne vivais plus à la maison, je venais toujours m'occuper d'eux, donc je savais déjà un peu comment s'occuper d'un enfant, ce qui fait qu'il est jeune, ce qui ne va pas [...] Oui, c'était un peu dur et ma mère m'a dit que ce n'était pas difficile, que tout irait bien, que je saurais me débrouiller. Elle m'a dit, par exemple, que quand un bébé pleure, s'il refuse le sein c'est qu'il y a un problème, il faut regarder sa couche et si elle n'est pas mouillée c'est qu'il y a un autre problème, par exemple s'il a trop chaud c'est qu'il est malade.

En ce qui concerne E, au sujet de l'anticipation maternelle, elle dit :

Ça m'est beaucoup arrivé, mais, on donnait toujours, on faisait ce qu'on appelle l'éducation. Quand on partait pour les visites à l'hôpital, le tonton là nous disait toujours ça donc, il y avait aussi l'androïde, il y a un niveau où on disait tapes telle chose, ça va te montrer, je tapais, ça me donnait les nouvelles, c'est comme ça que je m'en sortais. Bon aussi, ma grande sœur m'a soutenu un peu. Comme pour dire quand tu vas vouloir accoucher, tu auras telle douleur au niveau du bas donc du coup quand c'est arrivé que je doive accoucher, j'ai eu les douleurs là, je me suis dit que oui c'est vraiment l'accouchement et c'était vraiment l'accouchement. Parce qu'on faisait aussi l'école. Quand tu partais à l'hôpital, il y a avait les temps qu'on faisait, je ne ratais jamais ces

temps. Parce qu'on faisait ça pour les mamans quand tu viens et c'est ta première grossesse et que tu es adolescente, on vous fait asseoir, on vous fait l'école.

✓ Relation d'objet virtuelle :

La frontière commune entre la constitution de notre propre humanité et celle du fœtus et du nouveau-né en devenir complique les enjeux éthiques de la périnatalité, car elle réédite la relation d'objet virtuel (ROV). La ROV parent/embryon/fœtus correspond à la constitution du lien biopsychique réciproque établi en prénatal entre les parents en (re)devenir opérant une nidification biopsychique et l'enfant de l'intérieur qui fait partie d'un processus de nidation biopsychique. En périnatalité, l'enfant de l'intérieur se situe pour les parents à la croisée des chemins entre le bébé prénatal virtuel et le bébé postnatal actualisé. C'est la confrontation dialectique permanente des deux qui constitue la réalité biopsychique de l'anticipation parentale périnatale. Cette anticipation ne concerne pas un état psychique statique chez les parents, mais plutôt un processus dynamique et adaptatif d'humanisation progressive du fœtus. Chez D nous notons :

Parfois je causais avec lui quand je m'ennuyais, ensuite parfois quand son père n'envoyais pas l'argent, je lui disais tu vois ce que ton père fait ? Il faut qu'il donne l'argent de ta layette et comme par miracle le matin son père toquait à la porte pour laisser soit un 20 000 FCFA soit un 30 000 FCFA pour le bébé. Parfois je remercie et il me donne les coups, il aimait jouer avec ma petite sœur, quand ma petite sœur se couche sur moi il bouge beaucoup et quand elle dort il se calme et lorsqu'elle se réveille ça recommence. Parfois lorsque je regardais un bon programme à la Télé, il se met à bouger, quand on me commissionne et je ne veux pas partir il se met à bouger, genre ne part pas il se met à bouger, non ne reste pas quand, donc marcher, je partais mais pour travailler là, j'étais contente.

La participante E dit avoir entretenue une très bonne relation avec son bébé durant la phase de gestation : « *ça m'est arrivé. Je restais souvent comme ça des fois, quand je parle à mon bébé, des fois elle bouge et quand je me réveille le matin, je ressens qu'elle ne bouge pas, des fois je tape le ventre ou je la salut, elle bougeait ou quand je reste comme ça, je passe mon temps à la caresser, je la caresse, elle bouge un peu, ou bien quand elle me donne*

les envies de manger quelque chose. Quand je mange, elle est contente et elle passe son temps à jouer dans le ventre ».

✓ **Enfant imaginaire**

Il est l'enfant idéal dont rêve la mère, l'enfant du désir de grossesse, il alimente les rêveries de la future maman et est aussi l'enfant du mandat transgénérationnel. C'est le bébé des rêveries. Les représentations de sa mère sont de deux ordres : les représentations simples : sexe, corps, caractère, affects, valeurs et représentations des interactions entre l'enfant et son entourage. Chez D :

Chez moi, j'étais brune mais eh pendant que j'étais enceinte j'étais tellement brune presque jaune, je n'étais même pas brune et je me suis dit que ah non je vais accoucher un enfant blanc avec yeux bleu, il ne devait pas avoir les cheveux, il aura les cheveux quand il va grandi, il aura son petit poids et au futur à mesure qu'il grandit il aura les pieds arqués comme son père. Ensuite il est sorti blanc avec les yeux bleus exactement comme je l'ai décrit mais chez quand l'enfant nait blanc il va apporter beaucoup de problèmes avec les maladies [...] bon l'enfant réel, bon! Quand je voyais à la télé ce n'était pas la même chose, il y'avait un bébé qui faisait la publicité des couches softcare là j'ai dit non mon enfant va sortir comme ça je ne doute pas [...] Et quand il est sorti, j'étais heureuse par ce qu'il avait tout ce que je voulais, car dans mes prières, je demandais à Dieu qu'il sorte comme ça et il est sorti comme ça. Pendant un moment quand ma mère a gâté le teint ça m'a énervé, j'ai dit que hiche ça c'est même quoi ça, il fallait laisser ça comme ça et elle répond que s'il tombe malade tu vas l'amener à l'hôpital ?

5.2.2. Le Réaménagement des enveloppes psychiques

L'approche du terme de la grossesse impose à nouveau à la future mère des changements psychologiques considérables. La future mère se trouve dans un état psychologique particulier, se préparant à rencontrer son bébé et à s'adapter à ses besoins. Ses capacités psychiques seront à nouveau mises à l'épreuve avec la réactivation, plus ou moins intense, de la problématique de la perte. Cette perte la concerne personnellement, puisqu'elle doit travailler à se séparer des

bénéfices phalliques de la grossesse : sentiment de plénitude et représentations phalliques du moi associées au corps enceinte.

Sur un autre plan, la naissance marque définitivement le changement d'identité : le passage du statut de fille à celui de mère. La mère doit progressivement se préparer à la séparation corporelle d'avec son fœtus, et donc renoncer à la relation fusionnelle qu'elle entretenait avec lui. La future mère n'a aucun contrôle sur le moment et les circonstances de son accouchement, sur sa capacité à s'occuper de son bébé ou sur son bébé en général. Chez D cela s'observe lorsqu'elle dit : *« c'était difficile puisque je me disais je vais faire comment ? Je n'arrive même pas à manger, quand l'enfant va naître je vais faire comment ? Quand l'enfant va prendre le biberon je vais prendre l'argent ou si le père ne va pas s'occuper ? Est-ce que je vais mettre la charge sur mes parents ? je dois travailler ? Les choses comme ça »*.

L'enveloppe psychique ne doit pas être considérée d'un point de vue statique, mais dynamique, car elle se construit sous l'effet des multiples forces qui l'animent de l'intérieur à travers les pulsions, mais aussi au contact de la réalité extérieure et de ses contraintes. Ainsi, le réaménagement renvoi à l'action de réaménager c'est-à-dire aménager d'une autre façon, apporter des modifications à quelque chose. Aménager de nouveau, sur des nouvelles bases. Il s'agit donc d'un nouvel aménagement des enveloppes psychiques. Nous rappelons que les enveloppes psychiques font référence à une membrane autour du corps et de la psyché. Cette délimitation entre l'espace intérieur et l'environnement extérieur assure un sentiment d'unité et d'intégrité.

Cette délimitation entre l'espace intérieur et l'environnement extérieur assure un sentiment d'unité et d'intégrité. Il contient les éléments intérieurs mais aussi empêche ou filtre le passage des excitations venant de l'extérieur. L'enveloppe marque également la différence entre le soi et le non-soi, et donc l'individualité et l'identité du sujet.

Chez les participantes, le réaménagement de cette enveloppe lui permet d'assurer ses différentes fonctions. Il s'agit notamment de la fonction de maintenance qui comprend le sentiment de protection physique et psychique, le maintien des parties du corps ensemble, le sentiment d'unité d'être et la différence entre soi et non soi ; la fonction de contenance qui comprend : la représentation du corps, la limite du soi, les représentations et la capacité de contenir ses émotions. Cette capacité de contenir ses émotions s'observe chez D lorsqu'elle dit :

Quand il va tomber malade, je vais prendre l'argent où ? Est-ce que je vais commencer à me placer en route comme les filles que je vois, pour 5000f tu pars avec un homme?

Donc je dois chercher à travailler même si je n'ai pas fini mes études. Je chercher à travailler pour pouvoir m'occuper de lui et de moi-même [...] Oui à un moment donné au début mais après j'ai ah ...Pour te libérer, c'est peut-être le jour où les gens se retrouvent à un ancien étage et chuchu tout autour, tu pars porter un ancien vêtement tu viens t'asseoir et on demande si tu n'as pas honte, tu réponds honte de quoi, l'enfant ce n'est pas une bénédiction.

La capacité à contenir ses émotions ouvre la voie à la fonction pare-excitation qui fait référence à la protection contre les stimulations. D : « *Après je me suis dit ah, je vais chercher, on a dit vient on va gérer. C'est juste truc d'un an, deux an ou un an neuf mois le temps que tu accouches, le temps que bébé ait un an, tu vas travailler et tout va aller pour le mieux. Pour c'était déjà comme si je suis l'échec de ma famille puisque ma grande sœur n'a pas encore d'enfant, comment moi sa petite sœur j'ai déjà un enfant ? ma petite sœur vient d'avoir un an, comment mon fils va l'appeler? est ce qu'il va l'appeler tantine ou par son prénom ? ensuite mon père m'a dit que ça ne gêne pas, ce sont les choses qui arrive, si Dieu a prévu comme ça c'est qu'il y'a un but* ». E : « *pour moi, j'ai déjà tout oublié, je me concentre sur mon enfant. Quand je vois mon enfant, j'oublie tout, je me dis qu'elle est, que le passé c'est le passé, on ne doit pas rester dessus* ».

5.2.3. De l'accordage affectif à la structuration du lien maternelle

Lorsqu'une femme devient mère, un nouveau courant érotique émerge : le courant maternel. Celui-ci se manifeste dans les soins qu'elle donne à son bébé (caresses, massages, baisers, etc.), notamment à travers l'allaitement.

L'accordage affectif, concept défini par Stern, au contraire de l'imitation, implique le passage d'une modalité à l'autre et utilise donc la transmodalité. Dans cette expérience subjective, un des partenaires de l'interaction reproduit la qualité des états affectifs de l'autre. L'accordage crée une communication qui se déroule sur le plan affectif, il s'agit d'une communication de sentiments qui permet d'exprimer que l'autre a ressenti la même chose. Cette expérience va rendre possible le développement du plaisir ressenti lors du contact avec son enfant. Ce qui s'observe à travers le désir d'interagir avec l'enfant et de prolonger le temps passé en sa compagnie ; la tristesse au départ, de la joie au retour de l'enfant, les sentiments d'affection, de joie et de fierté ressentie en sa présence. On le voit dans le discours de E :

C'est vrai que le travail que je fais, je pars à 16 heures, je rentre à 20h, 22-23h. je trouve toujours que mon bébé dort donc je ne prête pas, je peux dire ça comment, bon en fait, je ne connais pas comment je peux le dire. Le matin, quand je me réveille toujours mon bébé est content de me voir ou bien des fois, c'est elle qui me réveille le matin parce qu'elle veut manger [...] je porte juste mon bébé et j'essaie de la calmer. Elle pleure quand peut-être elle veut manger, elle veut dormir ou elle veut se laver. Parce qu'elle est déjà grande, elle ne tète plus et puis elle pleure quand elle veut dormir en journée ou se laver. Je fais tout ça et puis elle s'endort bien. Quand elle a déjà mangé, elle vient jouer avec les autres dehors [...] je suis très contente d'être avec mon enfant, surtout quand je joue avec elle. Il y a des petites choses qu'elle fait juste ça me plaît beaucoup. J'aimerais arrêter le temps pour passer plus de temps avec mon enfant je ne suis plus fâché contre elle et je ne pense plus qu'elle a gâché ma vie, ma colère était déjà fini vers le troisième mois. Au fond de moi je me dis qu'elle n'a rien fait et quand je la vois petite dans la bassine je n'ai pas envie que le mal lui arrive. Quand je pars au travail, je pense beaucoup à elle. Je me demande si à l'heure si elle dort, si elle a mangé, du coup comme elle est avec sa grand-mère sûrement à l'heure si, elle s'est déjà lavé. Dès fois quand je rentre, je la réveille pour pouvoir l'embrasser ou jouer avec elle [...] Quand je rentre, je suis très contente, je me dis qu'elle m'a beaucoup manqué et surtout quand je suis au travail, je pense beaucoup à elle, si elle s'est lavée, elle a mangé, donc beaucoup de choses.

Au travers du discours de D on observe la même réalité lorsqu'elle s'exprime au de son désir de passer du temps avec son enfant en ces termes:

Il y'a des journées ou tu aimerais passer tout le temps avec lui, même quand il dort tu ne veux pas le faire coucher, tu lui parle, tu l'observe... Oui ça m'arrive. Quand je laisse je suis inquiet, je me dis qu'il va pleurer, qu'il va chauffer la nuit, je suis pressée de le revoir ... Oui, moi j'aime bien rester avec mon fils, partout où je pars il doit être avec

moi, je pense que personne ne peut s'occuper de lui comme moi-même quand bien ma mère m'interdit de le porter ... j'aime ses petit doigts, j'aime aussi les petites choses qu'il fait avec sa bouche ça me plaît pour rien. Quand je le lave il balance l'eau partout et chante et moi je commence aussi à chanter et on rit comme les grandes personnes j'ai la chance que mon bébé est d'abord beau. Parfois pour le flatter pour qu'il boive le biberon on joue d'abord à la voiture avec ça. Quand je le laisse même pour partir quelque part je ne suis pas trop fière parce que ça me manque beaucoup.

La tolérance au comportement de l'enfant, qui est perçu comme irritant ou frustrant lorsque le parent ne ressent pas de lien fort avec le bébé ; en revanche, lorsque le parent ressent un lien fort avec le bébé, il aura moins envie de faire des sacrifices personnels et les responsabilités liées à la prise en charge de l'enfant seront moins lourdes à porter. Chez D cela s'observe au travers du discours suivant : *Oui, au début si je le calame quand il pleure et qu'il refuse de se calmer, ça m'énervait un peu, parfois dans la nuit il empêche tout le monde de dormir parce qu'il pleure et moi je partais le remettre à ma mère. Elle me grondait que je ne cherche pas à savoir pourquoi il pleure pourquoi ? [...] Vers le quatrième mois parce que au début quand je venais d'accoucher ce n'est pas que je ne l'aimais pas mais je ne l'aimais pas trop comme maintenant.*

Au travers du discours de E on observe la même réalité lorsqu'elle s'exprime au sujet de sa capacité à pouvoir supporter la frustration lié à la colère ressentie envers son enfant avec ses conséquences sur son besoin de connaissance : *Mais au début je n'avais pas trop envie, c'est comme si il y'avait un truc qui faisait que je me fâche avec mon bébé, c'est comme si je forçais pour apprendre.*

Le besoin de gratification et de protection de la mère (désir fort de protéger son petit des éventuels dangers, de la douleur ou de l'inconfort, et de reconnaître son besoin d'aide et de dépendance). Les besoins des connaissances de la mère (désir de comprendre l'enfant et ainsi de se sentir compétent. Plus le parent sera lié à son enfant, plus il sera curieux par rapport à lui). Chez D, cette curiosité se note lorsqu'elle s'exprime de la manière suivante au sujet de ses interactions avec son enfant : *L'enfant pour moi c'est une chance, le bonheur d'être une mère, tu laves ton bébé pour une première fois, c'est la chance. Tu dois être heureuse, l'enfant est d'abord sacré, [...] oui, parfois c'est lui qui commence la conversation, il commence à parler*

même je ne comprends pas je lui dis à bon : Dieu va venir me visiter ? c'est à vrai, ok, on fait comment donc on aura l'argent aujourd'hui. A un moment il se met à rire, il rit souvent comme une grande personne et ça me fait aussi rire... l'enfant est une petite créature de Dieu, quand je le vois j'ai pitié de lui et je me dis que je suis tout pour lui.. Oui ça m'arrive. Quand je laisse je suis inquiet, je me dis qu'il va pleurer, qu'il va chauffer la nuit, je suis pressée de le revoir [...] Partout où je pars il doit être avec moi, je pense que personne ne peut s'occuper de lui comme moi-même quand bien ma mère m'interdit de le porter »

E dit à sa suite :

je me dis que je dois le faire pour que ma fille ne souffre pas. C'est un petit bébé et elle est fragile. Aussi elle m'apporte beaucoup d'amour. Parfois elle me réveille et on joue ensemble, parfois elle me croque aussi j'aime beaucoup jouer avec elle ... Au fond de moi je me dis qu'elle n'a rien fait et quand je la vois petite dans la bassine je n'ai pas envie que le mal lui arrive... Pour moi, avoir un enfant me donne beaucoup de courage. Beaucoup de personnes me respectent parce qu'à mon âge, j'ai accouché et je m'en sors avec mon enfant. Beaucoup de personnes me respectent.

