

# Enjeux psychiques de la très grande prématurité

*Approche psychosomatique*

**Par Géraldine MOULIN**

Thèse de doctorat de Psychologie

*Mention Psychologie et psychopathologie*

Sous la direction de Gérard BROYER

Présentée et soutenue publiquement le 12 janvier 2010

Membres du jury : Gérard BROYER, Professeur émérite Alberto KONICHECKIS, Professeur des universités, Université de Nîmes Bernard GOLSE, Professeur des universités, Université Paris 5 Pascal ROMAN, Professeur des universités, Université de Lausanne Nathalie DUMET, Maître de conférences, Université Lyon 2 Drina CANDILIS, Maître de conférences HDR, Université Paris 7



# Table des matières

<b>Contrat de diffusion ..</b>	5
<b>Préambule ..</b>	6
<b>Dédicace ..</b>	7
<b>Remerciements ..</b>	8
<b>Introduction ..</b>	9
<b>I- Problématique : La prématureté envisagée sous l'angle de la somatisation ..</b>	13
<b>II- Nos hypothèses de travail ..</b>	15
<b>Hypothèse générale ..</b>	15
<b>2-1- Première hypothèse : ..</b>	15
<b>2-2- Deuxième hypothèse : ..</b>	16
<b>Première partie : État de la question ..</b>	17
<b>I- La psychopathologie périnatale ..</b>	17
<b>1-1- Esquisse historique ..</b>	17
<b>1-2- Des concepts clés ..</b>	18
<b>1-3- Le désir d'enfant ..</b>	23
<b>1-4- La grossesse : unité psychosomatique ..</b>	26
<b>II- la néonatalogie ..</b>	29
<b>2-1- Naissance de la néonatalogie ..</b>	29
<b>2-2- Définition de la prématureté ..</b>	30
<b>2-3- Les facteurs de la prématureté ..</b>	31
<b>2-4- La Menace d'Accouchement Prématuré (MAP) ..</b>	33
<b>2-5- La naissance prématurée ..</b>	36
<b>Deuxième partie : aspects méthodologiques ..</b>	41
<b>I- Cadre de la recherche ..</b>	41
<b>1-1-La population ..</b>	41
<b>1-2- Le dispositif de recherche ..</b>	47
<b>Troisième partie : Présentation des résultats ..</b>	53
<b>Présentation générale ..</b>	53
<b>I-Rencontres avec les femmes enceintes ayant atteint le terme sans incident somatique (groupe 3) ..</b>	54
<b>1-1-Histoires et vécus de grossesse ..</b>	54
<b>1-2- Le bébé imaginé ..</b>	56
<b>1-3- Echographies et mouvements foetaux ..</b>	63
<b>1-4- Le lien mère-fille pendant la grossesse ..</b>	65
<b>1-5- Etude de cas : madame B ..</b>	67
<b>II- Rencontres avec les femmes enceintes hospitalisées pour MAP (Groupe 1) ..</b>	69
<b>2-1- Histoires et vécus de grossesse ..</b>	69
<b>2-2- Le bébé imaginé ..</b>	72
<b>2-3-Echographie et mouvements foetaux ..</b>	81
<b>2-4- Le lien mère-fille pendant la grossesse ..</b>	84
<b>2-5- Etude de cas : Madame F (sous-groupe 1-1) ..</b>	87

<b>2-6- Étude de cas : madame Q (sous-groupe 1-2) . .</b>	<b>91</b>
<b>III- rencontres avec les femmes qui ont accouché très prématurément sans MAP (groupe 2) . .</b>	<b>96</b>
<b>3-1- Histoire et vécus de grossesse . .</b>	<b>96</b>
<b>3-2- Le lien mère-fille . .</b>	<b>98</b>
<b>3-3- Etude de cas : Madame U . .</b>	<b>100</b>
<b>3-4- Le devenir-mère en néonatalogie . .</b>	<b>103</b>
<b>Quatrième partie : Synthèse et discussion des résultats . .</b>	<b>108</b>
<b>I- La très grande prématurité : une tentative de meurtre ? . .</b>	<b>108</b>
<b>1-1- Femme et/ou mère ? . .</b>	<b>108</b>
<b>1-2- L'expérience du double . .</b>	<b>114</b>
<b>1-3- Fonction des perceptions pour les femmes qui accouchent très prématurément . .</b>	<b>117</b>
<b>II- L'impossible érotisation de la grossesse . .</b>	<b>122</b>
<b>2-1- Les mouvements fœtaux : signifiants énigmatiques ? . .</b>	<b>122</b>
<b>2-2- La mère des origines . .</b>	<b>127</b>
<b>2-3- De l'échec de la subversion libidinale ? . .</b>	<b>131</b>
<b>III- Voir au dedans . .</b>	<b>134</b>
<b>3-1-Les échographies : une tentative d'emprise ? . .</b>	<b>135</b>
<b>3-2- De la fonction du rêve pendant la grossesse . .</b>	<b>138</b>
<b>3-3- La question du tiers . .</b>	<b>142</b>
<b>Synthèse . .</b>	<b>149</b>
<b>Perspectives . .</b>	<b>152</b>
<b>Bibliographie . .</b>	<b>154</b>

## Contrat de diffusion

Ce document est diffusé sous le contrat *Creative Commons* « **Paternité – pas d'utilisation commerciale - pas de modification** » : vous êtes libre de le reproduire, de le distribuer et de le communiquer au public à condition d'en mentionner le nom de l'auteur et de ne pas le modifier, le transformer, l'adapter ni l'utiliser à des fins commerciales.

## **Préambule**

Dans l'après-coup de notre travail, l'ambiguité du titre choisi nous saute aux yeux.

Aussi, veuillez lire :

ENJEUX PSYCHIQUES DE LA TRÈS GRANDE PRÉMATURITÉ CHEZ LA FEMME ENCEINTE.

APPROCHE PSYCHOSOMATIQUE

## Dédicace

*À Dora et Esther-Lou, Amours de ma vie*

## **Remerciements**

Nos remerciements vont au professeur **Gérard Broyer**, notre directeur de thèse qui a cru à ce travail malgré le dépassement du terme. Il a su respecter le cours des choses et ne pas utiliser les forceps...encore merci !

À **Pascal Roman** qui était présent au creux de la tempête et qui a éclairé notre chemin.

À **Nathalie Dumet**, qui nous a constamment soutenue et encouragée tout au long de ces années.

À mes fidèles lectrices : **Céline, Charlotte et Carole**.

À **Pierre**, critique et lecteur de la première heure...

Nous remercions également les équipes de nous avoir accueillie pour cette recherche ainsi que l'ensemble des femmes enceintes que nous avons rencontrées, sans lesquelles ce travail n'aurait pas pu voir le jour.

MESDAMES ET MESSIEURS LES MEMBRES DU JURY

**Gérard BROYER**, Professeur à université Lumière Lyon 2

**Drina CANDILIS**, MC-HDR à l'université Paris 7

**Nathalie DUMET**, MC-HDR université Lumière Lyon 2

**Bernard GOLSE**, Professeur à l'Université Paris 5

**Alberto KONICHECKIS**, Professeur à l'université de Nîmes

**Pascal ROMAN**, Professeur à l'université de Lausanne

# Introduction

**«(...) laisser corporellement jouer en soi ce qui est vu et ce qui est entendu » (P.Fédida, 1978, p.153).**

## **La rencontre d'une déchirure**

Nous sommes entrée pour la première fois dans un service de réanimation néonatale en 2001. Nous avons alors vécu cette opportunité comme un privilège. Le chef de service, en nous ouvrant les portes de son unité, avait recommandé un premier temps d'observation. Aussi, avions-nous tout loisir de regarder.

Assise au milieu des couveuses, des parents et des soignants, face à la question des origines et devant le mystère de la conception, « l'angoisse aux yeux » (S.Freud) est apparue. Nous pouvions voir des corps qui auraient dû être à l'abri des regards pour des semaines encore. Confrontée à

**« l'énigmatique puissance de signification de ce qui aurait dû rester caché » (P.Fedida, 2000, p.67),**

l'excitation de voir est devenue angoisse, angoisse infantile d'avoir voulu voir et d'être vue voyante.

Le monde des couveuses, à la fois terrifiant et séduisant provoque le regard et fait naître un sentiment d'inquiétante étrangeté. Fascinée, immobile, le regard fixé sur les couveuses, nous nous sommes trouvée passive comme dans un rêve, affectée par le monde de la néonatalogie. Les services de réanimation néonatale re-présentent quelque chose de la scène primitive, donnent à voir ce qui aurait dû être caché. Ils re-présentent l'impossible et l'interdit.

Le discours objectivant de la médecine permet très rapidement de se raccrocher à un savoir qui vise à rendre intelligible l'univers des machines qui n'existe que dans le but de maintenir des êtres entre la vie et la mort. La tentation est grande de se laisser entraîner par ce discours et d'affiner nos représentations avec le savoir qui nous est donné. Pourtant il nous a semblé important d'accepter de ne pas comprendre, de ne pas savoir et de nous laisser imprégner par ce que nous éprouvions en néonatalogie. Le voir phénoménologique, développé dans la pensée de Merleau-Ponty

**« est non seulement anté prédictif mais en deçà de toute représentation » (J-B. Pontalis, 1977, p.73).**

Dans la rencontre clinique avec les femmes qui accouchent très prématurément, nous nous sommes essayée à une phénoménologie du regard. Aussi avons-nous posé

**« un regard qui ne s'approch(ait) pas seulement pour discerner et reconnaître, pour dénommer à tout prix ce qu'il saisis(sait) — mais qui, d'abord, s'éloig(nait) un peu et s'abstenaît de tout clarifier tout de suite. Quelque chose comme une attention flottante, une longue suspension du moment de conclure, où l'interprétation avait le temps de se déployer dans plusieurs dimensions, entre le visible saisi et l'épreuve vécue d'un dessaisissement » (G.Didi-Huberman, 1990, p.25). C'est le désir de voir qui rend visible. Et c'est bien ce désir de voir qui**

**était le moteur de notre démarche clinique. Voir ce qui se passait en ce monde-là, si mystérieux. Mais « parce que la scène primitive ne se donne jamais que comme énigme, masse fantasmatique qui submerge la capacité de traduire en mots » (S.Mellor-Picaut, 1980, p.112),**

le voir se prolonge en désir de savoir, désir de recherche qui investit et érotise une même dimension : l'énigmatique.

Et c'est bien l'énigme qui a alimenté notre désir de comprendre. Enigme de ces corps dans les couveuses, énigme de ces femmes regardant ces corps. Quelque chose d'une inflation de la transparence était là : nous pouvions voir à travers le corps fragile et transparent des bébés comme nous pouvons aujourd'hui voir à travers le corps des femmes, grâce à l'imagerie médicale.

Dans son texte *Le paradigme du féminin*, M.Schneider (2004a) souligne que chez S.Freud, le corps creux de la femme devient l'espace creux du psychisme. Dans la pensée de J.Lacan, il ne s'agit plus de creux mais de trou. Outre l'angoisse du vide inhérente au trou, le trou est ce à travers quoi on peut voir, quitte à buter sur ce qui est derrière, de l'autre côté.

Si le corps creux est rassurant, accueillant et peut assurer la nidation, et que ce creux-paroi, assure la butée du regard, la prématurité est comme une trouée dans la grossesse. Elle intervient dans le corps creux pour prolonger dans le regard le processus de gestation. Enfermé dans une logique du trou et du vide, le travail de figuration devient difficile.

Aussi cette question du regard a-t-elle travaillé toute notre recherche. Nous regardions des femmes regarder leur bébé prématuré. Et ces femmes rencontrées nous vivaient comme détenant un savoir sur ce voir-là. Et nous regardions ensemble le contenu du ventre maternel, le mystère dévoilé du dedans de la femme enceinte. Notre recherche témoigne de cette rencontre entre voir et savoir.

### ***L'impact traumatique***

Le corps étranger, le fœtus, une fois expulsé, et placé dans une couveuse vient effracter le psychisme de celui qui le regarde. Ainsi, depuis notre place de psychologue-rechercheure, nous devions abriter psychiquement et loger à l'intérieur de nous ce « corps étranger ».

Sensible à la dimension traumatique de l'expérience de la prématurité pour les femmes qui accouchent prématûrement, nous avons traité la question du traumatisme à partir des situations de répétitions d'accouchement prématué (G.Moulin, 2002). Nous en avons conclu que la répétition de l'accouchement prématué est une tentative de reprise d'élaboration du premier accouchement et une tentative de solution « bio-logique » du traumatisme (R.Roussillon, 1999).

Nous avons souhaité poursuivre cette réflexion en envisageant le premier puis le deuxième accouchement prématué comme succession d'après-couppovant donner sens à un événement qui, sans cela, serait resté en suspens : la grossesse elle-même. Dans sa conception de l'appareil psychique S.Freud pense le traumatisme comme une effraction et il souligne la nécessité de

**« protéger sa propre enceinte pour surveiller l'apparition éventuelle d'un étranger venant se loger à l'intérieur » (S.Freud cité par M.Schneider, Op.Cit., p.77).**

La grossesse impose à la femme de « baisser la garde » et de laisser survenir un étranger en elle, de le laisser s'installer. Aussi peut-on envisager la grossesse comme l'événement traumatique dont la prématurité n'est qu'un des effets d'après-coup.

Depuis une cinquantaine d'années, les recherches sur la grossesse et la vie psychique de la femme enceinte se multiplient montrant que l'expérience de la grossesse est tout à la fois psychique et somatique et qu'elle s'apparente à une « crise » importante dans le développement psychoaffectif de la femme. Ainsi comme le souligne M.Bydlowski (2001, p.42),

**« un champ d'étude nouveau a été (...) créé à la limite de l'espace intra-psychique (à l'intérieur même du psychisme de la jeune femme) et du domaine intersubjectif (entre sa propre subjectivité et celle, débutante, de son bébé). Dans ce moment de leur vie commune -la grossesse- l'enfant a un double statut. Il est présent à l'intérieur du corps de sa mère et de ses préoccupations mentales et pourtant il est absent de la réalité visible. Il est actuel et pourtant il n'est représentable que par des éléments du passé ».**

La grossesse fait en effet partie d'un processus d'auto-appropriation de soi et engage une reprise de l'histoire psychique du sujet. Pour la femme enceinte, le bébé qu'elle porte contient aussi quelque chose de sa propre mère. Cette dimension archaïque de la grossesse entraîne un retournement de la chaîne des générations et la répétition « autre » d'un lien qui a préexisté entre la mère et sa fille. Le lien interne avec le fœtus reprend quelque chose du lien avec la mère ou quelque chose de l'échec du lien. Qu'est-ce qui se rejoue de la relation de la mère avec son fœtus et son bébé et qu'est-ce qui se passe dans l'actuel avec son partenaire ?

Si la grossesse peut témoigner d'une construction interne d'un certain nombre de liens en fonction de l'organisation représentative inconsciente, qu'en est-il des grossesses « à rixes » pour reprendre le lapsus d'une femme rencontrée dans le cadre de notre recherche. Que vient révéler ou réveiller l'expérience de la grossesse pour les femmes qui accouchent très prématurément ? Peut-on comprendre cet avatar de la grossesse comme l'expression d'une faillite des représentations inconscientes et d'un lien qui a manqué à se constituer ? Comme le souligne J.-B.Pontalis (1971, p.49),

**« l'experiencing suppose une mobilité au sein du psychisme, soit, comme y insistent plusieurs auteurs anglo-saxons intéressés au problème de la créativité, une « dissociation » qui ne va pas jusqu'au clivage. A cette capacité de tolérer l'informe, doit s'ajouter une capacité d'élaboration qui demande une distance minimale, un certain jeu par rapport aux excitations externes et internes ».**

Aussi cette expérience de la grossesse mobilise-t-elle la femme sur le chemin de la régression, de l'informe et cette aventure peut faire peur et conduire à son évitement ou à son arrêt prématuré.

À partir des travaux existants sur la grossesse et de notre propre expérience auprès de femmes enceintes, nous avons posé la question de la maternité dans l'inconscient des femmes. Nous avons cherché à approcher cette énigme. Il nous a semblé pertinent de revenir aux phénomènes tels qu'ils se manifestent aux femmes enceintes : Que voient-elles ? Que sentent-elles ? À quoi rêvent-elles ? Quelle place accorder aux sensations fœtales pendant la grossesse ? Quel est le degré d'intrication entre image échographique et perception du fœtus ? Comment le suivi médical proposé aux femmes enceintes est-il perçu ?

Il nous est apparu que nous revenions toujours à la question du corps et à la place des éprouvés dans l'expérience de la grossesse. Aussi nous sommes-nous demandé si ce défaut d'expérience de la grossesse, la prématurité, avait à voir avec l'absence ou le trop

plein de sensations corporelles. Nous avons donc développé une approche dialectique des interrelations psyché-soma dans le processus de la grossesse et de ses avatars en nous efforçant de tenir compte des deux modes d'explications, biologique et psychique, sans les séparer.

Nous proposons donc d'étudier les enjeux intrapsychiques et intersubjectifs engagés dans la très grande prématûrité à partir d'une compréhension psychosomatique de l'expérience de la grossesse.

Précision méthodologique : notre démarche est *abductive*<sup>1</sup>. Nous sommes partie d'un constat : les femmes qui accouchent très prématûrement rencontrent leur bébé dans un univers technologique où la question du regard et de la transparence est centrale. Nous les avons très souvent entendu exprimer leur soulagement parce qu'elles pouvaient voir l'enfant. Il nous est apparu dans l'accompagnement de ces femmes que le travail d'élaboration autour de la naissance se faisait depuis l'acte de voir l'enfant dans la couveuse comme si elles avaient besoin de voir l'enfant pour se le représenter.

Notre travail consiste donc à interroger ce qui mobilise la vue et le toucher dans l'expérience de la grossesse. Nous développons ainsi la place du suivi médical, des échographies et des sensations fœtales au cours de la grossesse afin de voir si ces éléments occupent une place spécifique dans le vécu des femmes qui accouchent très prématûrement.

Notre travail se présente de la manière suivante : après avoir proposé une interprétation immédiate et sensible du phénomène de la prématûrité et précisé nos hypothèses, nous définissons le champ théorique dans lequel s'inscrit notre recherche.

Ensuite, nous présentons le dispositif de recherche qui a permis de mettre à l'épreuve nos hypothèses. Ce dispositif a été choisi afin d'explorer les vécus des femmes qui accouchent très prématûrement lorsqu'elles sont enceintes. Ainsi nous avons rencontré des femmes hospitalisées pour des menaces d'accouchement prématûré parmi lesquelles certaines sont allées au terme de leur grossesse et d'autres ont accouché très prématûrement. Nous avons également rencontré des femmes enceintes pour lesquelles la grossesse se déroulait sans problèmes somatiques nécessitant une prise en charge médicale.

Nous présenterons dans un troisième temps les résultats obtenus à travers ce dispositif. Nous exposerons quatre cas que nous jugeons représentatifs de l'ensemble de la population étudiée. Nous dégagerons alors, à travers l'analyse de la clinique, une tentative de compréhension des enjeux psychoaffectifs de la très grande prématûrité, que nous soumettrons à la discussion, avant de conclure.

<sup>1</sup> Comme le souligne M.Balat (1989), « nous devons à Peirce d'avoir indiqué un mode d'inférence particulier toujours corrélé à cette dimension acritique ou inconsciente. C'est l'*Abduction*. Celle-ci est le mode de production de l'hypothèse et constitue sa conclusion comme possible. Rappelons que les deux autres modes sont l'*Induction*, dont la conclusion, qui est une règle, est probable, et la *Déduction* dont la conclusion est certaine. Disons que la *Déduction*, d'une règle et d'un cas, infère une conclusion, que l'*Induction*, du cas et de la conclusion infère la règle, et que l'*Abduction*, de la conclusion et d'une règle, infère le cas. On peut remarquer aussi que la règle, dans le cas de l'*Abduction* est une sorte d'état limite d'une infinité de règles partielles qui remontent de la conclusion au cas. C'est dire que la règle, dans l'*Abduction*, est efficiente sans être pour cela critiquable sinon par une nouvelle inférence de type déductif ou inductif qui permettrait de valider l'hypothèse et de reconstituer, ou plutôt d'approcher, la règle. ».

## I- Problématique : La prématûrité envisagée sous l'angle de la somatisation

F.Ferraro et A.Nunziante (1985) décrivent la grossesse comme une expérience de fusion psychosomatique avec l'objet. L'implantation et la nidation de l'embryon à l'intérieur du ventre de la femme lui procure un sentiment psychosomatique de fusion totale avec l'objet. Cette expérience fusionnelle s'inscrit en premier lieu dans le corps qui tolère la nidation de l'embryon à l'intérieur de la paroi utérine. Une fois la période des éventuels vomissements et nausées dépassée, un sentiment de quiétude envahit la mère qui observe son ventre s'arrondir doucement. Le corps maternel devient ainsi un corps plein, un contenant à l'intérieur duquel se développe un enfant.

Pour ces auteurs, la grossesse est un moment de mise en acte de la pulsion fusionnelle primitive, « *remplissage de quelque chose qui s'est vidé à la naissance* » (Op.Cit., p.89). Le corps s'arrondit, se remplit, il devient plein, réactualisant ainsi l'identification au corps maternel archaïque et puissant. Le moteur de la procréation est, pour ces auteurs, le désir de restaurer la relation primaire, de nier le traumatisme de la séparation originale. La maternité, fantasme d'un « corps plein », mobilise les pulsions les plus archaïques.

**« La grossesse apparaît comme le paradigme de telles aventures : elle produit dans le corps et évoque dans les fantasmes l'histoire de fusion/séparation, base précoce de la première acquisition de l'identité individuelle » (p.54).**

Par la présence du fœtus en elle, la femme enceinte expérimente dans son corps l'altérité interne. Cet autre en soi que le sujet découvre et construit par le retrait de l'objet devient vivant et palpable. La grossesse le matérialise pour ainsi dire. La grossesse donne à (re)vivre l'expérience du « *seulement dedans, aussi dehors* » (C. et S. Botella, 1990). Aussi la façon dont le sujet a pu construire dans les premiers temps de sa vie la différenciation moi/non-moi et dedans/dehors est-elle réactivée par l'expérience de la grossesse. La grossesse entraîne un

**« processus de dilatation du Moi, au cours duquel l'indétermination première des frontières entre sujet et objet se retrouve » (M.de M'Uzan, 1994, p.98).**

Ainsi la grossesse ravive-t-elle chez la femme sa relation à l'objet primaire et la nécessité de distinguer progressivement un monde interne et un monde externe.

**« La « matière première » du psychisme, comme Freud l'appelle en 1900, la trace mnésique, celle à partir de laquelle le travail psychique va devoir s'effectuer, doit être conçue comme mêlant ce qui vient du-dedans (sensations, affects, motions pulsionnelles) et ce qui vient du-dehors (perception en provenance de l'objet et sensations et excitations « produites » par la rencontre avec l'objet) mais affecte le sujet de l'intérieur. À l'origine est la confusion représentative et perceptive moi/non-moi, le sujet est affecté globalement par ce qui se passe. C'est le fruit de l'élaboration psychique que de différencier progressivement ce qui, en fait, « objectivement » est lié à l'impact du-dehors et ce qui en fait « vient » du sujet, de sa réaction propre, de sa pulsionnalité propre. La différenciation dedans-dehors, ou moi-non moi, n'est pas une donne première, c'est une production issue de la complexification et de la construction de l'appareil psychique, production qui mobilise un ensemble de processus transitoires. C'est tout l'enjeu de la transitionnalité que de suspendre la nécessité de cette différenciation**

**jusqu'à ce qu'elle soit rendue possible par l'organisation progressive de la psyché » (R.Roussillon, 2001a, p.1382).**

En effet, comme l'a montré D.-W.Winnicott, la mère suffisamment bonne doit parvenir à maintenir pendant un certain temps l'illusion pour le bébé que le sein, c'est lui. Plus tard seulement, le bébé pourra construire l'idée qu'il a le sein et que de ce fait, il n'est pas le sein. La femme est enceinte avant d'avoir un bébé. On voit bien comment ce temps d'indifférenciation avec le fœtus remet en scène le processus d'illusion narcissique primaire et convoque ainsi la relation de chaque femme enceinte à l'objet primaire.

À la différence d'autres avatars de la grossesse tels que les fausses couches ou les problèmes de fertilité, la très grande prématureté intervient en aval du processus. Les retrouvailles avec l'objet primaire ont pu avoir lieu, la grossesse a pu s'installer.

L'apparition des mouvements foetaux, au cours du second trimestre de la grossesse, est parfois troublante car la mère doit apprendre à reconnaître, à l'intérieur de son ventre, des manifestations corporelles d'un corps qui n'est pas le sien et qu'elle ne peut pas contrôler. Les mouvements actifs du fœtus (frémissement, frôlement, attouchement) provoquent des sensations internes ambivalentes chez les femmes enceintes. Certaines se disent parfois gênées par ces manifestations, notamment au cours des rapports sexuels avec leur partenaire. D'autres ne retiennent que l'aspect douloureux des coups de pied dans les côtes.

Ces mouvements sont aussi les premiers signes d'individuation émis par le fœtus et ils inaugurent la séparation à venir, ce qui peut expliquer l'ambivalence qu'ils suscitent. **Cette seconde étape de la grossesse se caractérise par l'expérience de différenciation opérée par la femme entre elle et l'enfant. L'enfant pensé comme une partie du moi devient l'enfant-distinct, sujet à part entière, ce que B.Golse appelle le processus d'objectalisation.** Le fœtus, jusque-là objet purement interne devient un objet intérieur physique mais déjà psychiquement externalisé, ce qui se traduit cliniquement par l'infléchissement progressif de l'attention psychique de la mère du contenant (elle-même) au contenu (fœtus-nouveau-né).

B.Golse (2001b) formule l'hypothèse que ce qui forme le socle du mouvement graduel d'objectalisation au sein de la psyché maternelle, c'est cette bascule des processus d'attention maternelle du dedans vers le dehors, ce passage de la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire.

**« Ce mouvement qui est de l'ordre d'un gradient continu est jalonné par quatre étapes correspondant à des statuts différents de l'objet : objet purement interne, objet intérieur physique mais déjà psychiquement externalisé, objet externe physique (après l'accouchement) mais psychiquement encore internalisé (la mère est alors en relation avec son bébé grâce aux traces mnésiques profondément enfouies et massivement réactivées du bébé qu'elle a elle-même) et objet véritablement externe enfin (l'enfant devient un interlocuteur externe et qui a son correspondant interne au niveau des représentations mentales qui se rattachent à lui) ».**

Cette hypothèse soutenue par B.Golse nous a conduit à réfléchir à la mise en place du processus d'objectalisation du fœtus chez les femmes qui accouchent très prématûrement. Les perceptions foetales faciliteraient le travail de représentation du fœtus comme objet-distinct. Une recherche menée par D.Cupa, H.Deschamps-Riazuelo, F.Michel (2001) soutient que c'est à partir du moment où l'enfant se met à bouger (échange sensoriel) que les éprouvés maternels sont les plus riches. Au niveau des représentations, le toucher est,

avec le regard, un des sens les plus souvent évoqués par les mères pour s'imaginer en interaction avec leur enfant :

**« Il semble qu'avant de pouvoir s'imaginer son enfant, les mères aient besoin de l'éprouver » (p.36).**

D.Cupa et al. concluent que c'est ce repérage sensoriel qui permet à la mère de se représenter son enfant, de lui donner vie psychiquement. Ainsi le corps viendrait-il en étayage du discours représentationnel.

Une série de questions se pose alors :

Dans la clinique des femmes qui accouchent très prématurément, les sensations foetales sont perçues quelque temps avant que ne survienne la naissance prématurée. Ce qui nous a amenée à questionner la place des éprouvés sensoriels dans ces grossesses achevées prématurément. **Les mouvements fœtaux favorisent-ils nécessairement un travail de représentation et d'objectalisation du fœtus ? Qu'est-ce qui sous-tend ce travail de représentation ? Qu'est-ce qui peut l'entraver ? Le fait de sentir nettement et fréquemment le fœtus permet-il toujours de l'envisager comme un objet distinct ? Qu'est-ce qui est mobilisé à travers ces perceptions fœtales chez ces femmes ? L'accouchement est-il une recherche de solution inconsciente pour se débarrasser de ces perceptions ? Pouvons-nous envisager la très grande prématurité comme une « anti-auto-excitation » (M-L.Roux, 1993) visant à se débarrasser de la perception du fœtus in utero ?**

## II- Nos hypothèses de travail

Nos questionnements nous ont conduit à formuler les hypothèses suivantes :

### Hypothèse générale

Pendant la grossesse, l'enfant in utero fait revivre aux femmes enceintes l'expérience primaire de fusion/défusion avec leur propre mère. La grossesse est une expérience psychosomatique susceptible de réveiller la dimension traumatique de cette expérience originale de fusion/défusion. Elle peut générer un collapsus topique (C.Janin, 1996). Les somatisations qui jalonnent la grossesse ou qui la précèdent sont autant de tentatives de représentations de ce traumatisme primaire. En effet, non élaboré, le trauma se rejoue sur la scène de son inscription : le corps, la scène somatique. Le fœtus, assimilé à l'objet maternel archaïque (leur propre mère), devient l'objet d'une haine inconsciente adressée à la mère.