Le besoin de connaissance de la mère, c'est-à-dire son désir de comprendre l'enfant et de se sentir ainsi compétente. Plus le parent est proche de son enfant, plus il sera curieux de le connaître. On l'observe chez D au travers du discours suivant : *Il était tout petit, petit comme la souris, je ne parvenais pas à le toucher, je refusais et ma disait qu'il est petit comme la souris et moi je ne savais pas que l'enfant est petit comme ça. Il était si fragile. Même pour le sein c'était un problème mais comme ma mère m'apprend les choses sur les enfants je n'ai plus trop peur de lui faire du mal... Même pour verser l'eau sur lui au début me faisait peur. Parfois tu crois qu'il va se casser ou que l'eau que tu verse sur lui va lui faire mal, mais je vois il rit plutôt et moi aussi je ris.*

Cette même réalité apparaît chez E sous la forme suivante : *...Donc je ne pensais pas trop à ça. Mais quand le bébé est né, j'apprenais aussi certaines choses, elle faisait (la mère de la mère adolescente) et quand elle fait, moi aussi j'apprends une seule fois et prochainement, je peux aussi faire.*

Les projections post-partum est un processus de liaison. La dynamique projective permet à la mère, à travers son bébé, de renouer avec ses objets infantiles perdus, et permet également à la mère de se relier à sa réalité psychique. En tant qu'écran projectif, le bébé aide la mère à mettre en scène sa relation avec ses objets internes. Ce phénomène est également susceptible

d'inciter la mère à réorganiser ses relations avec ses objets internes. La valence positive ou négative des projections parentales sur l'objet du bébé aura des répercussions sur la relation parent-bébé.

Le bébé joue également un rôle actif dans la dynamique projective de ses parents. Il est susceptible de matérialiser les scénarios fantasmatiques de ses parents et de confirmer ainsi leurs fantasmes. Un bébé qui correspond aux fantasmes des parents peut avoir un impact pathogène et favoriser la pathologie interactionnelle. À ce sujet, D dit :

L'enfant pour moi c'est une chance, le bonheur d'être une mère, tu laves ton bébé pour une première fois, c'est la chance. Tu dois être heureuse, l'enfant est d'abord sacré, l'enfant prévient les malheurs [...] l'enfant prévient les malheurs quand un truc de mal va se passer lala il va bien quand tu reviens le porter il va chauffer, il est brulant soit il se met à pleurer, parfois les moustiques te pique là où il n'y'a pas, tu souris avec l'enfant il ne souris pas toute une journée et ma mère s'obstinait à dire qu'il y'a quelque chose qui ne va pas, après deux jours on te dire qu'une personne est malade ou tel décédé et mon enfant c'est une pure bénédiction que Dieu m'a donné [...] bénédictions car il y'a certaines qui cherchent les enfants toute leur vie et cherchent tous les moyens pour en avoir, mais n'en ont pas. Il y'a une de mes tantes, je dirai une amie de ma mère qui avait dit si on ne veut pas de cet enfant on lui donne, si on veut on lui vend et je vous donne la somme que vous voulez. Et ma mère est venu me dire je lui ai demandé à mère si elle n'a pas d'enfants. Elle m'a dit oui qu'elle a seulement les enfants adoptés. Qu'elle cherche un moyen d'avoir un enfant et que si tu n'as pas tu ne dois pas abandonner et si tu parviens pas tu te demandes si as fait quelque chose de mal, par ce qu'il y'a certaines femmes qui vendent leur ventre, leur utérus pour avoir de l'argent.

Si le bébé est difficile dans la réalité, les parents peuvent ressentir un fort sentiment d'échec et d'incapacité, entraînant l'émergence de pulsions agressives. A l'inverse, un bébé valorisant pour les parents peut être une source de réassurance pour les parents, la relation favorisant la réorganisation des investissements libidinaux dirigés vers l'enfant, ainsi que

l'acceptation de le rencontrer dans son altérité. Chez E, elle exprime son identité avec son enfant en ces termes : « *il n'y a pas de différence entre mon enfant et moi, nous sommes les mêmes* ». à sa suite, D dit : « *nous formons une seule personne... oui, il n'y a pas de différence [...] Moi et mon enfant il y'a pas de différence, je ne souhaite pas mais si je décède on va dire waouh voilà l'enfant de D, les gens vont se rappeler de moi en disant qu'au moins j'ai laissé une personne sur cette, on se rappellera de moi on va dire voilà son enfant, elle n'a pas vécu sur cette inutilement, elle a fait quelque chose, elle a laissé un humain. Moi mon enfant c'est moi, si j'ai mon enfant a, je ne peux pas dire que si mon enfant a j'ai car au fur à mesure que le temps passe il va grandir et il aura sa propre famille et il aura des enfants. Je ne refuse pas qu'il doit s'occuper moi mais il d'abord s'occuper de sa famille, de ses propres enfants* ».

CHAPITRE 6 : INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

Dans ce chapitre, il sera question pour nous de faire une synthèse des résultats présentés dans le chapitre précédent et puis les interpréter avant de les discuter à la lumière des travaux antérieurs.

6.1. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Les données ont été collectées auprès de deux mères adolescentes âgées respectivement de 16 ans et de 18 ans que nous avons rencontrés au Centre Médicale d'Arrondissement de Mvog-Betsi. Aux termes de l'analyse des données que nous avons effectué, il ressort que les participantes ont vécu le début de l'adolescence avec de nombreuses difficultés. Ceci du fait qu'elles n'ont pas bénéficié d'un accompagnement adéquat. La participante D vivait dans un contexte permissif, tandis que la participante E était délaissée et a dû faire face toute seule aux changements corporels induits par la puberté et ses suites. Elle décrit cette période comme étant particulièrement difficile et aurait souhaité être avec sa mère.

En ce qui concerne l'expérience de la maternité, elles ont découvert leur grossesse dans les circonstances fortuites. Le vécu de cette expérience est accompagné de nombreuses émotions négatives. Chez la participante E, ces émotions sont accentuées par le refus du géniteur de reconnaître la grossesse, ce qui l'a davantage fragilisé. Pour elles, la période de gestation a été très difficile.

Malgré les difficultés et les bouleversements dont elles ont dû faire face durant ces moments, les participantes ont mobilisé de nombreuses ressources pour faire face à l'effondrement psychique. Parmi ces ressources, nous avons principalement le réaménagement des enveloppes psychiques. Ce réaménagement leur a permis d'avoir un contrôle sur leurs pensées, leurs émotions, etc. Ce qui leur a été bénéfique car suite à cette maîtrise, les remaniements psychiques inhérents à la maternité ont été effectifs chez elles. Les processus tels que la relation d'objet virtuel, l'anticipation maternel, la préoccupation maternelle primaire, l'accordage affectif, etc. ont continuellement eu lieu.

Ces processus ont favorisé la structuration du lien maternel chez les participantes. L'accordage crée une communication qui se déroule sur le plan affectif, il s'agit d'une communication de sentiments qui permet d'exprimer que l'autre a ressenti la même chose. Cette expérience va rendre possible le développement du plaisir ressenti lors du contact avec son enfant. Ce qui s'observe à travers le désir d'interagir avec l'enfant et de prolonger le temps passé en sa compagnie ; la tristesse au départ, de la joie au retour de l'enfant, les sentiments d'affection, de joie et de fierté ressentie en sa présence

6.2. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

En image, le terme enveloppe psychique est défini comme une membrane autour du corps et du psychisme. Cette délimitation entre espace interne et environnement externe assure un sentiment d'unité et d'intégrité. Il permet de contenir les éléments intérieurs mais aussi pour interdire ou filtrer le passage des excitations venant de l'extérieur. De plus, l'enveloppe marque la différence entre le Soi et le non-Soi et donc l'individualité et l'identité du sujet.

L'enveloppe psychique est une notion proche de celle de Contact-Frontière telle que décrite par Perls (2001) le Contact-Frontière où se situe l'expérience ne sépare pas l'organisme de son environnement ; au contraire, elle limite l'organisme, le contient et le protège, tout en affectant l'environnement. Selon Houzel (2010), ce qui est commun à tous les types d'enveloppes est la notion de limite entre un intérieur et un extérieur, entre ce qui est dedans et ce qui est à l'extérieur d'un espace donné. Elle peut s'adapter à l'objet qu'elle contient et même être une couche différenciée de cet objet comme c'est le cas pour l'enveloppe cutanée d'un être vivant.

A échelle humaine, on peut étendre ce sujet à la question des enveloppes corporelles et psychologiques, qui se développent tout au long du développement de l'enfant, en fonction de l'interaction avec l'environnement parental. Ces enveloppes peuvent être représentées comme membranes qui maintiendraient ensemble les parties du corps, mais aussi les affects, des représentations, des pensées, au service d'un sentiment d'unité de l'être. Selon Houzel (2010), « *le psychisme construit lui-même sa propre enveloppe sous l'effet des forces qui l'animent de l'intérieur [...] et au contact de la réalité extérieure et de ses contraintes* » (p.23).

L'enveloppe psychique confère stabilité et confinement au psychisme. Il est constitué de différentes couches qui s'appuient les unes sur les autres dans la rencontre avec l'environnement. Par ailleurs, cette enveloppe psychique possède plusieurs propriétés. Il possède une face interne et une face externe délimitant ainsi un extérieur et un intérieur qui contient le psychisme.

Il possède également un aspect de continuité, une densité et une élasticité qui lui permettent d'être à la fois malléable et cohérent afin de maintenir sa cohésion lors de la rencontre avec l'environnement, « *Dotée de ces propriétés, l'enveloppe psychique peut remplir ses fonctions de démarcation entre l'espace du monde interne d'un sujet et l'espace du monde extérieur, tout en assurant les communications entre ces deux mondes, donc en faisant preuve d'une certaine perméabilité* » (Houzel, 2010 p.38).

Du fait de la rencontre entre adolescence et maternité, on observe chez la mère adolescente une porosité des enveloppes psychiques qui au fur et à mesure du déroulement de la grossesse vont se réaménager afin de délimiter le monde interne du monde externe tout en assurant la communication entre ces deux espaces chez la mère adolescente. L'enveloppe psychique est dès lors une structure dynamique puisqu'elle est créée par le psychisme sous l'effet des impulsions qui animent le sujet intérieurement, en tenant compte des contraintes de la réalité extérieure. Autrement dit, l'enveloppe psychique n'est pas un contenant passif, mais elle est produite par les éléments qu'elle délimite. Par ailleurs, l'enveloppe psychique n'est pas un objet psychique, mais une fonction assurée par différents processus. Il assume la fonction de confinement, c'est-à-dire qu'il contient mais aussi transforme.

La limite n'existe pas matériellement comme la peau. Elle apparaît à travers l'utilisation d'objets-frontières supportant des projections, qui ont un pouvoir organisateur sur l'appareil psychique. La notion d'enveloppe psychique englobe plusieurs notions : sac qui contient ; frontière qui délimite ; interface qui met en contact les deux réalités qu'elle sépare ; bordure qui filtre le passage ; sphère autosuffisante (boule, monade).

À la suite de Houzel (1994, 2005), il faut éviter une conception statique de l'enveloppe psychique. Il ne s'agit en aucun cas de mettre quelque chose dans autre chose, comme une lettre dans une enveloppe, mais plutôt d'une relation dynamique entre les deux pôles de la relation contenant/contenu.

Chez la mère adolescente, la construction des liens mère-bébé qui s'organise classiquement dès les premiers jours de vie de l'enfant dépend du réaménagement des enveloppes psychiques, ce qui facilite la naissance psychique. Après ce, les trois stades nécessaires et structurants (adoption, adaptation et sécurisation) décrits par Darchis (2000) vont être parcourus.

La liaison symbolique de la mère au bébé ne se fait pas qu'en fonction du réaménagement des enveloppes psychiques. 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. 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.

La théorie du lien a été développée pour étudier le côté maternel de l'attachement au nouveau-né. Cette théorie s'appuie sur des conceptions éthologiques. Il s'agit avant tout d'une

approche empirique qui ne présente pas la sophistication conceptuelle de la théorie de l'attachement. En 1972, Klaus et *al.*, ont décrit, à partir de leurs propres observations, un modèle particulier de comportement maternel qui apparaît immédiatement après la naissance. Selon cette étude, la mère, lors du premier contact, lorsque le nouveau-né, encore nu, est placé sur le ventre, touche d'abord les doigts et les orteils du bébé. La mère poursuit son exploration en se dirigeant vers le centre du corps du nouveau-né et finit par circonscrire l'abdomen d'un mouvement de sa main ouverte qui est souvent accompagné d'un message lumineux.

Selon d'autres auteurs, ces attitudes apparaissent également lorsque le nouveau-né est partiellement habillé. Elles peuvent également être causées par le père (Rodholm & Larsson, 1979). Selon Kennel et Klaus (1984), ces schémas ont des effets à long terme sur la relation parent-enfant et sur le développement ultérieur de l'enfant. Les auteurs soulignent que la séparation des mères de leur nouveau-né prématuré a des effets désastreux sur leur relation ultérieure. Contrairement à la théorie de l'attachement, le lien social a été initialement conçu comme un processus du tout ou rien apparaissant à une période sensible. Cette notion a été extrêmement critiquée, ce qui a conduit les auteurs à admettre la possibilité de créer secondairement des liens satisfaisants malgré des schémas initiaux dysfonctionnels en termes de lien (Kennel & Klaus, 1984).

Le lien maternel est le processus de recherche de proximité entre la mère et son enfant (Volkmar, 1995). C'est un concept apparu dans les travaux de Rubin (1967), puis popularisé par Klaus et Kennel (1976). L'arrivée d'un enfant s'accompagne de sentiments, de pensées et de comportements particuliers de la part de la mère à l'égard de son bébé. Le lien maternel est donc le lien affectif et l'affection qu'une mère ressent pour son enfant (Condon, Corkindale, 1998 ; Bicking Kinsey, Hupcey, 2013 ; Klaus, Kennell, 1976 ; Ainsworth, 1989 ; Reay, Matthey, Ellwood, Scott, 2011). ; Brockington, Aucamp, Fraser, 2006 ; C'est une expérience personnelle, un phénomène complexe et progressif qui ne peut être forcé (Giustardi, Stablum, De Martino, 2011 ; Altaweli, Roberts, 2010).

Le plaisir que la mère éprouve au contact de son enfant et qui s'observe à travers son envie d'interagir avec ce dernier et de prolonger le temps passé en sa compagnie ; via la tristesse du début, la joie du retour de l'enfant, les sentiments d'affection, de joie et de fierté ressentis en sa présence ;

Tolérance envers les comportements de l'enfant, ceux-ci sont perçus comme irritants ou frustrants lorsque le parent ne ressent pas un lien fort envers son bébé ; en revanche, dans le cas

contraire, le parent aura moins l'impression de faire des sacrifices personnels et les responsabilités liées à la garde de l'enfant seront moins vécues comme une lourde charge ;

Le besoin de gratification et de protection de la mère, la mère ressent un fort désir de protéger ses petits contre d'éventuels dangers, douleurs ou inconforts, et de reconnaître son besoin d'aide et de dépendance. Les besoins de connaissances de la mère, c'est-à-dire son désir de comprendre l'enfant et ainsi de se sentir compétente. Plus le parent est lié à son enfant, plus il sera curieux à son sujet.

L'établissement du lien maternel précède généralement l'attachement, en effet, le développement d'émotions, de pensées et de comportements liés à ce lien apparaît chez la mère adolescente suite au réaménagement des enveloppes psychiques. Bien qu'apparaissant en prénatal, les bouleversements dus à la rencontre entre l'adolescence et la maternité obstruent son augmentation. Et ce malgré les mouvements fœtaux qui au sens de Rubin (1984) ; Wayland, Tate (1993) ; Zachariah (1994) devraient les accroître (Leifer, 1977, Lerum, Major, LoBiondo-Wood, 1989). Les futures mères auront tendance à nommer le fœtus et même à lui parler (Leifer, 1977). La future mère sera plus encline à observer des comportements sains pendant la grossesse si elle se sent déjà connectée à son futur enfant (Siddiqui). A, Hagglof, 2000 ; Fonagy, Steele, Steele, 1991). Au troisième trimestre, elle est capable de reconnaître et de répondre de manière synchrone aux périodes d'activité et de repos du fœtus, ce qui entraînerait une augmentation du sentiment d'affection de la mère.

Ainsi, chez la mère adolescente, la prise de conscience des nouvelles responsabilités se fait progressivement et la préoccupation maternelle primaire continuellement 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.

6.3. DISCUSSION DES RÉSULTATS

Dans cette section, nous allons procéder à la discussion des résultats que nous avons obtenus dans cette étude. Il sera concrètement question pour nous de confronter ces résultats à ceux des études antérieures.

6.3.1. Caractéristiques des mères adolescentes

Les mères adolescentes constituent une population présentant des facteurs de risque avant la grossesse en raison de leur exposition à l'adversité. Elles ont souvent grandi dans des environnements familiaux dysfonctionnels dans lesquels beaucoup d'entre elles ont vécu des relations traumatisantes telles que la négligence et les abus physiques et sexuels (Beaudry, et al., 2017 ; Coren, et al., 2003 ; Madigan, et al., 2014). Les carences affectives et la confrontation à l'adversité ont un impact majeur à plusieurs niveaux, ce qui se traduit par une mauvaise estime de soi (Parent, et al., 2008), une faible motivation à l'école (Madigan, et al., 2014 ; Slade, et al., 2009) et des difficultés relationnelles et scolaires (Charbonneau, 1999 ; Sadler et Cowlin, 2003). De nombreuses mères adolescentes ont également des problèmes de santé mentale (Beaudry, et al., 2017 ; Coren, et al., 2003 ; Slade, et al., 2009), tels que la dépression ou l'anxiété. À l'exception des problèmes de santé mentale et des difficultés relationnelles et scolaires, les participantes de cette étude ont les mêmes caractéristiques que celles décrites dans la littérature.