### 2-1- Première hypothèse :

D'un point de vue intrapsychique, la présence d'un autre en soi différent de soi est impensable, irreprésentable pour ces femmes et l'excitation produite par la présence du fœtus, la collusion entre réalité interne et réalité externe conduit à une somatisation. La naissance prématurée vise à rétablir l'équilibre psychosomatique de ces femmes. Elles sont contraintes de rétablir leur intégrité corporelle pour penser, pour se représenter par le « voir » l'objet-fœtus. La présence d'un autre au-dedans brouille les limites soi/autre et nécessite au plus vite, pour les femmes qui accouchent très prématurément, un rétablissement de ces

limites. Ainsi l'expulsion prématûrée du fœtus viserait le rétablissement d'un espace qui leur permette de se différencier de l'autre et de se retrouver elles-mêmes. Elles accoucheiraient afin de suspendre la violence traumatique inhérente au surgissement du non-moi dans le moi. Elles n'auraient plus la possibilité de constituer sur le plan psychique « l'épreuve de réalité ».

## **2-2- Deuxième hypothèse :**

---

De cette première hypothèse découle une seconde hypothèse concernant la construction d'un objet interne chez ces femmes. La disjonction entre le moi et ce qui dans le soi représente l'autre n'est pas suffisamment élaborée et la prématûrité permet d'opérer cette disjonction, impossible à traiter psychiquement par ces femmes. La construction chez ces femmes de l'objet interne est défaillante du fait d'une relation parentale à l'objet primaire maternel. L'objet primaire maternel n'a pas joué son rôle structurant dans sa présence, son mode d'être, sa continuité, altérant alors le processus de la différenciation intrapsychique. Les carences dans le lien avec l'objet primaire ont conduit ces femmes à effectuer une différenciation trop précoce du Moi (mauvais accordage).

La construction de ces hypothèses s'appuie sur des données théoriques plus générales qui relèvent du champ de la psychopathologie périnatale dans lequel s'inscrit notre recherche et que nous présentons dans la partie suivante.

# Première partie : État de la question

## I- La psychopathologie périnatale

### 1-1- Esquisse historique

La psychiatrie périnatale est une discipline fondée sur l'interdisciplinarité qui réunit la psychiatrie de l'enfant, la gynécologie-obstétrique, la pédiatrie, la néonatalogie, les services sociaux etc... La psychiatrie périnatale a vu le jour dans les années cinquante en Angleterre, avec la première hospitalisation mère-bébé organisée par le psychiatre et psychanalyste M.Main. En 1959, une première unité d'hospitalisation mère-bébé est créée au Banstead Hospital, à l'initiative de psychiatres d'adultes. Les psychiatres affirment alors leur volonté de ne plus séparer les femmes de leur enfant lorsqu'elles sont soignées pour des troubles psychiatriques. Des études comparatives viendront assez vite confirmer les effets positifs de ces hospitalisations mère-enfant pour le devenir de la dyade. A.Baker (1961) dans les années soixante compare l'évolution de vingt femmes diagnostiquées schizophrènes hospitalisées avec leur enfant et vingt autres hospitalisées sans leurs enfants. Les femmes hospitalisées avec leur enfant ont une durée moyenne d'hospitalisation plus courte et les rechutes dans ce groupe à six mois, sont moins importantes. Aucune de ces femmes n'a été contrainte de se séparer de son enfant par la suite.

En France, l'étude des troubles périnataux, initiée par J.-E.Esquirol et L.Marcé (1858) a été longtemps délaissée. Dans les années 1950-60, P.C .Racamier réalise les premières hospitalisations ponctuelles conjointes mère/bébé à l'hôpital psychiatrique. Il faut toutefois attendre 1979 pour qu'une première unité d'hospitalisation mère-bébé s'ouvre en France. Aujourd'hui on en compte une quinzaine, pour la plupart installées dans des hôpitaux psychiatriques. Ces unités mères-bébés ont été créées dans le but de préserver l'enfant de vécus trop violents liés à la discontinuité de la présence maternelle tant physique que psychique et également pour permettre aux femmes en difficulté de devenir mère dans un cadre étayant et réassurant. Ces unités peuvent avoir une visée curative, dans le cas notamment des psychose puerpérales, mais aussi préventive lorsque la mère présente, entre autres exemples, des antécédents de troubles bipolaires.

Si la psychiatrie périnatale s'est tout d'abord forgée autour de la clinique des troubles psychopathologiques sévères, elle s'est depuis ouverte à la diversité des dysfonctionnements de la parentalité, en s'étayant sur les expériences des professionnels, psychologues ou psychanalystes, sur les terrains de la maternité, la pédiatrie ou la néonatalogie et aussi au regard des données fournies par la psychanalyse sur le suivi des femmes enceintes et sur la première enfance. Depuis les années 90, l'intérêt pour les troubles de la parentalité ne fait que croître.

La psychopathologie périnatale est ainsi au carrefour entre la psychopathologie maternelle (avec les travaux de G.L.Bibring, D.W.Winnicott, P.-C.Racamier) et la psychopathologie quotidienne de la femme enceinte (M.Bydlowski).

Dans la préface du livre de S.Missonnier (2003), B.Golse (p.10) définit la psychopathologie périnatale comme allant

**« approximativement, de la conception jusqu'au douzième ou dix-huitième mois de la vie de l'enfant. (...) Elle se trouve ainsi beaucoup plus étendue que la périnatalité des pédiatres qui ne concerne, elle, que les quelques semaines de part et d'autre de la naissance de l'enfant ». Elle « est centrée sur les multiples avatars du « naître humain » et du « devenir parent ».**

## 1-2- Des concepts clés

De nombreuses recherches ont montré que la grossesse produit d'importants remaniements psychiques chez les femmes enceintes. Plusieurs concepts sont nés de l'expérience clinique de la psychopathologie périnatale. S'ils permettent d'éclairer les spécificités de certaines pathologies psychiatriques qui surviennent dans le déroulement d'une grossesse, à la naissance ou dans les premiers mois de vie de l'enfant, ces concepts rappellent aussi que la grossesse est l'occasion d'un fonctionnement psychique très particulier dont il faut tenir compte lorsque nous rencontrons des femmes enceintes.

Nous avons choisi de présenter ces concepts en respectant la chronologie dans laquelle ils s'inscrivent dans l'histoire de la psychanalyse.

### 1-2-1- La préoccupation maternelle primaire

**« Cet état organisé (qui serait une maladie, n'était la grossesse), pourrait être comparé à un état de repli, ou à un état de dissociation, ou à une fugue, ou même encore à un trouble plus profond, tel qu'un épisode schizoïde au cours duquel un des aspects de la personnalité prend temporairement le dessus » (D.-W.Winnicott, 1956, p.287)**

D.-W.Winnicott (1956), psychanalyste anglais, a introduit le terme de « **préoccupation maternelle primaire** » afin de décrire l'état particulier de la femme au moment de sa grossesse et dans les premiers mois de vie de l'enfant et qui correspond à une identification régressive de la mère à son bébé. Selon D.-W.Winnicott, cet état ne s'établit pas de façon systématique : certaines femmes ne parviennent pas à le laisser s'installer en elles, ou ne le peuvent que pour certains de leurs enfants. Il s'agit d'un état de repli, de dissociation, un véritable épisode schizoïde au cours duquel un des aspects de la personnalité de la mère prend le dessus et que D.-W.Winnicott qualifie « *d'état psychiatrique normal* ». La mère considère son enfant comme son prolongement narcissique et entretient avec lui un lien fusionnel qui lui permet d'interpréter, à sa manière, ses états de détresse et ses besoins.

### 1-2-2- La maternalité

P.-C.Racamier (1961), psychiatre et psychanalyste français a montré comment le processus de parentalité se mettait en place dès que le projet d'enfant était formulé et jusqu'aux premières interactions avec l'enfant. Il a employé le terme de « **maternalité** » pour décrire l'état très particulier de la femme enceinte, état qu'il rapprochait de certaines modalités psychotiques. Le terme de maternalité définit

**« l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme lors de la maternité » (p.532).**

Il s'appuie alors sur les travaux de G.L.Bibring (1959, 1961) et T.Benedek (1959), psychanalystes anglo-saxons, qui ont montré que la grossesse était une phase de remaniements identificatoires importants, comparable à une « crise d'identité ». Selon

G.L.Bibring, les changements inhérents à la première grossesse sont comparables aux changements relatifs à la puberté et à la ménopause et nécessitent un réajustement global de la personnalité.

### 1-2-3- La constellation maternelle

D.Stern (1997, p.223) a parlé plus récemment de « **constellation maternelle** » pour décrire des comportements, des fantasmes, des peurs, des désirs, spécifiques de la femme venant de mettre au monde un enfant. La

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

### 1-2-4- La transparence psychique

M.Bydlowsky (1997) qualifie de « **transparence psychique** » l'état relationnel particulier de la femme enceinte. Elle constate que pendant la grossesse, la barrière du refoulement est beaucoup moins forte et que fantasmes et affects sont plus accessibles à la conscience. Le fonctionnement psychique de la femme enceinte est

*« marqué par un surinvestissement de son histoire personnelle et de ses conflits infantiles avec une plasticité importante des représentations mentales centrées sur une indéniable polarisation narcissique » (B.Golse et M.Bydlowski, document internet).*

La transparence psychique se caractérise par

*« un appel à l'aide permanent à l'égard des référents conditionnans une grande aptitude au transfert » (M.Bydlowski, Op.Cit, p.92).*

On observe en effet chez la femme enceinte une spontanéité à parler d'elle-même et une grande facilité à laisser émerger l'inconscient. Pendant la grossesse, une fusion/confusion s'installe entre le « moi-bébé » et le bébé à l'intérieur du ventre faisant vivre à la femme enceinte une intense situation narcissique régressive. Pour B.Golse, la période de transparence psychique correspond à une période où le bébé ou futur bébé possède certes déjà une certaine concrétude mais où il n'a pas encore pour la mère le statut d'un objet externe repérable. Selon lui, ce statut ne s'installera qu'avec l'accouchement.

*« Cet enfant réel a bien son correspondant imaginaire, fantasmé, narcissique et mythique mais surtout, (...), en tant qu'objet encore intérieur, il réactive le petit enfant que la mère a elle-même été ou qu'elle croit avoir été et qui était jusque-là demeuré enfoui tout au fond de sa psyché » (Document internet, Op.Cit).*

Ainsi, le concept de transparence psychique renvoie-t-il à la dimension processuelle de la grossesse. À l'origine d'un mouvement régressif, la grossesse réactive chez la future mère l'enfant qu'elle a été et mobilise des représentations préconscientes et inconscientes qui vont alimenter les rêveries autour de l'enfant à naître.

### 1-2-5- Les représentations maternelles pendant la grossesse

---

**« Le Bébé Imaginaire est tout sauf un bébé : il n'est qu'un objet, de notre imagination, de nos fantasmes, qui trône à jamais dans le petit musée de nos désirs infantiles et s'assure, au tableau des merveilles de notre narcissisme, une des toutes premières places » (P.Ben Soussan, 1999, p.29).**

Dans une conception psychanalytique, la représentation renvoie à la fois au processus de pensée et à l'inscription de traces mnésiques. Les représentations pendant la grossesse sont des scénarios qui mettent en jeu des traces mnésiques non accessibles à la conscience. Les représentations parentales ne constituent pas de simples "images mentales" de l'enfant mais elles plongent leurs racines dans les fantasmes inconscients, eux-mêmes reliés à la propre sexualité infantile des parents. La représentation renvoie également à la construction et à la formation d'images. Ainsi bien avant que d'être vu à l'échographie, le bébé est déjà dans une problématique d'images parentales.

Dans notre recherche, nous nous sommes intéressées aux rêveries des femmes enceintes, que nous considérons, à la suite de S.Freud comme équivalente au fantasme conscient. F.Guignard (1985) envisage

**« la capacité de rêverie... comme occupant le lieu topique du préconscient... une fonction par excellence du système préconscient ».**

Ainsi comprise, la rêverie préconsciente peut, théoriquement, être le lieu d'expression, sous forme déguisée, d'un désir refoulé et, par conséquent, représenter un bon outil pour dévoiler l'inconscient.

Pour certains auteurs (P.Aulagnier, 1975, D.Cupa, 2001), l'enfant n'est pas représentable jusqu'à l'accouchement. D.Cupa parle de représentation anticipatrice :

**« la représentation anticipatrice invente une représentabilité pour un secteur de la réalité psychique qui en est dépourvue » (p.33).**

Dans la suite des travaux de M.Soulé (1983) et S.Lebovici (1994), D.Cupa (2001, p.31) envisage le bébé imaginé comme

**«représentation anticipatrice constituée par des énoncés qui témoignent des souhaits parentaux concernant le nourrisson et aboutissent à une série de représentations qui figurent et identifient l'enfant ainsi que l'univers relationnel et affectif dans lequel le parent l'inscrit ».**

D.-W.Winnicott (1947) rappelle que « l'enfant n'est pas la conception mentale de la mère ». Ce que l'arrivée du bébé va provoquer chez ses parents est incontrôlable et ne coïncide pas en tout et pour tout avec la programmation consciente.

### 1-2-5-1- Le bébé imaginé

Les travaux de M.Soulé (1983) et S.Lebovici (1994) sur le bébé imaginé ont mis en évidence quatre catégories de représentations : le bébé imaginaire, le bébé fantasmatique, le bébé mythe et le bébé narcissique, déjà évoqué par S.Freud en 1914 avec sa célèbre formule : « His majesty the baby ».

**Le bébé imaginaire** est porteur de l'histoire transgénérationnelle, faite d'éléments de l'histoire des parents mais aussi des grands-parents. Les parents transmettent à l'enfant des contenus conscients, préconscients ou inconscients, ils transmettent aussi des valeurs familiales, un système culturel. Pour M.Soulé (1983), le bébé imaginaire est le fruit du désir oedipien.

Pour S.Lebovici, le bébé imaginaire est celui des rêveries maternelles auxquelles se rattachent des représentations simples (sexes, corps, caractère, affects, valeurs).

Notre recherche nous a permis d'accéder aux représentations simples de l'enfant imaginaire, comme en témoignent les propos de ces femmes enceintes :

**« Ça change suivant le sexe. Je l'imagine pas très gros. Mon premier faisait 2,6 kg. Peu de cheveux et une tête toute ronde... » « Alors déjà, vu qu'on sait pas le sexe, j'imagine souvent une fille...mais ça change. Au début je pensais une fille, après un garçon, là, plus une fille, ça évolue dans la grossesse ».**

Selon D.Cupa, L.Valdes, I.Abadie., M.Pineiro., A.Lazartigues., (1992), deux types de représentations se rattacheraient au bébé imaginaire : les représentations simples et les représentations d'interactions, c'est-à-dire les fantasmes concernant les rapports entre la mère et l'enfant, le père et l'enfant, l'enfant et son environnement etc...

**Le bébé fantasmique** serait le produit de désirs anciens. Il naît très tôt dans l'inconscient maternel, c'est le bébé des fantasmes inconscients. Ce sont les mêmes représentations qui sont mobilisées mais sur un registre inconscient.

**Le bébé mythique** fait appel à des représentations préconscientes ou inconscientes sur la filiation, le transgénérationnel. Les propos de **madame B** rencontrée au cours de notre recherche en témoignent :

**« Une fille. Pour l'instant, je l'imagine pas. Je souhaite qu'elle ait pas mes cheveux...et puis l'histoire du bec de lièvre. Après plus tard, on est tous les deux costauds. Le régime m'angoisse un peu. Je veux pas qu'elle ait l'adolescence qu'on a eue. Pour plus tard, y'a deux-trois trucs que je veux pas qu'elle vive mais bébé, ça m'est égal. Mon mari, ça le traumatiser pas ».**

**Le bébé narcissique** « est l'enfant supposé tout accomplir, tout réparer, tout combler ».

Lorsque le bébé naît, il est appréhendé par le filtre du bébé imaginé. Le bébé imaginé s'oppose et se superpose au bébé réel et constitue une double représentation chez la mère que D.Cupa et al. (Op.Cit., p.49) ont appelé le « bébé construit ». Les représentations parentales ne sont pas figées et lors de la rencontre du bébé imaginaire avec le bébé réel, ces représentations s'élaborent et se transforment.

Un intérêt particulier a été porté par M.Ammaniti, R.Tambelli, P.Peruccini, (2000) à cette évolution des représentations pendant la grossesse et après l'arrivée du bébé. Selon ces derniers auteurs, entre les quatrième et septième mois de la grossesse, les représentations concernant l'enfant imaginaire et fantasmique s'enrichiraient et se préciseraient, puis, à l'approche de la naissance, alors que le foetus donne des signes de plus en plus évidents de sa présence, ces représentations deviendraient plus vagues, c'est-à-dire plus ouvertes à l'accueil de l'enfant réel (ce qui laisse augurer du problème posé par la naissance prématurée).

D'après les travaux de J.Raphael-Leff (1980), des représentations assez définies de l'enfant à naître apparaîtraient dès le deuxième trimestre de la grossesse. Il divise la grossesse en trois périodes assimilées aux phases d'individuation-séparation décrites par M.Mahler (1975). La première phase de la grossesse correspondrait à la phase autistique normale, à l'union symbiotique de la mère et de son bébé. La deuxième phase correspondrait à la perception et l'individuation du foetus dans l'esprit de la mère. Celle-ci doit reconnaître la différence entre elle-même et son enfant. Et enfin la dernière phase est

celle de l'accouchement et de la naissance qui conduit à un rapprochement de la mère et du nourrisson.

Selon D.Stern (1989), la femme enceinte commencerait à envisager des caractéristiques physiques et psychologiques à son bébé seulement à partir du 3<sup>ème</sup> mois lorsque les risques de fausses couches sont éloignés. Le ressenti des mouvements fœtaux participerait à la construction du bébé imaginaire. Afin de se préparer à l'arrivée du bébé réel et éviter une trop grande déception, les fantaisies maternelles, les désirs de la femme enceinte concernant son bébé déclinerait progressivement.

**Toutes les recherches citées précédemment soulignent qu'aux alentours du 7<sup>ème</sup> mois, les représentations de la femme enceinte concernant le fœtus changent. Aussi l'entrée dans le dernier trimestre de la grossesse correspondrait-elle à une modification des représentations maternelles. La très grande prémature viendrait-elle donc en lieu et place des représentations maternelles ? C'est ce que nous tenterons d'éclaircir tout au long de ce travail.**

L'ensemble de ces concepts qui fondent la psychopathologie périnatale permet de rendre compte du fonctionnement psychique spécifique à la période périnatale et également du processus de parentalité, du devenir parents.

En réanimation néonatale, l'environnement technique et l'environnement parental se créent conjointement, aussi, comme le soulignent E.Batista Pinto, S.Graham, B.Igert, L.Solis-Ponton (2002, p.294), la pratique de la parentalité se développe dans un contexte émotionnel et matériel très particulier :

**« [...] la parentalité d'un enfant prématué est différente, spécialement au début de la vie de la parentalité d'un enfant à terme, et y figure toujours l'influence de facteurs provenant de l'enfant, associés à d'autres facteurs provenant des parents. L'enfant parentalise ses parents pour reprendre l'expression de Lebovici (1999) ».**

### 1-2-6- La parentalité

**« Au fond, ce que veut souligner le concept de parentalité, c'est qu'il ne suffit ni d'être géniteur, ni d'être désigné comme parent pour en remplir toutes les conditions, encore faut-il « devenir parent », ce qui se fait à travers un processus complexe impliquant des niveaux conscients et inconscients du fonctionnement mental ». (D.Houzel, 2002, p.62)**

Le terme de parentalité est un mot récent dans le champ de la psychiatrie. Il a été introduit par R.Clément en 1985 à l'occasion d'un article paru dans la revue *Le groupe familial*. La parentalité est un processus au cœur de la périnatalité psychique et qui s'amorce avec le désir d'enfant.

#### La parentalité

**« n'est pas une instance de la personnalité, mais plutôt un secteur de fonctionnement de celle-ci ; elle est à rapprocher du concept de relation d'objet, dont elle constitue un sous-ensemble particulier et essentiel : à savoir la relation d'objet à l'enfant, que celui-ci soit imaginaire ou réel » (S.Stoléru, 1998).**

D.Houzel dégage trois dimensions de la parentalité, étroitement imbriquées les unes aux autres : l'exercice de la parentalité, l'expérience et la pratique de la parentalité. Selon

D.Houzel (*Op.Cit*), ce qui définit l'**exercice de la parentalité** dans nos sociétés de droit écrit sont les aspects juridiques de la parenté et de la filiation. Les liens sociaux sont régis par des règles de transmission, avec des liens complexes d'appartenance, d'alliance et de filiation.

L'**expérience de la parentalité** correspond aux vécus subjectifs, dans leur dimension consciente mais également inconsciente, liés à l'expérience du devenir parents. Cette expérience de la parentalité est étroitement en lien avec le désir d'enfant qui l'a inaugurée et « *le processus de transition vers la parentalité , la parentification* » (p.66).

Quant à la **pratique de la parentalité**, elle concerne tous les soins parentaux apportés à l'enfant, soins tout autant physiques que psychiques.

Les « nouvelles » formes d'accès à la parentalité qui se développent aujourd'hui avec les techniques médicales interrogent le lien entre la parentalité et le biologique. La mise en avant et la défense du lien biologique peut rapidement conduire à une désymbolisation du lien parental. Lorsque le devenir-parent se trouve en défaut d'appui sur l'expérience du corps, faut-il considérer que la parentalisation se trouve fragilisée, tant au plan intrapsychique qu'intersubjectif ? L'appel à un tiers médical et/ou social pour accéder au devenir-parent comporte-t-il un risque de fragilisation ? Comment penser un lien à l'enfant qui soit parental sans être biologique ?

Les couples rencontrés dans les unités de néonatalogie ont souvent fait appel à des techniques reproductive spécifiques (c'est le cas pour une partie de notre échantillon). L'augmentation du taux de prématureté est en partie liée au développement de ces nouvelles techniques. Le taux de prématureté est cinq fois plus élevé chez les enfants issus de la procréation médicalement assistée (PMA) que dans la population générale (M.Dehan,1994).

La conception de l'enfant, assistée par le médecin ou à laquelle le médecin assiste, évoque une scène primitive non plus à deux mais à trois. Dans quelle mesure cette médicalisation de la conception influence-t-elle la dynamique du couple et comment se traduit-elle dans la relation parent-enfant imaginaire et/ou réel ?

Si notre travail de recherche n'aborde pas spécifiquement ces questions, il interroge toutefois le devenir-parent dans son rapport au tiers médical. Dans le cas des naissances prématurées, le biologique fait défaut et constraint les parents à faire appel à la médecine. Si les médecins n'interviennent pas dans la conception de l'enfant, la vie de l'enfant dépend de leurs soins et les parents attendent que les médecins décident du retour à domicile de leur enfant.

Aussi la néonatalogie, en se développant, donne-t-elle à réfléchir à la construction d'une parentalité singulière, au sein d'un univers hautement technologique en présence de soignants et avec une incertitude permanente sur le devenir de l'enfant.

### 1-3- Le désir d'enfant

---

Questionner ce qui fait advenir père ou mère revient à questionner le désir qui sous-tend la reproduction dans l'espèce humaine. Comment l'ontogenèse récapitule-t-elle la phylogénèse ? Pourquoi fait-on des enfants ? De quoi relève le désir d'enfant ? Quel est son rôle ou sa place dans la construction de la parentalité ? L'expression du désir d'enfant est souvent réduite à l'évocation de conditions matérielles qui expliqueraient la réalisation de ce désir. Ainsi l'âge, la situation professionnelle sont souvent mis en avant pour parler du désir d'enfant. Pourtant, comme le rappelle M.Bydlowski (1989, p.57),

**« Le désir d'enfant peut être entendu comme le lieu de passage d'un désir absolu. Ce qui est désiré, ce n'est pas un enfant, c'est le désir d'enfant (désir d'enfance), réalisation d'un souhait infantile ».**

Est-ce à dire que le désir d'enfant questionne trop intensément notre propre origine, notre propre naissance ? De quel désir sommes-nous nés nous-mêmes ? Qu'est-ce qui a conduit nos parents à devenir parents ? Qu'est-ce qui fait qu'une femme désire être mère et comment passe-t-elle, selon une formule de P-L.Assoun de « ma mère » à « moi-même » ? Pourquoi et comment se forme le « vouloir devenir-mère » ?

Le désir d'enfant est un mélange complexe: désir d'amour, de transmission, de lutte contre sa propre mort. Le désir naît du manque. Aussi le désir d'enfant n'est-il jamais saturé par l'enfant lui-même. Ainsi que le souligne M.Bydlowski (1989, p.60),

**« le désir inconscient maternel ne se satisfait complètement d aucun enfant vivant ».**

En Afrique Noire, il n'y a pas de naissance sans mort. La mort peut toucher la mère au moment de l'accouchement (mort temporaire), ou alors le placenta qui est l'objet de beaucoup d'attentions parce qu'il est le double mort de l'enfant vivant. Les rites autour du placenta indiquent que

**« tout enfant vivant connote un enfant mort au désir de sa mère » (Idem, p.60).**

L'enfant du désir demeure inlassablement.

**« Le désir traduit un élan, une projection, un manque : l'enfant est à la fois l' « objet » capable de recevoir cet élan, de réaliser cette projection, de combler ce manque, et le « sujet » capable d'engendrer à son tour de nouveaux élans, des projections nouvelles, des manques ultérieurs » (M.Marzano, 2004, p.174).**

S.Freud (1925, p.130) associe le désir d'enfant au désir de la fille d'obtenir le pénis du père. Pour S.Freud la petite fille

**« renonce au désir du pénis pour le remplacer par le désir d'un enfant et, dans ce dessein, elle prend le père comme objet d'amour ».**

Il y a donc dans la proposition de S.Freud, l'idée que toute grossesse participe d'un désir incestueux inconscient. Mais quelques années plus tard, dans son texte intitulé *La sexualité féminine* (1931), S.Freud (p.140) donnera de l'importance aux liens qui unissent une mère et sa fille. Il écrira que ce lien influence la sexualité féminine et qu'il est difficilement analysable,

**« blanchi par les ans, semblable à une ombre à peine capable de revivre, comme s'il avait été soumis à un refoulement particulièrement inexorable »,**

et que l'attitude hostile des filles envers leurs mères

**« n'est pas une conséquence de la rivalité du complexe d'oedipe ; (mais qu')elle provient, au contraire, de la phase précédente (...) » (p.144)**

Lors de la grossesse écrit S.Freud,

**« la relation charnelle sensuelle est réactivée sous la forme d'une identification à la mère »**

et en même temps des motions plus hostiles réapparaissent. Ainsi que le souligne C.Squires (2003, p.121),

**« l'investissement narcissique de la grossesse centré sur le corps, les limites de la peau, les soins, contribuent au retour des origines, de l'archaïque. Cette**

***reviviscence d'un lien obscurci par l'Œdipe est l'occasion d'un travail de détachement ».***

Aussi la grossesse comporte-t-elle également un versant homosexuel. De nombreux auteurs ont mis en évidence les enjeux identificatoires et les investissements libidinaux liés au processus de grossesse. S'engager sur la voie du « devenir-mère » suppose un mouvement d'identification ou de contre-identification à sa propre mère.

Pour M.Bydlowski (1997), être enceinte, c'est reconnaître sa propre mère à l'intérieur de soi et s'acquitter d'une dette à l'égard de sa mère. Ce qui suppose de parvenir à s'identifier à la mère toute-puissante aussi enviée que haïe tout en parvenant à la penser suffisamment faible pour pouvoir prendre sa place.

Pour C.Squires (2003, p.121),

***« la fille devenant mère revivrait sous une forme inversée le lien à la mère, à rebours de la dynamique qui l'avait conduite à se tourner vers son père ».***

Pour M.Klein, la rivalité avec la mère ne naît pas de l'amour pour le père mais bien de l'envie à l'égard de la mère qui posséderait « à la fois le père et le pénis ».

Dans ses recherches sur la stérilité féminine, S.Faure-Pragier (2000) note la récurrence d'éléments transgénérationnels dans les situations d'infertilité. Selon elle, l'inconception implique plusieurs générations de femmes :

***« (...) l'imago maternelle archaïque occupe l'espace psychique et empêche la fille de s'identifier elle-même à une maternité qui l'aliène et qu'elle a besoin d'attaquer pour se sentir relativement indépendante ».***

Chez les femmes infécondes, la relation à la mère domine les entretiens. L'enfant est désiré pour satisfaire leur propre mère, tout en étant inconsciemment redouté comme pouvant les détruire. S.Faure-Pragier observe que dans le psychisme des femmes qu'elle rencontre pour des problèmes d'infertilité,

***« le père occupe souvent une place marginale. Il ne serait qu'un simple instrument de conception pour la mère ».***

Il est déprécié dans le discours, vécu comme absent, indifférent au sort de ses enfants. Aussi, la configuration oedipienne n'est-elle pas au premier plan, le père ayant manqué à instaurer l'ordre des générations, c'est de la mère que la fille veut un enfant, même s'il est attendu comme celui qui pourrait enfin les séparer.

***« Le père ou plutôt ce à quoi il est réduit, n'est qu'une possession de la mère » (J.Kristeva, 2000, p.193).***

Parfois, le désir d'enfant est aussi « *désir narcissique de fusion létale* » comme l'écrit J.Kristeva (1987, p.101) en citant le cas d'une patiente, Isabelle, qui décide d'avoir un enfant «*au moment le plus sombre d'une période dépressive* ». Dès le moment où elle attend cet enfant, l'angoisse de malformations du foetus, angoisse très courante chez les femmes enceintes, devientchez elle «*d'un paroxysme suicidaire* ».

***« Elle imaginait que son bébé mourait au cours de l'accouchement ou bien naissait avec un grave défaut congénital. Elle le tuait alors, avant de se donner la mort, mère et enfant se retrouvant de nouveau réunis, inséparables dans la mort comme dans la grossesse. La naissance tant souhaitée se transformait en enterrement, et l'image de ses funérailles exaltait la patiente, comme si elle n'avait désiré son enfant que pour la mort. Elle accouchait pour la mort. L'arrêt brutal de la vie qu'elle se préparait à donner, ainsi que la sienne propre, était***

**destiné à lui épargner tout souci, à la soulager des ennuis de l'existence. La naissance détruisait avenir et projet ».**

Ainsi désirer un enfant et prendre le risque de devenir parent, c'est toujours prendre le risque de réveiller

**« des conflits de séparations de « l'évolution libidinale » (Benedek, 1959), individuelle de chacun des parents » (S.Missonnier, 2003a, p.22).**

Nous nous attacherons tout au long de ce travail à comprendre l'impact de ces résurgences sur le désir d'enfant, sur sa conception et sur la grossesse elle-même.

## **1-4- La grossesse : unité psychosomatique**

---

La grossesse est un événement bien étrange. Elle

**« constitue pour les biologistes un paradoxe immunologique : c'est la seule greffe semi-allogénique rejetée seulement après neuf mois » (M.Soulé, 1999a, p.59).**

Ce qui signifie que l'expulsion du fœtus au terme de neuf mois est extraordinaire car d'après les lois de la biologie, l'implantation et la nidation de l'œuf dans la paroi utérine ne devraient pas être possible. Le système immunitaire de la mère est potentiellement hostile au fœtus. Tout se joue dans cette potentialité que choisit ou non d'exprimer le corps de la mère envers l'embryon, dévoilant le degré de tolérance de la mère aux mutations somato-psychiques inhérentes à la grossesse.

**« Précisément il est un seuil à partir duquel la disproportion entre les besoins fœtaux et le métabolisme maternel mènent à un conflit d'intérêt sur le plan organique. Certains font par exemple l'hypothèse que la pré-éclampsie serait issue d'un déséquilibre entre les besoins de la grossesse (en particulier en substances mobilisées pour la croissance du gros cerveau humain) et les limites de l'organisme maternel » (L.Rogiers, 2003, p.284)**

D'un point de vue biologique, l'enfant est un parasite pour le corps maternel. Comment comprendre le fait que ce parasite se transforme pour la mère en hôte choyé ?

**« Métaphoriquement, on pourrait dire que, pour être toléré (aimé), le fœtus doit d'abord être reconnu comme différent donc comme étranger. Cette reconnaissance se fait par la production de défenses à visée destructrice. De manière analogue, on sait que pour Freud « l'objet est connu dans la haine ». C'est en le rejetant qu'on prend conscience de son identité, de son altérité. La métaphore immunitaire donne une figuration « aux pathologies du lien » (S.Faure-Pradier, 1997, p.175).**

Plus qu'une métaphore, les réactions immunitaires sont l'expression d'interrelations entre le corps et la psyché. Pour que la grossesse se déroule normalement, il faut que le fœtus dispose d'un système de protection très particulier, à l'intérieur duquel le placenta, organe temporaire, inséré dans l'utérus, envoie des messages de non-agression au corps de la mère. Le placenta joue le rôle de médiateur, de pare-excitation, de protection. Selon J.Clerget (2002 p.10), le placenta, dans ses vertus métaphoriques est

**« une véritable force d'interposition (qui) s'oppose à l'indistinction de la mère et de l'enfant »**

Pour B.This (1989, p.109), le placenta est

**« gênant parce qu'il fait barrière entre la mère et l'enfant, s'opposant au fantasme unaire ».**

Barrière immunologique, il est aussi un lieu d'échange entre la mère et son enfant. La défaillance du système placentaire, qui ne parvient plus à protéger le fœtus des attaques provenant du psychosoma de la mère est à interroger d'un point de vue psychosomatique, dans ce qu'elle dit de la tension des relations entre le corps de l'enfant et le psychosoma de la mère et de leur difficulté à se rencontrer sur un terrain pacifié. Ainsi que le soulignent M.Soulé et M.-J.Soubieux (2004 , p.312),

**«le fœtus en effet peut mourir de l'action léthale du corps maternel, mais inversement la mère peut souffrir ou mourir de l'action toxique fœtale ».**

Comme l'a très bien montré S.Faure-Pragier (Op.Cit, p.175) dans son travail sur les stérilités féminines, il est bien difficile de discerner le point de départ d'une inconception. Le corps et le psychisme sont si étroitement intriqués qu'il est nécessaire de les penser dans un mouvement circulaire : ils produisent les deux aspects d'une même réaction. Pourquoi le corps n'accepte-t-il pas, dans certains cas (fausses couches à répétition, inconception), la grossesse ? Qu'est-ce qui permet le passage de l'embryon vécu comme un corps étranger à celui de l'embryon pensé et aimé comme l'enfant idéal ?

Par ailleurs, lorsqu'une grossesse s'installe, cela ne signifie pas pour autant l'exclusion d'incidents somatiques au cours de son déroulement. Le corps sollicité pour satisfaire un désir est parfois défaillant ou vécu comme tel. Il peut, a contrario, mettre en échec les moyens contraceptifs et révéler une grossesse inattendue. Le désir de grossesse peut alors s'opposer à la décision rationnelle de certaines femmes d'utiliser des méthodes contraceptives. Comme le souligne W.Pasini (1998),

**« (...) le désir de grossesse est un véritable syndrome qui éclaire l'unité interne de la gynécologie psychosomatique (...) ».**

Le projet de grossesse s'inscrit donc dans un processus psychosomatique au sein duquel il est bien difficile de définir le primat du biologique sur le psychique ou inversement. Pris dans une circularité entre le corps et le psychisme, le désir d'enfant et sa conception sont à entendre comme des événements psychosomatiques. F.Molénat (2001) définit la grossesse comme une période de grande vulnérabilité maternelle, propice aux développements de troubles psychosomatiques tant l'intensité des bouleversements est importante.

Ainsi la grossesse nécessite pour la femme d'accepter l'intrusion de son corps par un autre, a priori hostile. Comme le souligne M.Schneider (2004b,p.50), si

**« la présence d'un être habitant à l'intérieur de soi vous vole l'espace propre, fait intrusion (...) l'entrée de l'autre peut, passagèrement ou durablement, être vécue, pour une femme, comme don d'un espace dont elle ne se savait pas porteuse ».**

Comment alors comprendre l'impossibilité pour certaines femmes d'accueillir cet autre en elle et de s'engager dans le corps à corps avec l'enfant ? L'espace creux est-il déjà habité ? La mère de la fille en a-t-elle été délogée ?

#### **De l'infécondité**

**« Ces nausées sont produites par la répugnance du Ça pour ce quelque chose qui s'est introduit dans l'organisme. Les nausées expriment le souhait de l'écartier et les vomissements sont une tentative de s'en débarrasser. Par conséquent, désir et ébauche d'avortement. Qu'en dîtes-vous ? » (Groddeck, 1923, p.55)**

L'essentiel des travaux portant sur les femmes infécondes met en avant le rapport complexe qu'elles entretiennent à leur mère. Selon les thèses de M. Bydlowsky, les fausses couches et l'infertilité sont l'expression de l'impossible reconnaissance de la dette que la fille a contracté envers sa propre mère. L'imago maternelle archaïque empêche la fille de s'identifier à sa propre mère et le processus de grossesse est attaqué pour se défendre du risque de fusion :

**« La fausse couche permet donc une vengeance contre la mère, une victoire sur le risque de symbiose, la preuve d'une différence avec la mère et de son autonomie » (S.Faure-Pradier, 1997, p.71).**

Les fausses couches seraient ainsi une façon de tuer la mère en soi plutôt que de régler sa dette de vie envers elle, comme si le corps venait signifier ici un refus de la filiation. L'attaque de leur propre corps exprimerait le désir de détruire le ventre fécond de la mère. Le risque de symbiose ramènerait ces femmes à la violence fondamentale : « lui ou moi », détruire l'enfant ou être détruite par lui. Les fausses couches seraient l'expression d'une violence primitive mal intégrée, traduisant une identification à la mère meurtrière de l'enfance. Pour S.Faure-Pradier, (1997,p.16),

**« la stérilité ou les fausses couches apparaissent alors comme une défense vitale, liée aux pulsions d'autoconservation, dans la mesure où, pour le psychisme, « ce sera lui ou moi ». C'est le conflit narcissique de base ».**

Le bébé potentiellement destructeur serait inconsciemment identifié à une partie infantile de leur moi passif, impuissant.

Le désir d'enfant pour la mère et de la mère serait parfois impossible à réaliser, par peur de la reviviscence de l'échec traumatique infantile. On peut imaginer que la haine pour la mère, refoulée, entraîne un refus haineux d'enfant à la mère. Le corps devient alors

**« un champ de bataille, comme si la lutte archaïque qui s'y exprime exigeait ce prix pour se faire entendre » (J.Mc Dougall, 1974, p.132).**

Les fausses couches qui précèdent la grossesse peuvent s'envisager comme un rejet de **« ce corps étranger que son corps, à elle, cherche à tout prix à expulser, ce qui réussit dans certaines circonstances finalement nombreuses, c'est une violence fondamentale » biologique : « C'est lui ou moi » selon l'expression de J.Bergeret(1996) » (M.Soulé, 1999a, p.48).**

Les fausses couches signent l'engagement du processus de maternité et le font échouer. Est-ce le corps à corps avec l'enfant qui est trop menaçant ? La fausse couche témoigne-t-elle d'un manque d'investissement libidinal de l'enfant attendu ?

En tout cas, la mise en échec de la potentialité procréatrice ravive l'image d'une mère archaïque intrusif, toute-puissante,détruisant les capacités maternelles de la fille et lui donnant le sentiment qu'elle n'est pas capable d'être mère...

**« Les mères deviennent omnipotentes dans la réalité, puisqu'elles sont seules à pouvoir enfanter. Les filles stériles sont réduites à la régression qui les fait redevenir des petites filles envieuses et impuissantes, comme elles le furent autrefois » (S.Faure-Pradier, 2003, p.59).**

Le ventre est désigné comme un lieu stérile, morbide. A chaque fausse couche, les femmes semblent signaler leur impossibilité à être un contenant, tout en cherchant secours et refuge chez les spécialistes de la conception. Une femme rencontrée par E.Darchis (2004, p.97) dira à la suite de la mort de son bébé in utero :

**« mon ventre, c'est de la pourriture à l'intérieur, je ne pourrai faire que des enfants pourris ».**

Au cours de notre recherche plusieurs femmes ont évoqué l'expérience d'être restées, à la suite d'une fausse couche, plusieurs semaines avec l'enfant mort en elles, les médecins suggérant d'attendre une expulsion spontanée du fœtus mort. Que se passe-t-il lorsque les médecins décident de ne pas prendre en charge l'enfant mort in utero, en espérant une séparation « naturelle » des corps ? La suggestion qui leur est faite de garder l'enfant mort à l'intérieur d'elles atteste du fait qu'elles peuvent porter un enfant mort tandis qu'elles ne parviennent pas à porter la vie, ce qui ne peut, semble-t-il, que renforcer l'identification à la mère meurtrière et infanticide.

Le creux maternel est désigné comme trou noir, gouffre obscur, cimetière, comme si, dans la relation intersubjective avec les médecins, ces femmes devaient un support de projections de fantasmes sadiques concernant l'intérieur du corps maternel. Qu'est-ce qui se joue alors dans la rencontre avec l'objet médical ?

Au cours de ce parcours, parfois très long, pour accéder à la maternité, ces femmes multiplient les rencontres médicales et s'engagent ainsi dans un rapport intersubjectif avec les médecins. En s'aventurant sur la voie du « devenir-mère », elles se tournent vers l'institution médicale, vraisemblablement en quête d'une mère attentive et contenante. L'institution médicale les prend en charge et occupe alors une fonction de soins, maternelle, tout en se proposant comme une figure tierce entre la mère et l'enfant. L'institution médicale est-elle par ailleurs identifiée à une figure paternelle auprès de laquelle elles viennent chercher l'assurance d'une différence, d'une altérité ?

## II- la néonatalogie

### 2-1- Naissance de la néonatalogie

La néonatalogie (science du nouveau-né) est une branche de la pédiatrie qui se consacre aux soins du nouveau-né normal ou pathologique. C'est une science récente qui s'est beaucoup développée dans les années soixante et qui s'intéresse depuis trente ans à la période anténatale. La néonatalogie s'inscrit dans le domaine de la périnatalité qui

**« a d'abord focalisé ses études et ses recherches sur le bébé, sur le nouveau-né, puis sur le prématuré » (M.Soulé, 1999, p.28).**

Jusqu'au milieu du 19ème siècle, les enfants prématurés étaient laissés pour compte par les médecins, bon nombre d'entre eux mouraient, et les rares survivants étaient très souvent atteints de séquelles neurologiques.

Ce n'est qu'après la Seconde Guerre mondiale que la pédiatrie néonatale devient une science à part entière, la néonatalogie. Les recherches scientifiques portent alors sur les adaptations physiologiques du bébé à la vie extra-utérine. En France, A.Minkowski est un des premiers à se consacrer entièrement à cette discipline. Il a donné en France, ses lettres de noblesse à la néonatalogie.

Les premiers hôpitaux réservés aux enfants apparaissent à la fin du 18ème siècle mais la première chaire de pédiatrie ne sera attribuée qu'à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, attestant alors de l'existence d'une véritable médecine pour les enfants. C'est à la même période que sont

expérimentées les premières couveuses, qui sont de simples caisses de bois isolant les nouveaux-nés. Des prématurés vivants seront exposés dans une couveuse à l'Exposition Universelle de 1889.

Les bases essentielles de la réanimation néonatale et des soins aux prématurés sont alors posées. Il faut respecter une hygiène rigoureuse, isoler les enfants du monde et les laisser grandir dans une atmosphère humide, à température constante en les alimentant par gavage. Dès la fin du 19ème siècle, la séparation du bébé prématué d'avec sa mère apparaît donc comme faisant partie de l'ensemble des soins indispensables pour le prématué.

Si dès le début du 20<sup>ème</sup> siècle des médecins préconisent la participation des mères à l'alimentation de leur enfant, les nombreux problèmes d'infection et le taux élevé de mortalité rencontrés vont toutefois amener les médecins à créer des unités de soins interdites d'accès aux parents. Jusqu'à la fin des années 60, les parents n'auront pas la possibilité d'entrer en contact direct avec leur bébé prématué et ils devront se contenter, parfois pendant 3 mois, de le regarder derrière une vitre.

**« Ce n'est qu'après 1960 environ que quelques praticiens, tels M.Klaus, M.Bergès et I.Lézine, s'attachèrent à explorer le champ psychique de la périnatalité et émirent l'opinion que le devenir des prématurés était en partie dépendant des premières relations mère-enfant » (A.Carrel, 1977, p.126).**

C.Druon (1996) raconte dans son ouvrage *À l'écoute du bébé prématué*, que dans les années 70-80, une préoccupation a émergé des services de néonatalogie concernant les conséquences que pouvaient avoir ces hospitalisations longues et précoces, à la fois sur le bébé lui-même mais également sur sa famille. Finalement, les progrès technologiques et la relative maîtrise du risque d'infection ont permis l'ouverture progressive des services de néonatalogie aux parents. À la fin des années 70, les parents ont pu entrer dans les unités de soins et toucher leur bébé dans la couveuse.

Dans le champ de la psychanalyse, C.Druon a été une des premières à rendre compte des enjeux psychiques de la prématureté et des conséquences sur la mise en place de la parentalité. Peu à peu des recherches sur les interactions entre les parents et les enfants prématurés ont commencé à se développer (S.Lebovici, P.Mazet, J.-P.Visier, 1989), associées à des observations et une compréhension plus fine des compétences du bébé prématué (K.Crnic, 1983). Parallèlement, les travaux sur l'observation du nourrisson d'Esther Bick se sont développés en France et l'intérêt porté aux bébés n'a fait que croître...

### 2-2- Définition de la prématureté

---

**« Tant qu'il n'est pas né, un vieux fœtus n'est pas un grand prématré » (F.Daffos, 2006, p.66)**

Pendant de nombreuses années, la prématureté a été définie par un petit poids de naissance (PN). Aujourd'hui, seul l'âge gestationnel permet de définir la prématureté. Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), est prématurée toute naissance survenant avant 37 semaines d'aménorrhée (SA). On distingue la prématureté moyenne (de 32 SA à 36 SA + 6 jours), la grande prématureté (28 à 32 SA + 6 jours) et la très grande ou extrême prématureté (< 28 SA). Cette définition succède donc à celle fondée sur le poids de naissance de l'enfant et qui ne permettait pas de distinguer la prématureté d'un problème de croissance in utero.

Actuellement, la grande prématureté représente un problème majeur de santé publique. Elle contribue pour une part importante à la mortalité périnatale et elle est associée à un risque élevé de séquelles neurologiques. C'est pendant le dernier trimestre de la grossesse que la plupart des organes acquièrent une fonctionnalité permettant à l'enfant de s'adapter à la vie extra-utérine. Toute naissance prématuée comporte donc le risque qu'une série de fonctions, contrôlant l'homéostasie et les adaptations nécessaires au nouvel environnement aérienne soient pas effectives.

Depuis 1993, tous les enfants nés vivants ou viables (c'est-à-dire à partir de 22 semaines d'âge gestationnel ou pesant au moins 500 grammes) sont enregistrés à l'Etat-Civil, même s'ils décèdent précocement. Pour les enfants morts-nés avant 28 semaines, il n'y avait jusqu'à présent pas d'enregistrement à l'état civil mais une "déclaration d'enfant sans vie". Il s'agissait, médicalement, d'une fausse couche tardive.

Mais depuis le sept février 2008, la Cour de cassation a jugé qu'un foetus né sans vie pouvait être déclaré à l'état-civil, quel que soit son niveau de développement. En obtenant le droit d'inscrire leur bébé sur les registres de l'état-civil, les parents obtiennent du même coup la possibilité de donner un nom à leur enfant, de bénéficier de certains droits sociaux comme le droit au congé maternité, ou encore celui de récupérer son corps afin d'organiser ses obsèques.

Parmi les 40 000 enfants qui naissent avant terme chaque année en France, environ 10000 sont des grands prématués d'âge gestationnel inférieur à 33 semaines d'aménorrhée. Aujourd'hui, les progrès extraordinaires de ces trois dernières décennies permettent à des enfants nés aux limites de la viabilité de vivre sans séquelles, faisant parfois oublier la violence que représente toute naissance très prématuée, tant pour l'enfant que pour les parents. La viabilité du foetus, qui correspond à l'aptitude à vivre hors du sein maternel est actuellement fixée à 22 SA par l'OMS, et pour le poids, à partir de 500 grammes. En réalité, il n'y a quasiment pas de survivants à 22 SA (- de 10% à 23 SA) et 10% à 24 SA. À 5 mois (24 SA), le foetus pèse en moyenne 680 grammes et mesure 33cms et à 28 SA (6 mois), il pèse 1200 grammes et mesure 38cms.

Les facteurs impliqués dans la très grande prématureté sont divers. Nous ne développerons pas dans notre travail les facteurs médicaux. M-L Turner et I.Krymko-Bleton (2002) rappellent toutefois dans leur article qu'une recherche canadienne (St André et al., 1996) a montré que dans 66% des cas, les menaces d'accouchement prématuclé qui se concrétisent, sont sans cause médicale connue. Ainsi une énigme plane sur l'origine de ces naissances prématuées. Il apparaît donc pertinent de se pencher sur cette composante inconnue et certains auteurs ont fait l'hypothèse qu'elle soit éventuellement d'ordre psychologique.

## 2-3- Les facteurs de la prématureté

---

*« l'investigation théorique ne vise donc pas à identifier les causes (objectives) de la maladie somatique mais à interpréter les raisons (subjectives) de l'angoisse. Il s'agit donc de travailler sur le sens de la situation et non sur l'objectivation de la situation. (...) La construction du sens (...) porte non sur le sens « objectif » de la situation (rapporté aux contraintes et aux stress environnementaux), mais sur l'élucidation du sens de la situation, pour le sujet qui la vit». (C.Dejours, 1992, p.530),*

### 2-3-1- Facteurs sociaux

Dès 1969, les travaux de E.Papiernik mettaient en évidence le rôle des facteurs sociaux dans la prématureté. Plusieurs recherches (N.Butler., E.Alberman, 1969), ont également montré que la prématureté était plus fréquente dans les classes défavorisées et qu'elle était également significativement corrélée au niveau d'études de la mère.

D'autres facteurs socio-démographiques ont également été repérés : le très jeune âge de la mère, le nombre élevé d'enfants, le fait de vivre seule, de ne pas exercer d'activité professionnelle, l'existence d'antécédents obstétricaux pathologiques, des antécédents d'avortement spontané ou d'interruption volontaire de grossesse répétés. Concernant l'âge de la mère, une expertise collective de l'Inserm sur la grande prématureté (1997) souligne que

**« les résultats présentés dans la littérature sont relativement disparates quant à l'influence de l'âge maternel sur l'incidence de la grande prématureté ».**

En France, les travaux menés par N.Mamelle (1984) sur les relations entre les conditions de travail et la prématureté ont permis de montrer le rôle important de facteur de risque que tenait la pénibilité du travail. L'impact de ces facteurs de risques varie suivant les populations, les pays, et les périodes. Toutefois, et il semble important de le souligner,

**« les études françaises de ces 25 dernières années ont toujours observé que les femmes qui exerçaient une activité professionnelle pendant la grossesse avaient un risque de prématureté plus faible que celles qui n'avaient pas d'activité professionnelle, et ce même après la prise en compte des caractéristiques socio-démographiques associées à l'exercice d'une activité professionnelle » (Expertise collective INSERM, Op.Cit).**

D'après l'étude de R.Copper et al. (1996), la seule variable psychosociale qui demeure significativement associée à un risque d'accouchement prématué est le stress. Beaucoup de chercheurs se sont intéressés au rôle du stress dans les naissances prématurées. Les avis convergent pour dire que des facteurs de stress (c'est-à-dire les événements objectifs auxquels sont exposés les individus) pourraient intervenir dans la prématureté par différents mécanismes directs, comme des modifications hormonales, ou indirects, comme une augmentation de la susceptibilité aux infections ou des comportements pouvant présenter un risque de prématureté. Les résultats obtenus par R.Cooper et al., suggèrent que les événements de vie pendant la grossesse n'augmentent pas le risque de prématureté sauf lorsqu'ils ont été perçus comme très stressants par les femmes. Ainsi, demeure-t-il bien difficile de penser le facteur stress en dehors du processus de subjectivation.

**« Les relations entre les divers facteurs de stress et des éléments spécifiques du soutien social durant la grossesse font qu'ils sont souvent étudiés conjointement dans la littérature » (F.Venditti, P.Lachcar, 2002, p.504).**

Dans un objectif de prévention de la prématureté, des interventions de type «support social» ont été mises en place. Inspirées des pratiques développées par S.Fraiberg aux Etats-Unis dans les années 70, ces interventions consistent essentiellement en visites à domicile auprès de femmes enceintes évaluées à haut risque au regard des critères sociaux, des antécédents gynécologiques ou en raison de complications de la grossesse.

Différentes études (B.Blondel et B.Marshall, 1996, G.Mellier, 1996) ont montré que ce type d'intervention était efficace dans la prévention de la prématureté pour des populations à très haut risque sur le plan social et psychologique, par exemple en cas de grand isolement social.

D'autres études (L.Seguin, M. Saint-Denis et al., 1993) soulignent que le soutien social ne suffit pas à lui seul à améliorer les indicateurs périnataux mais qu'il est fort utile en terme de bénéfice psychologique pour la femme enceinte, et à long terme, il aurait un impact sur l'équilibre psychologique des mères et sur la relation mère-enfant.

### **2-3-2-Facteurs psychologiques**

**« La prématurité est un symptôme à la fois psychologique et somatique » (Le Vaguerèse, 1983, p.70)**

Un certain nombre de travaux épidémiologiques, confortent les études cliniques en faveur de l'existence de composantes psychologiques dans l'étiologie de la prématurité. M.Audras de la Bastie (1984), N.Mamelle, P.Gerin, A.Measson et al., (1986), H.Omer, Z.Palti, D.Friedlander, (1986) ont mis en évidence des facteurs psychopathologiques présents chez les femmes qui accouchent prématurément (angoisse importante durant la grossesse, vécu physique difficile, choc psychologique). Les travaux de N.Mamelle, A.Measson, F.Munoz et al. (1989) ont permis de mieux cerner les relations entre certains traits psychologiques de la femme enceinte et une éventuelle naissance prématurée. Leurs travaux ont permis de dégager des indicateurs psychologiques significativement plus fréquents dans les naissances prématurées : perturbation de l'image corporelle, absence du sentiment de plénitude du temps de la grossesse, une place peu importante faite au père de l'enfant, une pauvreté du lien de filiation et de l'identification parentale, importance accordée aux superstitions et aux croyances. La présence d'au moins deux de ces indicateurs augmente le risque de prématurité.

Cette approche a conduit à proposer une intervention psychologique auprès des femmes enceintes ayant des signes de menace d'accouchement prématuré, intervention visant à soutenir et à accompagner psychologiquement les femmes enceintes en difficulté à un moment de leur grossesse.

Nous allons présenter ces recherches et ce qu'elles mettent en évidence dans la partie suivante.

### **2-4- La Menace d'Accouchement Prématuré (MAP)**

La menace d'accouchement prématuré concerne, d'après le réseau AUDIPOG<sup>2</sup>, plus de 10 % des grossesses et se solde dans 25 % des cas par une naissance prématurée (soit 2,5 % des grossesses ou près de la moitié des accouchements prématurés). Si les MAP sont fréquentes, il demeure toutefois difficile d'en donner une définition ou d'en décrire une étiologie rigoureuse.

**« Le diagnostic de MAP a été rappelé au niveau national, il y a quelque temps, il est porté devant une patiente présentant avant terme (< 37 S) des contractions utérines régulières et douloureuses se répétant à des intervalles inférieurs à dix minutes et/ou à une modification cervicale au toucher vaginal. La MAP est de diagnostic plus facile en cas de rupture prématurée des**

<sup>2</sup> L'association AUDIPOG (association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie) a été créée en 1982 par le Professeur Claude Sureau à la suite d'un groupe de travail réuni par le Comité consultatif pour l'informatique médicale (CCIM) au sein du ministère de la Santé. Le but de cette association était de promouvoir l'utilisation d'un "dossier périnatal commun" et l'informatisation des maternités.

**membranes ou de survenue d'une hémorragie génitale évoquant une anomalie placentaire » (F.Vendittelli, P.Lachcar, 2002, p.504)**

Une menace qui contient ?

**« LA MAP et le risque corrélatif qui pèse sur l'enfant « donnent corps » en quelque sorte à l'ambivalence dont le versant hostile n'est pas assumable par ces patientes, dans ce contexte » (F.Michel, 1996, p.65).**

Pour évaluer l'impact d'une prise en charge psychologique des femmes hospitalisées pour MAP, M.Segueilla et N.Mamelle (1992) ont comparé le taux de prématureté chez des femmes ayant une menace d'accouchement prématûré, à deux périodes différentes. En 1992/1993, il n'y a pas de prise en charge psychologique proposée pour les femmes enceintes hospitalisées et en 1994/1995 une intervention psychologique est mise en place. La population cible est constituée de femmes enceintes entre 18 et 35 SA, présentant des contractions constatées à l'examen et/ou des signes de maturation utérine (col court, segment inférieur amplié, col perméable à l'orifice interne, présentation fixée ou engagée). Le premier groupe, dit « groupe témoin » est constitué de 323 patientes femmes recevant le protocole de soins habituel au sein de la maternité et le second, dit « groupe intervention » (309 patientes) recevait le même protocole accompagné d'une prise en charge psychologique.

L'efficacité de l'intervention a été mesurée par le taux de prématureté observé dans le groupe "intervention" par rapport à celui du groupe "témoin". Globalement le taux de prématureté observé chez les femmes du groupe "intervention" a été de 12,3 % contre 25,7 % dans le groupe "témoin". Les résultats allaient dans le même sens pour la grande prématureté. Concernant la prématureté spontanée, la réduction de la prématureté était également significative (12,3% contre 22,5%).

Cette recherche a montré que la prise en charge psychologique de la future mère, son portage tant physique que psychique est une aide précieuse qui favorise la contenance du fœtus, ce qui est en lien avec le concept de holding développé par D-W.Winnicott. L'interrogation demeure sur ce qui rend ce portage opérant pour certaines femmes et pas pour d'autres. Si des facteurs psychologiques ont ainsi pu être repérés comme des facteurs de risque, causes potentielles de la prématureté, nous continuons à nous interroger sur la définition même d'un « facteur psychologique ».

**« S'agit-il seulement des événements passés tels qu'ils se sont déroulés réellement, voire même de leur aspect ou impact traumatique ou bien s'agit-il de leur représentation (représentation des choses et des mots) ou de leur perception, voire encore de leur construction imaginaire ? » (F.Vendittelli et al. Op.Cit., p.510).**

La recherche de N.Mamelle qui met en évidence l'impact de la prise en charge psychologique pour les femmes enceintes hospitalisées ne rend pas compte des effets de l'hospitalisation elle-même. Il nous semble pourtant intéressant de questionner ce qui est mobilisé psychiquement chez les femmes enceintes lors des MAP. Car, certaines femmes, sans recevoir d'aide psychologique, vont parvenir à mener leur grossesse à terme. Qu'est-ce qui est alors contenu pendant l'hospitalisation et par qui ou quoi ? Si la MAP est l'expression somatique de conflits intrapsychiques, en quoi permet-elle à certaines femmes d'élaborer les mouvements inconscients soulevés par le processus de la grossesse ? C'est ce que nous tenterons de définir.