6.3.2. Fonction de la grossesse adolescente

Les recherches sur les fonctions potentielles de la grossesse à l'adolescence tendent à conduire à un certain consensus selon lequel, bien qu'il s'agisse d'un événement non planifié dans la trajectoire de vie de la plupart des adolescentes, la grossesse permet d'accéder à une vie meilleure (Ajoulat, et al., 2010 ; Montgomery, 2002). La grossesse est perçue par l'adolescente comme un événement positif qui lui confère un statut d'adulte et de personne responsable ; elle est donc source de fierté (Ajoulat, et al., 2010 ; Montgomery, 2002). La grossesse implique un nouveau statut social, celui de mère, ainsi qu'une nouvelle identité aux yeux de sa famille et de ses pairs (Wendland et Levandowski, 2012). La grossesse est perçue comme une façon d'avoir quelque chose à soi (Ajoulat, et al., 2010 ; Montgomery, 2002), de mettre fin aux sentiments de solitude et de vide que ces jeunes filles éprouvent souvent (Ajoulat, et al., 2010), de combler un vide affectif et de compenser une vie familiale perturbée (Charbonneau, 1999 ; Goulet, et al., 2001). Les adolescentes voient aussi la grossesse comme un projet qu'elles peuvent mener à bien et qui donnera un sens à leur vie (Montgomery, 2002). C'est parfois le seul moyen de s'épanouir, notamment en l'absence d'autres perspectives personnelles ou professionnelles, ou lorsque l'adolescente se sent rejetée par sa famille (Wendland et Levandowski, 2012). C'est particulièrement vrai pour les jeunes filles issues des classes socio-économiques les plus défavorisées, pour lesquelles la grossesse peut être perçue comme un moyen d'ascension sociale (Wendland et Levandowski, 2012). Pour beaucoup, la grossesse représente une stratégie de survie, permettant d'échapper à une situation trop stressante, voire intolérable : échapper aux

difficultés scolaires et quitter le milieu familial (Goulet, et al., 2001 ; Madigan, et al., 2014). En effet, pour les adolescentes, la seule façon de s'extraire du milieu familial qui les fait souffrir et de devenir légalement indépendantes, du moins au Québec, est d'avoir un enfant, car le soutien permettant de s'établir hors de la famille devient alors disponible par l'accès à l'aide sociale et au logement (Goulet, et al., 2001).

6.3.3. Le stress parental chez la mère adolescente

Ajouter à l'adversité de l'enfance et de l'adolescence sont d'autres défis et défis. Après la grossesse, la majorité des jeunes mères sont confrontées à des conditions de vie particulièrement fragiles. L'accès à la maternité à l'adolescence implique souvent un faible niveau d'éducation, compte tenu de l'arrêt des études à la suite d'une grossesse (Coren, et al., 2003 ; Tarabulsky, et al., 2005 ; Slade, et al., 2009) et des ruptures temporaires ou permanentes avec la famille après l'annonce de la grossesse (Guettier, 2003 ; Slade, et al., 2009). Ce milieu de vie stressant est aggravé par une situation financière souvent instable et précaire (emploi mal rémunéré ou besoin d'aide gouvernementale) et un réseau social appauvri (Coren, et al., 2003 ; Doucet, 2004), ce qui fait que ces jeunes mères ne peuvent compter sur le soutien de leur famille ou de leurs amis. Ces divers facteurs de stress peuvent entraîner des sentiments d'isolement, de solitude et d'échec personnel, des sentiments de différence et des symptômes d'anxiété et de dépression (Wendland et Levandowski, 2012). Cela signifie que différentes sources de stress (familial, social et financier) sont imposées à la jeune mère qui non seulement élève seule son enfant, mais est également soumise aux changements et aux défis de la phase de développement de l'adolescence, souvent sans le soutien habituel de sa famille et de son environnement social.

6.3.4. Le vécu de la parentalité chez la mère adolescente

En plus d'être susceptible de présenter plusieurs facteurs de risque, la mère adolescente est simultanément confrontée aux enjeux développementaux propres à l'adolescence et à la transition vers la parentalité. En effet, l'accès précoce à la parentalité signifie qu'elle vit simultanément les deux principales crises d'identité qui marquent la vie d'une femme : l'adolescence et la maternité (Konicheckis, 2006). En plus de prendre soin de son enfant, elle doit également faire face à une transition atypique pour son âge, une transition qui survient trop tôt dans son développement (Coren, et al., 2003 ; Parent, et al., 2008 ; Sadler, et al., 2003). Cette parentalité précoce provoque un conflit entre les besoins développementaux de l'adolescente et ceux de son enfant (Guettier, 2003).

L'adolescence est une étape de développement où se produisent de nombreux changements psychologiques et qui se caractérise par l'impulsivité, les changements d'humeur, la recherche d'identité, la fragilité et des questions sur l'estime de soi (Jeammet, 2004). Les implications de ces changements psychologiques se traduisent notamment par des conflits avec les parents, des prises de risques, un intérêt marqué pour le groupe de pairs, le besoin d'explorer et de sortir d'un état de dépendance caractéristique de l'enfance. à celle de l'autonomie propre à l'âge adulte (Jeammet, 2004). En raison de ces nombreux changements, le système psychologique de l'adolescent est particulièrement sollicité et donc fragilisé, c'est-à-dire plus vulnérable en termes d'adaptation au stress, au point que c'est à cette période que l'on observe le plus souvent l'émergence de maladies mentales (Bleiberg et al., 2012).

Les enjeux développementaux spécifiques à cette étape colorent la dyade mère-bébé et le développement de la parentalité de la mère adolescente. À cet égard, Guettier (2003) suggère que le rapport de la mère adolescente à son enfant se caractérise par une certaine ambivalence puisque les thèmes de l'empowerment et de l'individuation sont au cœur des préoccupations de l'adolescence alors que l'accès à la maternité est une phase où la dépendance du nourrisson sur la mère est totale. Cette dépendance du jeune enfant peut ainsi entrer en conflit avec le besoin d'indépendance de l'adolescent. Dès lors, la relation qu'entretient la mère adolescente avec lui est marquée, d'une part, par une mise à distance et, d'autre part, par des mouvements fusionnels, ces derniers visant à compenser les difficultés relationnelles vécues par l'adolescente avec ses propres parents. (Guettier, 2003). Cette ambivalence induit une rivalité entre les besoins de la mère adolescente et ceux de son enfant, entraînant une certaine disharmonie dans cette relation. Le désir d'indépendance de la mère risque de prendre le pas sur les besoins de l'enfant, dont le besoin de dépendance ne serait alors pas suffisamment satisfait (Cauvin, et al., 2006). Les études portant sur la sensibilité maternelle soulignent que la parentalité précoce des mères adolescentes contribue à créer un environnement de vie stressant. En effet, l'interruption de la scolarité peut être à l'origine d'une réaction en chaîne où un faible niveau d'éducation entraîne de faibles revenus et donc un stress supplémentaire (Tarabulsky, et al., 2005). Ce stress réduirait la disponibilité émotionnelle de la mère et contribuerait ainsi à compromettre la qualité de la parentalité et des relations parents-enfants. Par ailleurs, des travaux sur la sensibilité maternelle ont montré que les mères adolescentes sont moins sensibles à leur enfant et lui proposent moins de stimulation verbale ; elles sont également plus intrusives et restrictives dans leurs interactions avec leur enfant que les mères adultes (Beaudry, et al., 2017; Demers, et al., 2010; Hans et Thullens, 2009). Ils ont également de la difficulté à décoder les signaux de l'enfant et

ont tendance à mal les interpréter ou à les ignorer, ce qui favorise le développement d'un attachement insécurisant chez l'enfant (Parent, et al., 2008). Elles ont moins de contacts physiques et manifestent moins souvent des émotions positives dans les échanges avec leur enfant que les mères adultes (Demers, et al., 2010; Pearson, et al., 2011). Ainsi, des attachements plus précaires ont été observés chez les enfants de mères adolescentes que chez ceux de mères adultes (Hans et Thullens, 2009 ; Pearson, et al., 2011).

L'histoire d'adversité de la jeune mère suggère ainsi qu'elle ne dispose pas nécessairement d'une disponibilité affective suffisante pour s'intéresser aux états mentaux et aux besoins de son enfant.

6.3.5. La capacité de mentalisation parentale des mères adolescentes : une dimension à explorer

De cette revue de la littérature, trois constats ressortent soutenant la pertinence d'explorer la capacité de mentalisation des mères adolescentes. Premièrement, une grande majorité des adolescentes qui deviennent mères ont grandi dans des environnements dysfonctionnels et négligents avant leur grossesse, les exposant à de multiples traumatismes, notamment des abus physiques et sexuels (Beaudry, et al., 2017 ; Coren, et al., 2003 ; Madigan , et al., 2014). Plusieurs d'entre eux ont une mauvaise estime de soi (Parent, et al., 2008), des déficiences émotionnelles et des troubles de santé mentale (Beaudry, et al., 2017). Plusieurs se retrouvent également en échec scolaire et rencontrent des difficultés relationnelles (Charbonneau, 1999; Sadler et Cowlin, 2003). Au vu des différents travaux cités, il est possible de supposer que les mères adolescentes évoluent fréquemment dans un environnement peu mentalisant et peu attentif à leurs besoins et, par conséquent, qu'elles risquent d'avoir peu développé leur capacité de mentalisation (Sadler, et al., 2006).

Ensuite, le choix de mener leur grossesse à terme, qui serait fréquemment motivé par le désir de combler un vide affectif (Charbonneau, 1999; Goulet, et al., 2001), les rendrait également vulnérables. En effet, puisque leur parentalité précoce implique pour une majorité d'entre eux l'interruption de leur scolarité, elle contribue à créer un milieu de vie stressant. Des conditions de vie précaires s'entremêlent alors en raison d'un faible niveau d'éducation qui entraîne de faibles revenus, un isolement social (Coren, et al., 2003 ; Doucet, 2004 ; Tarabulsy, et al., 2005), ainsi qu'une moindre sensibilité maternelle (Tarabulsy et al., 2005). Ainsi, il est possible de concevoir que les stress environnementaux et parentaux auxquels ils sont exposés compromettent la mobilisation de leur capacité de mentalisation.

Enfin, à toute cette expérience d'adversité, de traumatisme et de stress s'ajoute la convergence de deux étapes de développement. Les mères adolescentes subissent de nombreux changements psychologiques et neurodéveloppementaux créant une rivalité, voire une incompatibilité entre les besoins de la jeune mère et ceux du bébé, qui peuvent entraver la sensibilité maternelle. Ces multiples facteurs contribuent à la difficulté pour les mères adolescentes de devenir une mère attentionnée et responsable. Leur capacité de mentalisation pourrait ainsi être minée par la convergence de la maternité et de l'adolescence qui, en se déroulant simultanément plutôt que séquentiellement, exigerait plus que ce qu'un appareil psychologique immature et vulnérable ne pourrait répondre.

6.3. IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES

Du fait que les adolescentes qui deviennent enceintes et mènent à bien leur grossesse doivent être considérées comme une population vulnérable. Ce à cause de leur jeune âge, du risque de complications médicales, de leur vécu personnel, de leur exposition à diverses situations traumatogènes et par-dessus tout leur accès précoce à la parentalité. De cette étude, il se dégage plusieurs implications.

En ce qui concerne l'accompagnement des mères adolescentes, les résultats de cette étude mettent en lumière la nécessité de faire des interventions précoces auprès de cette population afin de lui apporter le soutien psychologique nécessaire pour faire face aux remaniements psychiques inhérents au devenir mère. Cette intervention va également porter sur la rencontre entre adolescence et maternité afin d'offrir un cadre d'écoute et d'échange sur la cohabitation de deux périodes développementales chez ces futures mères. Ce qui permettra de renforcer les enveloppes psychiques de ces mères afin de faciliter les remaniements psychiques chez elles.

En perspective, les résultats que nous avons obtenus ouvre la voie vers de nouvelles perspectives de recherche. En effet, la mère adolescente est en situation de vulnérabilité comme nous l'avons souligné plus haut. Il serait donc nécessaire de mener des études en prénatal pour comprendre comment elles vivent leur grossesse et les remaniements psychiques du devenir mère. Ce qui permettra d'anticiper la difficulté maternelle chez elles.

CONCLUSION

Cette étude est partie de nombreuses préoccupations cliniques que nous avons observées durant les années passées dans l'accompagnement des mères adolescentes. Au cours de leur grossesse, bon nombre d'entre elles semblaient bouleversées car la grossesse était une source de conflit au sein de la famille. Leurs parents exprimaient leur déception vis-à-vis de la grossesse et le soutien dont l'adolescente bénéficiait avant était réduit au point où elles se retrouvaient dans une véritable crise existentielle. Cette crise les affectait de manière considérable.

Pour faire face à cette situation, elles mobilisaient le peu de ressources dont elles disposaient pour résister à l'effondrement psychique et mener leur grossesse à terme. Au-delà des mères adolescentes dont nous avons eu l'occasion d'accompagner, ce phénomène de grossesse précoce concerne environ 24% des adolescentes âgées entre 15 et 19 ans au Cameroun (INS 2020).

En pleine adolescence, elles entament la maternité qui est elle aussi une période de développement capitale pour le sujet. Ce qui les confronte à de nombreux problèmes tant physique, obstétricaux que psychologique. C'est dans le registre psychologique que cette étude aborde la construction des liens maternels chez les mères adolescentes. En effet, la littérature sur la question les présente comme étant plus à risque de rencontrer des difficultés dans la relation mère-enfant et l'établissement des liens avec le naissant.

Selon la théorie du lien maternel ou théorie du bonding de Kennel & Klaus (1984), l'établissement du lien maternel précède l'attachement. Le développement des émotions, pensées, et comportements en rapport avec ce lien apparaissent chez la femme alors qu'elle est enceinte. Ce lien prénatal augmente avec l'avancée de la grossesse et surtout après le ressenti des premiers mouvements fœtaux.

Ainsi, selon cette théorie, à la naissance, la construction du lien maternel entamé durant la grossesse sera concrétisée par un pattern particulier de comportement maternel qui apparaît aussitôt après la naissance. La mère, lors du premier contact, lorsque le nouveau-né, est placé sur son ventre, touche d'abord les doigts et les orteils du bébé. La mère continue son exploration en allant vers le centre du corps du nouveau-né et fini par circonscrire l'abdomen par un mouvement de sa main ouverte qui s'accompagne souvent d'un léger message (Kennel & Klaus, 1984). Ce qui serait l'expression de la concrétisation du lien maternel.

En suivant cette théorie, on comprend que chez la mère adolescente, la structuration du lien maternel devrait débiter durant la période de gestation et se concrétiser à la naissance suite au premier contact avec son enfant. Or, au cours des entretiens avec les mères adolescentes, nous avons relevé que durant la grossesse, elles sont plutôt confrontées à la sur-sollicitation et la double fragilisation de leurs enveloppes psychiques. Ce n'est que lorsque le réaménagement de ces enveloppes psychiques est effectif que la structuration du lien maternel est amorcée chez elles.

Du problème de recherche ainsi posé, nous avons énoncé la question suivante : *comment le réaménagement des enveloppes psychiques contribue-t-il à la structuration du lien maternel chez la mère adolescente ?* En guise de réponse à cette question, nous avons formulé l'hypothèse suivante : *chez la mère adolescente, le réaménagement des enveloppes psychiques contribue à la structuration du lien maternel à travers l'accordage affectif.*

Ceci dans l'objectif de comprendre comment le réaménagement des enveloppes psychiques contribue à la structuration des liens mère-enfant chez les mères adolescentes.

Après le premier chapitre qui a porté sur la problématique, le second chapitre portant sur la revue de la littérature a abordé les notions telles que : les retentissements des maternités précoces, l'adversité et ses domaines, la défaillance des enveloppes psychiques et les troubles de la contenance et l'étayage psychique de la devenant mère. Le chapitre trois quant à lui a abordé l'insertion théorique de l'étude. Il a présenté l'approche écosystémique de l'adversité, les théorisations pionnières et contemporaines des enveloppes psychiques, les théorisations des enveloppes psychiques et la théorie du lien maternel ou bonding.

Pour atteindre l'objectif de recherche énoncé, l'étude s'est positionnée comme étant qualitative. 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. Nous avons sélectionné deux participantes, toutes les mères adolescentes au sein du Centre Médicale d'Arrondissement de Mvog-Betsi. Les données ont été collectées par l'entremise des entretiens semi directifs ayant duré en moyenne 45 minutes chacun. Ces données après être retranscrites ont fait l'objet d'une analyse thématique de contenu.

De cette analyse, il ressort que les participantes ont vécu le début de l'adolescence avec de nombreuses difficultés. Ceci du fait qu'elles n'ont pas bénéficiée d'un accompagnement adéquat. La participante D vivait dans un contexte permissif, tandis que la participante E était délaissée et a dû faire face toute seule aux changements corporels induits par la puberté et ses suites. Elle décrit cette période comme étant particulièrement difficile et aurait souhaitée être avec sa mère.