Dans la recherche de N.Mamelle (1992), M.Segueilla, qui a mené les entretiens auprès des femmes hospitalisées pour MAP a dégagé des "marqueurs de vulnérabilité" spécifiques, qui les mettent en difficulté dans leur "devenir mère". Elle distingue trois registres : celui de l'histoire, (l'histoire de la patiente et de sa famille), celui de l'histoire obstétricale de la patiente et celui de l'histoire actuelle.

Histoire des patientes et de leur famille :

Concernant l'histoire familiale, elle constate qu'une femme sur deux relate des événements associés à des séparations, des décès, des ruptures dans les liens de filiation. L'histoire obstétricale de la mère de la femme enceinte ou des autres femmes de la famille comporte des fausses couches, des décès périnataux, des complications au cours de la grossesse ou de l'accouchement. Autant d'événements particulièrement susceptibles d'être remis en scène dans le travail psychique propre au processus de maternalité.

Histoire obstétricale :

Par ailleurs, une femme sur deux a présenté un antécédent obstétrical qui renvoie soit à un vécu de perte (FC, IVG, décès périnatal), soit à des complications de la grossesse et/ou de l'accouchement (prématurité, séparation à la naissance). M.Segueilla a cherché à entendre l'éventuel impact traumatisant de ces événements au cours de la grossesse actuelle.

Histoire actuelle :

Et enfin au niveau de l'histoire actuelle, elle constate que 72% des femmes rencontrées ont vécu, peu de temps avant ou pendant leur grossesse, des événements susceptibles de mobiliser de fortes angoisses de mort et d'éventuels mouvements dépressifs (maladie grave, décès d'un parent proche, crise conjugale importante).

Aussi la problématique du deuil est-elle dominante dans le discours des femmes hospitalisées pour MAP.

*« Qu'il s'agisse d'un deuil ancien que l'état de grossesse remet en scène, d'un deuil actuel ou d'expériences de pertes narcissiques, quelque chose de la perte est là à travailler, dans ce temps où la femme a à se centrer sur l'investissement d'une nouvelle relation objectale. Tout se passe comme si un travail de deuil se trouvait fusionné au processus de vie en cours. On peut se demander si des mécanismes comme la dénégation de la grossesse ("je vivais comme si je n'étais pas enceinte") et l'angoisse de perte ("jusqu'à trois mois, j'ai pensé que j'allais le perdre"), tous deux souvent présents au premier trimestre, ne sont pas les deux faces d'un même mécanisme destiné à lutter contre l'angoisse de mort, et si l'apparition ultérieure des contractions ne constitue pas une véritable mise en acte, dans le corps, de ce travail psychique autour de l'angoisse de mort » (M.Segueilla, 1997).*

M.Segueilla souligne une deuxième problématique chez ces femmes autour de la question de l'identification à la mère, et notamment à la mère des origines. Ses travaux rejoignent ceux de S.Faure-Pradier sur les stérilités féminines. M.Segueilla repère ces enjeux non seulement dans le contenu du discours des femmes mais aussi dans l'analyse des relations établies entre les femmes et les soignants. Les images maternelles convoquées dans le discours sont terrifiantes, dangereuses, inadéquates et mettent les futures mères en difficulté pour se penser elles-mêmes comme mères "suffisamment bonnes".

**« De plus, il semble que la présence chez ces femmes de cette "mère interne défaillante" soit fortement corrélée à plusieurs éléments qui renvoient à la même problématique. Il s'agit d'un vécu corporel inconfortable, voire désagréable, d'une absence de sentiment de plénitude, d'une plus grande tendance à être pressée d'accoucher, et enfin d'un sentiment plus ou moins intense de n'être pas prise en charge de façon satisfaisante ».**

Parmi les femmes hospitalisées pour MAP certaines sont difficiles à prendre en charge sur le plan médical. Elles restent debout alors que la consigne donnée est le lit strict, elles sont parfois agressives, elles réclament des soins incessants, etc...

L'hypothèse de M.Segueilla (1997) est que ces femmes, qui font tout pour supprimer chez les soignants l'envie de les soigner, rejouent sur la scène du soin la question de la contenance,

**« comme si, en miroir de ce bébé qu'elles ont du mal à porter, elles ne pouvaient accepter d'être elles-mêmes portées par une équipe soignante ».**

**Les soignants devenant alors des "mères internes défaillantes", incapables de les contenir pendant leur hospitalisation.**

**« À l'image de l'utérus qui menace de lâcher, quelque chose se met à dysfonctionner à un point ou à un autre de toutes les interactions de la femme avec son environnement et son histoire passée et présente, mettant ainsi les femmes en situation de perte ou de rupture d'un cadre protecteur, cadre interne représenté par leur propre capacité psychique à vivre cette grossesse, cadre externe représenté par l'entourage familial, social et médical ».**

La recherche de S.Broussous-Lazarus (1991) va également dans ce sens. Les femmes enceintes ne s'autoriseraient pas à se différencier de leur mère. Le conflit préexistant à la grossesse resurgirait sous la forme du symptôme MAP. La MAP serait ainsi une tentative pour résoudre un conflit inconscient plus infantile : comment exister et devenir mère sans détruire sa propre mère ?

Dans son travail, M.Segueilla repère que le travail psychique engagé auprès des femmes hospitalisées pour MAP est particulièrement important chez les femmes présentant des antécédents obstétricaux. Ces évènements (mort périnatale, fausse couche etc...) envahissent totalement la scène actuelle, au point d'entraîner une confusion entre les grossesses. M.Segueilla fait l'hypothèse que les symptômes survenant pendant cette grossesse ont pour but, après-coup, de permettre une tentative d'élaboration psychique de ce qui est resté enkysté, à l'état brut, et qui n'a jamais été repris dans un travail psychique.

Nous avons retrouvé dans la clinique des femmes hospitalisées pour une menace d'accouchement prématuré, les problématiques décrites par M.Segueilla. Mais ce que nous avons souhaité questionner, ce sont les enjeux de l'hospitalisation elle-même et ses effets sur le psychisme des femmes enceintes. La MAP permet-elle à certaines d'expérimenter une situation de contenance externe (le holding) et de relibidinisation du corps et des sensations ?

Enfin, avant de conclure cette partie sur la néonatalogie, il nous semble nécessaire de rappeler les conditions et les caractéristiques d'une naissance prématurée.

## 2-5- La naissance prématurée

---

### Conditions et caractéristiques

**« [...] l'inquiétante étrangeté est cette variété particulière de l'effrayant qui remonte au depuis longtemps connu, depuis longtemps familier » (S.Freud, 1919,p.215)**

Un accouchement prématuré se déroule la plupart du temps dans l'urgence. Les femmes enceintes viennent parfois à l'hôpital pour une visite de contrôle et sont surprises d'y rester et d'accoucher quelques heures plus tard. La décision d'extraire l'enfant est prise très rapidement. En l'espace de quelques minutes, le corps maternel devenu jusqu'alors un « corps pour deux » (J.Mac Dougall, 1985), protecteur, accueillant le temps de la grossesse, devient menaçant. La tension des relations entre le corps de l'enfant et le psychosoma de la mère est trop forte. Afin de préserver la vie de l'enfant et celle de sa mère, il faut séparer ces corps qui ne parviennent plus à se rencontrer sur un terrain pacifié. La femme enceinte est souvent immédiatement anesthésiée et apaisée avec des calmants et elle n'est pas toujours réveillée au moment de la naissance de l'enfant qui est immédiatement emmené en réanimation. Au réveil, ces femmes sont seules dans la salle d'accouchement, le ventre vide et sans enfant à leurs côtés. Ces femmes n'ont pas le sentiment d'avoir accouché mais plutôt celui d'avoir été opérées. Leur ventre est subitement vide. La peau cisaillée. L'accouchement se passe sans elles et elles ne voient pas leur enfant avant vingt-quatre heures car elles ne peuvent pas se déplacer dans le service où il se trouve. Elles ont une photo polaroïd sur leur table de nuit, donnée au père de l'enfant par l'équipe de réanimation. De nombreuses femmes rencontrées en néonatalogie racontent leur accouchement comme un événement auquel elles n'ont pas participé :

**« on m'a accouché », « on m'a arraché mon enfant », « les médecins ont choisi de sortir A. ».**

L'équipe médicale aurait « arraché » le bébé et se le serait approprié.

Leur accouchement ne leur appartient pas. La cicatrice de la césarienne n'est pas reliée sensoriellement à la naissance de leur enfant. Ces femmes ne voient pas leur bébé lorsque la médecine le retire de leurs entrailles et elles ne sentent rien de cette extraction. Une continuité a été rompue. Un être était dans leur ventre. Il a été retiré mais sans qu'elles puissent faire le lien entre leur corps et l'enfant qui y logeait. Nous pouvons penser qu'il manque un temps, celui de la reconnaissance par la mère de ce « corps étranger », soudainement retiré<sup>3</sup> et la conscience de ce retrait<sup>4</sup>. « *La césure impressionnante de la naissance* » (S.Freud,1926) se résume pour ces femmes à un geste médical qui incise et libère le foetus... Après un accouchement prématuré, le temps du corps à corps entre la femme et son enfant semble n'avoir jamais existé, comme si la séparation brutale, l'arrachement des corps, ne laissaient que du vide, une

**« béance dans le perceptif, doublée d'une béance dans le représentational » (C. et S.Botella, 2001, p.57).**

Ce temps-là gît dans le silence. Les conditions de l'accouchement et la prise en charge de l'enfant peuvent favoriser l'émergence, chez les mères, de fantasmes de vols d'enfants.

L'acte de voir est lui au cœur de la rencontre. Après la photo polaroïd, la rencontre avec l'enfant qui vient de naître prématurément se fait à travers une vitre, celle de la couveuse.

<sup>3</sup> Avec le risque qu'il demeure étranger. Les conditions d'hospitalisation entravant sérieusement le processus de la maternité.

<sup>4</sup> Nous parlons de « corps étranger » afin de souligner le temps qui manque aux femmes qui accourent prématurément pour associer le foetus à une présence et une perception corporelle familières.

Un enfant se trouve alors au dehors du ventre maternel, visible mais presque intangible, comme s'il était encore dedans, encore à l'abri, à l'intérieur de sa couveuse...membrane...

Le bébé est parfois déformé lorsque l'on cherche à le saisir à partir d'angles nouveaux. Les angles de la couveuse altèrent la perception. L'enfant est soudainement démultiplié à l'infini, insaisissable. Les éclairages permettent difficilement de saisir la couleur de sa peau. L'ensemble de ces éléments trouble la perception des bébés prématûrés. Ils sont à la fois très proches et très éloignés, comme dans le rêve. Les mères voient leur enfant sans l'entendre. Les enfants intubés sont « muets » du fait de l'intubation. Elles sont confrontées à un régime paradoxal et inquiétant du visible.

Elles ne peuvent pas prendre leur bébé dans leurs bras. Avec la couveuse, les contacts entre le corps de la mère et celui de l'enfant s'établissent sur le mode du morcellement : une seule partie du corps à la fois peut être touchée. Il faut attendre plusieurs jours avant qu'un contact peau à peau et donc corps à corps soit possible. La rencontre de l'enfant avec sa mère a donc lieu sur de curieuses modalités sensorielles.

Comment reconnaître son bébé dans cet être vague et flou, qui est comme doublement mis à distance : dans le temps (elles le voient plusieurs jours après sa naissance) et dans l'espace (il est proche, accessible au regard et dans le même temps inaccessible derrière sa vitre) ? Quelles sont les incidences de cette torsion du temps et de l'espace sur la perception de l'enfant par sa mère ?

L'inquiétante étrangeté éprouvée par le chercheur en présence de ces bébés prématûrés n'est-elle pas partagée par ces femmes devenues mères dans un demi sommeil ? L'*Unheimlich* est ce qui met mal à l'aise, ce qui devrait rester dans le secret, dans l'ombre, et qui en est sorti. Que voient-elles lorsqu'elles regardent à travers la couveuse ? Un fantôme dont elles cherchent à capter le regard pendant de longues heures ? L'aspect fantomatique de l'enfant prématûré n'impose-t-il pas, par sa « puissance sensorielle » (S.Freud), un arrêt du travail de figurabilité ? La vue des bébés prématûrés ne déclenche pas, comme dans le cas d'une naissance sans problèmes, « l'activité interprétatrice des adultes » (B.Golse, 1999, p.51).

Cet être qui aurait dû « hanter » psychiquement et habiter physiquement (en) sa mère pour quelques mois encore devient une hantise pour ceux qui le regardent. Aussi nous est-il donné de voir des êtres silencieux, entre la vie et la mort, dont on ne sait s'ils sortent d'un rêve ou d'un cauchemar... Comment avoir la certitude que cet être en apparence animé, le fœtus, est bien vivant ?

### Un service de réanimation néonatale

« *L'inquiétante étrangeté est précisément liée à cette capacité de recevoir le danger interne pulsionnel par où le Moi est menacé de désorganisation comme s'il venait de l'extérieur, d'un spectacle qui provoque et fascine le regard qui n'arrive pas à y cerner une forme par laquelle le jugement assurerait son emprise* » (S.Mellor-Picaut, 1980, p.101).

Il existe des rituels d'entrée et de sortie en réanimation néonatale. Avant de pénétrer dans le service, il faut se laver les mains, longuement, se défaire de ses bijoux, enfiler une blouse, mettre des surchausses et s'annoncer pour que les portes s'ouvrent.

Ce qui est frappant lorsque l'on entre dans ces services ce sont les jeux de transparence. Les parents sont vus voyants. Le regard qu'ils portent sur leur enfant est vu de tous. Les parents fixent souvent les machines avec intensité plus qu'ils ne regardent ce qui se passe dans la couveuse. Ils vivent au rythme des alarmes et apprennent à les

décoder : alarme- « signal de danger », alarme fausse alerte, alarme d'interférence, alarme à l'entrée en relation (E-R.Brochard, 1995). Les soignants doivent voir les couveuses en permanence. Aussi est-il rare que des paravents soient accordés aux parents. Le désir de regarder se transforme en obligation de voir. Tous vêtus de blouses, de surchaussures, parfois de masques, les adultes qui gravitent auprès des couveuses ne cessent d'être en alerte. Le contraste avec les corps nus et quasi-immobiles des bébés dans leur couveuse est saisissant. Lorsque le bébé prématuré peut être habillé parce que les soins le permettent, les équipes, comme les parents expriment un réel soulagement. Si, comme le rappelle S.Mellor-Picaut, (Op.Cit., p.93),

**« la coutume de la civilisation de voiler le corps désigne cette vision comme objet d'un interdit et renforce l'excitation et le risque traumatique après-coup »,**

dans le cas des bébés prématurés, le fait de pouvoir les vêtir participe d'un processus d'humanisation...

La découverte du service est souvent associée pour la mère à la découverte de son bébé après une séparation parfois brutale lors de la naissance.

#### Découverte du bébé prématuré

**« Il faut le temps. Les choses n'arrivent pas aux jours où elles se passent, ni les événements, ni les gens. Mon fils ne m'arrivait pas lorsqu'il est advenu ni lui à moi ni moi à lui, il m'arrivait mais plus tard, déjà plus tard » (H.Cixous, 2000, p.160).**

La vue d'un bébé prématuré de cinq cents grammes est saisissante. Les grands prématurés sont des êtres minuscules, qui dégagent un sentiment de fragilité désarmant. La maigreur n'est pas le mot qui convient pour décrire leur corps. Ils sont comme transparents. On peut voir couler le sang dans les veines tant la peau qui recouvre les os est fine. Les examens qui sont pratiqués accentuent ces jeux de transparence :

**« ce qui fait frontière ou barrage – la peau - est contourné (échographie transfontanellaire, radiographies diverses...). Le corps devient transparent » (B.Golse et al., 2001, p.130).**

Les bébés prématurés ont un visage qui n'offre pas de contours précis et ils dégagent un sentiment de flou, de vague. Le vocabulaire employé par les mères pour décrire leur enfant

**« ne définit que du flou, rien d'identifiable » (N.Precausta, 2002, p.57).**

Leur enveloppe corporelle semble insuffisante. En les voyant, l'impression est celle d'un simple voile recouvrant des viscères. Ce voile, à l'image d'un linceul convoque l'image du fantôme...

**« La femme regarde à petits biais de regards la face de celui qui vient d'arriver, oblique. Puis elle détourne vivement la tête comme craignant un danger, jette un coup d'œil vers la fenêtre de l'autre côté de laquelle sont accolés les spectateurs bizarre, puis ramène toute sa force d'interrogation sur la face de l'enfant. Sur la face est une absence. Ou bien un flou. Ou bien un voile. (...) » (H.Cixous, Op.Cit., p.54)**

Les bébés prématurés peuvent apparaître comme des

**« être(s) vague(s) et menaçant(s), [semblables à des] fantôme(s), (la larva des Romains [...] » (G.Agamben, 2000, p.103).**

Ils sont là, visibles, en un temps où ils auraient dû être invisibles, réels et présents mais trop tôt absents du ventre comme de la psyché maternels, trop tôt arrachés à l'imaginaire comme

à la réalité de la grossesse. Le sentiment de peur face à ces petits êtres indéchiffrables, face à ces bébés-fantômes, peut apparaître. Les parents ne connaissent rien des capacités de leur enfant et sont souvent surpris qu'il soit « *fini* ». Un père évoquait un jour sa surprise de voir

**« *qu'il ne manqu(ait) rien (à sa fille), qu'elle a(vai)t tout ce qu'il faut, qu'elle bouge(ait) les pieds, ouvr(ait) sa bouche* ».**

Il s'attendait à rencontrer un être non-achevé ...

Le bébé prématûr est souvent maigre, décharné, inquiétant.

**« *Il réifie tous les fantasmes de mutilation : l'anomalie, l'infirmité, l'arriération, tout l'imaginaire de la mort* » (L.Kreisler, 1977, p.47).**

Ce n'est pas l'enfant potelé des rêveries maternelles qui est allongé dans la couveuse. C'est un petit être d'une fragilité impressionnante que l'on craint de toucher et dont on ne sait pas s'il nous voit ou nous entend... comme dans un rêve... Sans doute dans un mouvement de terreur avons-nous détourné le regard de ces corps nus à l'intérieur des couveuses pour regarder le regard des mères sur ces corps-là. Et une réflexion sur ce qui avait pu conduire ces femmes à ce voir-là s'est engagée. Ce qui était vu ne pouvait-il pas nous mettre sur la voie de ce qu'il y avait urgence à voir pour ces femmes qui accouchent très prématûrement ? Un fantôme, de l'informe, du même, une scène primitive, un sexe féminin.... ?

# Deuxième partie : aspects méthodologiques

## I- Cadre de la recherche

Nos premières années de présence sur le terrain de la néonatalogie, à l'occasion de la maîtrise et du D.E.A, ont été l'occasion de rencontres cliniques et de prises en charge psychologiques auprès de femmes ayant accouché prématurément et dont le bébé était hospitalisé. Très vite nous avons senti la nécessité d'accéder à « *l'espace-temps de la périnatalité psychique* », (S.Missonnier, 2003, p.38), c'est-à-dire l'avant et l'après de la naissance prématurée.

Il nous est apparu que les femmes rencontrées dans le cadre de la naissance prématurée de leur enfant nous parlaient de l'après-coup d'un premier traumatisme : la grossesse. Nous avons alors réfléchi à un protocole permettant d'appréhender « l'avant » de la prématurité et nous avons choisi d'interroger la grossesse elle-même. Etant donné le caractère imprévisible de la plupart des naissances prématurées, il est difficile de rencontrer les femmes avant la naissance de l'enfant prématuré. Par le biais des hospitalisations pour Menace d'Accouchement Prématuré (MAP), des entretiens avec des femmes enceintes et susceptibles d'accoucher très prématurément ont été possibles et nous ont permis de recueillir des données sur leurs vécus de grossesse. La surveillance médicale propre à l'hospitalisation pour MAP nous a conduite à interroger les effets de la prise en charge médicale sur le déroulement d'une grossesse. Qu'est-ce que la MAP induit et peut-être symbolise déjà ? Pourquoi cette alerte n'a-t-elle pas toujours lieu ? Permet-elle aux femmes de se re-saisir de quelque chose ?

Ainsi, avons-nous rencontré de nombreuses femmes enceintes. Parmi ces femmes, certaines ont accouché à terme sans incidents somatiques lors de leur grossesse, d'autres ont accouché à terme mais après avoir été hospitalisées pour des menaces d'accouchement prématuré et d'autres ont accouché très prématurément après une MAP. Toutes ces femmes ont en commun l'expérience de la grossesse, expérience que nous avons questionnée avec deux outils principaux : l'IRMAG et le dessin que nous présenterons un peu plus loin.

Nos choix méthodologiques tiennent compte du caractère interdisciplinaire de la psychopathologie périnatale. Aussi cette recherche se déroule-t-elle sur trois services différents : celui de néonatalogie qui est au centre de la réflexion, celui des grossesses pathologiques au sein duquel ont été rencontrées les femmes hospitalisées pour MAP et celui de la consultation gynécologique.

### 1-1-La population

---

La population est composée de 18 femmes, volontaires pour la recherche. 8 femmes primipares et 10 femmes multipares. La population se divise en trois groupes :

- Groupe 1 : 10 Femmes enceintes hospitalisées pour MAP Sous groupe 1-1 : 5 femmes hospitalisées pour MAP et ayant accouché à terme Sous groupe 1-2 : 5 femmes hospitalisées pour MAP et ayant accouché très prématurément
- Groupe 2 : 3 Femmes ayant accouché très prématurément sans MAP
- Groupe 3 : 5 Femmes enceintes ayant accouché à terme (groupe témoin)

Les critères d'inclusion communs aux quatre groupes pour la participation à la recherche sont les suivants:

- grossesse unique
- terme compris entre 24 et 29 SA (très grande prématureté),
- femmes multipares ou primipares,
- aucun trouble psychiatrique avéré dans le dossier médical avant et pendant la grossesse.

Les grossesses gémellaires ont été exclues car de nombreuses études épidémiologiques ont montré que le risque de grande prématureté est très fortement augmenté dans les grossesses multiples par rapport aux grossesses uniques, et s'accroît avec le nombre de fœtus.

En France, en 1988-89, le taux de grande prématureté observé pour l'ensemble des grossesses multiples était 15 fois supérieur à celui observé pour les grossesses uniques (B.Blondel, 1996). Le facteur physiologique est ici prédominant.

Au regard de ces données, il semblait plus difficile d'appréhender les enjeux psychopathologiques propres à la grande prématureté avec les grossesses multiples. Par ailleurs les vécus de grossesses multiples font l'objet de recherches spécifiques (J.C.Pons, C.Charlemaire, E.Papiernik, 2000) et sont comparés aux grossesses uniques. Les grossesses multiples auraient donc constitué un biais important.

**« Dans une étude concernant les grossesses triples, il a été observé que l'intensité corporelle de la femme accompagnée de la fatigue, de l'insomnie et des préoccupations sur sa propre santé et sur celle des bébés, pouvait mener à un appauvrissement temporaire de la vie psychique de celle-ci (Robin, Bydlowski, Cahen et Josse, 1991). Cet appauvrissement pourrait se manifester par une diminution ou une absence de rêves, de représentations et de remémorations infantiles, processus à l'inverse intensifiés lors d'une grossesse unique » (J.Wendland, 2007, p.8).**

Nous n'avons pas souhaité séparer les primipares des deuxièmes pares ou multipares, afin que demeure la possibilité d'observer si ce facteur a réellement un impact sur les vécus de la grossesse et si les femmes enceintes y font elles-mêmes référence<sup>5</sup>.

De plus, les données françaises de l'enquête périnatale de 1995 ne révèlent pas de différence du taux de prématureté significatif entre les primipares et les multipares.

Comme nous l'avons dit, nous avons interrogé lors d'un précédent travail (G.Moulin, 2002), la répétition de l'accouchement prématuré et ce qu'elle pouvait signifier de l'organisation psychosomatique de ces femmes. Aussi semblait-il pertinent de ne pas se priver de possibles situations de répétition en excluant les multipares.

<sup>5</sup> Les travaux de J.T.Condom et V.Esuvarathan (1990) traitant de l'expérience de la grossesse chez les femmes primipares et deuxièmes pares ont montré que les femmes deuxième pares étaient plus stressées au cours de leur grossesse que les primipares. D'après ces auteurs, le stress est plus lié aux facteurs environnementaux qu'aux effets de la parité. Il n'y a pas vraiment de consensus autour des effets de la parité sur la grossesse.

Par ailleurs, la recherche de H.Riazuelo (2004) sur les spécificités de l'attente d'un second enfant, relevait dans les dessins une place plus importante donnée à l'accouchement chez les femmes deuxièmes pares, souvent en lien avec des éléments traumatisques du premier accouchement. H.Riazuelo (*p.152*) a également observé une plus grande facilité à se dessiner enceinte chez les deuxièmes pares :

**« elles représentent clairement le fœtus, le cordon, le placenta et semblent plus en prise avec la réalité propre de la grossesse »**

Chez les deuxièmes pares, le dessin de l'enfant ressemble davantage à un fœtus tandis que les primipares dessinent des enfants.

**Notre choix méthodologique nous permet d'approfondir cette piste.**

**Nous avons choisi de présenter la population sous la forme d'un tableau afin d'en faciliter le repérage mais notre démarche n'a pas de visée comparative. Il ne nous paraît pas pertinent au regard de nos hypothèses de procéder à une comparaison des échantillons. Nous avons cherché à faire travailler de façon dynamique ce qui émerge dans les différents groupes.**

### 1-1-1-Tableau récapitulatif des principales caractéristiques des échantillons

#### GROUPE 1 : FEMMES ENCEINTES HOSPITALISÉES POUR MAP

GROUPE 1-1	Nombre d'accouchement	Terme de la grossesse au moment de la rencontre	Terme auquel s'est achevée la grossesse	Lieu des rencontres
<b>Madame F</b>	Primipare	28 SA + 5 jours	Terme atteint	service de grossesse pathologique
<b>Madame G</b>	Troisième pare	J+3	Terme atteint	maternité
<b>Madame H</b>	Deuxième pare	27 SA + 3 jours	Terme atteint	service de grossesse pathologique
<b>Madame I</b>	Primipare	25 SA	Terme atteint	service de grossesse pathologique
<b>Madame J</b>	Deuxième pare	27 SA + 6 jours	Terme atteint	service de grossesse pathologique
<b>GROUPE 1-2</b>	Primipare	28 SA + 4 jours	29SA	Service de grossesse pathologique, service de réanimation néonatale et consultation pédiatrique
<b>Madame P</b>				
<b>Madame Q</b>	Primipare	26SA + 3 jours	27SA	Service de grossesse pathologique, service de réanimation néonatale et consultation pédiatrique
<b>Madame R</b>	Primipare	24 SA +4 jours	25 SA +3 jours	Service de grossesse pathologique
<b>Madame S</b>	Deuxième pare	25SA + 6 jours	26 SA + 5 jours	Service de grossesse pathologique, réanimation néonatale
<b>Madame T</b>	Troisième pare	J + 4	<b>28 SA + 3 jours</b>	Service de réanimation néonatale, soins intensifs

#### GROUPE 2 : FEMMES AYANT ACCOUCHÉ TRÈS PRÉMATURÉMENT

	Nombre d'accouchement	Terme de la grossesse au moment de la rencontre	Terme auquel s'est achevé la grossesse	Lieu des rencontres
Madame U	Troisième pare	J + 2	29 SA + 4 jours	Réanimation néonatale et maternité
Madame V	Primipare	J + 2	25 SA	Réanimation néonatale
Madame W	Primipare	J + 1	25 SA + 3 jours	Réanimation néonatale

**GROUPE 3 : FEMMES ENCEINTES AYANT ATTEINT LE TERME SANS INCIDENTS SOMATIQUES**

	Nombre d'accouchement	Terme de la grossesse au moment de la rencontre	Terme auquel s'est achevé la grossesse	Lieu des rencontres
Madame A	<b>Deuxième pare</b>	<b>25 SA</b>	<b>Terme atteint</b>	<b>Consultation gynécologique</b>
Madame B	<b>Primipare</b>	<b>26 SA+ 4</b>	<b>Terme atteint</b>	<b>Consultation gynécologique</b>
Madame C	<b>Deuxième pare</b>	<b>27 SA</b>	<b>Terme atteint</b>	<b>Consultation gynécologique</b>
Madame D	<b>Deuxième pare</b>	<b>28 SA + 2 j</b>	<b>Terme atteint</b>	<b>Consultation gynécologique</b>
Madame E	<b>Deuxième pare</b>	<b>27 SA + 3 J</b>	<b>Terme atteint</b>	<b>Consultation gynécologique</b>

**1-1-2- Femmes enceintes hospitalisées pour MAP**

Parmi les femmes qui accoucheut très prématurément, certaines sont hospitalisées les jours ou les semaines précédentes pour des menaces d'accouchement prématuré. Afin d'interroger les vécus de grossesse pour les femmes qui accoucheut très prématurément, nous avons rencontré des femmes hospitalisées pour MAP. Parmi elles, toutes n'accoucheut pas prématurément.

Les travaux de N.Mamelle (1989, 1992) ont montré l'impact d'un suivi psychologique pendant la MAP. Nous avons, nous, souhaité questionner l'impact de l'hospitalisation elle-même sur le processus psychoaffectif de la grossesse. Ainsi, parmi les dix femmes rencontrées, aucune n'a été suivie par la psychologue du service de grossesse pathologique.