En ce qui concerne l'expérience de la maternité, elles ont découvert leur grossesse dans les circonstances fortuites. Le vécu de cette expérience est accompagné de nombreuses émotions négatives. Chez la participantes E, ces émotions sont accentuées par le refus du géniteur de reconnaître la grossesse, ce qui l'a d'avantage fragilisé. Pour elles, la période de gestation a été très difficile.

Malgré les difficultés et les bouleversements dont elles ont dû faire face durant ces moments, les participantes ont mobilisés de nombreuses ressources pour faire face à l'effondrement psychique. Parmi ces ressources, nous avons principalement le réaménagement des enveloppes psychiques. Ce réaménagement leur a permis d'avoir un contrôle sur leur pensées, leurs émotions, etc. Ce qui leur a été bénéfique car suite à cette maîtrise, les remaniements psychiques inhérents à la maternité ont été effectifs chez elles. Les processus tels que la relation d'objet virtuel, l'anticipation maternel, la préoccupation maternelle primaire, l'accordage affectif, etc. ont eu lieu.

Ces processus ont favorisé la structuration du lien maternel chez les participantes. L'accordage crée une communication qui se déroule sur le plan affectif, il s'agit d'une communication de sentiments qui permet d'exprimer que l'autre a ressenti la même chose. Cette expérience va rendre possible le développement du plaisir ressenti lors du contact avec son enfant. Ce qui s'observe à travers le désir d'interagir avec l'enfant et de prolonger le temps passé en sa compagnie ; la tristesse au départ, de la joie au retour de l'enfant, les sentiments d'affection, de joie et de fierté ressentie en sa présence.

Cette étude débouche sur des implications et des perspectives. La principale implication est l'accompagnement des mères adolescentes. En effet, les résultats de cette étude mettent en lumière la nécessité de faire des interventions précoces auprès de cette population afin de lui apporter le soutien psychologique nécessaire pour faire face aux remaniements psychiques inhérents au devenir mère.

Dans le registre des perspective, les résultats que nous avons obtenus ouvre la voie vers de nouvelles recherche. En effet, la mère adolescente est en situation de vulnérabilité comme nous l'avons souligné plus haut. Il serait donc nécessaire de mener des études en prénatal pour comprendre comment elles vivent leur grossesse et les remaniements psychiques du devenir mère. Ce qui permettra d'anticiper la difficulté maternelle chez elles.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Achim J., Terradas M.M. (2015). Le travail clinique en contexte pédopsychiatrique :l'apport de la mentalisation à la pratique d'aujourd'hui. *Filigrane*, 24, 79-92.
- Ainsworth M. Attachments beyond infancy. *Am Psychol*. 1989;44(4):709-16.
- Ajoulat I., Libion F., Berrewaerts J., Noirhomme-Renard F. (2010). Adolescent mother's perspectives regarding their own psychosocial and health needs: A qualitative exploratory study in Belgium, *Patient Education and Counseling*, 81, 448-453.
- Alhusen JL. A literature update on maternal-fetal attachment. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2008;37(3):315-28.
- Allen J.G, Fonagy P., Bateman A.W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Publishing.
- Altaweli R, Roberts J. Maternal–infant bonding: a concept analysis. *British Journal of Midwifery*. 2010;18:552-9.
- Ballou J. The psychology of pregnancy: reconciliation and resolution. Lexington, MA: Lexington Books; 1978.
- Beaudry C., Tarabulsy G.M., Atkinson L., *et al.* (2017). Intervention with adolescent mother-child dyads and cognitive developement in early childhood : A metaanalysis. *Prevention Science*, 18, 116-130.
- Beckwith L, Rozga A, Sigman M. Maternal sensitivity and attachment in atypical groups. *Adv Child Dev Behav*. 2002;30:231-74.

- Berthelot N., Ensink K., Bernazzani O., *et al.* (2015). Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers : The role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, 36 (2) : 200-212.
- Bicking Kinsey C, Hupcey JE. State of the science of maternal-infant bonding: A principlebased concept analysis. *Midwifery*. 2013.
- Bleiberg E., Rossouw T., Fonagy P. (2012). Adolescent breakdown and emerging borderline personality disorder, *in* Bateman A.W., Fonagy P (pp. 463-509). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*, American Psychiatric Publishing.
- Brazelton TB. Joint regulation of neonate–parent behaviour. In: Tronick EZ, editor. *Social interchange in infancy — affect, cognition, and communication*. Baltimore, Maryland: University Park Press; 1982. p. 331-8.
- Brockington IF, Aucamp HM, Fraser C. Severe disorders of the mother-infant relationship: definitions and frequency. *Arch Womens Ment Health*. 2006;9(5):243-51.
- Brockington IF, Oates J, George S, Turner D, Vostani P, Sullivan M, *et al.* A Screening Questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of Women's Mental Health*. 2001;3:133-40.
- Bydlowski S. (2015). Les troubles psychiques du post-partum : dépistage et prévention après la naissance : recommandations. *Gynecol Obstet Biol Reprod*, 44(10), 1152-6.
- Cauvin P., Bérard S., Allari É. (2006). Le bébé de l'adolescente, un objet de transition pour sa mère. *Adolescence*, 24(1), 197-206.
- Charbonneau J. (1999). La maternité adolescente. *Réseau*, 30, 14-19.
- Condon JT, Corkindale C. The assessment of parent-to-infant attachment: development of a self-report questionnaire instrument. *J Reprod Infant Psychol*. 1998;16(1):57-77.
- Coren Barlow J., Stewart-Brown S.E. (2003). The effectiveness of individual and group based parenting program in improving outcomes for teenage mothers and their children : A systemic review. *Journal of Adolescence*, 26(1), 79-103.
- Demers I., Bernier A., Tarabulsky G.M., Provost M.A. (2010). Mind-mindedness in adult and adolescent mothers : Relations to maternal sensitivity and infant attachment. *International Journal of Behavioral Development*, 34 (6), 529-537.
- Doucet M. (2004). Visages d'adolescents laissés à l'abandon. *Prisme*, 44, 122- 134.

- Ensink K., Begin M., Normandin L., Godbout N., Fonagy P. (2016). Mentalization and dissociation in the context of trauma : Implication for child psychopathology. *Journal of trauma & Dissociation*.
- Ensink K., Berthelot N., Bernazzani O., Normandin L., Fonagy P. (2014). Another step closer to measuring the ghosts in the nursery : Preliminary validation of the Trauma Reflective Functioning Scale. *Frontiers in Psychology*, 5.
- Ensink K., Normandin L., Plamondon A., Berthelot N. (2016). Intergenerational pathways from reflective functioning to infant attachment through parenting. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne des sciences du comportement*. 18 (1), 9-18.
- Ensink K., Normandin L., Target M., et al. (2015). Mentalization in children and mothers in the context of trauma : An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. *British Journal of Developmental Psychology*.
- Erickson ME. Factors that influence the mother-infant dyad relationships and infant wellbeing. *Issues Ment Health Nurs*. 1996;17:185-200.
- Fonagy P, Steele H, Steele M. Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant–mother attachment at one year of age. *Child Dev*. 1991;62:891–905.
- Fonagy P., Bateman A., Luyten P. (2012). Introduction and overview. In Bateman A.W., Fonagy P. (pp. 3-42). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*, American Psychiatric Publishing.
- Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., Target M. (2004). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Fonagy P., Steele M., Steele H., Moran G.S., Higgitt A.C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment », *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201-218.
- Fonagy P., Target M. (1996). Playing with reality : I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77(2), 217-233.
- Fuller JR. Early patterns of maternal attachment. *Health Care For Women Int*. 1989;11:433-46.

- Giustardi A, Stablum M, De Martino A. Mother infant relationship and bonding myths and facts. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2011;24 Suppl 1:59-60.
- Goulet C., Marcil I., Kamdom C., Toussaint-Lachance M. (2001). Le point sur les mères adolescentes au Québec, *Ruptures : revue transdisciplinaire en santé*, 8 (2), 21-34.
- Grienenberger J., Kelly K., Slade A. (2005). Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment : Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment & Human Development*, 7(3), 299-311.
- Guettier B. (2003). Grossesse, maternité : Circuit court ou court-circuit ? *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*. 2 (24), 179-191.
- Ha C., Sharp C., Ensink K., Fonagy P., Cirino P. (2013). The measurement of reflective function in adolescents with and without borderline traits. *Journal of Adolescence*, 36, 1215-1223.
- Hans L.J., Thullens M.J. (2009). The relational context of adolescent motherhood. In ZEANA H C.H. Jr (pp. 214-229). *Handbook of Infant Mental Health Third Edition*, The Guilford Press.
- Jeammet P. (2004). Modèles et identifications à l'adolescence, in Lauru D., Le Run J.-L. : *Figure du père à l'adolescence* (pp. 77-92). *Enfances & PSY*.
- Klaus M, Kennell J. Maternal–infant bonding. St. Louis, MO: C.V. Mosby Company; 1976.
- Konicheckis A. (2006). Grossesse à l'adolescence, aire du culturel et tissage de liens précoces, *Adolescence*, 24(1), 175-188.
- Kopff-Landas A, Moireau A, Séjourné N, Chabrol H. (2008). Vécu de l'accouchement par le couple primipare : étude qualitative. *Gynecol Obstet Fertil*, 36(11), 1101-4.
- Kopff-Landas A, Moireau A, Séjourné N, Chabrol H. (2009). Vécu de l'accouchement par le couple primipare : étude quantitative. *Gynecol Obstet Fertil*, 37(3), 236-9
- Leifer M. Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genet Psychol Monogr.* 1977;95:55-96.
- Lerum CW, LoBiondo-Wood G. The relationship of maternal age, quickening, and physical symptoms of pregnancy to the development of maternal-fetal attachment. *Birth.* 1989;16(1):13-7.

- Lerum CW, Major US, LoBiondo-Wood G. The relationship of maternal age, quickening, and physical symptoms of pregnancy to the development of maternal–fetal attachment. *Birth*. 1989;1:13-7.
- Madigan S., Wade M., Tarabulsy G., Jenkins J.M., Shouldice M. (2014). Association between abuse history and adolescent pregnancy : A meta-analysis. *Journal of Adolescent Health*, 55, 151-159.
- Markin R.D. (2013). Mentalization-based psychotherapy interventions with mothers-to-be, *Psychotherapy*, 50(3), 360-365.
- Montgomery K.S. (2002). Planned Adolescent Pregnancy », *Journal of Pediatric Health Care*, 16, 282-289.
- Muller ME. A questionnaire to measure mother-to-infant attachment. *J Nurs Meas*. 1994;2(2):129-41.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2014). La grossesse chez les adolescentes. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/fr/>
- Parent C., Drapeau S., Bousseau M., Pouliot E. (2008). *Visages multiples de la parentalité*, Presses de l'Université du Québec.
- Pearson J., Plamondon A., Beaudry C., Tarabulsy G.M. (2011). L'attachement chez les enfants de mères adolescentes : un marqueur de l'écologie, un médiateur du développement, *Revue québécoise de psychologie*, 32(2), 57-77.
- Perls, L. (2001). *Vivre à la frontière*. L'expresserie.
- Razurel C, Benchouk M, Bonnet J, Alama S-E, Jarabo G, Pierret B. (2010). Comment les mères primipares font-elles face aux événements de la naissance dans le post-partum ? Une démarche qualitative. *Rev Sage-Femme*, 9(5), 240-9.
- Reay R, Matthey S, Ellwood D, Scott M. Long-term outcomes of participants in a perinatal depression early detection program. *J Affect Disord*. 2011;129(1-3):94-103.
- Rossouw T.I., Fonagy P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents : A randomized controlled trial. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51 (12), 1304-1313.
- Rubin R. *Maternal Identity and the Maternal Experience*. Springer, New York.1984.

- Sadler L.S., Cowlin A. (2003). Moving into parenthood. (2003). A program for new adolescent mothers combining parent education with creative physical activity. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 8(2), 62-70.
- Sadler L.S., Slade A., Mayes L.C. (2006). Minding the baby : A mentalization-based parenting program, in Allen J.G., Fonagy P (pp. 271-288). *Handbook of mentalization-based treatment*. John Wiley & Sons, Chichester.
- Schechter D.S., Coots T., Zeanah C.H., et al. (2005). Maternal mental representations of the child in an inner-city clinical sample : Violence-related posttraumatic stress and reflective functioning, *Attachment & Human Development*, 7(3), 313-331.
- Sénat M-V, Sentilhes L, Battut A, Benhamou D, Bydlowski S, Chantry A, et al. (2016). Postpartum : recommandations pour la pratique clinique — Texte court. *Rev Sage-Femme*. 15(1), 30-40.
- Sharp C., Fonagy P. (2008). The parent's capacity to treat the child as a psychological agent : Constructs, measures and implications for developmental psychopathology. *Social Development*, 17(3), 737-754.
- Siddiqui A, Hagglof B. Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother–infant interaction? . *Early Hum Dev*. 2000;53:13–25.
- Slade A. (2005). Parental reflective functioning : An introduction. *Attachment & Human Development*, 7(3), 269-281.
- Slade A. (2006). Reflective parenting programs : Theory and development. *Psychoanalytic Inquiry*, 26 (4), 640-657.
- Slade A., Cohen L.J., Sadler L.S., Miller M. (2009). The psychology and sychopathology of pregnancy : Reorganization and transformation. In ZEANAH C.H. Jr. : *Handbook of Infant Mental Health Third Edition* (pp. 22-39). The Guilford Press.
- Slade A., Grienberger J., Bernbach E., Levy D., Locker A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap : A preliminary study. *Attachment & Human development*, 7(3), 283-298.
- Tarabulsy G.M., Provost M.A., Moss E., et al. (2005). Another look insidethe gap : Ecological contributions to the transmission of attachment in a sample of adolescent mother-infant dyads. *Developmental Psychology*, 41 (1), 212-224.

- Urfer F-M., Achim J., Terradas M.M., Ensink E. (2014). Capacité de mentalisation parentale et problématiques pédopsychiatriques : perspectives théoriques et cliniques. *Devenir*, 26 (3), 227-251.
- Urfer F-M., Achim J., Terradas M.M., *et al.* (2015). Fonction réflexive de parents d'enfants d'âge préscolaire consultant en pédopsychiatrie : une étude exploratoire. *Devenir*, 28 (3), 149-178.
- Volkmar FR. Reactive attachment disorder of infancy or early childhood. In: Kaplan HI SB, editor. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore Williams & Wilkins; 1995. p. 2354–9.
- Wayland J, Tate S. Maternal-fetal attachment and perceived relationships with important others in adolescents. *Birth*. 1993;20(4):198-203.
- Wendland J., Levandowski D.C. (2014). Parentalité à l'adolescence : déterminants et conséquences, *L'Évolution Psychiatrique*, 79(3), 411-419.
- Williams TM, Joy LA, Travis L, Gotowiec A, Blum-Steele M, Aiken LS, et al. Transition to motherhood: A longitudinal study. *Infant Ment Health J*. 1987;8(3):251-65. 266
- Zachariah R. Maternal-fetal attachment: influence of mother-daughter and husband-wife relationships. *Res Nurs Health*. 1994;17(1):37-44.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Corpus d'entretien avec D

Entretien numéro **01. CMAM /04.05.24**. Nom de code de la mère adolescente : **D**.

- **Chercheur** : Bonjour mon amie,

- **D** : Bonjour,

- **Chercheur** : D'accord, comme nous l'avons convenu tout à l'heure, nous allons échanger un peu sur toi et sur le bébé.

- **D** : humm.

- **Chercheur** : Comme je t'ai dit tout à l'heure, je mène une recherche sur les mères adolescentes. Les mères adolescentes sont celles qui sont devenues mères avant l'âge adulte, c'est-à-dire entre 12 et 18 ans, parfois même jusqu'à 20 ans. Donc je vais te poser quelques questions, auxquelles tu seras tenue de répondre, et je te prie de répondre de façon exacte, d'accord ? Tu es appelée à dire des choses comme tu les ressens, comme tu les vis, ne dis pas des choses pour plaire, dis des choses qui sont en rapport avec ce que tu vis au quotidien, d'accord ?

- **D** : D'accord,

- **Chercheur** : je vais commencer par procéder à ton identification, tu as quel âge ?

- **D** : 16 ans

- **Chercheur** : Tu es de quelle région ?

- **D** : Sud de Kribi

- **Chercheur** : D'accord, Sud Cameroun de Kribi !

- **Chercheur** : Dans votre famille, tu es laquelle des enfants ?

- **D** : Ma mère avait... ma première grande sœur est décédée, ma grande sœur qui suit celle qui est décédée est avec ma tante, je suis la troisième. Ma petite sœur est aussi décédée, mon petit frère qui suit ma petite sœur est là, donc nous sommes au nombre de 4.

- **Chercheur** : Je suis navré pour ces décès-là.

- **D** : Merci (le regard triste, la tête baissée)

- **Chercheur** : Bien ! Tu as combien d'enfant ?

- **D** : 01

- **Chercheur** : As-tu une profession ?

- **D** : Non, je ne travaille pas encore. Je pense que lorsque l'enfant aura un an et lorsqu'il va commencer à prendre le lait, je vais me former.

- **Chercheur** : D'accord, et qu'est-ce que tu penses pouvoir faire comme formation ?

- **D** : Manucure pédicure, coiffure

- **Chercheur** : D'accord, question d'avoir un travail et pouvoir s'occuper de l'enfant et de toi aussi ?

- **D** : Oui

- **Chercheur** : D'accord, je pense que c'est une très bonne idée.

- **Chercheur** : On va passer à un autre niveau de notre entretien. Comme je t'ai dit tout à l'heure, l'adolescence est une période de développement parfois assez difficile, où avoir un enfant peut être assez difficile. Je ne dis pas que c'est toujours difficile, mais il y a des mamans chez qui on peut rencontrer beaucoup de difficultés du fait qu'associée à l'adolescence qui est déjà assez difficile, la grossesse est aussi elle-même une période difficile.

Étant donné que tu es adolescente, j'aimerais que nous discussions un peu de comment s'est passé et continue de se passer cette période chez toi. Je suppose que du jour au lendemain tu as vu ton corps se transformer de même que plein de petites choses changer en toi. Dis-moi un peu comment cela s'est passé chez toi !

- **D** : (sourire) La première fois quand j'ai vu mes seins sortir, j'ai eu peur, ça me faisait mal, je suis allée voir maman pour lui dire, elle m'a dit que je ne devais pas avoir peur, que c'est l'évolution chez la fille.

- **Chercheur** : Mhmm ! (acquiescement)

- **D** : J'ai commencé à grandir, à 12 ans, 13 ans, 14 ans j'ai vu mes règles, je suis encore allée voir ma mère, elle m'a dit que ce sont des choses qui arrivent chez les femmes, elle m'a appris comment faire, elle m'a appris à compter mon cycle et 2 ans après je suis tombée enceinte.

- **Chercheur** : D'accord ! Si je comprends bien, il y a eu quand même un peu de peur au début parce que tu ne comprenais pas ces changements physiques, mais il y avait ta maman qui était là pour t'expliquer que ce sont des changements qui interviennent dans le processus de développement de la jeune fille et que c'était normal et tu t'es sentie soulagée et rassurée.

- **D** : Oui

- **Chercheur** : Si je comprends bien au début il y'a eu un peu de peur dû à ces changements physiques. C'est un peu normale à ce stade de développement de la jeune fille et très souvent associé à ses changements physiques, il y'a des difficultés émotionnelle. C'est-à-dire on a des challenges, on a parfois besoins d'un peu plus de liberté, on ressent un besoin d'indépendance face à la pression des parents, parfois on a besoin de se libérer. Chez toi comment ce sont passés ces changements ?

- **D** : Hum ! A 11 ans je ne vivais plus à avec ma mère mais plutôt avec ma grand-mère, mes amis venaient me chercher et on a commencé à sortir de temps en temps pour aller à des fêtes. Donc là-bas chez ma grand-mère me laissait sortir mais je demandais la permission avant que mes copines venaient me chercher, mais 20h-21h ne te trouve pas dehors, et en temps de fête 22h-minuit ne doit pas te trouver dehors. Parfois je respectais parfois je ne respectais pas.

- **Chercheur** : Ok, parfois tu respectais parfois tu ne respectais pas, d'accord. Alors parfois aussi pendant cet adolescence les difficultés auxquelles on est confronté font en sorte d'affecter comment est-ce qu'on réfléchit. Il y'a des personnes qui ont du mal à réfléchir, ne parviennent plus à se concentrer, se sentent stresser, ont des difficultés à pouvoir retenir, ont le sentiment d'être devenu moins intelligent. Chez toi comment est-ce que cela c'est passé ?

- **D** : De ce côté-là, à l'école ma moyen a baissé même quand je faisais des efforts pour réviser ça n'allait pas. J'étais toujours soit à 12 soit à 11. Mais c'était aussi à cause du fait que tu es en train d'étudier ta copine vient te chercher, une fois rentré tu es fatigué même si tu es fatigué tu te couches tu dors

- **Chercheur** : ok, à présent j'aimerais qu'on parle de ton expérience de la maternité, j'imagine un beau matin on t'a dit écoute tu es enceinte ou alors toi-même tu a eu à noter des changements qui t'ont fait comprendre que tu étais enceinte. J'aimerais savoir comment tu as été informé de ta grossesse.

- **D** : Hum ! J'avais les nausées, je suis tombé malade, hum et ma mère savais que c'était la maladie et puis un jour je lui ai demandé qu'on aille à l'hôpital faire les visites. Lorsqu'on est arrivé l'infirmière m'a demandé d'apporter mes urines tôt le lendemain matin. Après les examens les résultats sont sortis positifs.

- **Chercheur** : Donc si je comprends bien c'est toi qui demande d'aller faire le test de grossesse et tu le demande par ce que tu as constaté qu'il y'avait des signes qui s'apparentaient à ceux de la grossesse, comme tu dis il y'avait les nausées la fatigue.

- **D** : Oui

- **Chercheur** : Et quand on t'a confirmé que tu étais enceinte, à ce moment comment est-ce que tu t'es senti ?

- **D** : je suis senti détruite, bizarre, je disais tu va plus sortir, tu seras une mère, tu vas t'occuper de l'enfant.

- **Chercheur** : se sentir détruite !

- **D** : Oui, c'est-à-dire tu ne vas plus sortir comme tu sortais de temps en temps, tu dois t'occuper de l'enfant, tu ne dois plus partir dans les fêtes, tu ne peux être libre, tu ne peux même plus partir au marché car tu dois t'occuper de l'enfant, les choses comme ça. Je me suis dit ah, c'est bon, c'est fini.

- **Chercheur** : Ok je vois, et comment est-ce qu'on vit tout ça ?

- **D** : à un moment, on me grondait beaucoup quand j'étais encore dans les 4 mois, on me disait que c'est ma faute, quand on te parle tu ne veut pas écouter voilà les conséquences maintenant tu vas assumer et je me sentais mal. Ensuite certaines copines me demandaient d'avorter mais j'avais refusé par ce qu'il y'avait l'amie de ma mère à Mvog-beti qui avait donné le javel à sa fille enceinte et ensuite elle est morte.

- **Chercheur** : Morte !

- **D** : Oui. Moi j'ai dit non je ne peux pas. Elle a essayé de me convaincre que si j'accouche ça va gâter ma vie, je ne serai plus libre, je ne vais plus fais ce que je veux. Après les choses se sont temporisées.

- **Chercheur** : D'accord, c'est bien que tu parles déjà du pend du développement de ta grossesse. Alors, au sujet des transformations de ta grossesse allant de l'annonce de ta grossesse jusqu'à ton accouchement, comment cela s'est déroulé ? il y'a-t-il eu des choses bons ou mauvais pendant cette période ? C'était une période vraiment difficile, je ne me sentais pas

bien, j'avais peur, et du début jusqu'au troisième mois je n'avais pas de ventre mais quand même ma mère me soutenais, elle essayait de me parler de la grossesse, chaque jour on priait, on partait rester chez le pasteur après quand mon ventre à commencer à sortir, je ne pouvais plus mettre les mêmes vêtements. Parfois j'étais capricieuse.

- **Chercheur** : Capricieuse ! C'est-à-dire ?

- **D** : Capricieuse, quand je vois les gens, je les tape parfois je n'ai envie de voir personne, je dérange tout le monde pour rien.

- **Chercheur** : du style on est repoussante, on veut être seul mais en même temps on veut être avec les gens, un peu comme deux envies opposées ?

- **D** : Oui exactement

- **Chercheur** : et comment tu vivais ça? C'était une première expérience n'est-ce pas ? Et toi à l'intérieur de toi comment tu t'expliquais ça en fait

- **D** : C'était dure, puisque moi je ne dormais jamais en journée, ma mère me disait que tu n'as encore rien vu attend le jour de l'accouchement tu vas voir. J'ai dit « akaa » ça ne va rien faire

- **Chercheur** : S'il fallait diviser en termes de trimestre par ce que je suppose que tu as fait les visites. Comment s'est le premier trimestre ? Est ce qu'il y'a eu des trimestres plus marquants que les autres ? De façon générale, comment s'est passé les différents trimestres en commençant par le premier ?

- **D** : Hum, j'ai fait les visites pour la première fois à 4 mois. Je partais avec l'enfant (petit frère), les infirmières me parlaient. C'était bien. La partie qui m'a le plus plu c'est quand on m'a montré l'échographie, j'ai fait l'échographie deux fois. Le deuxième trimestre je ne suis allée, je ne voulais même pas d'abord marcher ni sortir.

- **Chercheur** : ça c'est le deuxième trimestre, tu ne voulais pas marcher, ni sortir du fait de la fatigue physique ou alors parce que tu étais émotionnellement fatiguée ?

- **D** : je ne voulais parler à personne, parfois mon père, le matin vers les 9h me disait vient on va marcher, comme je ne peux pas dit non je me lève avec le visage froissé, il m'emmène dans un endroit où j'aime bien partir, on va marcher pendant longtemps et après on rentre et je ne ressort plus de la maison seulement pour me laver.

- **Chercheur** : D'accord je me dis que le troisième trimestre a été un peu plus marquant par ce que ça c'est conclure par l'accouchement.

- **Chercheur** : Peux-tu me parler de ce troisième trimestre ?

- **D** : Bon à partir de décembre précisément vers le 20, je ne me sentais plus bien j'ai dit à ma mère, elle m'a dit que ce n'est pas ça puisque je lui disais que c'est l'accouchement, elle m'a dit que ce n'est pas ça, la nuit du 20h je dormais un peu ça n'allait trop et toute la nuit je n'ai pas fermé l'œil. Maintenant le 23 c'est très difficile je me sentais mal, ma mère m'a demandé de me laver, ça un peu calmé les douleurs, ça partait ça revenait.

- **Chercheur** : Comment est-ce qu'on vit tout ça, ces douleurs qui partent et reviennent. Comment est-ce que tu te sens ?

- **D** : ça m'énervait, il fallait beaucoup bouger, il ne fallait pas rester sur place, on me faisait marcher. Ensuite vers les 18h on m'a dit que c'est ça. Même quand je suis arrivée à l'hôpital, l'infirmier m'a demandé de marcher, j'étais fatiguée, j'ai arrêté de marcher, je n'obéissais plus autres ordres qu'on me donnait, je me sentais mal et je commençais courir dans tous les sens.

- **Chercheur** : Si je comprends bien au regard de tout ce que tu me dis, peut-on dire ta grossesse a été difficile ou alors facile ?

- **D** : Difficile

- **Chercheur** : En quoi est ce qu'elle a été difficile ?

- **D** : Les maladies, comme par exemple le palu, la typhoïde, je n'avais pas l'appétit

- **Chercheur** : Donc si je comprends bien ta grossesse a été difficile car ponctué de maladies et de malaises un peu comme tu le disais plus haut avec des difficultés émotionnelles, l'envie d'être seul, de ne parler à personne, d'avoir des envies et leur contre-aides, donc tout ça fait que tu l'ait l'expérience d'une grossesse difficile.

- **D** : Oui

- **Chercheur** : Ok, j'aimerais maintenant qu'on aborde le coté transformation corporelle au cour de ta grossesse et comment on est passé de la jeune fille qui avait une identité d'elle de comment est-ce qu'elle est formée et structurée à la femme enceinte et maman que tu es devenue, comment est-ce que tu as vaincu ces changement ?

- **D** : Chez moi, il y'a eu le vent, de temps en temps mes copines me parlaient de mon ventre, me demandaient de ne plus mettre certains vêtements. Au début je portais mes slims pour slimer mon ventre et je partais partout et ma grand-mère me disait que c'est bien le fait que j'assume ma grossesse. Mais vers les 7 mois elle m'a dit de ne plus porter ces habits, elle me donnait beaucoup de conseil comme éviter de se baisser pour nettoyer le sol, comme éviter de manger certains aliments.

- **Chercheur** : si je te demandais par exemple d'évaluer sur une échelle de 1 à 7 la gravité des changements physique survenu dans ta vie à la suite de cette grossesse sachant que 1 est le chiffre le plus et 7 le plus grand, quelle notera tu ? C'esst à dire jusqu'à combien sur 7 les changements physiques due à cette grossesse ont impacté négativement ta vie ? Ont été difficile pour toi ?

- **D** : jusqu'à 5 sur 7

- **Chercheur** : très bien, il n'y'a pas que des changements au niveau physique mais également des changements psychologiques car on se dit désormais qu'on sera maman, qu'on va avoir un enfant, chez toi comment est-ce cela s'est passé ?

- **D** : je savais qu'avant quand je partais au marché c'était pour acheter mes propres habits, mais quand tu penses que ton enfant va sortir, tu voudrais qu'il ait tel ou tel habit, il doit comme si, il doit avoir si, quand j'irai au marché je payerai si je payerai ça

- **Chercheur** : Donc si je comprends bien il y'avait déjà comme forme de projection de toi avec l'enfant bien qu'il n'était pas encore né ?

- **D** : Oui

- **Chercheur** : peut être à la suite de ces questions, je voudrais te demander si comme certaines mères bien que n'ayant pas encore donné naissance du bébé que tu portais tu te mettais déjà dans la posture de mère c'est à dire tu anticipais déjà sur les potentiels problèmes que tu rencontrerais avec ton enfant.

- **D** : Oui, je peux dire puisque j'ai cet esprit depuis car c'est moi qui est gardé mon petit frère, ma petite sœur, mon petit frère depuis ses 5mois, ma petite sœur pareille même quand je ne vivais plus à la maison, il m'arrivait de venir toujours prendre soin d'eux donc je savais déjà un peu de comment prendre soin d'un enfant, de ce qui le jeune, de ce qui ne va pas.

- **Chercheur** : Dont si je comprends bien il y'avait déjà comme une pré expérience en ce qui concerne les soins fait aux enfants.

- **D** : Oui, même les bébés au quartier puisque j'aimais d'abord les bébés par exemple les samedis les mamans du quartier venaient me laisser leurs enfants parfois elles me donnaient de l'argent parfois je refusais.

- **Chercheur** : Quand tu dis que tu aimais les bébés c'est-à-dire ?

- **D** : Pas que j'aimais les bébés mais j'aime les bébés par exemple ma voisine qui avait sa fille qui m'aimait beaucoup, j'aimais jouer avec elle, je passais beaucoup de temps avec elle, par moment quand je l'arrachais pour rester avec, sa mère me demandait d'accoucher pour moi.

- **Chercheur** : Parfois lorsqu'on est enceinte comme je le disais plus haut on commence à faire comme des formes d'anticipation c'est-à-dire de comment est-ce qu'on va pouvoir gérer l'enfant par exemple pour les problèmes de santé, de pouvoir identifier de quel problème est ce qu'il s'agit, et ça provoque un peu souvent de l'angoisse chez les mères. Certaines se demandent parfois si elles seront à la hauteur, si elles vont pouvoir s'en sortir et de ce fait comment à anticiper un peu sur comment est-ce qu'elles vont pouvoir gérer ? Alors j'aimerais savoir comment est ce que cela c'est passé chez toi ?

- **D** : Cela a été très difficile, tu dois te réveiller à tout moment, tu dois changer la couche, tu dois être éveillé s'il est éveiller, tu dois le bercer pour qu'il s'endorme

- **Chercheur** : Je voudrais préciser : le bébé n'est pas encore né mais sachant toutes les responsabilités qui vont avec le fait d'avoir un enfant, il arrive que certaines mères anticipent sur ces responsabilités par exemple sur comment pouvoir discerner chaque problème comme par exemple les pleures dû aux famines des pleures dû à un malaise (démangeaisons). Donc on commence déjà à réfléchir sur comment est-ce qu'on va se comporter quand l'enfant va venir, et c'est donc cette question que je te posais, dans le but de savoir si toi aussi tu l'as vécu.

- **D** : Oui c'était un peu dure et ma mère me disait que ce n'est pas difficile, tout va bien se passer, que je vais savoir comment gérer. Elle me disait par exemple que lorsque le bébé pleure, s'il refuse le sein c'est qu'il y'a un problème, il faut à ce moment regarder sa couche et sa couche n'est pas mouiller c'est qu'il y'a un autre problème, par exemple que s'il chauffe ce qu'il est malade.

- **Chercheur** : D'accord, bien qu'on parle du bébé et qu'il ne soit pas encore né, il arrive que certaines mères commencent déjà à développer une certaine forme de relation avec leur enfant.

On peut lui dire des choses bien qu'il soit encore dans le ventre, des choses qui sont bonnes mais également des choses qui sont mauvaises parfois les deux, comment est-ce que cela c'est passé chez toi ?

- **D** : parfois je causais avec lui quand je m'ennuyais, ensuite parfois quand son père n'envoyais pas l'argent, je lui disais tu vois ce que ton père fait ? Il faut qu'il donne l'argent de ta layette et comme par miracle le matin son père toquait à la porte pour laisser soit un 20 000 FCFA soit un 30 000 FCFA pour le bébé. Parfois je remercie et il me donne les coups, il aimait jouer avec ma petite sœur, quand ma petite sœur se couche sur moi il bouge beaucoup et quand elle dort il se calme et lorsqu'elle se réveille ça recommence. Parfois lorsque je regardais un bon programme à la Télé, il se met à bouger, quand on me commissionne et je ne veux pas partir il se met à bouger, genre ne part pas il se met à bouger, non ne reste pas quand, donc marcher, je parlais mais pour travailler là, j'étais contente. (25.42)

- **Chercheur** : d'accord, ok très bien merci pour tes réponses et pour terminer puisqu'on parle toujours de l'enfant. Il y'a ce qu'appelle l'enfant imaginaire ? C'est-à-dire on est enceinte, on s'est qu'on doit un bébé, on l'a pas encore vu mais on commence à s'imaginer un peu à quoi est ce qu'il va ressembler ? Comment est-ce qu'il sera ? Chez toi comment ça s'est passé ?