Le problème somatique à l'origine de la MAP varie d'une femme à l'autre. Il ne nous a pas semblé utile d'uniformiser notre échantillon de ce point de vue là dans la mesure où nous interrogeons la survenue de la menace d'accouchement prématuré comme témoignant d'un dysfonctionnement de l'équilibre psychosomatique de la femme enceinte. Ainsi l'expression somatique de ce dysfonctionnement, qu'il s'agisse d'une rupture des membranes ou d'une mise au travail spontanée n'a pas vraiment d'importance dans notre recherche. Dans le cadre de la naissance prématurée, ce qui est en jeu lors de la menace d'accouchement prématuré, c'est le processus de grossesse lui-même et c'est ce processus que nous avons choisi d'interroger d'un point de vue psychosomatique.

Nous avons donc rencontré dix femmes enceintes, hospitalisées pour MAP dans le service de grossesse pathologique et dont le terme était compris entre 24 SA et 29 SA, ce qui correspond à la définition de la très grande prématureté. Parmi ces femmes, cinq ont poursuivi leur grossesse jusqu'au terme après la MAP et cinq ont accouché très prématurément.

Nous convenions avec l'ensemble de ces femmes que, dans l'éventualité d'une naissance prématurée, nous poursuivrions nos rencontres lors de l'hospitalisation du bébé

et ce, jusqu'à sa sortie, sous la forme d'entretiens cliniques. Nous évoquions également la possibilité d'être présente lors des consultations avec le pédiatre-réanimateur après la sortie de l'enfant et jusqu'à son premier anniversaire.

Lors de la première rencontre (qui pour cinq d'entre elles a été l'unique rencontre), nous faisions passer l'I.R.M.A.G qui est une interview pour les représentations maternelles pendant la grossesse et nous leur proposions de dessiner. Ces outils seront plus largement présentés un peu plus loin.

Nous avons choisi d'inclure dans cet échantillon deux femmes rencontrées lors de notre D.E.A afin d'approfondir les pistes de réflexion déjà soulevées à l'occasion de ce premier travail. Ainsi pour mesdames G et T, le protocole proposé est-il différent. Nous avons rencontré madame G après la naissance à terme de son fils, à la maternité et non pendant son hospitalisation pour MAP. L'entretien a eu lieu en présence de son mari qui a souhaité rester. Nous avons accepté et l'avons laissé intervenir lors de l'entretien lorsqu'il le souhaitait. Nous reviendrons sur cette situation lors de la discussion.

Nous avons rencontré madame T après la naissance prématurée de sa fille et non pendant son hospitalisation pour MAP. Deux formes d'entretien ont été pratiqués : un entretien non-directif (afin d'appréhender dans son déroulement, sous forme libre, la personnalité du sujet, son fonctionnement psychique, ses modes de défense) et un entretien semi-directif (afin de faire émerger les éléments historico-cliniques). Nous leur avons également proposé de dessiner.

### **1-1-3- Femmes ayant accouché très prématurément sans MAP**

Notre questionnement sur les enjeux psychiques de la très grande prématurité est né lors de notre stage de maîtrise (M1) dans un service de réanimation néonatale et de néonatalogie. À l'occasion de ce stage, nous avons rencontré un nombre important de femmes ayant accouché très prématurément. Il n'y avait pas de psychologue dans ce service, aussi, avons-nous été très vite sollicitée pour apporter un soutien psychologique aux familles dont l'enfant était hospitalisé. Ces multiples prise en charge nous ont amenée à envisager la prématurité comme l'après-coup d'un premier traumatisme : la grossesse.

Ainsi, nous semble-t-il indispensable de présenter cette clinique qui témoigne du processus de recherche lui-même. Nous avons choisi de présenter trois cas qui nous semblent pertinents au regard de nos hypothèses et représentatifs de la clinique à laquelle nous avons été confrontée pendant ces années. Les entretiens cliniques et l'accompagnement de ces femmes dans leur « devenir-mère » apportent un éclairage supplémentaire sur les enjeux psychoaffectifs de la très grande prématurité. La grossesse est racontée après-coup. Parmi les trois cas présentés, aucune des femmes n'a été hospitalisée pour MAP et l'accouchement prématuré a été une surprise pour toutes.

Aussi parmi les trois femmes présentées dans cet échantillon, une seule a été rencontrée dans le cadre de la recherche de D.E.A. Il s'agit de madame U à qui nous avons proposé de dessiner dans le cadre d'un entretien semi-directif. Pour les deux autres, il s'agit d'entretiens cliniques sans visée de recherche à proprement parler. Toutes les notes ont été prises après-coup. Les entretiens se sont déroulés dans les services de réanimation néonatale et de soins intensifs pour une part et dans un bureau médical à l'intérieur du service pour une autre part.

### **1-1-4- Femmes enceintes ayant atteint le terme sans incidents somatiques**

Les femmes enceintes ont été rencontrées par l'intermédiaire d'une gynécologue de l'hôpital, également installée en ville. À l'issue de la visite gynécologique du 4<sup>ème</sup> ou 5<sup>ème</sup> mois, en milieu hospitalier ou à son cabinet, si aucun trouble somatique n'avait été détecté, elle leur proposait de participer à notre recherche.

Les femmes enceintes qui acceptaient, contactaient le secrétariat de la consultation gynécologique afin de prendre rendez-vous avec nous. Tous les entretiens ont eu lieu à l'hôpital dans le service de gynécologie, dans des salles de consultation, équipées d'appareil échographique et sans fenêtre. Certaines femmes faisaient leur suivi médical en milieu hospitalier et d'autres au cabinet de la gynécologue.

Après une brève présentation de la recherche, l'Interview pour les Représentations Maternelles pendant la Grossesse (IRMAG) mise au point par M. Ammaniti, C. Candelori, M. Pola, R. Tambelli, (1990) leur était proposée. Le dessin demandé au cours de la passation n'était pas préalablement discuté afin d'en préserver la spontanéité.

Cette population s'est constituée dans une visée de « contrôle » de la population cible (femmes accouchant très prématurément). Nous prenons en compte le contexte émotionnel de l'interview. Dans un cas, la grossesse se déroule bien et les femmes viennent nous voir pour en parler. Dans l'autre cas, les femmes sont déjà hospitalisées et l'incertitude plane sur la viabilité du fœtus. L'hospitalisation a donc déjà pu avoir un impact sur les représentations maternelles. Par ailleurs, cette population nous a permis de confronter nos données à celles de la littérature sur les vécus et les représentations de la grossesse chez la femme enceinte.

### 1-1-5- Les pères

Notre recherche aborde le père comme un processus (B. Golse, 2006), et questionne ainsi sa place depuis le projet d'enfant jusqu'à la naissance et les premiers mois de vie de l'enfant. Les pères n'ont pas été appréhendés à partir d'une méthodologie spécifique. L'outil que nous avons utilisé, l'IRMAG questionne la place du père pendant la grossesse et son engagement mais du point de vue de la femme enceinte.

Nous avons à plusieurs reprises été amenée à rencontrer les pères des bébés hospitalisés. La place des pères dans les naissances prématurées est spécifique. Ils font le lien entre la mère et l'enfant après l'accouchement. Ce sont les pères qui accueillent les premiers l'enfant né prématurément. Ainsi que le souligne la recherche d'A. Herzog, C. Muller Nix, C. Mejia, F. Ansermet (2003, p.104), lors d'une naissance prématurée,

**« le père est propulsé en première ligne, c'est à lui d'assurer la continuité de la relation parent-enfant. Cette dynamique singulière lui offre la possibilité, en s'appuyant sur le pôle médical, d'effectuer un véritable travail de liaison psychique entre sa femme et son enfant ».**

Dans deux situations, les pères ont souhaité rester lors du premier entretien que nous proposions à leur femme. Ainsi le mari de madame G (entretien semi-directif) et celui de madame R (IRMAG) ont assisté à l'entretien et y ont participé.

Nous reviendrons dans la discussion sur la problématique de ces couples et sur l'intérêt pour ces femmes de faire l'entretien en présence de leur mari. Nous avons fait le choix d'inclure ces entretiens dans nos résultats car ils apportent des éléments pertinents au regard de nos hypothèses.

Des pères ont également été rencontrés à l'occasion des consultations pédiatriques qui avaient lieu régulièrement après la sortie de l'enfant de l'hôpital.

## 1-2- Le dispositif de recherche

### 1-2-1- Positions du chercheur clinicien

Dans le cadre de cette recherche, nous postulons que l'intersubjectivité rend possible l'accès au psychisme des sujets étudiés et que le psychisme du chercheur est son principal instrument (C.Revault d'Allonnes, 1989). C'est par lui que le matériel recueilli est traité, aussi n'y-a-t-il pas de signification en dehors de l'écoute qui peut en être faite. L'implication du chercheur est aussi « accès à l'analyse ». Comme le souligne D.Devereux (1980, p.61),

**« plutôt que de prétendre étudier ce qui se passe là-bas dehors, l'observateur relativiste ne peut étudier les événements qu'auprès de lui-même, selon les répercussions sur ses instruments d'observation. Et, encore plus finement, il peut examiner ces signes soit auprès de l'observé, soit auprès de lui-même, observateur ».**

Nous cherchons donc à entendre le discours latent et le surgissement de l'inconscient chez les sujets interrogés et chez nous-mêmes. Si très vite, les prises de notes sont apparues comme un obstacle à l'installation d'un état de réceptivité et de disponibilité contre-transférentielle permettant d'accueillir et de considérer les effets produits par le discours sur notre psychisme, nous n'avons toutefois pas introduit spontanément le magnétophone.

L'enregistrement des entretiens a été un vrai dilemme. Devant l'omniprésence des machines sur le terrain de recherche, le magnétophone nous est apparu comme la machine de trop, probablement à l'image de la couveuse entre la mère et son enfant prématurissime. Cette perception a évolué au fil de la recherche et le magnétophone a été introduit, permettant une transcription plus fidèle des propos recueillis. De ce fait certains entretiens présentés dans cette recherche ont été enregistrés, d'autres non. Si au plan de la rigueur méthodologique, cette hétérogénéité du recueil des données peut faire l'objet de critiques, elle atteste aussi du travail psychique qui s'opère chez le chercheur au fil des années et de la présence de résistances dans la mise en place d'un protocole de recherche.

Le magnétophone, machine en trop, convoquait dans notre imaginaire l'intrusion et était associé à une violation de l'intimité. Mais derrière le magnétophone se cache celui qui le tient. Après avoir poussé les portes d'un lieu « réservé », pour ne pas dire « sacré », il nous semblait impossible d'en témoigner. Le fait d'enregistrer s'associait pour nous à un sentiment de honte et de transgression. Comment oser à nouveau « prendre le contenu » (du discours) de ces femmes pour le partager avec d'autres (la communauté des chercheurs) ? Peut-être est-ce notre crainte

**« de dérober aux « Mères » le savoir aveugle et absolu dont elles sont gardiennes » (P.-L Assoun, 1992, p.129)**

qui s'est exprimée.

Le concept de « pénétration agie de l'objet » de R.Roussillon nous a permis de nous dégager de cette posture. Notre dispositif de recherche se construisait en miroir de la problématique des femmes interrogées : sentiment d'intrusion, de honte, voyeurisme, transgression. Aussi nous sommes-nous dégagés de cette posture afin de pouvoir, par notre méthodologie, interroger les processus à l'œuvre plutôt que de les agir dans le cadre proposé. Les entretiens ont ensuite été enregistrés.

Dans la phase exploratoire du travail, nous avions élaboré et utilisé une grille d'entretien (jointe en annexe) permettant d'explorer auprès des femmes enceintes les représentations

du fœtus et de l'enfant à venir. Afin d'élargir notre champ d'investigation, nous avons utilisé une grille d'entretien plus complète, qui permette d'explorer

**«chez la femme qui affronte la maternité, le domaine des représentations mentales concernant non seulement la femme en tant que personne et mère mais son partenaire et sa famille d'origine » (C.Candelori, 1999, p.22)**

Nous pouvions ainsi recueillir plus de données concernant la grossesse, l'histoire de la patiente, ses liens familiaux. Autant de données susceptibles de mettre au travail nos hypothèses. Si nous n'avons pas les moyens d'accéder aux représentations inconscientes des femmes enceintes, leurs représentations conscientes et préconscientes nous permettent toutefois d'approcher les fantasmes sous-jacents. Comme le rappelle A.Green (1993,p.228),

**« la représentation inconsciente ne peut jamais être perçue ni de l'intérieur, ni de l'extérieur. Elle peut prendre une forme figurable après qu'elle a d'abord été élaborée par le sujet lui-même ou par un autre qui communique au sujet sa pensée. Mais alors, il ne s'agira que d'une représentation consciente supposée avoir quelque analogie avec la représentation inconsciente impossible à connaître ».**

L'outil que nous avons alors utilisé est l'IRMAG : Interview pour les Représentations Maternelles pendant la Grossesse que nous allons tout de suite présenter.

### **1-2-2- L'Interview pour les Représentations Maternelles pendant la Grossesse (IRMAG)**

**« Se définissant par le concept fondateur de «représentation inconsciente», la théorie analytique s'organise sur un paradoxe : elle veut maintenir, dans le même concept, à la fois, l'idée d'une représentation siégeant dans l'Ics et par définition coupée de la conscience, et l'idée opposée, contenue dans le terme de représentation, de « présenter devant les yeux ou devant l'esprit » » (C. et S.Botella, 1992, p.24).**

Le monde fantasmatique de la future mère et son imaginaire sont appréhendés avec l'Interview pour les Représentations Maternelles pendant la Grossesse (IRMAG). Il s'agit d'un entretien semi-structuré qui a été élaboré par M.Ammaniti et Al., dans les années 1990. L'IRMAG s'inscrit dans une lignée de travaux qui s'appuie sur les avancées théoriques suivantes :

La grossesse est un processus, un moment évolutif fondamental du développement de l'identité féminine.

La grossesse implique des modifications substantielles du monde représentationnel de la femme enceinte.

Les fantaisies des parents sur leur enfant sont construites systématiquement selon des règles dérivées des expériences des relations avec leurs propres parents.

L'interview est constituée de 41 questions et aborde six grands axes :

1/ Le désir de maternité dans l'histoire personnelle de la femme et dans l'histoire du couple : il s'agit d'approfondir comment le désir d'enfant s'est formé dans l'histoire de la femme et dans sa relation avec son partenaire.

2/ Les émotions personnelles du couple et de la famille à l'annonce de la grossesse. Ce moment peut être représentatif de l'acceptation ou de la non-acceptation de la maternité (hésitation, sentiment de honte etc.). Par ailleurs M.Ammaniti souligne que l'emphase excessive liée à l'annonce peut venir témoigner d'une compétitivité latente avec la mère.

3/ Les émotions et les changements au cours de la grossesse dans la vie personnelle du couple et par rapport aux familles. Une attention particulière est portée au vécu de la femme enceinte concernant ses changements corporels. Le corps pouvant être utilisé pour exprimer des conflits et des ambivalences.

4/ Les perceptions, les émotions positives et négatives, les fantaisies maternelles et paternelles : l'espace intérieur de l'enfant.

**« L'interview permet d'explorer si un espace spécifique occupé par l'enfant qui va naître s'est déjà formé chez la mère » (C.Candelori, Op.Cit., p.27).**

L'interview permet de recueillir des informations sur la perception des premiers mouvements fœtaux, sur le vécu de l'échographie etc...

5/ La perspective temporelle, les expectatives futures qui permettent d'approcher la construction de la parentalité.

6/ La perspective historique de la mère par rapport à son rôle présent et passé de fille. Cela permet d'accéder aux enjeux identificatoires de la femme enceinte.

L'IRMAG nous semble un outil approprié pour tester nos hypothèses dans la mesure où l'interview permet d'aborder la représentation de l'enfant et le processus de différenciation en questionnant les points suivants :

a/ la reconnaissance de l'acquisition par le fœtus, au long des mois, d'une configuration et de caractéristiques de plus en plus définies.

b/ le fait de parler de plus en plus souvent de l'enfant dans le discours et de le considérer comme un être virtuellement séparé de soi, doté d'une individualité en cours de formation,

c/ l'habitude de parler de l'enfant ou de s'adresser à lui en utilisant son prénom ou un sobriquet,

d/ la tentative d'individuer dans les mouvements fœtaux des caractéristiques personnelles et également, le choix du prénom, la préférence par rapport au sexe ou sa connaissance à travers l'échographie, l'organisation de l'espace dans la maison pour l'enfant, les projets sur la façon de l'élever pendant les premiers mois de sa vie...

L'IRMAG questionne également les rapports que la femme enceinte entretient avec sa mère et son partenaire et comment elle inscrit l'expérience de la grossesse dans son histoire personnelle. Classiquement, l'IRMAG est utilisé au cours du 7<sup>ème</sup> mois de grossesse. Nous l'utilisons entre le 6<sup>ème</sup> et le 7<sup>ème</sup> mois pour tous les groupes constitués.

Par ailleurs, au cours de l'entretien, il est possible d'utiliser des listes déterminées d'adjectifs qui ont été élaborées en collaboration avec D.Stern et son équipe de Genève afin de dégager des différentiels sémantiques. Il s'agit de cinq listes qui concernent :

1. les caractéristiques individuelles de l'enfant attendu
2. les caractéristiques individuelles de la femme
3. les caractéristiques individuelles de son partenaire
4. les caractéristiques maternelles de l'interviewée
5. les caractéristiques de sa mère

Ces listes n'ont pas été utilisées pour notre recherche car le traitement des différentiels sémantiques ne nous semblait pas approprié au regard de nos hypothèses.

Nous avons pris le parti de ne pas utiliser le système de codification relatif aux représentations maternelles qui est proposé par les auteurs. Les scores obtenus ont comme visée de classer les représentations maternelles en trois catégories :

Représentations maternelles « intégrées/équilibrées »

Représentations maternelles « réduites/désinvesties »

Représentations maternelles « non intégrées/ambivalentes »

Notre objectif n'est pas d'évaluer les représentations maternelles pendant la grossesse mais d'explorer les pistes proposées par l'IRMAG afin de dégager une compréhension métapsychologique de la prématûrité. Aussi, de notre point de vue, cette codification ne présente pas d'intérêt pour notre recherche. Par contre, comme nous l'avons déjà souligné, nous avons introduit le dessin au cours de l'interview.

### **1-2-3- Le dessin**

Nous avons souhaité, dès le D.E.A faire dessiner les femmes enceintes rencontrées. L'envie de les faire dessiner est venue initialement d'une réflexion sur la place de l'image échographique dans le déroulement de la grossesse. Nous souhaitions voir si l'échographie était utilisée comme un support au dessin et si ces deux formes de « visualisation » de l'enfant in utero mobilisaient les mêmes représentations. Par la suite, au regard de la richesse de cet outil, il nous a semblé pertinent de maintenir la proposition du dessin dans le cadre de la passation de l'IRMAG. Le dessin permet de rompre le rythme de l'interview et d'ouvrir un espace de parole plus libre dont les femmes enceintes peuvent se saisir si elles le souhaitent.

Nous avons trouvé dans la littérature différentes expériences de dessin auprès de femmes enceintes. P.-J. Parquet et G.Delcambre (1980) ont expérimenté le dessin chez la femme enceinte dans les années 1970-1980. Leur travail visait essentiellement à rendre compte de la prévalence entre le corps imaginé de l'enfant (corps complet, uniifié, sexué et autonome) ou le corps organique (qui remplit, comme un organe surajouté).

E.Petroff (1999), gynécologue obstétricienne à la maternité des Bluets à Paris utilise également le dessin auprès des femmes hospitalisées au cours de la grossesse. Elle leur propose de représenter sur le papier « comment elles se voient elles et leur bébé ».

D.Cupa et al. (1992) ont aussi utilisé le dessin en maternité avec la consigne suivante: « dessinez votre enfant tel que vous l'imaginez maintenant ».

Par ailleurs, le dessin se présente comme un support permettant l'émergence d'un imaginaire culturel et social. La grossesse a toujours donné lieu à des fantasmes collectifs.

**Pendant longtemps les fameuses « envies » de la femme enceinte étaient attribuées « à la puissance malfaisante de l'utérus considéré comme avide de sang, capable de s'agiter, de griffer et de mordre la future mère » (M-F.Morel, 2004, p.30).**

**Il semblait intéressant de repérer à l'aide du dessin les représentations de la femme enceinte sur son propre corps ainsi que ses représentations sur les échanges entre son propre corps et celui du fœtus. Les représentations de la grossesse sont-elles imprégnées de croyances communes ?**

**Le dessin est également un support très riche pour verbaliser les interactions entre la mère et son bébé et voir si les échanges sont physiques, affectifs etc...**

*Le dessin peut rendre visible la place accordée au placenta, aujourd’hui sujet de nombreuses recherches dans le champ de la psychiatrie foetale. Comme le soulignent M.Soulé et M.-J Soubieux, (2006, p.140),*

**« Sur le plan des interactions biologiques, la véritable « mère » du foetus est la placenta ».**

C'est le placenta qui donne l'oxygène, les aliments et qui fait grandir le foetus (hormones). Il existe des relations interactives placenta-mère et mère-placenta. Le placenta s'adapte aux signaux et aux conditions du milieu (la mère). Ainsi,

**« (...) certaines excitations biologiques venues de la mère prennent une valeur traumatique chez le foetus si le placenta ne joue pas son rôle de pare-excitation biologique» (Idem).**

Il est donc intéressant de questionner la place que les femmes enceintes accordent au placenta.

Les dessins recueillis nous permettront d'explorer différentes pistes :

**le fantasme unaire : la mère et son bébé ne font qu'un. Il y a un échange direct entre la mère et l'enfant. Fantasme qui repose sur la pensée commune qui**

**« considère la femme enceinte comme un corps transparent : tout ce qui l'atteint d'une manière ou d'une autre, en bien ou en mal, a des effets sur le foetus » (M-F.Morel, Op.Cit., p.26).**

**le fantasme parthénogénétique : le cordon ombilical est-il fixé au nombril de la mère ? Quelle est sa destination ? A-t-il un rôle alimentaire ?**

**les angoisses concernant les anomalies éventuelles de l'enfant : le dessin est commenté par les femmes : « on dirait un monstre ». « J'ai oublié ses pieds, c'est horrible » etc...**

**les représentations du corps féminin : le ventre comprend-il le vagin, l'utérus est-il fermé, est-il représenté comme une poche sans issue etc...**

**les représentations du foetus : est-il sexué, humanisé, est-il serré dans le ventre maternel, enkysté, est-il confortable etc...**

Le dessin est proposé dans le cadre de l'IRMAG. Après la question 16 « comment imaginez-vous votre enfant ? » et « comment l'imagine votre partenaire », le chercheur propose à la femme enceinte de dessiner, sur une feuille de dimension A4 et au crayon de papier à partir de la consigne suivante : « Dessinez l'intérieur de votre ventre tel que vous l'imaginez ».

La consigne a été élaborée pour permettre de saisir, à travers le dessin, si l'intérieur du ventre est perçu comme accueillant un autre ou accueillant du même. L'idée étant alors d'accéder par la médiation du dessin à la représentation de l'objet interne chez les femmes rencontrées et de voir ce que l'évocation de leur « intérieur » mobilise.

Cette consigne impose aux femmes rencontrées de soulever le voile de leur intérieur et se montrer transparentes pour le chercheur et pour elles-mêmes, ce qui nous renvoie au concept de la transparence psychique développé par M.Bydlowski (2001). L'intime est convoqué dans la proposition du dessin. L'intérieur du corps est à la fois l'objet et l'endroit d'un interdit. Comme l'écrit G.Bachelard (1986),

**« tout intérieur est un ventre qu'il faut ouvrir pour rendre manifeste ce qui est caché. On ne saurait songer à un tel mystère sans le sexualiser » (d'après C.Durif-Bruckert, 1994, p.11).**

Le dessin est proposé dans la continuité d'une rêverie sur l'enfant. Il semblait pertinent de voir si les femmes interrogées faisaient un lien entre l'enfant à venir, précédemment évoqué dans l'interview et l'enfant du dedans.

Les réactions des femmes enceintes lors de la consigne ont souvent été des réactions de surprise et de peur. Le dessin fait peur car nous ne savons plus dessiner à l'âge adulte. Certaines femmes parviennent à se saisir très librement de la consigne et se laissent aller à une « rêverie maternelle » tandis que d'autres s'inscrivent immédiatement sur un mode opératoire et produisent un dessin très schématique, au plus près d'un savoir biologique.

Lorsque le dessin est terminé, les femmes sont interrogées sur les pensées qui ont orienté leur dessin, si elles ont dessiné un sexe au bébé et si elles ont représenté un moment précis de la grossesse. L'aspect formel du dessin (force du tracé, esthétisme) ne sera pas examiné.

# Troisième partie : Présentation des résultats

## Présentation générale

Nos hypothèses<sup>6</sup> portant d'une part sur l'impossibilité des femmes qui accouchent très prématûrement de se représenter la présence d'un autre en elle et d'autre part sur la qualité des relations précoce entre ces femmes et leur propre mère, nous avons choisi de présenter nos résultats de la manière suivante :

Pour les groupes 1 et 3, c'est-à-dire le groupe témoin et le groupe des femmes hospitalisées pour MAP, nous avons choisi de présenter l'histoire et les vécus de la grossesse recueillis à l'aide de l'IRMAG. Nous mettons en perspective le désir d'enfant et les difficultés ou non à le réaliser ainsi que les changements provoqués par la grossesse, pour la femme enceinte et pour son conjoint. Nous présentons également dans cette partie la vie onirique des femmes enceintes rencontrées, « voie royale d'accès à l'inconscient » et qui peut également éclairer notre questionnement psychosomatique.

L'IRMAG nous ayant permis d'interroger les fantaisies relatives à l'enfant imaginaire, nous présentons le matériel recueilli, ainsi que les représentations mobilisées par le dessin proposé aux femmes enceintes. Nous présentons ensuite les vécus de ces femmes concernant les perceptions des mouvements du fœtus et l'impact sur leurs vécus de grossesse de l'image échographique.

Afin de vérifier notre deuxième hypothèse, nous présentons les liens qui unissent ces femmes à leur mère avant et pendant la grossesse. Et nous terminons avec la présentation d'un cas représentatif de l'échantillon.

Pour traiter le groupe des femmes hospitalisées pour MAP, nous sommes partie de ce qui lie ces femmes entre elles, l'hospitalisation, pour tenter de dégager ce qui les distingue et qui pourrait éclairer le fait que certaines mènent leur grossesse au terme et d'autres non.

<sup>6</sup> Pour rappel, nos hypothèses sont les suivantes: - D'un point de vue intrapsychique, la présence d'un autre en soi différent de soi est impensable, irreprésentable pour ces femmes et l'excitation produite par la présence du fœtus, la collusion entre réalité interne et réalité externe conduit à une somatisation. La naissance prématûrée vise à rétablir l'équilibre psychosomatique de ces femmes. Elles sont contraintes de rétablir leur intégrité corporelle pour penser, pour se représenter par le « voir » l'objet-fœtus. La présence d'un autre au dedans brouille les limites soi/autre et nécessite au plus vite, pour les femmes qui accouchent très prématûrement, un rétablissement de ces limites. Ainsi l'expulsion prématûrée du fœtus viserait le rétablissement d'un espace qui leur permette de se différencier de l'autre et de se retrouver elles-mêmes. Elles accoucheiraient afin de suspendre la violence traumatique inhérente au surgissement du non-moi dans le moi. Elles n'auraient plus la possibilité de constituer sur le plan psychique « l'épreuve de réalité » et seraient ainsi en plein collapsus topique. - De cette première hypothèse découle une seconde hypothèse concernant la construction d'un objet interne chez ces femmes. La disjonction entre le moi et ce qui dans le soi représente l'autre n'est pas suffisamment élaborée et la prématûrité permet d'opérer cette disjonction, impossible à traiter psychiquement par ces femmes. La construction chez ces femmes de l'objet interne est défaillante du fait d'une relation parentale à l'objet primaire maternel. L'objet primaire maternel n'a pas joué son rôle structurant dans sa présence, son mode d'être, sa continuité, altérant alors le processus de la différenciation intrapsychique. Les carences dans le lien avec l'objet primaire ont conduit ces femmes à effectuer une différenciation trop précoce du Moi (mauvais accordage).

Ainsi nous avons choisi de présenter les résultats de cet échantillon sans tenir compte des sous-groupes (MAP + terme et MAP + prématûrité) dans un premier temps, pour, dans un second temps, dégager les ressemblances et les différences entre les deux sous-groupes.

Le groupe des femmes ayant accouché très prématûrement est présenté différemment des deux autres groupes car pour ce groupe, nous n'avons pas eu recours à la même méthodologie. Pour deux femmes sur trois (Mesdames V et W), il s'agit d'entretiens cliniques dans le cadre d'une prise en charge après la naissance de leur enfant. Nous n'avons donc pas recueilli les mêmes données concernant le bébé imaginé et l'impact de l'image échographique. Ainsi, il nous a semblé pertinent de présenter, comme pour les autres groupes, l'histoire et les vécus de grossesse et le lien de ces femmes avec leurs mères afin de les mettre en perspective avec les données recueillies auprès des autres groupes. Mais nous avons également choisi de présenter les observations que nous avons pu faire dans ce suivi concernant la construction de la parentalité dans un service de réanimation néonatale. Comme nous l'avons expliqué dans l'introduction, notre recherche est née du constat que les femmes que nous rencontrions auprès de leur bébé prématûré nous parlaient d'un autre traumatisme que celui de la naissance prématûrée. Ce qui nous a amené à penser que la prématûrité n'est que l'après-coup d'un premier traumatisme : la grossesse. Ainsi, présenter leur devenir-mère dans un service de réanimation néonatale nous permettra-t-il de discuter le matériel issu de la clinique et sa valeur heuristique.

## I-Rencontres avec les femmes enceintes ayant atteint le terme sans incident somatique (groupe 3)

### 1-1-Histoires et vécus de grossesse

Parmi les cinq femmes interrogées, une seule vit pour la première fois l'expérience de la grossesse. Il s'agit de **madame B**. Pour les autres il s'agit d'une seconde grossesse. Sa gynécologue lui demande de se reposer pendant 15 jours. Toutes ces femmes ont accouché à terme.

Elles vivent en couple et parlent d'un désir commun d'enfant. Pour les cinq la grossesse était attendue et désirée, ce qui ne semble pas atténuer un effet de surprise à l'annonce de la grossesse :

*« C'est une grossesse désirée. On n'a pas eu l'angoisse de l'attente. On n'a été surpris que ça ait marché si vite ».(madame D) « Alors heu et ben au début, j'étais toute déboussolée quand j'ai pas eu mes règles, je me suis dis ah mais ça a déjà marché. J'étais tout (rires) toute pas bien ».(madame E)*

Pour **madame A**, cette grossesse fait suite à une fausse couche un an plus tôt et une IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) deux ans auparavant. **Madame B** a eu recours à des traitements et à des inséminations pendant deux ans, mais elle est finalement tombée enceinte naturellement lors de son voyage de noces. Pour les trois autres femmes, la grossesse intervient très rapidement après l'arrêt de la contraception (entre un et trois mois).

**Madame A** dit qu'elle a toujours voulu une autre grossesse. Elle perçoit très rapidement les premiers changements corporels, ce qu'elle associe au fait qu'elle les attend. Elle a peur

de grossir et se sent très fatiguée. L'IVG est latente tout au long de l'entretien mais madame A ne revient pas sur cette expérience.

**Madame B** aimerait avoir deux ou trois enfants, pas trop rapprochés en âge et « *les parents trop vieux, c'est pas (s)on truc* ». Les deux années d'échec dans la conception ont retardé leur projet d'enfants. Lorsque la grossesse est avérée, elle rêve plusieurs fois qu'elle n'est pas vraie et que les médecins reviennent sur leurs décisions, « *qu'il n'y a rien* ». Elle n'en parle à personne.

**Madame C** associe son désir d'enfant à l'horloge biologique puisqu'elle a 37 ans. La grossesse n'est pas un moment très agréable pour elle. Elle évoque une grossesse douloureuse puisqu'il y avait deux fœtus au départ et qu'elle en a perdu un. Les médecins lui ont dit qu'elle avait de fortes chances de perdre le deuxième, ce qui conduit madame C à peu investir sa grossesse. Elle a déprimé puis « *repris du poil de la bête* » selon son expression à partir du 4<sup>ème</sup> mois. Madame C formule son désir d'accoucher. La présence du fœtus est perçue comme intrusive. Elle dit par ailleurs qu'elle autorise moins sa mère à rentrer dans sa vie depuis qu'elle est enceinte. Elle revient sur l'expérience de sa première grossesse qui n'était pas vraiment prévue et qui a généré beaucoup d'interrogations chez elle concernant ses capacités à être mère. Les « *grand-mères* » l'ont alors encouragée à se faire avorter, ce qu'elle n'a pas fait.

Le début de grossesse de **madame D** est parsemé d'angoisses. Elle est infirmière-puéricultrice dans un service de néonatalogie. Elle évoque un moment difficile par rapport à son travail :

**« Y'avait deux petits en attente de décès dans le service...forcément, j'avais l'impression qu'il allait m'arriver une tuile autour de 22 semaines...le matin de la première écho, je me suis trouvé un ganglion sous le bras. Avant la grossesse, j'avais un ganglion suspect, je devais faire une écho mais je suis tombée enceinte. J'ai fait l'écho après, mais y'avait rien. Le moindre petit truc...une plaque sur le côté du ventre...je vivais tout très mal...j'étais très mal au niveau du boulot...et puis non, tout s'est bien passé ».**

Madame D compare beaucoup son vécu avec celui de sa première grossesse. Aussi se sent-elle « *moins attentionnée, moins à l'écoute de (s)on ventre* ». Elle a le sentiment de prendre « *moins de temps* » pour le bébé. Mais elle dit également que son mari « **va être plus monopolisé par (s)on petit (l'aîné) et pas par (s)on ventre. C'est pas qu'il va pas faire attention à moi mais il s'occupera du plus grand** ».

Ainsi madame D donne également à entendre l'identification au bébé dont on ne s'occupe pas assez. L'aîné devenant aussi le rival qui accapare l'objet d'amour.

Au moment où nous la rencontrons, **madame E** est en arrêt de travail en raison d'une légère modification du col de l'utérus. Sa grossesse surprend son entourage à qui elle n'avait pas laissé entrevoir son projet d'avoir un autre enfant. Elle insiste beaucoup lors de l'entretien sur son âge (elle s'approche de la quarantaine) et celui de son mari. Beaucoup d'inquiétudes se focalisent autour de cela. Seront-ils encore capables de s'adapter au rythme d'un bébé, de se lever la nuit... ? Elle redoutait une fausse couche :

**« comme pour la première moi...avant Juliette (sa première fille), j'avais fait un œuf clair et ça m'avait tellement traumatisée, là j'ai dit, ben on le dit pas avant d'être vraiment sûrs quoi, surtout que moi je voulais le dire en premier à ma fille ».**

Ainsi, pour l'ensemble de ces femmes, le bébé à venir est d'abord imaginé mort. Mesdames A et E redoutent des fausses couches, madame B perd l'un des deux fœtus, madame C fait plusieurs FIV qui ne marchent pas et madame D craint qu'il lui arrive « une tuile » vers 22 SA.

#### **La vie onirique pendant la grossesse**

**Madame A** se souvient qu'elle a rêvé

**« d'un enfant qui sortait tout habillé, qui parlait... »**

Elle trouve ses rêves « fatigants » car il y a toujours beaucoup de monde et beaucoup d'activités.

**Madame C** ne se souvient pas d'avoir fait de rêves particuliers lors de sa grossesse.

**Madame B** évoque plusieurs rêves autour de l'enfant à naître mais elle reste très évasive :

**« J'ai rêvé à quoi elle ressemblait dans mon ventre...c'était comme les images vues dans les livres ». « Je la rêve le jour de l'accouchement ».**

**Madame D** se souvient d'avoir rêvé mais n'a pas gardé d'images précises :

**« Oui j'ai fait des rêves mais qui me reviennent pas précisément. C'est plus le bébé au moment de la naissance ou quand il était là. C'est vague, j'ai pas d'images précises ».**

Quant à **madame E**, ses rêves sont proches du cauchemar et elle doit s'assurer qu'elle est bien enceinte au réveil. Elle ne raconte aucun rêve avec précisions.

**« Oui j'ai rêvé plusieurs fois mais pas forcément toujours en bien. Je me levais 50 fois la nuit ou des fois Juliette (sa fille aînée) a dû m'appeler. Je me disais attends, non c'est bon t'es toujours enceinte..Ouais mais sinon pas trop ».**

## **1-2- Le bébé imaginé**

---

Nous relevons une faible expression de fantasmes concernant l'enfant à naître. Pour **mesdames A et C**, la crainte d'être déçues est clairement exprimée. Elles semblent avoir choisi de faire le deuil précocement de l'enfant imaginaire. Comme Madame A, **madame C** se défend de toutes attentes envers son enfant.

**« Je ne veux pas faire cette erreur de me l'imaginer ».**

Elle évoque brièvement sa première grossesse et laisse entendre sa déception de ne pas avoir eu l'enfant rêvé :

**« Quand ça se passe pas comme on le souhaitait c'est source de problèmes...cet enfant idéalisé...on prend les gens avec leurs défauts et leurs qualités. On peut pas le formater ».**

Si pour **madame A**, les perceptions de l'enfant à venir existent, elles sont pauvres et ne laissent place à aucune fantaisie. Elle exprime ses craintes à se laisser aller à des rêveries autour de l'enfant :

**« je crois que quand on imagine, on est déçu des résultats [...] Je préfère le sentir, ça me rassure. Je me dis que c'est un bébé tonique, curieux ».**

Elle a peur de ne pas aimer cet enfant autant que le premier avec lequel elle a traversé des étapes difficiles et elle semble s'interdire toute fantaisie relative à l'enfant imaginaire :

**« On peut pas dire si on a envie qu'il ait telle ou telle chose ».**

Elle privilégie tout au long de l'entretien la forme impersonnelle plutôt que la première personne. Elle parle peu de l'enfant à venir. Aucun espace n'est encore investi pour le bébé car le couple doit déménager. Le prénom a été choisi et il est parfois utilisé par les parents ainsi que des noms affectueux. Elle se défend également d'attendre quoi que ce soit de cet enfant et ne lui reconnaît pas de besoins spécifiques. La différenciation de l'enfant est très accentuée, comme si le rapprochement avec le bébé après la naissance pouvait être néfaste :

**« Non. Je laisse venir. Il sera comme il doit être. Je veux rien lui imposer. Qu'il vive sa vie de bébé ! ».**

Nous pouvons aussi entendre dans le contexte de la recherche, un mouvement de pudeur et de gêne chez madame A. Nous livrer ses rêveries sur l'enfant à venir, c'est aussi nous dévoiler son intimité. De plus, son fils est présent tout au long de l'entretien, ce qui n'est sans doute pas sans effet sur les paroles de madame A.

**Madame E** imagine son bébé avec des caractéristiques physiques précises : blonde avec des yeux clairs mais des doutes s'emparent d'elle au moment où elle s'adresse à son bébé comme à une personne à part entière. Sa fille l'entend-elle vraiment ? Sait-elle vraiment qu'il s'agit de sa mère ?

**« C'est vrai aussi que je sais pas à quel âge ils entendent vraiment comment ils peuvent savoir que tu leur parles vraiment à eux, et pas à quelqu'un d'autre. C'est pas évident je veux dire parce que à ce compte-là quand tu parles avec tout le monde tu...des fois tu te dis bon c'est peut-être nul, p't-être que je fais ça pour moi, p't-être qu'elle entend rien... »**

Madame B imagine surtout sa fille à l'adolescence. Si elle dit ne pas s'imaginer l'enfant à venir, elle craint toutefois qu'il puisse hériter de ses problèmes de poids et de ses cheveux.

Mesdames B et C ont du mal à s'adresser au fœtus.

**« Je lui parle pas bien. Je pense à elle mais j'irai pas lui parler. On a choisi le prénom. Maintenant elle a un prénom, c'est plus nominatif ». (madame B) « Au niveau du vocal pas trop. J'ai du mal à me parler...j'arrive pas à lui parler...Je lui parle des fois quand je suis avec mon mari, dans la voiture, que ça secoue, je dis : « accroche-toi mon petit gars » mais c'est jamais très affectif, c'est pas mon cœur ou mon amour... ». (madame C)**

Mesdames A, D et E s'adressent au fœtus en utilisant des noms affectueux ou le prénom déjà choisi.

**« On dit « mon bébé ». Des fois je dis mon petit bonhomme ou mon petit bout' chou. Mon mari lui dit « mon petit bigorneau ». (madame D) « Oui mais ça je dirais je le faisais déjà avec Juliette. Des fois je dis bon allez chouchou maintenant tu arrêtes de me faire mal parce que des fois ça te bloque ou ça t'empêche alors c'est vrai que comme on n'a pas choisi de prénom on risque pas de l'appeler par son prénom ». (madame E)**

Pour l'ensemble de ces femmes le processus de différenciation est déjà engagé ou est en train de s'engager à ce stade de la grossesse. Deux d'entre elles ont rêvé de leur enfant après la naissance. **Le fantasme unaire recule pour laisser la place à une relation plus différenciée.**

Le processus d'objectalisation du fœtus semble engagé pour madame E mais il suscite beaucoup de questions. Ce fœtus auquel elle attribue une « identité » a-t-il vraiment les

compétences qu'elle lui suppose ? N'est-il pas idiot de penser ce fœtus comme un être à part entière ? Nous sommes sensibles aux effets produits par la recherche elle-même. Madame E a « peur de dire et/ou faire des bêtises ».

Par ailleurs nous avons été sensible, à la menace que nous représentions en recueillant les attentes ou désirs de ces femmes par rapport à leur enfant. Dévoiler les fantasmes sur l'enfant à naître semblait relever de la profanation du secret ou tout du moins d'une véritable mise à nu. L'entretien unique dans le cadre d'une recherche n'a pas permis la levée des résistances.

### Le bébé dessiné

Pour l'ensemble de ces femmes, la proposition du dessin a été une surprise. Aucune n'a refusé de dessiner. Aucune n'a réclamé son dessin à la fin de l'entretien. Lorsque le placenta est dessiné (2 sur 5) ou évoqué, ses fonctions de protection et de séparation entre la mère et le bébé ne sont pas mentionnées. Nous n'observons pas de différence significative quant à la représentation du fœtus entre les primipares et les multipares.

Dans son dessin, qu'elle commente très peu, **madame A** représente l'utérus comme une poche fermée, sans issue. L'enfant dessiné est représenté sans sexe et dans la position dévoilée lors de la dernière échographie. Elle compare le fœtus à un lézard et lui dessine un immense cou. Le cordon ombilical est représenté par une succession de petits boudins qui partent du nombril du fœtus mais sans destination particulière. Le cordon reste comme suspendu dans le vide.



Elle commente son dessin en disant que le bébé a l'air content. Le placenta n'est pas dessiné et madame A ne l'évoque pas lors de l'échange. L'œuf qui n'est rattaché à rien est en lien avec l'image de la mère-poule souvent convoquée dans l'entretien. Cette absence d'attache traduit peut-être la peur de madame A de trop s'attacher au bébé et ainsi de « **délaisser A. (son fils) et d'être trop mère et plus la femme de (s)on mari** ».

Le lien, l'attache ne semblent pouvoir s'envisager pour madame A que sur un mode fusionnel. Elle dessine un bébé, dans une poche sans issue qu'il faudrait garder à l'abri et pour lequel elle redoute un investissement inadéquat (en trop ou en pas assez).

**Madame B** dessine un bébé sans volume, de manière très schématique et précise davantage son propre corps. Elle situe le bébé dans le corps de la mère. Elle ajoute le placenta qu'elle représente comme un coussin entre les deux poches et le cordon ainsi que différents organes : intestin, vessie... L'enfant n'a pas de visage. Il est à l'intérieur d'une première bulle, elle-même entourée d'une seconde bulle (le ventre maternel). Le cordon est relié à la première poche. Le fœtus est entouré par les organes. Madame B s'inquiète dès l'annonce de sa grossesse de la place nécessaire au bébé.



Madame B  
Terme grossesse : 26 SA + 4 J

« *Est-ce qu'il aura assez de place ? Comment je vais gérer ça de l'intérieur ?* ».

**Madame C** dessine un bébé « relié à elle » par le cordon, dans une bulle qui représente la ventre. Le placenta n'est pas dessiné ni évoqué. Elle s'aperçoit qu'elle a fait partir le cordon ombilical de la bouche du bébé, ce qu'elle corrige, gênée. Le cordon s'arrête au contact de la bulle. Elle commente son dessin en disant : « *on dirait qu'il fume* ». Madame C conclura l'entretien en disant : « *Ce qui me chagrine, c'est cette histoire de dessin* ». Elle évoque tout au long de l'entretien sa culpabilité de ne pas avoir arrêté de fumer :



Madame C  
Terme grossesse : 27 SA

« *la culpabilité me pourrit la grossesse* ».

Son dessin peut évoquer les campagnes de mise en garde sur le tabagisme passif. Il y a comme une superposition de la mère et de l'enfant avec un surinvestissement de la zone orale puisque sans le vouloir madame C fait partir le cordon ombilical de la bouche du bébé. Le bon (la nourriture) comme le mauvais (le tabac) passe par la bouche.

À travers son dessin madame C semble exprimer ses craintes d'être nocive pour son bébé et de ne pas pouvoir le protéger. La culpabilité de madame C résonne également avec la perte d'un des deux fœtus en début de grossesse.

**Madame D** dessine en haut de la page A4 et utilise très peu d'espace pour dessiner. Elle dessine le placenta et s'aperçoit qu'elle n'a pas dessiné les extrémités du bébé (pieds et mains). Elle commente son dessin en disant qu'il ne représente pas un joli bébé, qu'il manque de forme. Elle dessine le bas du corps de façon schématique mais laisse un espace entre les deux jambes qui peut suggérer le sexe. Le haut du corps est barré, délimité par un trait quasi horizontal auquel est relié le cordon. Le bébé est sans visage. Elle repasse plusieurs coups de crayon pour dessiner le cordon et lui donner de l'épaisseur.

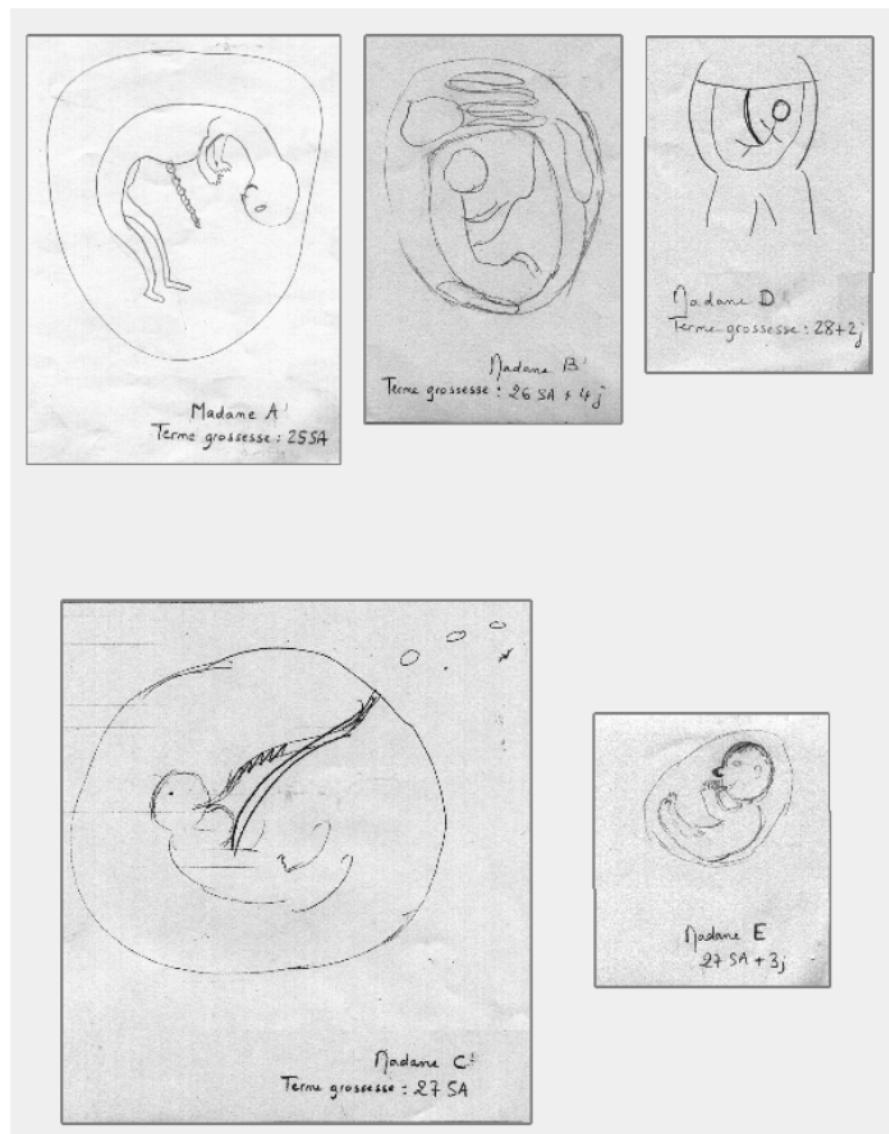


Elle ne parvient pas à décrire la relation qu'elle entretient avec l'enfant du dedans. Elle précise qu'il s'agit de deux personnes différentes mais qu'il y a une « **continuité de l'amour même quand physiquement on est deux** ».

Lorsque le dessin est proposé à **madame E**, elle rit et commente en disant qu'il s'agit bien d'un « truc de psy ». Elle dessine en haut de la page A4 et utilise très peu d'espace pour son dessin. De la même façon, le cercle qui représente le ventre est petit et laisse peu d'espace pour les mouvements du bébé. Elle compare le bébé dessiné à une **poule**. Comme pour madame A la figure de la mère-poule est mobilisée. Elle n'est pas contente de la tête du bébé qu'elle a dessiné. Elle dessine un bébé déjà grand, qui sourit, avec peu



d'espace autour de lui. Le cordon n'apparaît pas. Le bébé n'est rattaché à rien. Il est autonome dans sa bulle.



Nous observons que parmi les cinq femmes interrogées, seule **madame E** dessine une « petite fille ». Les autres femmes dessinent un bébé. Au moment de dessiner le bébé, son sexe est évacué et il est intéressant d'observer que la connaissance du sexe réel du fœtus ne change rien.

**Madame C** rajoute un « kiki » au fœtus représenté lorsque nous lui demandons si elle a pensé au sexe de l'enfant en dessinant. Elle définit alors son refus de dessiner le sexe masculin comme « symptomatique » de son rapport aux hommes et décide de le rajouter.

**« Oui j'y ai pensé (au sexe) mais je le fais pas parce que je le vois bien....(silence) ... c'est bien révélateur de ce que je peux ressentir face aux garçons ».**

Pour **madame C** la connaissance du sexe du fœtus intervient dans le processus de différenciation et d'objectalisation puisque le fait d'attendre un garçon la propulse dans le futur. Elle anticipe déjà la nature des liens qu'elle pourra entretenir avec son fils, liens qu'elle vit sur un mode déceptif. Elle pense au sexe de son enfant au moment de dessiner mais ne le représente pas. Madame C souhaitait une fille et elle a pleuré à l'annonce du sexe du fœtus. Elle s'en veut de réagir comme cela et elle ajoute un « kiki » sur le dessin après la

discussion. Seuls sa mère et son mari sont au courant du sexe de l'enfant attendu. Elle se dit qu'avec un garçon, elle ne pourra pas partager la même intimité. Un garçon,

**« c'est plus compliqué et plus distant. On élève pas un garçon de la même façon qu'une fille...elle prend son bain, on lui met de la crème. Un garçon, il faudra diminuer ces trucs...je veux pas en faire un truc sexuel...faudra pas toujours le couver...c'est un garçon ! ».**

Être enceinte d'un garçon c'est être enceinte de quelqu'un qui sera trop différent d'elle-même, ce qu'elle vit très mal. Son mari, qui « essaie toujours d'apaiser, de calmer les pressions » entre la mère et la fille, est lui heureux d'attendre un garçon et pense que « c'est mieux ». Madame C qui voulait s'entendre dire « mes filles » exprime à la fois la rivalité avec sa mère qui elle, n'a eu qu'une fille et son désir d'un lien mère-fille indifférencié.

Comme le soulignent F.Ferraro et A.Nunziante-Cesaro (1985, p.103),

**« (...) donner le jour à une fille, c'est comme reproduire sa propre histoire d'amour de la mère dans une sorte d'identité parfaite. Le corps de sa fille est son propre corps de petite fille contenu dans l'étreinte de sa mère, c'est le corps maternel qui la reprend dans sa cavité même, c'est le corps de la complétude originale, de l'omnipotence primaire, le corps narcissique du reflet ».**

Pour les autres, le sexe, connu ou pas est refoulé lors du dessin. Nous pouvons en conclure que si le processus d'objectalisation s'enclenche à ce stade de la grossesse, il demeure difficile de se représenter le fœtus comme un être sexué.

Par contre le sexe du fœtus intervient dans la sexualité du couple. Depuis qu'il connaît le sexe de l'enfant (une fille), le mari de madame A,

**« est réticent dans les relations. ...Ça lui fait un peu peur...Ça me surprend pas trop. L'envie est moins forte de ma part. Il parle au ventre, touche le ventre...il le sent bouger ».**

Madame B dit que la grossesse a modifié la vie sexuelle du couple :

**« ...moi ça me dit rien...j'ai un peu peur...je focalise trop sur la petite. C'est un mec alors ça réagit différemment. J'ai pas une libido, pas très... ».**

Si elle n'attribue pas les modifications de la sexualité du couple au sexe du fœtus, elle ne parle pas du bébé à ce moment-là mais de « (s)a petite ».

Madame D attribue la reprise de sa vie sexuelle à son désir de grossesse.

**« Là, c'est très bien autant après la première grossesse, c'était le calme plat. Là...dès l'arrêt de pilule, ça me stimule, c'est mieux que...pendant un an, après le premier accouchement, c'était plus difficile, surtout de mon côté. Là, depuis janvier, février, c'était mieux. Je ne sais pas si c'est le fait de ne plus être sous pilule ou le désir d'avoir un enfant mais tout se passe très bien ».**

Madame D est-elle en train de dire qu'elle ne peut avoir une sexualité épanouie que lorsqu'elle a pour objet la procréation ? Ainsi, sa sexualité serait conditionnée par le désir de grossesse... le féminin se révélant et/ou s'effaçant dans le maternel....

Le refoulement du sexe du fœtus lors du dessin et l'influence de la présence du fœtus sur la sexualité des couples seront questionnés ultérieurement. Est-il prématûr, à ce stade de la grossesse, d'envisager le bébé à venir comme un être sexué ? Si, comme le souligne S.Missonnier, (2003b)

*« le débat implicite ou explicite porte en vitrine sur le sexe biologique de cet enfant virtuel, [...] plus en profondeur, et que les parents veuillent ou non connaître le sexe biologique du fœtus, l'enjeu psychique matriciel en présence, c'est l'effet de rencontre entre une bisexualité virginale, originale et une menace de révélation –provoquée parfois, redoutée inconsciemment toujours- d'un sexe biologique. L'assignation de ce dernier correspond à un effet de réalité effractante pour cette androgynie mythique, autrefois respectée jusqu'à la Naissance » .*

Nous reprendrons ce point dans la discussion.

### **1-3- Echographies et mouvements fœtaux**

Dans 3 cas sur 5, les perceptions des mouvements du fœtus, les battements du cœur représentent la première preuve endogène de la présence du fœtus comme corps vivant à l'intérieur de soi.

**Madame A** semble n'accorder aucun intérêt aux images échographiques et elle résume ses deux échographies de la manière suivante :

**« Ils (les bébés) se ressemblent tous. Y'a pas de distinction particulière ».**

Ce désinvestissement de l'image est en lien avec le refus de madame A d'imaginer son enfant ou tout au moins de nous faire partager ses rêveries :

**« je crois que quand on imagine, on est déçu des résultats ».**

Les mouvements du fœtus, nombreux et vifs rassurent madame A sur la curiosité de son bébé. Comme si son absence de curiosité à l'encontre du bébé, qui la préserve d'un investissement visiblement dangereux pour son équilibre, pouvait atteindre le bébé lui-même. Nous pouvons repérer les effets du fantasme unaire et peut-être l'expression d'une culpabilité inconsciente.

**Madame B** a fait deux échographies. Elle ne trouve « rien d'exceptionnel » à la première et est « super contente » pour la deuxième alors que « c'est un brouillard ». Elle trouve surtout impressionnant de voir bouger son enfant.

**Madame C** trouve que l'échographie lui permet

**« d'être en relation directement avec (son) bébé » mais « c'est un peu froid. On peut pas le toucher ».**

Si pour madame C, l'échographie permet de faire connaissance avec le bébé, ça reste toutefois « médical ». L'enfant imaginaire est construit à partir des sensations fœtales. Elle s'inquiète dès qu'elle ne sent plus le bébé bouger. Elle pense que le bébé ressent ce qui lui arrive. Elle ne lui parle pas et préfère le contact physique :

**« ...ça se passe plus au toucher pour moi ».**

Elle imagine un bébé actif et se demande si sa fille aura le même rythme après la naissance. Elle pense que, comme elle, sa fille « s'éclate » pendant cette grossesse.

Pour mesdames A, B et C, l'échographie ne semble pas enrichir les représentations. L'échographie semble surtout convoquer l'étrangeté du fœtus à l'intérieur du ventre. Comme le soulignent M.Soulé et M-J.Soubieux (2004, p.305),

**« en montrant à la fois le dedans et le dehors, en estompant les limites entre le réel et l'imaginaire, l'échographie renforce le sentiment d'inquiétante étrangeté ».**

L'image échographique renvoie à des formes qui ordinairement échappent à la perception, ce qui peut lui donner une valeur inquiétante et parfois persécutrice. L'inquiétante étrangeté apparaît

**« lorsqu'on doute qu'un être en apparence animé soit vivant, lorsqu'on fantasme qu'un objet sans vie est en quelque sorte animé ». S.Freud (1919, p.234)**

Pour certains auteurs, l'image échographique brise l'élaboration fantasmatische de la femme enceinte. Si M.Soulé ne défend plus sa célèbre formule qui définissait l'échographie comme une « interruption volontaire de fantasmes », d'autres ont continué dans cette voie. Ainsi C.Masson (2007, p.71-72) d'écrire que

**« la présentation du fœtus par une imagerie, saisi par le regard brise ce rêve porté, ces images fantasmatisques afin de laisser place à une réalité imposée par la machine. [...] Autrement dit, ce dernier (le futur né) naît à l'œil et dès lors cette image externe va suspendre l'image rêvée ou fantasmée d'un enfant qui ne va pas coïncider avec cette image matérielle car justement l'image rêvée relève du fantasme alors que l'image échographique relève d'une certaine réalité (pas forcément la réalité du bébé à naître mais une image projetée dehors d'un futur bébé potentiel) ».**

Ainsi l'image échographique ne permet-elle pas toujours de contenir et transformer les sensations en représentations.