- **D** : chez moi, j'étais brune mais eh pendant que j'étais enceinte j'étais tellement brune presque jaune, je n'étais même pas brune et je me suis dit que ah non je vais accoucher un enfant blanc avec yeux bleu, il ne devait pas avoir les cheveux, il aura les cheveux quand il va grandi, il aura son petit poids et au futur à mesure qu'il grandit il aura les pieds arqués comme son père. Ensuite il est sorti blanc avec les yeux bleu exactement comme je l'ai décrit mais chez quand l'enfant nait blanc il va apporter beaucoup de problèmes avec les maladies,

- **Chercheur** : Hmm

- **D** : Ma mère a gâté le teint, elle l'a rendu brun, elle a gâté les yeux

- **Chercheur** : Gâté le teint, gâté les yeux ?

- **D** : Ses yeux sont légèrement bleu, c'est plus bleu comme le premier jour, c'est légèrement bleu, il est maintenant brun. Mais le premier jour il n'était pas brun il était blanc. Le premier mois il était blanc, les premier et deuxième mois il était blanc, on le surnommait le bébé en blanc et les temps là j'aimais bien l'acheter les habits blancs seulement le blanc, blanc.

- **Chercheur** : Humm, J'aimerais bien comprendre gâté les yeux, gâté le cœur ? C'est-à-dire ?

- **D** : Chez nous quand l'enfant nait avec les yeux d'une couleur différente comme nous avons les yeux marron comme mon petit frère là, il va apporter les problèmes, les maladies ...

- **Chercheur** : D'accord et pour éviter ça on doit gâter ?

- **D** : oui, on gâte

- **Chercheur** : Et comment est-ce qu'on gâte ?

- **D** : On l'amène chez un tradi-praticienne là je ne sais pas comment est-ce qu'elle avait fait puisque chez nous on ne montre pas là, on lave l'enfant avec un remède, sa gâte les yeux, après peut être deux semaines l'enfant change de teint, tout change. Mais seulement le teint et les yeux qui changent en fait.

- **Chercheur** : D'accord, alors j'ai envie de te demander ça c'est l'enfant imaginaire, c'est vrai que tu as en partie répondu à la question. Et l'enfant réelle que tu as eu dans tes mains.

- **D** : bon l'enfant réel, bon! Quand je voyais à la télé ce n'était pas la même chose, il y'avait un bébé qui faisait la publicité des couches softcare là j'ai dit non mon enfant va sortir comme ça je ne doute pas

- **Chercheur** : hummm

- **D** : Et quand il est sorti, j'étais heureuse par ce qu'il avait tout ce que je voulais, car dans mes prières, je demandais à Dieu qu'il sorte comme ça et il est sorti comme ça. Pendant un moment quand ma mère à gâté le teint ça m'a énervé, j'ai dit que hiche ça c'est même quoi ça, il fallait laisser ça comme ça et elle répond que s'il tombe malade tu vas l'amener à l'hôpital ?

- **Chercheur** : Donc si je comprends bien, l'enfant que tu as eu à imaginer est en fait l'enfant en fait l'enfant que tu as accouché

- **D** : oui

- **Chercheur** : et si j'ai bien compris également tu étais très émotionnellement satisfaite mais comme l'enfant à changer, oui est ce qu'il y'a eu quelque chose d'autres quand l'enfant à changer ?

- **D** : Non seulement les yeux et le teint

- **Chercheur** : ok, très bien

- **D** : et les cheveux aussi, puisqu'il n'allait pas grandir comme ça et garder ses cheveux normalement 8

- **Chercheur** : Hum

- **D** : je me souvient aussi que quand mon petit était bébé il n'avait pas les cheveux au cou mais je vois que ça pousse déjà un peu

- **Chercheur** : humum, d'accord, ok maintenant j'aimerais qu'on parle d'une autre chose, on a beaucoup parlé de la grossesse, on a parlé du bébé. J'aimerais qu'on reparle de toi et du bébé au même moment. Cette fois ci on va beaucoup parler de comment est-ce qu'il y'a eu des changements au niveau de ton comportement, dans ta tête, de comment est-ce que tu as pris, forcément on voit les choses différemment, on est peut jeune fille mais à côté on est maman, il y'a forcément des choses qu'on se disaient, qu'on pensaient, qu'on voit un peu modifier ou totalement changer donc c'est un peu ça dont on doit parler, ça sa arrive à certaines mères, je me dis que chez toi ce serai aussi le cas, donc on va aborder cette autre partie. Alors comme je disais, eh, avoir un enfant c'est parfois quelque chose de difficile par ce qu'il y'a des transformations qui viennent avec, d'accord ? Sur le plan physique, psychologique et sur le plan mental, il y'a beaucoup de questions qui viennent. Bon déjà permet moi de dire qu'il arrive parfois que, le fait de devenir mère à l'adolescence crée une sorte de fragilité chez la mère adolescente. Il y'a en a qui peuvent se sentir ne plus être en sécurité, plus protéger physiquement et peut être psychologiquement la peur que quelque chose peut arriver, est ce que tu as connu cette phase ?

- **D** : humum, oui

- **Chercheur** : ça s'est passé comment chez toi?

- **D** : c'était difficile puisque je me disais je vais faire comment ? Je n'arrive même pas à manger, quand l'enfant va naître je vais faire comment ? Quand l'enfant va prendre le biberon je vais prendre l'argent ou si le père ne va pas s'occuper ? Est-ce que je vais mettre la charge sur mes parents ? je dois travailler ? Les choses comme ça

- **Chercheur** : humum

- **D** : quand il va tomber malade, je vais prendre l'argent où ? Est-ce que je vais commencer à me placer en route comme les filles que je vois, pour 5000f tu pars avec un homme? Donc je dois chercher à travailler même si je n'ai pas fini mes études. Je chercher à travailler pour pouvoir m'occuper de lui et de moi-même

- **Chercheur** : D'accord, est-ce qu'à un moment donné il y'a eu un sentiment de ne plus être physiquement protéger parce que peut être l'enfant peut être un problème pour sa propre santé ?

- **D** : non

- **Chercheur** : parce qu'il faut se dire qu'avoir un enfant à l'intérieur de son ventre c'est peut être son enfant mais un objet qui n'est pas soit en fait, c'est-à-dire quelque chose qui n'est pas en réalité nous même si c'est quelque chose de bon, donc tu coup il y'a parfois un sentiment de : est-ce que ce ça peut être pas un risque pour moi ? Est-ce que ça peut créer une complication, est-ce que par exemple on peut dire qu'on peut m'opérer ? Ou alors ça ne va pas créer un problème ? Chez comment ça se passait cette phase ?

- **D** : chez nous quand tu es enceinte tu ne dois pas manger les bouillons du poulet, les pattes, tu es privé de certaines choses on me disait si je mange ça, le cordon va s'attacher autour du cou, comment si je ne travaille pas tantôt on va m'opérer, mais si je travaille, marche, je fais beaucoup de mouvements, on ne va pas m'opéré. Je dis mince qui m'a envoyé, beaucoup de problèmes.

- **Chercheur** : et comment te sens-tu quand tu parles de tout ça ?

- **D** : après avoir dit cela, je me sens un peu mieux, après je réfléchis, j'ai le travail ici, le travail là-bas, travaille de ménagère ceci cela en attendant que je trouve un boulot stable, si bon, on va juste gérer en attendant.

- **Chercheur** : D'accord, est ce que tu as eu le sentiment que voilà il y'avait comme une séparation de certaines parties de ton corps ? Certaines mères pendant leur grossesse ont l'impression que leur corps n'est plus pareil, comme si une partie de leur corps est parti.

- **D** : bon, il y'a souvent deux parties : la partie de la fille polie et la partie de la fille embarrassante.

- **Chercheur** : hum ! c'est-à-dire ?

- **D** : là quand tu es enceinte c'est la partie de la fille polie qui reste. Il y'a des fois que la fille oublie la partie embarrassante, tu restes la fille positive et c'est après qu'elle va revenir mal parler, insulter les gens, tu ne peux pas aller en boîte, tu ne peux boire l'alcool, tu ne peux pas faire si, tu ne dois pas marcher comme ça tu ne dois pas marcher la nuit.

- **Chercheur** : D'accord

- **D** : la nuit ne doit pas te trouver dehors, ce côté part d'abord quand tu es enceinte. Quand l'enfant à un ou deux ans le côté de la fille embarrassante revient, ou peut-être un an après elle vient encore avec une notre grossesse, les choses comme ça.

- **Chercheur** : humum d'accord et maintenant, voilà certaines mères n'arrivent pas parfois à faire réellement la différence entre elle et leur enfants, elles ont l'impression que leur enfants sont comme une continuité d'elle et c'est quelque chose qui arrive parfois. Est-ce que tu as ce sentiment que voilà ton enfant c'est toi ? Ou il y'a une différence entre vous ?

- **D** : Moi et mon enfant il y'a pas de différence, je ne souhaite pas mais si je décède on va dire waouh voilà l'enfant de D, les gens vont se rappeler de moi en disant qu'au moins j'ai laissé une personne sur cette, on se rappeler de moi on va dire voilà son enfant, elle n'a pas vécu sur cette inutilement, elle a fait quelque chose, elle a laissé un humain. Moi mon enfant c'est moi, si j'ai mon enfant a, je ne peux pas dire que si mon enfant a j'ai car au fur à mesure que le temps passe il va grandir et il aura sa propre famille et il aura des enfants. Je ne refuse pas qu'il doit s'occuper moi mais il d'abord s'occuper de sa famille, de ses propres enfants

- **Chercheur** : d'accord

- **D** : ensuite je passe

- **Chercheur** : D'accord, je vais te demander est ce qu'il y'a une différence entre toi et l'enfant ? Est-ce que vous êtes deux êtres distincts ? Ou vous êtes un être ?

- **D** : un être, par ce que c'est mon bébé.

- **Chercheur** : ma question c'est : est-ce que vous êtes deux êtres différents ou alors vous deux vous formez une seule personne ?

- **D** : nous formons une seule personne

- **Chercheur** : ok, hum d'accord, pas au sens de l'amour et de l'affection mais au sens vraiment du physique

- **D** : oui, une seule personne

- **Chercheur** : ça veut dire, il y'a pas de différence entre vous

- **D** : oui, il n'y'a pas de différence

- **Chercheur** : ok très bien, alors dis-moi, qu'est-ce que tu penses de toi ? si je te demandais ce que tu penses de toi, ou si on te demandais de faire une analyse de toi. Que tu te décrivais ? Comment est-ce que tu fonctionnais dans ton analyse.

- **D** : comment est-ce que je me décrivais ?

- **Chercheur** : oui oui, sur le plan psychologique. Commençons sur le plan physique comment est-ce que tu te décrivais ? Comment est-ce que tu fais un portrait de toi ?

- **D** : C'est vrai que j'ai un peu la taille, certaines personne me disent que je suis belle tantôt je suis arquer, j'ai maigri, je n'ai plus le même teint qu'avant

- **Chercheur** : On te dit et toi-même qu'est-ce que tu en penses ?

- **D** : Quand je me regarde c'est vrai, c'est vrai puis que je n'ai plus le même teint, je ne suis plus comme avant,

- **Chercheur** : C'est-à-dire ?

- **D** : bon je ne marche plus trop, je ne fais plus le nyanga

- **Chercheur** : d'accord

- **D** : la maintenant je me néglige déjà, ma tête est seulement à mon enfant, mon enfant, mon enfant

- **Chercheur** : humum d'accord très bien

- **Chercheur** : Et Tu as fait part d'un certain nombre d'émotions lesquels tu es passé pendant ta grossesse par lesquels tu continues de passer après l'accouchement ? comment est-ce que tu fais pour gérer ses émotions peut-être? dis-moi un peu comment est-ce que tu fais pour gérer ça entre la fille qui ne veut pas voir personne et celle qui veut voir après les gens ? comment es ce que fait pour gérer ça ?

- **D** : C'est difficile, Oui .paracerque dès que je les chasse, ensuite je rappelle, après je les dis ne venez plus chez nous

- **Chercheur** : Et qu'est ce qui se passe dans ta tête entre tous ces moments

- **D** : Je me dis que ce que je fais même là ? pourquoi je fais ça ? qu'est ce qui se passe qu'est qui m'arrive, si ce le phénomène de la grossesse est-ce normal ? certain personne qui refuse de partir je les leur verse de l'eau, tu part après c'est moi-même qui t'appelle que tu s repasse je te rappel encore on règle par ce les gens me comprenait, ils savent que c'est normal, ce sont les signes de la grossesse, c'est la première grossesse, tu ne peux pas bloquer comme les mères qui ont déjà plusieurs enfant.

- **Chercheur** : Si je comprends bien il y'a quand même un sentiment de culpabilité de peut-être avoir versé l'eau, après te rappelles la personne par ce qu'il y'a un sentiment de malaise

- **Chercheur** : Ok très bien, et comment tu fais pour te protéger ce sentiment, contre ces changements c'est-à-dire en même temps tu veux voir les et tu ne veux pas voir les gens. Et maintenant toi en tant que la personne qui vit tout ça tu fais comment pour être stable face à ça c'est-à-dire à rester tel que tu es c'est-à-dire resté la Rihana que tu es.

- **D** : Bon, ces temps-là, j'aimais rester à la maison comme ça là, et parfois rester avec mes voisins

- **Chercheur** : Et qu'est-ce que ça te faisait de ne plus sortir

- **D** : Ça me rapportais le calme, il y'a souvent je sortais il y'a souventes petit problèmes, on dit que tu as mal parlé de tel. Quand je suis chez nous l'autre viens dit « ooh », tu as raté tel, ils ont bagarré, je ah tant mieux je suis chez moi et je ne vous conseil pas d'être comme moi, les choses comme ça

- **Chercheur** : Donc si je comprends bien rester à la maison t'apportais comment un sentiment de sécurité et ça t'évitais d'être mêlé dans des choses qui ne t'aurais pas plus. le fait d'avoir un enfant à l'adolescence soit associé à un évènement difficile. Du coup parfois, les mères qui ont

des enfants peuvent traverser des sentiments mêlés, des sentiments qui ne sont pas toujours positifs comme la honte, le sentiment d'être indigne, d'avoir trahi ses parents, de s'être trahi soit même. Le sentiment de honte vis-à-vis de son entourage est qu'il y'a eu. Chez toi Comment ça s'est passé ? est ce qu'il y'a eu cette différence chez toi ?

- **D** : Non

- **Chercheur** : C'est-à-dire sentiment de honte, même pas un peu à un moment donné ?

- **D** : Oui à un moment donné au début mais après j'ai ah

- **Chercheur** : Comment tu as fait pour te protéger de ça ? comment tu fais pour te libérer de ce sentiment de honte ?

- **D** : Pour te libérer, c'est peut-être le jour où les gens se retrouvent à un ancien étage et chuchut tout autour, tu pars porter un ancien vêtement tu viens t'asseoir et on demande si tu n'as pas honte, tu réponds honte de quoi, l'enfant ce n'est pas une bénédiction

- **Chercheur** : Humum, d'accord

- **Chercheur** : Alors est ce qu'il t'est arrivé d'avoir un sentiment d'être indigne d'avoir commis une erreur, de s'être sali en ayant cet enfant ?

- **D** : Oui avoir le sentiment d'avoir gâché ma vie, comment est-ce que je vais trouver un mari demain si je ne me marie pas avec le père de mon enfant, est ce qu'on va m'accepter ? comment est-ce que je fais pour m'en sortir ? Au début ça me faisait me mettre en colère contre mon enfant, surtout quand je le regardais par sa faute je vais plus bien fréquenter et je risque ne pas trouver un mari quand je serai grande.

- **Chercheur** : Colère ?

- **D** : oui, au début si je le calame quand il pleure et qu'il refuse de se calmer, ça m'énervait un peu, parfois dans la nuit il empêche tout le monde de dormir parce qu'il pleure et moi je partais le remettre à ma mère. Elle me grondait que je ne cherche pas à savoir pourquoi il pleure pourquoi ?

- **D** : Parfois à la maison ma mère me pose la même question, je dis si je me marie avec le père de mon enfant ce n'est pas un problème mais si autre veut m'épouser, il doit accepter mon fils sinon il doit chercher ailleurs par ce que je sais je vais aller avec mon enfant tu vas le battre et je ne peux pas donc mieux je reste dans mon coin avec mon enfant, il grandit, il m'amène ma belle-fille, je ne suis pas obligé de me marier car il y'a les femmes qui sont vieilles et qui n'ont pas de mari. Je ne veux pas aussi avoir plusieurs enfants avec plusieurs pères. Après celui-ci si je ne pense pas avoir encore un autre enfant si ce n'est avec mon mari, je ne pense plus

- **Chercheur** : D'accord, alors qu'il t'arrive parfois de te sentir indigne c'est-à-dire de ne pas mériter, ton enfant, ta famille, comme un sentiment de trahison avec sa famille avec son entourage ?

- **D** : Ne pas mériter mon enfant, je ne pense pas souvent mais la famille oui, j'éprouvais et je me disais pourquoi je ne peux pas être comme ci, pourquoi je ne peux être comme les autres, eux ont tous, avoir tout.

- **Chercheur** : Plutôt dans le sens inverse est ce que je mériter sa famille, je les ai déçu, j'ai déçu mon père, ma famille j'ai déçu mon entourage ?

- **D** : je me suis dit cela, je ne voulais plus rentrer

- **Chercheur** : Humum !

- **D** : Après je me suis dit ah, je vais chercher, mon père a dit vient on va gérer. C'est juste un truc d'un an, deux an ou un an neuf mois le temps que tu accouches, le temps que bébé ait un an, tu vas travailler et tout va aller pour le mieux. Pour c'était déjà comme ça je suis l'échec de ma famille puisque ma grande sœur n'a pas encore d'enfant, comment moi sa petite sœur j'ai déjà un enfant ? Ma petite sœur vient d'avoir un an, comment mon fils va l'appeler? Est ce qu'il va l'appeler tantine ou par son prénom ? Ensuite mon père m'a dit que ça ne gêne pas, ce sont les choses qui arrive, si Dieu a prévu comme ça c'est qu'il y'a un but.

- **Chercheur** : D'accord je comprends.

- **Chercheur** : pour revenir sur la colère qui t'animais quand tu ne parvenais pas à calmer ton enfant, qu'est ce qui t'a selon toi aidé à surmonté cela ?

- **D** : l'enfant est une petite créature de Dieu, quand je le vois j'ai pitié de lui et je me dis que je suis tout pour lui. Parfois quand je me fâche contre lui après j'ai mal, je l'aime beaucoup il m'apporte beaucoup de joie. C'est comme si chaque jour je l'aime plus.

- **Etudiant** : Comment ça ?

- **Etudiant** : Est ce que pour toi l'enfant à une signification ?

- **D** : j'aime ses petit doigts, j'aime aussi les petites choses qu'il fait avec sa bouche ça me plaît pour rien. Quand je le lave il balance l'eau partout et chante et moi je commence aussi à chanter et on rit comme les grandes personnes j'ai la chance que mon bébé est d'abord beau. Parfois pour le flatter pour qu'il boive le biberon on joue d'abord à la voiture avec ça. Quand je le laisse même pour partir quelque part je ne suis pas trop fière parce que ça me manque beaucoup.

- **Chercheur** : D'accord je vois, et à partir de quel moment à tu commencé à ressentir tout ceci ?

- **D** : Vers le quatrième mois parce que début quand je venais d'accoucher ce n'est pas que je ne l'aimais pas hein mais je ne l'aimais pas trop comme maintenant.

- **D** : L'enfant pour moi c'est une chance, le bonheur d'être une mère, tu laves ton bébé pour une première fois, c'est la chance. Tu dois être heureuse, l'enfant est d'abord sacré, l'enfant prévient les malheurs

- **Chercheur** : c'est-à-dire ?

- **D** : l'enfant prévient les malheurs quand un truc de mal va se passer lala il va bien quand tu reviens le porter il va chauffer, il est brulant soit il met à pleurer, parfois les moustiques te pique là où il n'y'a pas, tu souris avec l'enfant il ne souris pas toute une journée et ma mère s'obstinait à dire que il y'a quelque chose qui ne va pas, après deux jours on te dire qu'une personne est malade ou tel décédé et mon enfant c'est une pure bénédiction que Dieu m'a donné

- **Chercheur** : d'accord, très bien, et quand tu dis bénédiction, ça veut dire ?

- **D** : Bénédiction car il y'a certaines qui cherchent les enfants toute leur vie et cherchent tous les moyens pour en avoir, mais n'en ont pas. Il y'a une de mes tantes, je dirai une amie de ma mère qui avait dit si on ne veut pas de cet enfant on lui donne, si on veut on lui vend et je vous donne la somme que vous voulez. Et ma mère est venue me dire je lui ai demandé à mère si elle n'a pas d'enfants. Elle m'a dit oui qu'elle a seulement les enfants adoptés. Qu'elle cherche un moyen d'avoir un enfant et que si tu n'a pas tu ne dois pas abandonner et si tu parviens pas tu te demandes si as fait quelque chose de mal, par ce qu'il y'a certaines femme qui vendent leur vendre, leur utérus pour avoir de l'argent.

- **Chercheur** : Vendre leur ventre ! comment ?

- **D** : Oui, je ne sais pas ma mère m'avait dit il quand tu vends comme ça on par avec tous tes enfants et tu ne pourrais pas avoir d'enfants

- **Chercheur** : ok à présent nous allons aborder la dernière partie. On va parler de la relation que tu entretiens avec ton enfant. Je demandais Est-ce que tu parles avec ton enfant ? est-ce que tu communique avec lui ? est-ce que vous parlez ensemble ? est-ce que tu aimes parler avec lui ?

- **D** : oui, parfois c'est qui comment la conversation, il commence à parler même je ne comprends pas je lui dis à bon : Dieu va venir me visiter ? c'est à vrai, ok, on fait comment donc on aura l'argent aujourd'hui. A un moment il se met à rire, il rit souvent comme une grande personne et ça me fait aussi rire

- **Chercheur** : Je profit pour te poser une question spécifique, et quand tu as eu ton premier contact avec lui, ça s'est passé comment ? Est-ce que tu as l'envie d'interagir avec lui, de le toucher de le toucher

- **D** : Il était tout petit, petit comme la souris, je ne parvenais pas à le toucher, je refusais et ma disais qu'il est petit comme la souris et moi je ne savais pas que l'enfant est petit comme ça. Il était si fragile Même pour le sein c'était un problème mais comme ma mère m'apprend les choses sur les enfants je n'ai plus trop peur de lui faire du mal. Même pour verser l'eau sur lui au début me faisait peur. Parfois tu crois qu'il va se casser ou que l'eau que tu verse sur lui va lui faire mal, mais tu vois il rit plutôt et moi aussi je ris

- **Chercheur** : D'accord.

- **Chercheur** : et lorsque tu l'as pris dans tes bras tu as ressenti l'envie de parler avec lui, d'interagir avec lui comment cela s'est-il passé ?

- **D** : Bon ce jour quand je l'ai pris dans mes bras et que j'ai commencé à lui donner le sein je lui ai dit que tu ne vas pas tomber malade, tu vas apporter beaucoup d'argent à mama, beaucoup de joie aussi

- **Chercheur** : et est ce que c'est le cas ?

- **D** : Oui

- **Chercheur** : certaines mère adore passer du temps avec leur enfants, est ce le cas chez toi ?

- **D** : oui. Il y'a des journées ou tu aimerais passer tout le temps avec lui, même quand il dors tu ne veux pas le faire coucher, tu lui parle, tu l'observe.

- **Chercheur** : il arrive parfois qu'une mère développe une relation fusionnelle avec l'enfant, avec un grand besoin de passer du temps en sa compagnie. Par exemple quand parfois un membre de la famille ou une voisine vient prendre l'enfant pour partir avec lui, ou que tu dois partir au marché, est ce que ça arrive de ressentir une petite tristesse ?

- **D** : Oui ça m'arrive. Quand je laisse je suis inquiet, je me dis qu'il va pleurer, qu'il va chauffer la nuit, je suis pressée de le revoir.

- **Chercheur** : au moment où tu pars le chercher est ce qu'il y'a une grande joie ? on passe de la tristesse de la séparation à la joie, est ce que d'être en sa présence nous rends fier ?

- **D** : Oui, moi j'aime bien rester avec mon fils, partout ou je pars il doit être avec moi, je pense que personne ne peut s'occuper de lui comme moi-même quand bien ma mère m'interdit de le porter

- **Chercheur** : on n'est arrivé au terme de notre entretien, merci pour le partage, merci encore c'est un privilège pour moi

- **D** : d'accord

ANNEXE 2 : Corpus d'entretien avec E

Entretien numéro **02.CMAM/04.05.24**. Nom de code de la mère adolescente : **E**.

- **Chercheur** : Bonjour, comment tu vas mon amie ?

-**E** : très bien

- **Chercheur** : Alors, comme je t'ai dit tout à l'heure, on va rapidement s'entretenir, je vais te poser quelques questions en lien avec ta grossesse, en lien avec ton enfant, ça ne va pas mettre long. Ce sont des questions qui vont nous aider nous psychologues à pouvoir mieux comprendre comment est-ce que vous vivez ces moments et cette relation avec les enfants et ça va nous permettre de mettre sur pied des protocoles beaucoup plus adaptés pour vous qui êtes adolescentes et que c'est difficile d'être adolescente et en même temps d'être maman. Ok alors, je vais rapidement te demander ton âge.

-**E** : j'ai 18 ans

- **Chercheur** : 18 ans, très bien. Tu es de quelle région ?

-**E** : je suis Mbamoise

- **Chercheur** : Mbamoise, très bien, la région du Centre. Combien d'enfants ?

-E : un seul

- **Chercheur** : Ok, enfant de sexe féminin âgé de 1 an 5 mois, exact ?

-E : oui

- **Chercheur** : Très bien qu'est-ce que tu fais comme profession dans la vie ?

-E : je gère un restaurant/Bar

- **Chercheur** : D'accord, gestion restaurant/bar. Tu es quantième enfant à ta maman ?

-E : nous sommes au nombre de 7, je suis avant dernière-née.

- **Chercheur** : D'accord, avant-dernière sur 7, position dans la fratrie très bien. D'accord, on va commencer par le premier plan de notre échange. Ça concerne l'adolescence, tu sais, généralement, jusqu'à ce qu'on devienne adolescent, on est un peu plus tranquille et un bon matin, on se retrouve en train de se transformer, on a par exemples les seins qui commence à sortir, on a la voix qui change, les poils commencent à apparaître aux pubis, alors comment est-ce que E a vécu ça chez elle, comment est-ce que ça s'est passé cette transformation.

-E : c'était un peu difficile parce que ma mère n'était pas à côté de moi.

- **Chercheur** : C'est-à-dire ?

-E : je restais plus avec ma grande sœur et elle aussi, elle n'était pas plus à côté parce qu'elle aimait les sorties et les courses, donc je suis du coup partie seule.

- **Chercheur** : Si je comprends bien, c'était difficile parce que tu n'avais pas l'accompagnement nécessaire selon toi ? Est-ce que tu penses qu'avoir ta maman près de toi aurait changé quelque chose à ça ?

-E : bien sûr, ça aurait quand même changé, elle devrait m'apprendre certaines choses. J'ai dû apprendre seule. Comme peut être compter son cycle menstruel et j'ai appris sa seule à l'école, quand on faisait les cours, c'est là où j'ai appris à compter et j'avais plus peur d'en parler de ça à ma grande sœur parce qu'elle était plus agressive et du coup, je ne voulais pas être frustrée.

- **Chercheur** : D'accord. Du coup, tu as appris par toi-même. Ok, très bien. Chez toi, quels sont les changements qui ont été marquants, qu'est-ce que tu as observé, ça a commencé par quoi et comment est-ce que tu as vécu ces changements.

-E : comment est-ce que j'ai vécu ces changements, je ne comprends pas

- **Chercheur** : C'est-à-dire qu'est-ce qui est apparu avant, qu'est-ce qui est venu après, qu'est-ce qui est venu ensuite

-E : j'ai d'abord eu les seins qui sortaient et puis, mon cycle est directement venu et puis l'apparition des poils, c'est venu après, les poils sont directement sortis.

- **Chercheur** : D'accord, OK, très bien, bon, il arrive aussi que parfois dans cette période, on se pose beaucoup de questions. Par exemple des questions sur peut-être sa relation avec ses parents, ses frères et sœurs, sa relation avec Dieu, sa place dans la société et l'existence du monde, d'où vient Dieu, d'où viennent les hommes, d'où vient l'école... Il y a tellement de questions qu'on se pose comme ça, et ces questions-là parfois affectent un peu notre façon de penser et de voir les choses. Dans ton adolescence, au niveau de tes émotions, est ce que tu as ressenti comme des changements au niveau émotionnel. Certains deviennent un peu plus fâchés, d'autres plus contents, d'autres bougent beaucoup plus.

-E : j'ai été surprise, parce que je ne connaissais pas, pour la première fois, je ne connaissais pas. Quand le sang a commencé à arriver, je ne connaissais pas. Je me suis dit que je m'étais blessée. Mais c'était une mère à qui j'ai en parlé de ça qui m'a dit que non ce sont tes premières règles qui arrivaient. Comme j'avais aussi le téléphone, je m'exerçais plus à Google. Comme je tape, on me donne les informations. Comment compter son cycle, comment faire d'autres choses. C'était comme ça que ça s'est passé.

- **Chercheur** : D'accord. Est-ce que tu as ressenti comme un changement au niveau de... certaines personnes se sentent plus intelligentes, plus posées. Chez toi c'était quoi par exemple ?

-E : chez moi, ma part, ça m'a rendue plus intelligente parce que je n'avais personne pour m'aider. Du coup, j'étais obligée de devenir plus intelligente pour apprendre à sortir seule de tout ça. Donc ça m'a pris et je suis devenue plus intelligente.

- **Chercheur** : Dans quel contexte, tu as su que tu étais enceinte ?

-E : c'est quand je ne voyais plus mes règles. Et quand je ne voyais plus mes règles, j'ai compté la dernière fois que j'ai fait les rapports. C'est là où s'est arrivé que j'étais enceinte et j'ai aussi fait un test de grossesse. C'est là où s'est arrivé que j'étais enceinte.

- **Chercheur** : Où est-ce que tu as fait le test de grossesse ?

-E : j'étais parti acheter un machin à l'hôpital, je suis revenue faire moi-même. Ça a affiché deux barres rouges.

- **Chercheur** : Quand ça a affiché deux barres rouges, tu as eu la confirmation que tu étais enceinte

-E : oui, je suis encore parti à l'hôpital faire les examens. Parce qu'on dit souvent que des fois, ce n'est pas ça. Je suis encore parti faire les examens, on a pris mon sang et on vu que j'étais enceinte.

- **Chercheur** : Alors lorsque le test a montré deux barres rouges, comment est-ce que tu t'es sentie ? Comment est-ce que tu as vécu ça ?

-E : j'ai eu peur de mes parents, j'ai eu peur que mes parents vont me frustrer, que je suis partie tomber enceinte pourquoi, machin truc. J'ai eu beaucoup peur. J'ai pensé à enlever, mais j'ai encore dit que ça ne sert à rien d'enlever l'enfant. Moi on ne m'a pas enlevé, pourquoi je dois enlever ma part, donc du coup j'ai gardé, je me suis dit que même si mes parents vont me faire quoi je vais garder jusqu'à sa naissance.

- **Chercheur** : D'accord, si je comprends bien, l'idée d'enlever t'est venue, mais tu as décidé de garder

-E : j'ai d'abord appelé mon ami, je lui ai dit que je suis enceinte, il a voulu faire comme ci ce n'était pas lui, j'ai dit que c'est sans soucis, tu veux nier c'est bon, moi je vais tout garder et je sais que mes parents seront... même si ma mère me dit quoi, je ne vais pas enlever cet enfant parce que moi on ne m'a pas enlevé, du coup, quand elle est née, j'étais très contente et j'ai ressentie l'amour d'une mère. J'étais très contente et jusqu'à maintenant, comme elle est en train de grandir.

- **Chercheur** : Comment s'est déroulée ta grossesse ?

-E : ce n'était pas facile. Bon le père, son père n'était pas à côté de moi, parce qu'il voulait renier. Il n'était pas à côté de moi, du coup, je me battais avec ma mère. Sinon c'est avec avec ma mère, les symptômes, les caprices, je faisais tout ça avec ma mère et puis on s'est en sortis. Et j'ai accouché.

- **Chercheur** : Si je comprends bien ça n'a pas été facile du au fait que le père n'était pas là. Tu penses que sa présence aurait changé quoi ?

-E : sa présence aurait beaucoup changé. Par exemple dépenser aussi à l'hôpital pour me mettre les choses dans le vagin pour que ça élargisse. Ce qui dès le départ m'avait fait les rapports, il y avait aussi des fois que j'avais besoin d'un homme. Mais je ne pouvais pas parce qu'il n'était pas là parce qu'il avait renié la grossesse.

- **Chercheur** : Et aujourd'hui, quelle est sa position ?

-E : quand l'enfant est née, elle a grandi jusqu'à maintenant, il est venu demander les excuses après. Moi je le suis retirée, moi je lui ai dit que moi je ne peux plus être avec lui. Parce que quand c'est arrivé là, il n'a pas voulu accepter. Parce que l'enfant est déjà grande, j'ai déjà tout fait jusqu'à mon enfant marche, je me bats avec ma mère, on se bat jusqu'à maintenant. Donc ce n'est pas maintenant qu'il va venir dire que c'est son enfant. Moi je me suis retirée. Jusqu'à maintenant, il est en train de supplier, mais je ne veux pas. Qu'il va prendre mon enfant.

- **Chercheur** : Comment est-ce que ta grossesse s'est déroulée suivant les trimestres, en termes de phénomènes, en termes de problèmes, en termes de difficultés. Ça s'est passé comment le premier, le deuxième et le troisième trimestre.

-E : le premier, ce n'était pas facile parce que ma mère bavardait toujours. Je n'avais jamais la paix à la maison, une femme enceinte, elle bavardait, je t'ai envoyé à l'école, je ne t'ai pas envoyé porter la grossesse. Je ne t'ai pas envoyé faire ceci.

- **Chercheur** : Et qu'est-ce que ça te faisait d'écouter ça ?

-E : ça me faisait très mal, mais moi je me suis dit qu'avec le temps, elle va baisser et peut être voir l'enfant naître, mais elle ne m'a jamais laissée seule, elle ne m'a jamais lâché jusqu'à maintenant. On se bat toujours, on se bat pour l'enfant, jusqu'à maintenant, elle est toujours là. Et ça n'a pas aussi été facile.

- **Chercheur** : Qu'est-ce qui te faisait mal lorsqu'elle te répétait ces reproches ?