Nous observons que les deux femmes de cet échantillon qui investissent l'image échographique accordent peu de sens et d'importance aux mouvements fœtaux. Madame E qui distingue difficilement ses propres gargouillis et les mouvements du fœtus demande à passer une échographie au cours du troisième mois parce qu'elle veut « voir ».

**« Parce que t'es enceinte mais fouuuu je voulais voir que tout se passe bien, que tout aille bien quoi. Donc j'ai passé une écho ! C'est vrai quand tu le sens pas, quand.... Moi j'trouve qu'elle a bougé tard quoi. Enfin donc. Le souci c'est vrai que moi j'ai souvent mal au ventre, je suis souvent barbouillée donc on sait pas si c'est le bébé ou si c'est ton ventre qui gargouille alors bon, ça me... ».**

Madame D n'interprète pas les mouvements qu'elle perçoit du foetus et ils ne semblent pas déclencher de rêverie autour de l'enfant à naître. Madame D se sent enceinte dès le premier test de grossesse sans avoir de symptômes particuliers.

**« J'ai l'impression que les gens vont deviner que je suis enceinte. Dès que je suis enceinte, je me sens enceinte... Ils vont le lire sur ma tête !!! (rires) ».**

Si madame D repère les mouvements du fœtus, elle ne leur attribue aucun sens particulier par rapport au foetus. Ainsi ramène-t-elle tous les mouvements du fœtus à elle-même :

**« La nuit, je le sens beaucoup bouger. Je me dis que c'est peut-être un moment où je suis plus à l'écoute et moins en mouvement, donc je le sens mieux. Style, si j'ai été très active même quand je m'assis, je le sens qui bouge ».**

Par contre, elle parle avec beaucoup d'émotions de la vue du fœtus lors de l'échographie.

**« J'ai fait deux échos plus une à chaque visite mensuelle. C'est du bonheur. On arrive encore plus à imaginer le fait que c'est un deuxième. On l'imagine plus, on l'imagine bébé. C'est encore plus magique que le premier. Je le trouve très beau. Il a une tête qui est parfaite. Beaucoup d'émotions. C'est trente secondes chaque**

***fois mais c'est beaucoup d'émotions de le revoir. C'est très rassurant d'entendre le cœur battre. Ça, ça me fait des frissons. C'est très rassurant...il grossit bien ».***

À partir de ce constat, nous pouvons nous demander si pendant la grossesse, l'investissement de la sensation corporelle témoigne de la capacité des femmes enceintes à traduire ou symboliser les mouvements fœtaux. **Les femmes qui investissent davantage l'image échographique se sentent-elles passives et démunies par rapport aux mouvements fœtaux ?** L'image du fœtus proposée lors de l'examen échographique soutient-elle le travail de représentation de la grossesse ? La représentation de l'enfant sur l'écran peut-elle modifier l'expérience de la grossesse ? S'agit-il de *regarder* (porter la vue sur) ou de *voir* (se représenter mentalement, percevoir par l'esprit et saisir par l'intelligence) l'enfant à venir(A.Watillon-Naveau, 2003, p.33) ?

#### **1-4- Le lien mère-fille pendant la grossesse**

Il ressort des entretiens que la grossesse accentue l'importance des liens entre la femme enceinte et sa mère. Des réaménagements semblent nécessaires pour permettre le passage de fille à mère et pour que chacune trouve sa place. Ainsi **madame C** sent qu'elle doit mettre de la distance entre elle et sa mère :

**« Je pense que je mets plus de distance...je l'autorise moins à rentrer dans ma vie. J'ai l'impression qu'elle veut reprendre sa place. Elle le fait de façon inconsciente. Ça part de bonnes intentions au départ mais... Au fil des années, y'a eu des distances et depuis que je suis enceinte, je veux du large, je veux plus de distance. Je veux respirer ! »**

Cette recherche de distance s'exprime pour **madame B** au travers de la crainte de se faire « rapter » son enfant par sa mère qui « attend qu'(elle) fasse la petite ». Aussi a-t-elle peur de se faire « prendre sa fille » et redoute-t-elle le surinvestissement familial et les visites :

**« elle est pas encore là mais je voudrais pas qu'on me l'enlève tout de suite. Je veux de la tranquillité ».**

La mère de **madame A** « oublie » que sa fille a grandi et le lien qui unit madame A et sa mère est une source de conflits dans son couple car le mari de madame A

**« considère qu'on vit à quatre et pas à trois. Elle a toujours du mal à comprendre que je suis plus une petite fille ».**

Madame A évoque elle-même un lien très fusionnel avec son fils aîné. Elle craint de ne pas arriver à trouver une place pour tout le monde, de délaisser son mari mais aussi d'être moins attentive à son fils aîné avec l'arrivée du bébé. Ses craintes témoignent aussi de ses difficultés à occuper différentes positions : femme, mère et fille.

**Madame E** qui a perdu sa mère il y a une dizaine d'années souffre beaucoup de son absence pendant ses grossesses :

**« C'est vrai qu'à chaque grossesse elle me manque encore plus parce que t'as souvent envie de leur demander plein de choses. C'est vrai, une mère c'est quand même fait pour ça. C'est la personne à qui tu veux demander des conseils, qui t'en donne ou qui... et c'est vrai que...déjà quand j'étais enceinte de Juliette ça m'avait vraiment manqué en plus quand c'est le premier, tu te poses plein de questions, tu te dis est-ce que je vais y arriver et puis bon en général elles te soutiennent beaucoup quoi dans ces moments-là. Donc heureusement que**

*j'avais une de mes sœurs qui avait déjà une fille donc c'est vrai....mais ouais j'pense que c'est vraiment hyper important. Parce que moi j'ai une belle-mère qui est vraiment pas...toute façon ça... ».*

Elle décrit un père souvent absent et avec lequel elle a peu joué enfant, ce qu'elle exprime comme un regret. Il ne joue pas non plus depuis qu'il est grand-père.

*« j'dis mamie elle serait là, elle serait hyper contente de vous garder pendant les vacances. Je suis sûre qu'elle les aurait prises et qu'elle s'en serait vachement bien occupé. Elle était vachement manuelle...même pas des trucs extraordinaires...des trucs bêtes mais des choses que nous on fait pas forcément. Donc ça, ça manque aussi. Je me rends compte en voyant d'autres grands-parents ou en les entendant, je me dis tiens c'est dommage ... ils ont besoin aussi de leurs grands-parents ».*

Toutes pensent ressembler à leur mère avec leur bébé mais en corigeant certains points qui ont été des motifs de souffrance pour elle. **Madame D** sera protectrice comme sa mère mais sans se laisser déborder par l'angoisse et l'énervement et elle souhaite instaurer plus d'échanges avec ses enfants. **Madame A** sera « *maman-poule aussi* » mais essaiera d'être moins possessive que sa mère. Son dessin évoque d'ailleurs assez clairement un œuf à l'intérieur duquel se développe « *le lézard* ». **Madame E** qui pense que sa mère ne s'écoutait pas assez et ne prenait pas de temps, se dit qu'elle veut essayer de ne pas faire la même erreur. Seule **madame B** « *espère lui ressembler pour tout* » même si elle n'a pas bien vécu son adolescence :

*« Pour tout, j'aimerais être comme elle. C'est vrai qu'avec ma sœur, elle a du mal à être grand-mère. Elle, elle sait et ma sœur sait pas. Mais en étant maman, elle nous a bien élevées ».*

Dans le même temps, elle exprime ses craintes d'être trop possessive avec son enfant. Enfant, dit-elle, « *il fallait qu'on s'occupe de moi* ». Aussi sa place de maman se superpose-t-elle avec sa place d'enfant au sein de la famille et le bébé attendu est encore fortement associé pour madame B au bébé qu'elle a été. La régression inhérente à la grossesse ravive chez madame B les conflits infantiles sur un mode pré-conscient et nous percevons chez elle que le passage de fille à mère est difficile.

**Madame C**, qui est fille unique, évoque un lien très fusionnel avec sa mère. Le lien est devenu très conflictuel pendant cette grossesse.

*« En ce moment, ma mère se sent pousser des ailes et juge tous mes faits et gestes. Elle porte des jugements qui ont tendance à me dévaloriser. « Tu devrais pas faire comme ci, comme ça »(...). On a des discussions comme un couple qui divorcerait, les jours de garde et tout ça...Mon mari essaie toujours d'apaiser, de calmer les pressions. Elle change d'attitude mais pas dans le bon sens. On dirait qu'elle cherche à me faire sortir de mes gonds. Elle me dit que c'est mon état, qu'on peut rien me dire mais elle y va de plus en plus fort ».*

Durant l'entretien, madame C exprime à la fois sa lutte pour s'imposer auprès de sa mère (qui veut (re)prendre sa place) et ses difficultés à accepter le fait qu'elle attend un garçon. Ainsi la question de la différence se pose à la fois dans le lien de madame C avec le bébé qu'elle attend et dans le lien avec sa mère dont elle essaie de se défaire. Madame C tente de mettre des limites entre elle et sa mère mais regrette d'avoir un garçon car elle ne pourra pas partager autant de choses avec lui et notamment l'intimité qu'elle évoque entre une mère et sa fille. La grossesse mobilise chez madame C la volonté de se séparer de sa mère

mais dans le même temps, elle exprime toute sa nostalgie de ne pouvoir revivre ce lien avec une autre fille. Par ailleurs son mari dont elle dit qu'il essaie d'apaiser les tensions est secondaire dans le discours de madame C. Le couple dont elle nous parle est celui qu'elle forme avec sa mère.

**Madame D**, dont la mère ne s'est jamais vraiment remise de la mort de l'un de ses fils âgé de 12 ans, parle de sa sœur comme d'une « seconde maman » et **madame E** qui est orpheline de mère dit que sa sœur a été un soutien important pour elle. Pour les deux, le père est décrit comme peu présent dans l'enfance. La figure sororale est présentée comme un substitut maternel.

Ainsi pour l'ensemble de ces femmes, la grossesse, qui est un évènement attendu et désiré, provoque des changements à l'intérieur du couple et attise les liens qui unissent la femme enceinte à sa mère. À ce stade de la grossesse, entre 25 et 29 SA, le processus de différenciation entre la mère et son bébé s'engage, ou est déjà engagé, et les rêveries autour de l'enfant sont pauvres comme si les femmes enceintes se préparaient déjà à l'arrivée du bébé réel. Même si, comme nous l'avons souligné, le fait de cette pauvreté fantasmatische peut être un effet de la recherche elle-même.

Nous allons à présent présenter le cas de madame B qui nous semble représentatif de ce groupe et qui nous permettra dans la discussion de questionner les spécificités des autres échantillons.

## 1-5- Etude de cas : madame B

---

Nous recevons madame B à l'hôpital dans l'une des salles de la consultation gynécologique. C'est une jeune femme souriante et massive. Elle évoque dès le début de l'entretien un parcours du combattant pour avoir un enfant, entamé deux ans auparavant sans succès. Le couple, affecté par ces échecs décide de se marier et interrompt les traitements et c'est tout naturellement que madame B tombe enceinte. Elle découvre sa grossesse à son retour de voyages de noces et l'annonce à son entourage après la première échographie. Ils sont par ailleurs déçus par les échographies.

« *La première, on était super motivés et un peu déçus à la sortie* ».

Et pour la deuxième, ils sont déçus car le mari de madame B souhaitait un garçon et il apprend que c'est une fille.

Madame B a « *bien pris* » les nausées et les vomissements du premier trimestre et ne vit pas mal la prise de poids ce qui, en temps ordinaire, lui pèse. Elle continue à fumer et se sent coupable de ne pas arrêter. La grossesse a modifié les habitudes du couple. Ils font moins la fête et madame B trouve que son mari fait plus attention à elle.

« *Le week-end, on fait tout ensemble...les mêmes activités. Il a changé aussi. Il me laisse pas toute seule à la maison* ».

Leur vie sexuelle est également modifiée par la grossesse :

« ...*moi ça me dit rien...j'ai un peu peur...je focalise trop sur la petite. C'est un mec alors ça réagit différemment. J'ai pas une libido, pas très... Lui, il est plus attentionné...oui énormément...Y'a des moments où ça le gave* ».

Au départ, madame B n'arrive pas à croire qu'elle est enceinte. Elle n'y croit vraiment que lorsqu'elle sent bouger le bébé et elle s'inquiète dès qu'elle ne le sent plus. Le moment où son mari sent bouger le bébé est important pour le couple. Elle rêve à plusieurs reprises que sa grossesse n'est pas vraie et que les médecins reviennent sur leurs décisions, « *qu'il*

*n'y a rien* ». Elle n'en parle à personne. Elle pense que le bébé ressent ce qui lui arrive. Le fantasme unaire est exprimé à plusieurs reprises. Elle ne parle pas au bébé et préfère le contact physique :

**« ...ça se passe plus au toucher pour moi ».**

L'enfant est imaginé à partir des sensations fœtales. Elle imagine un bébé actif et se demande si sa fille aura le même rythme après la naissance. Elle pense que, comme elle, sa fille « s'éclate » pendant cette grossesse.

Elle imagine surtout sa fille à l'adolescence. Cette période correspond pour elle à un moment de conflits avec sa propre mère. C'est à cette époque qu'elle décide du prénom qu'elle donnera, un jour, à sa fille. Aussi le choix du prénom de l'enfant s'inscrit-il dans son adolescence et non dans l'histoire du couple. Nous voyons bien comment le désir d'enfant est désir d'enfance. Elle craint d'ailleurs que sa fille souffre des mêmes problèmes de poids que ceux qu'elle a connus. L'identification au bébé est très forte.

Elle dessine un bébé sans relief de manière très schématique. Elle ajoute le placenta qu'elle représente comme un coussin entre les deux poches et le cordon ainsi que différents organes : intestin, vessie... L'enfant n'a pas de visage. Il est à l'intérieur d'une première bulle, elle-même entourée d'une seconde bulle (le ventre maternel). Le cordon est relié à la première poche. Le foetus est entouré par les organes. Madame B s'inquiète dès l'annonce de sa grossesse de la place nécessaire au bébé.

**« Est-ce qu'il aura assez de place ? Comment je vais gérer ça de l'intérieur ? ».**

Elle évoque plusieurs rêves autour de l'enfant à naître.

**« J'ai rêvé à quoi elle ressemblait dans mon ventre... c'était comme les images vues dans les livres ». « Je la rêve le jour de l'accouchement ».**

Madame B exprime aisement ses craintes de ne pas arriver à être mère. Elle se compare à sa sœur qui est infirmière et qui sait quoi faire en cas de problèmes. La relation avec sa mère est ambivalente. Elle veut lui ressembler en tant que mère mais dit par ailleurs que sa mère « a du mal à être grand-mère ». Elle se projette déjà dans l'après-coup de la naissance. Elle a peur de se faire « prendre sa fille » et redoute le surinvestissement familial et les visites :

**« elle est pas encore là mais je voudrais pas qu'on me l'enlève tout de suite. Je veux de la tranquillité ».**

Le fantasme de rapt de l'enfant par la grand-mère est très vif chez madame B qui dit de sa mère qu'elle « attend qu'(elle) fasse la petite ». Dans le même temps, elle exprime ses craintes d'être trop possessive. L'identification au bébé mobilise des images relatives à sa propre enfance. Enfant, dit-elle, « il fallait qu'on s'occupe de moi ». Aussi sa place de maman se superpose-t-elle avec sa place d'enfant au sein de la famille et le bébé attendu est encore fortement associé pour madame B au bébé qu'elle a été. La régression inhérente à la grossesse ravive chez madame B les conflits infantiles sur un mode pré-conscient.

Pour conclure, il ressort de cet entretien que les changements relatifs à la grossesse sont pris en compte par madame B pour qui la grossesse fait écho à l'adolescence. Les changements physiques sont mieux vécus et le conflit avec sa mère est plus tempéré. Le processus de différenciation avec le foetus semble engagé mais l'identification au bébé demeure très forte. Les rêves de madame B témoignent du travail psychique de séparation.

## II- Rencontres avec les femmes enceintes hospitalisées pour MAP (Groupe 1)

Nous rappelons que ce groupe est constitué de deux sous-groupes : le sous-groupe 1-1 constitué des femmes hospitalisées et ayant atteint le terme de leur grossesse (F, G, H, I, J) et le sous-groupe 1-2 constitué des femmes enceintes hospitalisées ayant accouché prématurément (P, Q, R, S, T). Nous avons choisi de présenter les résultats des deux sous-groupes dans la même partie afin de mettre au centre de notre réflexion, l'hospitalisation. Nous pensons que cette présentation des résultats permet plus facilement d'interroger les enjeux de la prématurité.

### 2-1- Histoires et vécus de grossesse

Comme précédemment, pour les dix femmes de cet échantillon, la grossesse est désirée et fait partie d'un projet de couple mais aucune n'est vécue positivement. Les problèmes surviennent très tôt dans la grossesse, laissant peu de place au bonheur d'être enceinte. La réalisation de ce projet a été parsemée d'obstacles pour cinq d'entre elles, quatre sont primipares : madame F, madame I, madame P, madame R et madame T, troisième pare qui a de lourds antécédents obstétricaux.

Pour madame F, le projet d'enfant est engagé depuis 7 ans :

**« Ça fait déjà six ans et demi, sept ans qu'on essaie d'en avoir. On a envie de fonder une famille. On se connaît depuis dix ans et demi et elle est pas encore là. On a fait plein de traitements, des inséminations artificielles ».**

Elle a fait quatre fausses couches avant cette grossesse et chacune des fausses couches a nécessité un curetage. Pour madame F le début de la grossesse est très dur, elle a des saignements pendant les trois premiers mois et a « presque envie de faire une fausse couche ». Madame F exprime des vœux de mort importants:

**« C'était très dur au début de ma grossesse. On peut pas dire s'il va survivre ou pas. J'ai eu des saignements pendant les trois premiers mois. Jusqu'à quatre mois, j'avais presque envie de faire une fausse couche. J'y croyais pas ».**

Madame I s'est lancée dans les inséminations deux ans auparavant et c'est lors de la cinquième insémination qu'elle tombe enceinte. La première prise de sang de madame I, après la FIV (Fécondation In Vitro) est négative alors qu'elle est enceinte.

Madame P est suivie depuis deux ans pour unsyndrome des ovaires polykystiques lorsqu'elle tombe enceinte. Suite à un retard de règles, elle fait un premier test de grossesse qui s'avère négatif (comme pour madame I). Son gynécologue soupçonne une grossesse extra-utérine et lui fait passer une échographie. La grossesse est confirmée et très vite madame P perd du sang. Ces pertes restent inexpliquées. Elle a des maux de ventre importants qui l'amènent à consulter son médecin. Son col est court et le médecin décide de l'envoyer à l'hôpital où elle passe une échographie et elle est immédiatement transférée dans un hôpital de niveau 3. Elle est alors hospitalisée 5 jours pour MAP et accouche prématurément à 29SA d'un garçon de 1260 grammes.

Madame R est stérile suite à une leucémie. Son mari et elle décident de faire une FIV avec don d'ovocytes à l'étranger. La première tentative réussit mais elle ne vit pas très bien cette première grossesse, « a peur qu'il arrive quelque chose », souffre de nausées « du soir au matin les trois premiers mois » et perd du sang le premier trimestre.

**« Le vrai moment d'euphorie, c'est le coup de fil qui disait que c'était positif ».**

Alors qu'elle commence à se sentir mieux, elle attrape une gastro-entérite et les vomissements provoquent une modification du col de l'utérus. Elle est hospitalisée et accouche spontanément, par voie basse, peu de temps après, à 25SA et trois jours d'un petit garçon. Madame S saigne, vomit et accouche !

**Madame T** est enceinte pour la troisième fois. Elle est surprise mais elle n'utilisait pas de moyens contraceptifs depuis sa dernière grossesse. Elle est suivie par une sage-femme à domicile une fois par semaine en raison d'antécédents obstétricaux douloureux. Elle a fait plusieurs fausses couches et sa deuxième grossesse était une grossesse interstitielle qui s'est terminée avec la mort de l'enfant à la naissance en raison d'un décollement placentaire à 31 SA. Des examens ont permis de voir qu'elle avait une double cloison de l'utérus dont elle s'est fait opérée. Pour cette grossesse, elle redoute la date fatidique des 31 SA. La veille de l'accouchement, elle apprend que la démarche d'adoption qu'elle a entrepris avec son mari a abouti et qu'une petite fille âgée de cinq ans porte leur nom et les attend.

**« J'ai appelé mon mari. J'étais contente. La veille, Amanda (sa fille aînée) était invitée chez une copine, pour son anniversaire. C'était au quatrième étage sans ascenseur. Si je l'avais su, je n'y serais pas allé. J'ai donc monté et descendu deux fois les escaliers et le soir, j'ai perdu une partie du bouchon muqueux. Je me suis angoissée. Je savais que c'était le signe que j'allais accoucher. J'ai surtout été stressée par le fait de passer le cap de Gabriel (l'enfant décédé à la naissance) ».**

La démarche d'adoption s'est enclenchée 2,5 ans avant la naissance de Gabriel, suite à ses deux fausses couches. L'initiative est venue de son mari qui « s'est lancé dans l'adoption ».

Ensuite, elle est tombée enceinte de Gabriel qui est décédé à la naissance.

**« Après le décès de Gabriel, je me suis lancée aussi dans l'adoption ».**

Elle tombe enceinte juste après l'envoi du dossier en Afrique. Elle a prévenu l'association de sa grossesse mais les dirigeants ont choisi de poursuivre la démarche étant donné que sa grossesse précédente n'avait pas abouti et qu'elle avait des antécédents de fausses couches. Ainsi la démarche d'adoption se poursuit sur fond de pari morbide et mortifère. Et madame T accouche très prématurément de Lenna à 28 SA qui pèse 1150 grammes à la naissance.

Pour les autres femmes, la grossesse survient sans problèmes après l'arrêt de la contraception mais très vite les choses se compliquent et la grossesse n'est pas bien vécue.

**Madame G** n'aime pas être enceinte et ne vit pas la grossesse comme « un moment d'épanouissement » car elle ne peut plus faire de sport et elle se « sen(t) dépossédée de (s)on corps », elle ne se reconnaît plus, se trouve trop différente physiquement.

**Madame H** n'est pas surprise de se retrouver hospitalisée car elle était « fatiguée depuis le début (et) surmenée ». Elle exprime clairement une forme de dénégation de sa grossesse. Elle a maintenu son rythme de vie et ses habitudes comme si elle n'était pas enceinte et sans écouter sa fatigue.

**Madame J** tombe enceinte très rapidement mais elle a « des problèmes au bout de trois mois », stade auquel elle décèle des contractions.

**« Pour tomber enceinte, j'ai pas de problèmes mais pour les porter, c'est plus délicat ».**

Elle a déjà été hospitalisée pour MAP lors de sa grossesse précédente.

**Madame Q** tombe enceinte très facilement après l'arrêt de sa contraception. Elle est très vite malade et fatiguée. Le couple est en conflit suite à la prise de sang pour la trisomie qui témoigne d'un facteur de risque important. Dans l'attente de l'amniocentèse, ils s'aperçoivent qu'ils n'ont pas le même regard sur le handicap. Le mari de madame Q ne souhaite pas garder le bébé si le handicap est avéré tandis que madame Q n'envisage pas de s'en séparer. Les résultats de l'amniocentèse écartent le risque de trisomie mais vingt quatre heures plus tard, madame Q a des saignements associés à des contractions. Après deux passages aux urgences, elle est hospitalisée une semaine. Les médecins diagnostiquent un placenta praevia, c'est-à-dire une insertion basse du placenta qui nécessite la plupart du temps du repos. Madame Q est mise au repos. Elle respecte le lit strict. Le placenta remonte de deux centimètres. Les contractions s'arrêtent et c'est à ce moment qu'elle sent « *que tout descend* ». Elle retourne à l'hôpital où les médecins lui apprennent qu'elle a perdu les eaux et l'hospitalise. Elle accouche trois semaines plus tard à 27SA d'une petite fille de 990 grammes.

**Madame S** est enceinte pour la deuxième fois et de manière très rapprochée :

**« c'est une deuxième grossesse, enfin c'est un retour de couches, mais qui était voulu parce que j'avais envie d'avoir deux bébés très rapprochés (...) ».**

Elle est hospitalisée une première fois à 14SA pour des saignements qui font penser à un décollement placentaire puis les saignements cessent, madame S reprend le travail et ensuite la poche des eaux craque. Elle est alors hospitalisée dans le service de grossesse pathologique une seconde fois à 24SA et 2 jours et elle accouche par voie basse d'un petit garçon de 900 grammes à 26SA et 5 jours.

#### **La vie onirique pendant la grossesse**

Il existe une différence significative entre les deux sous-groupes. Contrairement aux femmes hospitalisées pour MAP qui sont allées au terme (sous-groupe 1-1), les femmes qui ont accouché très prématurément (sous groupe 1-2) ne se souviennent d'aucun rêve particulier lors de leur grossesse. Le matériel onirique est très pauvre.

**Madame P** n'a pas fait de rêve, ce qui la surprend, **madame Q** ne se rappelle pas de ses rêves, **madame S** imagine qu'elle rêve mais n'a pas de souvenirs et **madame R** dit simplement qu'elle se voyait enceinte dans ses rêves.

Par contre le matériel onirique recueilli auprès des femmes enceintes hospitalisées et qui sont allées au terme (1-1) est plus important. **Madame F** et **madame I** évoquent des cauchemars en cours de grossesse. Pour les deux, des angoisses de mort s'y expriment.

**Madame F** rêve de

**« perdre le bébé, être une mauvaise mère...que des choses négatives : la mort ou la maladie. Plus maintenant, c'est fini...j'aurais aimé pas me réveiller, dormir trois mois...»**

**Madame I** qui a perdu sa mère cinq ans plus tôt rêve d'elle

**« dans son lit d'hôpital, juste avant sa mort, y'a pas longtemps. La veille j'avais eu des tâches de sang. Ça faisait deux ans que j'avais pas rêvé d'elle. Y'a deux ans, dans un rêve elle me disait « c'est pas normal, va voir un médecin ». Elle avait raison ».**

Mesdames H, I et J ont rêvé de leur accouchement. L'accouchement dont rêve **madame H** est interminable, elle n'arrive pas à avoir une péridurale et son col arrête de s'effacer :

**« j'accouchais jamais. (...) Ça durait des heures ».**

L'accouchement rêvé par **madame I** est agréable, il se déroule en présence de son mari et du corps médical mais elle accouche d'une petite fille alors qu'elle attend un garçon. Enfin, **madame J** qui fait des rêves éveillés nous raconte celui de la nuit précédente :

*« Cette nuit, c'était un peu dur. J'allais accoucher et je voyais cet être... Je peux pas imaginer que ce sera un enfant. Je suis certaine que cet enfant souffre. Vivre mais à quel prix ? Le voir avec toutes ces machines, de faire cet être qui est pas fini, on se dit pourquoi. La culpabilité serait très présente...un enfant qui ne sera pas...J'y pense... je me dis...il se peut que...Il faut que je tienne deux mois...voir cet être comme ça. On se dit : on n'est pas capable de l'alimenter... ».*

Ainsi les rêves des femmes hospitalisées pour MAP et ayant mené leur grossesse à terme témoignent d'angoisses de mort importantes, avant même l'hospitalisation pour MAP. **Parmi les femmes hospitalisées celles qui ont rêvé de l'accouchement sont allées au terme de la grossesse.** Nous discuterons dans notre dernière partie de la fonction des rêves pendant la grossesse.

## 2-2- Le bébé imaginé

Les inquiétudes médicales envahissent très vite le discours des femmes enceintes hospitalisées et laissent peu de place aux rêveries. Dans ce groupe, comme dans le précédent, nous relevons une faible expression de fantasmes concernant l'enfant à naître. La crainte d'être déçue n'est pas exprimée sauf chez **madame H**, mais les craintes se focalisent sur les risques encourus par le bébé en cas de naissance prématurée.

Toutes les femmes s'adressent au bébé in utero mais l'enfant attendu est rarement interpellé affectivement. Le prénom est plus souvent utilisé que dans le groupe des femmes enceintes non hospitalisées.

**Madame F** qui pense que « *le bébé ressent ce que ressent la maman* », trouve « *dur de l'imaginer* ». Elle s'inquiète essentiellement de sa santé et ne se « pose pas trop de questions », ce que nous pouvons traduire par « ne se laisse pas trop aller à rêver ».

**Madame G**, que nous rencontrons après la naissance de son fils nous dit qu'elle envisage la mère et l'enfant « *comme une même équipe* » mais qu'elle ne peut pas du tout s'imaginer le bébé qu'elle porte. Le processus d'objectalisation du fœtus lui est impossible.

Comme mesdames A et C, **madame H** se défend de toute attente envers son enfant : « *Non, surtout il sera comme il sera. Je veux surtout pas focaliser là-dessus... même si on a tous un caractère...des qualités et des défauts...c'est pas grave... on fait avec... »*

Et lorsqu'elle se laisse aller à parler du lien qui l'unit au fœtus, qu'elle le nomme affectivement en utilisant un pronom possessif « *mon petit bout* », elle évoque immédiatement après, les bébés en général, et la dimension affective recule pour laisser la place aux échanges alimentaires entre la mère et l'enfant in utero :

*« Oui bien sûr... il est en moi. Je lui parle. Je le caresse. C'est mon petit bout. Ils le sentent bien. Je lui donne à manger. Je ne bois plus de thé, plus de café et je bois un litre et demi d'eau par jour...(pause)...je mange des fruits. J'espère bien qu'elle le sait. C'est ma pépette ! J'ai deux nénettes... »*

**Madame I** caresse son ventre et a l'impression que son bébé lui répond. Elle lui parle, l'appelle par son prénom, l'imagine

**« brun, avec les yeux marrons, pas spécial, dans la norme » et « au niveau du caractère, vu comme il bouge et comme j'ai été stressée, il risque d'être anxieux mais vif ».**

Si elle considère qu'il existe une relation affective entre elle et son enfant, elle utilise une forme impersonnelle pour en parler:

**« Y'a des liens qui se créent. Non, on l'appelle pas ».**

**Madame J** appelle sa fille par son prénom et lui parle mais elle ne parvient pas à l'imaginer. Elle dit aussi que depuis le traitement pour la maturation pulmonaire qui a été fait à titre préventif,

**« ça a pas mis une distance mais je la vois loin, pas près de moi...Je la sens pas près de moi... » « Je l'ai pas... savoir si elle va ressembler... Je l'imagine dans un univers de machines. Physiquement, je l'imagine pas...Je l'imagine...du fait que je peux pas la toucher, j'arrive pas à la voir »**

Elle imagine sa fille comme elle la voit à l'échographie c'est-à-dire « chipie » parce qu'elle ne se laisse pas mesurer lors de l'examen.