-E : ça faisait mal parce que le père a décidé que ce n'était pas lui. Si au moins lui il était à moi, ça allait me donner le courage. Même comme ça, j'ai eu un peu de courage, mais pas assez, pas assez comme il pouvait être à côté. Et puis ensemble, on devrait s'en sortir. Toute ma famille était contre moi. J'ai dit, même comme ça, j'ai dit que je ne vais pas enlever l'enfant.

- **Chercheur** : Quels sont les changements que tu as observé durant la grossesse ?

-E : non je changeais les humeurs. J'étais nerveuse.

- **Chercheur** : Commençons sur le plan physique. Quels sont les changements qui se sont opérés sur toi ?

-E : j'ai eu l'augmentation des seins et du ventre. J'ai un peu pris le poids par rapport à comme j'étais, mais pas trop, j'ai pris le poids et mes pieds enflaient aussi beaucoup, quand je restais sur place, ça enfle.

- **Chercheur** : Comment est-ce qu'on se sent lorsqu'on a ces changements du jour au lendemain.

-E : ça me rendait nerveuse, je restais comme ça, il y avait des fois je sortais, je partais me balader parce que quand je reste comme ça à la maison, plus le bavardage de ma mère m'énervait, du coup, je sortais pour marcher un peu. Et j'avais aussi quelques amis, des fois on s'asseyait là pour taper les commentaires.

- **Chercheur** : Est-ce qu'il t'arrivait de te projeter dans l'avenir et d'anticiper comment allait gérer ton enfant lorsqu'il va naître ?

-E : ça m'est beaucoup arrivé, mais, on donnait toujours, on faisait ce qu'on appelle l'échomib. Quand on partait pour les visites à l'hôpital, le tonton là nous disait toujours ça donc, il y avait aussi l'androïde, il y a un niveau où on disait tapes telle chose, ça va te montrer, je tapais, ça me donnait les nouvelles, c'est comme ça que je m'en sortais. Bon aussi, ma grande sœur m'a soutenu un peu. Comme pour dire quand tu vas vouloir accoucher, tu auras telle douleur au niveau du bas donc du coup quand c'est arrivé que je doive accoucher, j'ai eu les douleurs là, je me suis dit que oui c'est vraiment l'accouchement et c'était vraiment l'accouchement. Parce qu'on faisait aussi l'école. Quand tu partais à l'hôpital, il ya avait les temps qu'on faisait, je ne ratais jamais ces temps. Parce qu'on faisait ça pour les mamans quand tu viens et c'est ta première grossesse et que tu es adolescente, on vous fait asseoir, on vous fait l'école. C'était les 500 ou 1000 francs aux femmes qui faisaient ça. On donnait l'argent.

- **Chercheur** : D'accord, tu as déboursé 500 parfois 1000 francs pour avoir accès à ces leçons qui t'ont aidé.

-E : durant la grossesse, je me suis posé beaucoup de questions si je peux m'en sortir avec la grossesse. Quand l'enfant est encore, peut-être à un mois, deux ou trois mois, quand il pleure, je connaissais que non, elle veut téter ou que sa couche est mouillée, il faut changer. Ma mère, à un niveau de grossesse me disait que non, elle va tout m'apprendre quand elle va naître. Donc

je ne pensais pas trop à ça. Mais quand le bébé est né, j'apprenais aussi certaines choses, elle faisait et quand elle fait, moi aussi j'apprends une seule fois et prochainement, je peux aussi faire. Mais au début je n'avais pas trop envie, c'est comme si il y'avait un truc qui faisait que je me fâche avec mon bébé, c'est comme si je forçais pour apprendre.

- **Chercheur** : Comment ça ? un peu comme si tu étais fâchée contre ton bébé ?

-E : Oui un peu, au debut je la voyais un peu comme si elle me voulait les problèmes et que c'est à cause d'elle que je ne vais pas évoluer dans la société. Mais en même temps je l'aimais bien bien hein.

- **Chercheur** : Revenons à quand tu étais enceinte, comment as-tu vécu la relation avec ton bébé lorsqu'il était encore dans le ventre ?

-E : ça m'est arrivé. Je restais souvent comme ça des fois je pleure, quand je parle à mon bébé, des fois elle bouge et quand je me réveille le matin, je ressens qu'elle ne bouge pas, des fois je tape le ventre ou je la salut, elle bougeait ou quand je reste comme ça, je passe mon temps à la caresser, je la caresse, elle bouge un peu, ou bien quand elle me donne les envies de manger quelque chose. Quand je mange, elle est contente et elle passe son temps à jouer dans le ventre.

- **Chercheur** : D'accord, et à partir de quel moment exactement as-tu commencé à ressentir comme si ton bébé serait un obstacle pour ta vie et à ne pas trop vouloir prendre les choses sur comment t'occuper d'elle un peu comme tu venis de le présenter ?

-E : depuis hein, bon ce n'est pas comme si c'était tout le temps aussi.

- **Chercheur** : Depuis quand exactement ?

-E : Depuis le début de la grossesse, je pleurais beaucoup, c'est genre tu es fâchée mais tu veux le bien de ton enfant.

- **Chercheur** : Et aujourd'hui ? Le ressens tu encore si non quand est-ce que ça 'est achevé ?

-E : Non, mon bébé c'est mon tout, je n'ai même plus un grain de colère contre elle. Elle est toute ma vie je j'aime beaucoup. On joue ensemble comme les copines

- **Chercheur** : D'accord, et qu'est ce qui a changé ça dans ta tête ? Je veux dire pourquoi cette colère est fini qu'est ce qui t'a amené à vouloir mieux apprendre les choses sur comment prendre soin du bébé?

-E : je me dis que je dois le faire pour que ma fille ne souffre pas. C'est un petit bébé et elle est fragile. Aussi elle m'apporte beaucoup d'amour. Parfois elle me réveille et on joue ensemble, parfois elle me croque aussi j'aime beaucoup jouer avec elle. Et ma mère m'avais aussi dit que Dieu va me demander les comptes si j'ai bien gardé l'enfant qu'il m'a donné de garder.

- **Chercheur** : D'accord, Comment est-ce que tu imaginais ton enfant lorsqu'elle était encore dans le ventre?

-E : moi je me disais que tout ce que Dieu va me donner, je vais prendre. Bon tout ce que j'ai demandé au seigneur, il m'a donné un bébé, une petite fille brune avec beaucoup de cheveux, mais je voulais que mon bébé doive être gros, il ne m'a donné ça, elle est partie plutôt prendre, elle a pris mon corps. Donc j'ai pris ça comme ça.

- **Chercheur** : Est-ce que c'est important pour toi que bébé soit gros ?

-E : pas tellement, mais juste parce que je voulais ça comme ça, j'aime quand mon bébé est gros. Je partais aussi à l'hôpital, on disait qu'il faut donner, je donnais aussi la même chose, ça n'a pas marché, on m'a dit que c'est comme ça que le corps de l'enfant est, l'enfant a peut-être pris ton corps et puis ça reste comme ça. J'ai dit OK. J'accepte mon enfant comme ça, mais elle est sortie comme je voulais, beaucoup de cheveux et brune.

- **Chercheur** : Si je te demandais d'évaluer sur échelle de 1 à 7, c'est-à-dire donner une note sur le rapport entre ton enfant, ton bébé imaginaire, c'est-à-dire bébé que tu voulais, que tu souhaitais et bébé que tu as eu. En termes d'attentes, tu donnerais une note de combien sur 7 ?

-E :: 6

- **Chercheur** : Comment est-ce que toi tu faisais pour t'adapter aux changements relatifs à la grossesse ?

-E : c'était difficile

- **Chercheur** : Difficile comment ?

-E : J'étais seule et j'apprenais les choses seules

- **Chercheur** : Pense tu qu'il existe une différence entre bébé et toi

-E : il n'y a pas de différence entre mon enfant et moi, nous sommes les mêmes.

- **Chercheur** : Comment te sentais-tu durant la grossesse mis a part la triste et la colère dont tu m'as déjà parlé ?

-E : j'ai beaucoup pleuré et j'ai regretté. C'est quand le père a dit qu'il ne connaissait pas la grossesse que moi j'ai beaucoup pleurée, j'ai regretté le pourquoi je m'étais donné à lui si tôt. Pourtant je devrais passer, avoir le probatoire. Avoir mon probatoire, et laisser, j'ai beaucoup regretté.

- **Chercheur** : D'accord, je vois, et comment as-tu fais pour gérer ces émotions dont tu viens de décrire ?

-E : pour moi, j'ai déjà tout oublié, je me concentre sur mon enfant. Quand je vois mon enfant, j'oublie tout, je me dis qu'elle est, que le passé c'est le passé, on ne doit pas rester dessus.

- **Chercheur** : Comment est-ce que tu fais pour surmonter toutes les difficultés rencontrées au quotidien ? par exemple entre le travail et prendre soin de bébé ?

-E : c'est vrai que le travail que je fais, je pars à 16 heures, je rentre à 20h, 22-23h. je trouve toujours que mon bébé dort donc je ne prête pas, je peux dire ça comment, bon en fait, je ne connais pas comment je peux le dire. Le matin, quand je me réveille toujours mon bébé est content de me voir ou bien des fois, c'est elle qui me réveille le matin parce qu'elle veut manger.

- **Chercheur** : Quand elle pleure, comment tu gères ça et comment tu te sens ?

-E : je porte juste mon bébé et j'essaie de la calmer. Elle pleure quand peut-être elle veut manger, elle veut dormir ou elle veut se laver. Parce qu'elle est déjà grande, elle ne tète plus et puis elle pleure quand elle veut dormir en journée ou se laver. Je fais tout ça et puis elle s'endort bien. Quand elle a déjà mangé, elle vient jouer avec les autres dehors.

- **Chercheur** : As-tu ressenti de la honte ?

-E : non, on m'a bien humilié au quartier, mais je n'ai pas eu honte. Je ne gérais personne. Je n'ai jamais eu honte même quand on parlait. Même quand il fallait me donner aussi les conseils. Donc je n'avais jamais eu honte, jamais. Mais je ne suis plus fâché contre elle aussi et je ne pense plus qu'elle a gâché ma vie, ma colère était déjà fini. Au fond de moi je me dis qu'elle n'a rien fait et quand je la vois petite dans la bassine je n'ai pas envie que le mal lui arrive.

- **Chercheur** : As-tu l'impression d'avoir déçu tes parents ou d'être indigne de tes parents ou de ton enfant ?

-E : oui je sais, j'ai déçu mes parents. Parce que ce n'est pas ce qu'ils voulaient pour moi. Ils voulaient que je fréquente pour devenir quelqu'un de grande dans la vie. Mais j'ai fait ce que j'ai fait et je sais que je les ai déçus. En ce qui concerne mon entourage, je m'en fou de mon entourage, je ne gère pas mon entourage.

-E : Pour moi, avoir un enfant me donne beaucoup de courage. Beaucoup de personnes me respectent parce qu'à mon âge, j'ai accouché et je m'en sors avec mon enfant. Beaucoup de personnes me respectent.

- **Chercheur** : Quelle relation as-tu avec ton enfant ?

-E : je suis très contente d'être avec mon enfant, surtout quand je joue avec elle. Il y a des petites choses qu'elle fait juste ça me plaît beaucoup. J'aimerais arrêter le temps pour passer plus de temps avec mon enfant. Quand je pars au travail, je pense beaucoup à elle. Si à l'heure si elle dort, si elle a mangé, du coup comme elle est avec sa grand-mère sûrement à l'heure si, elle s'est déjà lavé. Dès fois quand je rentre, je la réveille pour pouvoir l'embrasser ou jouer avec elle.

-E : Quand je rentre, je suis très contente, je me dis qu'elle m'a beaucoup manqué et surtout quand je suis au travail, je pense beaucoup à elle, si elle s'est lavée, elle a mangé, donc beaucoup de choses.

- **Chercheur** : Merci beaucoup tes réponses et pour ton temps que tu s bien voulu nous offrir, nous sommes arrivés au terme de notre entretien. Aurais-tu quelque chose à ajouter ou à dire ?

-E : Non, merci aussi

TABLES DES MATIÈRES

SOMMAIRE	iii
REMERCIEMENTS.....	iv
LISTE DES ABRÉVIATIONS	v
LISTE DES ANNEXES	vi
RÉSUMÉ.....	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE :.....	4
CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE.....	4
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE	5
.....	5
1.1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE	6
1.2. POSITION ET FORMULATION DU PROBLÈME.....	10
1.3. QUESTION DE RECHERCHE.....	16
1.4. HYPOTHÈSE DE RECHERCHE	16
1.5. OBJECTIF DE RECHERCHE	17
1.6. INTÉRÊTS DE L'ÉTUDE.....	17
1.6.1. Sur le plan scientifique.....	17
1.6.2. Sur le plan socioprofessionnel	17
1.7. CLARIFICATION DES CONCEPTS L'ÉTUDE	17
1.7.1. La Parentalité	17
1.7.2. Le Système pare-excitation.....	19
1.7.3. Accordage affectif.....	21
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE	24
2.1. LES MATERNITÉS PRÉCOCES ET LEURS RETENTISSEMENTS	25
2.1.1. Les mères adolescentes, une population à risque	26
2.1.2. La sensibilité maternelle chez les mères adolescentes	27
2.1.3. Les représentations maternelles de l'enfant chez les mères adolescentes	28

2.1.3.1. Les représentations cognitives de la mère	28
2.1.3.2. La représentation maternelle du tempérament de l'enfant (RMT)	29
2.1.3.3. Les représentations maternelles de la sécurité de l'attachement (RMSA)....	30
2.1.3.4. Les représentations maternelles de l'enfant chez les mères adolescentes.....	30
2.1.4. Les problèmes causés par les grossesses précoces chez les jeunes filles	31
2.2. L'ADVERSITÉ ET SES DOMAINES	32
2.3. DE LA DÉFAILLANCE DES ENVELOPPES PSYCHIQUES AUX TROUBLE DE LA CONTENANCE	34
2.4. L'ÉTAYAGE PSYCHIQUE DE LA DEVENANT MÈRE	36
2.4.1. Winnicott : à propos de l'entourage conjugal, familial et social	37
2.4.2. Racamier : point sur l'entourage conjugal, grand-maternel, médical et social	38
2.4.3. Kaës : le groupe et son rôle en périnatalité.....	40
2.4.4. Stern et le groupe féminin : la constellation maternelle et la matrice de soutien	42
2.4.5. Le groupe familial dans les devenirs mère, père et bébé	43
CHAPITRE 3 : INSERTION THÉORIQUE DU PROBLÈME.....	48
3.1. L'APPROCHE ÉCOSYSTÉMIQUE DE L'ADVERSITÉ.....	49
3.2. LES THÉORISATIONS PIONNIÈRES ET CONTEMPORAINES DES ENVELOPPES PSYCHIQUES.....	49
3.2.1. La perspective Freudienne : le Moi	49
3.2.2. La contribution de Bion : la fonction contenante	50
3.2.3. L'apport de Bick : la peau psychique	52
3.2.4. La perspective de Anzieu : le Moi-peau	52
3.2.4.1. Le Moi-peau comme interface	54
3.3. LES THÉORISATIONS DES ENVELOPPES PSYCHIQUES.....	54
3.3.1. Les fonctions des enveloppes psychiques	58
3.3.1.1. La Fonction de maintenance	58
3.3.1.2. La Fonction de contenance.....	58
3.3.1.3. La Fonction de pare-excitation.....	59
3.3.2. Les catégories d'enveloppes	59
3.3.3. Le Moi-peau et les enveloppes psychiques.....	61
3.4. LA THÉORIE DU BONDING : LA THÉORISATION DU LIEN MATERNEL	62
DEUXIÈME PARTIE :	65

CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE	65
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE.....	66
4.1. RAPPEL DE LA PROBLÉMATIQUE	67
4.2. LE SITE DE L'ÉTUDE	69
4.3. LES PARTICIPANTES DE L'ÉTUDE.....	69
4.3.1. Les critères de sélection des participantes	69
4.4. LE TYPE DE RECHERCHE ET LA MÉTHODE DE RECHERCHE	70
4.4.1. Le type de recherche	70
4.4.2. La méthode clinique de recherche	71
4.4.2.1. <i>La technique de collecte des données : l'entretien semi-directif</i>	71
4.4.2.2. La Technique d'analyse des données : analyse de contenu	74
4.5. LE DEROULEMENT DE LA COLLECTE DES DONNÉES.....	78
4.5.1. Échelle de sélection des participantes : Le Mother Infant Bonding Questionnaire	78
4.6. LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	79
CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	81
5.1. PRÉSENTATION DES PARTICIPANTES.....	82
5.1.1. La participante D	82
5.1.2. La participante E	82
5.2. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DE L'ANALYSE THÉMATIQUE	82
5.2.1. Le vécu de la grossesse et de l'accouchement	82
5.2.1.1. <i>Le vécu de l'adolescence</i>	82
5.2.1.2. <i>L'expérience de la maternité</i>	84
5.2.2. Le Réaménagement des enveloppes psychiques.....	92
5.2.3. De l'accordage affectif à la structuration du lien maternelle.....	94
CHAPITRE 6 : INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	100
6.1. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS	101
6.2. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	102
6.3. DISCUSSION DES RÉSULTATS	105
6.3.1. Caractéristiques des mères adolescentes.....	106
6.3.2. Fonction de la grossesse adolescente	106
6.3.3. Le stress parental chez la mère adolescente	107
6.3.4. Le vécu de la parentalité chez la mère adolescente.....	107

6.3.5. La capacité de mentalisation parentale des mères adolescentes : une dimension à explorer	109
6.3. IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES	110
CONCLUSION.....	111
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	116
ANNEXES.....	I
TABLES DES MATIÈRES	XVII