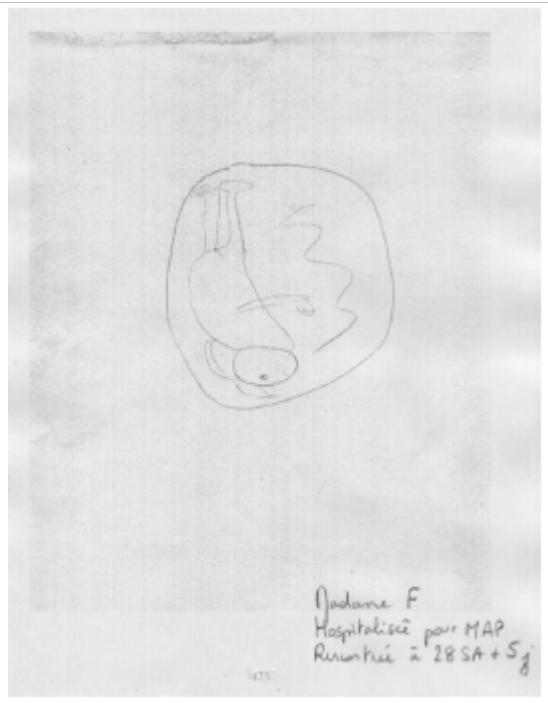
**Les femmes qui ont accouché très prématûrement ne parviennent pas vraiment à imaginer leur bébé pendant la grossesse.**

**Madame P** n'avait pas véritablement d'image « *dans (s)a tête de cet enfant* ». **Madame Q** ne « *l'imagine pas tellement, que tout petit !* ». Elle n'a pas d'image précise. De la même façon, **madame S** « *l'imagine normalement à part (...) qu'il sera tout petit* ». **Madame R** a des attentes envers le bébé, qu'il soit moins angoissé qu'elle, qu'il ressemble à son papa mais elle ne l'imagine pas pour autant. Elle ne dira pas un mot sur le fait qu'il s'agit d'une grossesse grâce à un don d'ovocytes et n'évoquera pas la « mère biologique ».

#### **Le bébé dessiné**

Pour cet échantillon, la proposition du dessin n'engage pas véritablement d'échanges mais aucune ne refuse de dessiner. Les dessins des femmes qui sont allées au terme après la MAP (sous-groupe 1-1) sont très schématiques. **Mesdames I et J** proposent des dessins « caricaturaux ». Le cordon est largement représenté dans le sous-groupe 1-2 et rattaché au placenta. La placenta est représenté par toutes les femmes qui ont rencontré des problèmes placentaires au cours d'une grossesse, à l'exception de **madame T**, qui a perdu son deuxième enfant en raison d'un décollement placentaire. Le facteur primipare ou seconde pare ne semble pas déterminant dans les représentations de l'enfant à venir pour les femmes de ce groupe.

**Madame F** n'a « aucune idée » lorsque nous lui proposons de dessiner l'intérieur de son ventre. Elle pense à l'image échographique pour la dessiner mais rajoute : « et puis je le sens, je le sais, elle est la tête en bas ». Elle représente le liquide, le placenta et lui dessine une main au-dessus de la tête parce qu'elle pense que c'est sa position actuelle. Elle dessine un bébé et pas une fille.

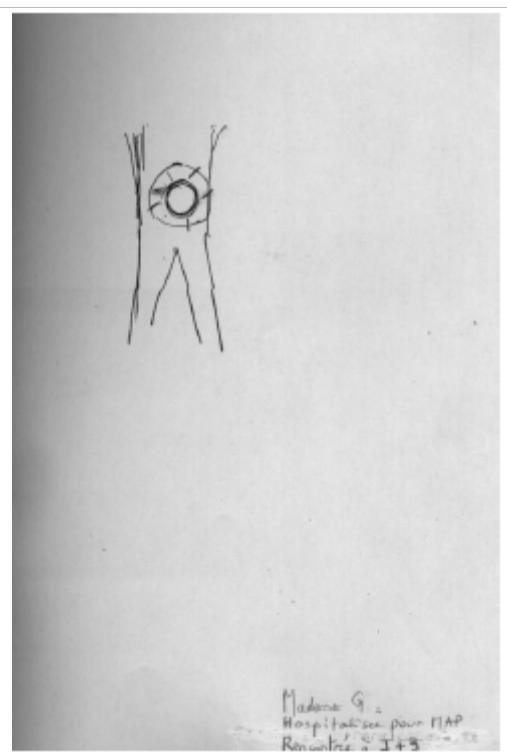


Si **madame G** vit le dessin comme une « colle », il lui permet d'exprimer son vécu sur la grossesse. Lorsque nous lui proposons de dessiner, elle répond :

**« Vous allez pas être déçue. Je pourrais dessiner une bombe (elle rit). L'intérieur de mon ventre... je me suis jamais posé la question ».**

Son mari qui est présent dans la chambre (nous reprendrons ce point dans la discussion), intervient pour lui suggérer de dessiner une fleur. Madame G ne répond pas, réfléchit, se gratte et dit :

« Ça, c'est une colle... j'ai fait une bande dessinée pour expliquer à ma fille que j'avais un bébé dans le ventre mais ça décrit pas forcément les sensations que j'ai. Mon principal souci, c'est que pendant ma grossesse, je conceptualise pas du tout l'idée que je vais avoir un enfant. Tant que je n'ai pas le bébé dans les bras, je réalise pas du tout que c'est un enfant. **L'idée que j'en ai, c'est une brique qui bouge**. Pourtant, c'est mon troisième. Même après une échographie, je n'arrive pas à réaliser que c'est un enfant ». Elle dessine un ballon dans le ventre : « l'idée pour moi c'est ça, l'idée d'un ballon qui bouge à l'intérieur de moi, pas un enfant . Quelque chose qui pèse et qui bouge ». Lorsque nous lui faisons remarquer que son dessin



Madame G.  
Hôpitalisé pour MAP  
Renouvelé à 143

évoque une bouée de sauvetage, elle répond que les traits autour du ballon sont là pour signifier les mouvements.

Madame H est embêtée de la proposition parce qu'elle sait mal dessiner. Elle parle tout en dessinant : « Moi j'imagine...mais...j'ai pas fait les beaux-arts...comment dessiner...ça va être petit...je sais pas dessiner un bébé....non, non, je sais pas...ça ressemble à rien...des yeux...pourtant..ça...j'imagine bien la tête en bas avec le corps comme ça...son petit cordon ». Lorsque nous lui demandons si elle a pensé au sexe de l'enfant en dessinant, elle répond : « oui, si ça avait été un garçon mais on voit rien aux échos et puis pour moi, c'est évident... On peut se dire, il doit manquer quelque chose...».



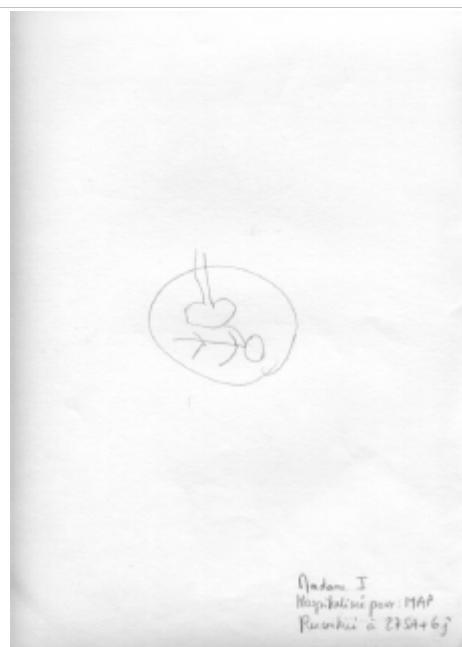
Madame H  
Hôpitalisé pour MAP  
Renouvelé à 273 + 3

**Madame I** essaie « *d'imaginer le ventre, ce qu'on nous montre à l'écho* ». Elle dessine un bébé garçon mais ne représente pas le sexe. Elle commente : « *Je sais pas dessiner. C'est très caricatural. Je vous fais comme je peux, le ventre...* »



Madame I  
Hôpitalisé pour MAP  
Prématuré à 25 SA

**Madame J**, qui n'arrive pas à imaginer sa fille, fait un dessin « *très caricatural : le cordon, le placenta, l'alimentation. J'ai pensé à l'aspect mécanique, physique* ». La distance dont elle parle entre elle et sa fille s'exprime à travers ce dessin fait de ronds blancs qui semblent inhabités...



Madame J  
Hôpitalisé pour MAP  
Prématuré à 25SA + 6j

Lorsque nous avons énoncé la consigne (dessinez l'intérieur de votre ventre tel que vous l'imaginez), mesdames P et Q nous demandent de préciser s'il faut dessiner le bébé à l'intérieur du ventre.

**Madame P** répond à la proposition du dessin en disant : « l'utérus ? ». Nous répondons : « ce que vous voulez ». Elle répond : « le problème, c'est que je suis biologiste de formation...le bébé...tout ça...?! ». Elle dessine l'utérus avec les trompes de chaque côté et relie le cordon au placenta. Elle commente très peu son dessin et ne représente pas le sexe de l'enfant.



Pour dessiner, **madame Q** nous tourne le dos. Lorsque nous énonçons la consigne : « dessinez l'intérieur de votre ventre tel que vous l'imaginez », madame Q nous répond : « avec le bébé ? ». Nous répétons simplement : « tel que vous l'imaginez... ». Ainsi, madame Q, enceinte, hésite à dessiner la présence du bébé à l'intérieur d'elle. Elle commente son dessin en le réalisant : « Je te fais le nez complètement tordu mon bébé. La dernière fois, on a vu qu'il était très souple. On va dire que c'est comme ça mais on dirait pas un bébé mais c'est pas un chien même si là, non... »



Elle dessine le placenta et s'aperçoit dans la discussion qu'elle n'a pas représenté le cordon ombilical et nous demande si elle peut le rajouter. Elle ajoute également un cœur au bébé, ce qui rappelle ses craintes concernant les éventuels problèmes cardiaques de son bébé. Elle refoule le sexe du fœtus. Durant l'entretien, elle parle parfois de sa fille et à d'autres moments « du bébé ». Après avoir vu le bébé comme une « crevette » et un « alien », madame Q a le sentiment d'avoir dessiné un « chien ».

Lorsque le dessin est proposé à **madame R**, elle répond qu'elle préfère répondre à nos questions et nous demande ce que nous allons en déduire : « *Ça va être un dessin d'un enfant de deux ans... Je préfère répondre à vos questions ! Qu'est-ce que vous allez en déduire ?! On m'a dit qu'il avait la tête en bas. Je vais lui faire la tête en bas. Il doit être tout recroquevillé. C'est très compliqué* ». Elle dessine le cordon, le placenta, l'utérus, le liquide amniotique et « *le bébé avec tous ses membres* ». Elle refoule le sexe du fœtus.



Elle commente son dessin en disant que « c'est un dessin à gommer ». La colère déclenchée par la proposition du dessin est sans doute en lien avec la question des ressemblances et de son impossibilité à dire ses craintes de ne pas pouvoir se « voir » dans son enfant. Le dessiner, l'imaginer, c'est peut-être se confronter à la question de « l'autre femme » à l'origine de la conception. Nous y reviendrons dans la discussion.

**Madame S** précise qu'elle n'est pas très douée en dessin. « *Je fais un bébé qui est un peu grand... Une bouche... et puis je vais faire le placenta. Je sais qu'il a la tête de ce côté... ses yeux qui commencent à s'ouvrir. Et puis des cheveux parce que L. (sa fille aînée) elle avait des cheveux à la naissance* ». Elle pense aux échographies pour dessiner et à l'idée qu'elle se fait de « la place de l'utérus pendant une grossesse ». Elle pense également à sa première fille avec laquelle le bébé doit avoir « un air de ressemblance ». Elle ne pense pas au sexe du fœtus au moment du dessin.



**Madame T** ne dessine pas le placenta et ne l'évoque pas au moment du dessin. Elle ne dessine pas non plus le cordon ombilical. Son bébé n'est rattaché à rien. Elle dessine très rapidement et sans rien dire. Elle commente son dessin en disant : « *c'est mon ventre avec le bébé. Le reste du corps n'a pas d'importance* ». Elle évacue la question du sexe, dessine un bébé, « *recroqueillé en (elle)* » et ne pense pas à autre chose sinon que sa fille « *était bien, au chaud, dans (son) ventre* ».



Lorsque nous la questionnons sur le fait qu'elle a dessiné le bébé la tête en haut, elle répond qu'il ne s'agit pas de la fin de la grossesse puisque précisément, à la fin, elle sentait le bébé en bas :

**« Ça me faisait mal<sup>22</sup>. Je me sentais comme si j'avais déjà accouché. Je marchais en pingouin comme dit mon mari ».**

Comme dans le groupe témoin, les femmes de ce groupe ne représentent pas le sexe du bébé lorsqu'elles le dessinent même si elles le connaissent. La naissance d'un fils ou d'une fille semble un événement « prématuré » pour la plupart d'entre elles. Doivent-elles protéger l'enfant d'un investissement sexué ?

Le vagin est représenté dans deux dessins, celui de **madame P** et celui de **madame S** (sous groupe 1-2). Il faut noter que le dessin est proposé à madame P après son accouchement. Elle dessine le passage du col de l'utérus et laisse une ouverture. Et madame S dessine les contours du corps maternel : les jambes sans aller jusqu'aux pieds, les hanches et les bras sans les mains. Elle représente le col de l'utérus et l'ouverture du sexe féminin. Madame S voulait un accouchement par les « voies naturelles » mais sait qu'elle aura probablement une césarienne.

Pour F.Guignard (1999, p.21), le col de l'utérus représente la limite entre le maternel et le féminin, qui « *est la limite même de l'inceste* ». Le col de l'utérus et le vagin sont deux lieux qui s'effacent au passage du nouveau-né. Aussi la femme doit-elle impérativement rétablir cette limite au niveau de sa réalité psychique. Elle a observé dans sa pratique analytique que dans le discours des femmes devenant mère,

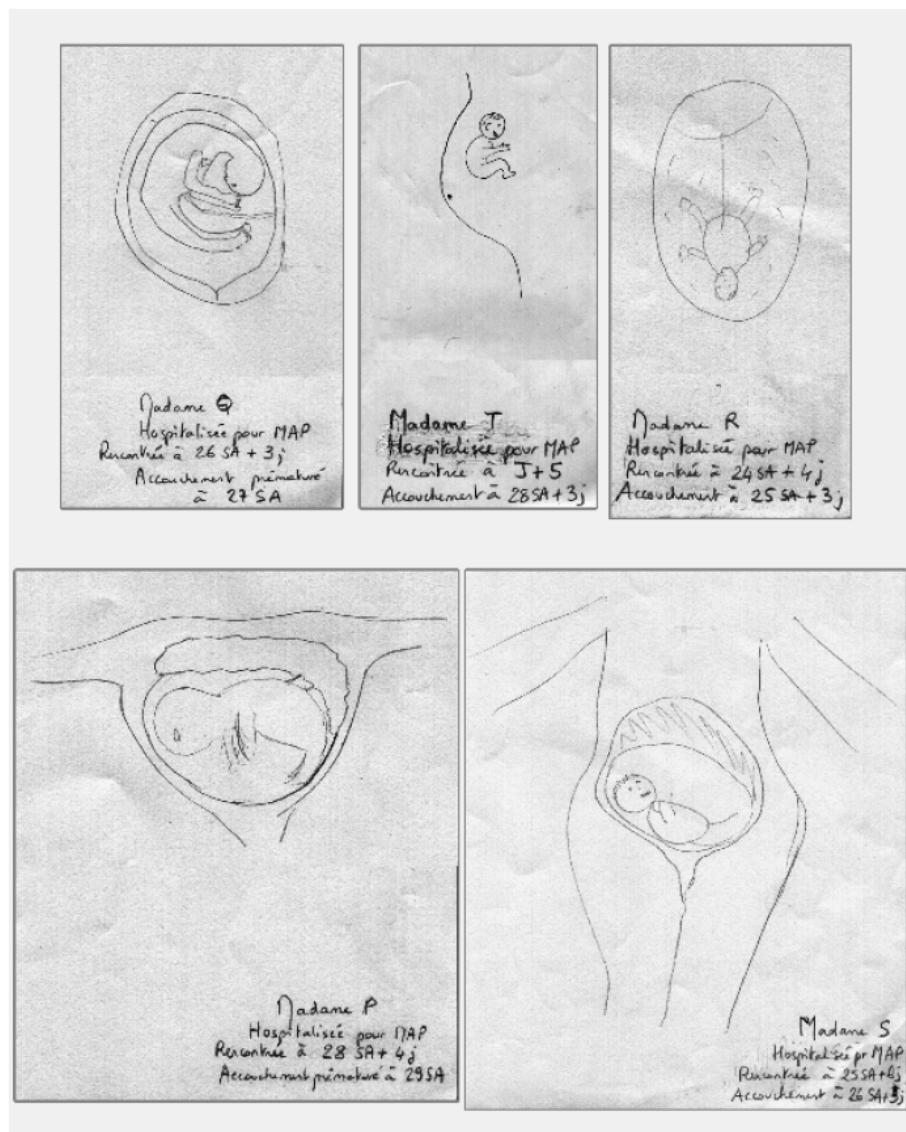
**« il existe une nette distinction, dans l'investissement inconscient qu'elles en ont par les pulsions sexuelles et les pulsions du Moi, entre les organes de jouissance sexuelle, d'une part – vagin et ses annexes semi-externes : clitoris, grandes et petites lèvres – et les organes de reproduction d'autre part, - utérus et ses annexes internes : trompes et ovaires. Chacun de ces deux groupes d'organes donne lieu à un mode différencié de figuration et joue un rôle spécifique comme**

*rassembleur d'éléments différents, souvent antagonistes, de leur organisation fantasmatique, relationnelle et identificatoire » (p.16).*

La grossesse rappelle la double fonction de l'utérus et du vagin et conduit à la superposition du corps érotique et du corps biologique. Dans l'ensemble des dessins, le bas du corps des femmes est très peu représenté. Ainsi le passage par le lieu de la jouissance féminine est lui aussi refoulé.

Il faut souligner que dans la clinique de la prématûrité, les naissances ont souvent lieu par césarienne du fait du caractère urgent de l'extraction. Nous avons été saisie par l'impact traumatique des césariennes chez les femmes qui accouchent très prématûrement, sans MAP. Les césariennes qui évitent le passage « par le bas » sont souvent vécues comme un « arrachement ». « On » leur a pris leur enfant, « on » leur a ouvert les entrailles, lieu de l'inquiétante étrangeté...





## 2-3-Echographie et mouvements foetaux

Le discours des femmes enceintes hospitalisées pour MAP est teinté d'ambivalence. La présence et les ressentis du fœtus in utero sont souvent problématiques mais ils favorisent toutefois le sentiment d'être enceinte pour une grande majorité de ces femmes.

Les mouvements du fœtus permettent à **madame F** de croire à sa grossesse, mais ils ne sont pas pour autant associés à des impressions agréables. Elle dit qu'elle est stressée, énervée d'avoir un bébé qui bouge sans arrêt. Elle explique qu'elle ne doit pas toucher son ventre parce que son utérus est contractile et « *ça (ne lui) manque pas plus que ça* ». Elle est très ambivalente par rapport à sa grossesse :

**« Je peux pas dire que c'était un début de grossesse épanouie. J'en voulais pas. Avoir quelque chose de vivant et qu'on peut perdre...je me disais s'il m'arrive malheur, je vais craquer... j'ai jamais pleuré pour les fausses couches...une fois que la carapace est cassée ».**

Avant de sentir bouger le fœtus, madame F « *n'a pas de sentiments pour cet enfant* » mais dès qu'elle le sent bouger, elle sent qu'il se passe « *quelque chose* ». Elle utilise à plusieurs reprises ce terme pour évoquer le fœtus :

**« Au sixième mois, ma fille a pris dans sa main son pied...c'est émouvant...on réalise qu'on a quelque chose qui bouge dans notre ventre. J'ai un bébé qui bouge sans arrêt. C'est de l'émotion, c'est sûr ».**

Madame F ne peut pas qualifier cette émotion. Il semble qu'il soit trop difficile pour elle d'exprimer tout le négatif associé à l'expérience de la grossesse. Elle peut simplement formuler clairement qu'elle « n'en voulait pas ». Nous voyons avec le cas de madame F que si l'ensemble des grossesses sont consciemment désirées et font partie d'un projet de couple, de manière plus latente, le désir d'enfant se mêle à la mort.

Madame G, qui découvre sa grossesse « *par des signes négatifs... des nausées, des chutes de tension* », voit l'enfant comme une gêne :

**« Comme je réalise pas que je porte un enfant...je le vois pas, j'arrive pas à intellectualiser. Je le vois comme une gêne. Les trois fois j'ai eu une menace d'accouchement prématuré. Je fais plus de sport. Je vis très mal ces moments-là. J'ai toujours attendu l'accouchement comme une délivrance. Je me sens mieux après. Je le sens plus comme une gêne. Pour le troisième, le fait que je doive bouger le moins possible a fait que j'étais moins présente avec les aînés ».**

Pour madame J, la présence du fœtus est douloureuse à la fois physiquement et psychiquement. Plus le bébé prend de place et plus madame J se sent « décliner » :

**« L'étape où on le voit : ça y est, j'ai quelqu'un...Quand on le sent bouger, on se dit : « ça y est. Je vais donner naissance à un petit être. La vie à deux sera plus intense ». Elle bouge beaucoup par rapport à mon fils aîné. Du fait des contractions, quand elle bouge, ça me fait mal. C'est ambivalent ! La nuit, je la sens pas, j'ai le ventre très dur. J'ai très mal quand elle bouge la nuit. (...) Je sentais cet enfant évoluer en moi mais je sentais ma vie personnelle et professionnelle décliner. C'était ambivalent. J'étais contente de donner la vie mais peureuse de revivre cette expérience. »**

Ainsi que le soulignent F.Ferraro & A Nunziante-Cesaro., (1990, p.94),

**« La menace abortive d'annulation de soi dans ce voyage à reculons que l'on entreprend, paradoxalement parallèle à la croissance de l'enfant à l'intérieur du ventre, peut être si envahissante qu'elle constitue un sérieux obstacle à la mise en route de la régression et à sa fonction de protection de l'environnement ».**

Madame S qui est contente de porter la vie trouve la présence du fœtus in utero « bizarre » et elle associe le fœtus à un alien.

**« C'est un peu compliqué parce qu'on est content...j'étais contente de porter la vie de ... puis ça fait un peu bizarre de se dire qu'y a quelque chose de vivant qui est à l'intérieur de soi. Ça fait un peu alien (rires) mais c'est vrai que ça fait un peu étrange ».**

Mais ce sont les mouvements fœtaux qui lui permettent de vraiment réaliser qu'elle est enceinte :

**« Parce que même avec l'échographie qui donne des images assez précises, c'est pas pareil. Mais quand il commence à bouger on se dit...oui...quand on le sent ».**

Madame S le sentait peu bouger pendant sa grossesse et depuis son hospitalisation et son alitement, elle le « sent beaucoup plus ». Elle pense que le bébé « accumule un peu plus de liquide » et peut ainsi plus facilement bouger...Les mouvements la rassurent sur l'état de santé de son bébé.

Les mouvements fœtaux donnent le sentiment à **madame Q** qu'elle réalise « quelque chose de vrai ».

**« Quand on commence à le sentir, c'est génial et puis quelque part, c'est un accomplissement. J'ai l'impression que ça donne un sens à ma vie ».**

**Madame T** a souvent l'impression de ne pas être enceinte. Dès qu'elle ne sent pas bouger le bébé, elle l'oublie.

**« Je pense que j'ai fait comme mon mari, j'ai pas voulu trop m'attacher... j'attendais de dépasser une certaine date. Je voulais comme tout effacer et me remettre à y penser après la date. C'est drôle d'ailleurs, j'ai beaucoup compté pendant ma grossesse. Je faisais mes propres calculs pour calculer la date de naissance, la changer...Mon mari me disait que ça rimait à rien. « Tu changes les données ». J'aurais eu envie de m'endormir et de me réveiller après. J'ai connu la même chose avec Gabriel. Je voulais m'endormir et me réveiller avec un nouveau bébé dans les bras. Finalement, c'est bien que j'ai fait ces fausses couches car le bébé aurait remplacé Gabriel. C'est bien que mon corps ait refusé. Ça m'a permis de retrouver ma sérénité. Le seul regret, c'est qu'Amanda a 7 ans mais ce temps, il nous le fallait ».**

Ainsi les mouvements fœtaux sont perçus pour la majorité des femmes de cet échantillon comme la première preuve endogène de la présence du fœtus. Elles sont à la fois « rassurées » par les sensations du fœtus et dans le même temps « dérangées » par la présence de cet autre en elles. Si certaines parlent d'ambivalence, il semble qu'elles sont surtout menacées par les poussées de la pulsion désintricante. Nous y reviendrons dans la discussion des résultats.

Pour ce qui est de l'image échographique, elle ne suscite pas vraiment d'enthousiasme chez ces femmes qui la vivent sur un mode très médical. Ainsi l'image n'est-elle pas un support à la rêverie. Si **madame F** est émue de voir à l'échographie sa fille prendre son pied dans sa main, que **madame Q** trouve « géant » d'entendre le cœur battre et que **madame R** trouve « merveilleux » de le voir bouger à trois mois, pour le reste de l'échantillon, l'image échographique convoque l'inquiétante étrangeté.

La première fois que **madame S** voit son bébé, elle lui trouve des grands pieds et une grosse tête. Elle décrit sans émotion particulière les échographies :

**« Je le voyais bien, je le voyais bouger, je vois son cœur qui bat, je le vois bien, je sais pas. Il a pas l'air d'être mal. C'est vrai que j'ai une jolie photo de lui avec son profil, c'est vrai qu'il est très beau ».**

Pour **madame H**,

**« ça ressemble à un alien quand même... ». Madame I ne voit « qu'un squelette et des organes ». Madame Q évoque « une crevette, un petit machin, un vrai bébé tout bien fait avec le visage terrible d'un alien mais super mignon».**

Et pour **madame G**, les échographies ne favorisent pas la rencontre avec le bébé in utero.

**Il ressort des entretiens que ni les sensations fœtales ni les échographies n'enclenchent de processus d'objectalisation du fœtus. Il demeure « étrangement inquiétant » et « étrangement dérangeant » et sa présence est menaçante.** Nous retrouvons, comme dans le groupe précédent, un désinvestissement de l'image au profit des sensations fœtales.

Nous discuterons ces résultats dans la dernière partie, mais avant cela, nous allons nous intéresser à la nature des liens que ces femmes entretiennent avec leur mère.

## 2-4- Le lien mère-fille pendant la grossesse

---

Il ressort des entretiens que le lien des femmes enceintes de ce groupe avec leur mère est soit fusionnel, soit conflictuel (de façon manifeste ou larvée). Le conflit mère-fille est particulièrement présent chez les femmes qui accouchent très prématurément (mesdames P, Q et T). Aussi Madame P attendait-elle la question sur sa mère avec hantise.

Les femmes qui sont en conflit avec leur mère souhaitent s'en différencier en se montrant moins distante avec leur enfant et plus démonstrative. Ainsi donnent-elles à entendre un lien à leur mère froid et distant avec peu de contacts physiques.

**Madame T** décrit des parents très rigides, absolument pas démonstratifs. Elle n'a jamais vu ses parents s'embrasser ou avoir des gestes tendres entre eux. Elle dit en avoir souffert. Sa mère lui a dit qu'elle l'aimait pour la première fois, au téléphone, quelques jours après la naissance prématurée de sa fille. Elle parle de la gêne de sa mère lorsque sa fille aînée lui fait des câlins.

**« Elle ne dit rien mais ça la gêne ».**

La mère de madame T, à la retraite, se dit « très occupée » et elle attendra donc les vacances scolaires pour venir voir le bébé de madame T, soit dix jours plus tard.

**Madame P** qui redoutait d'avoir à parler de sa mère ne souhaite pas lui ressembler : **« Je serai beaucoup plus câline, je ferai plus de démonstration d'affection. Je lui ressemble plus sur la droiture, l'éducation ».**

C'est la grossesse qui instaure une rupture dans le lien entre madame P et sa mère. Madame P qui est fille unique était très proche de sa mère. Ses parents décident de divorcer au moment de la grossesse de madame P. Madame P trouve sa mère maladroite et peu présente lors de la grossesse, ce qu'elle « justifie » par le divorce.

**Madame H** qui n'a « pas envie d'en parler... » s'exprime longuement au sujet de sa mère. Elle pense qu'elle ne lui ressemblera pas comme mère. Elle décrit une mère tout en apparence, contrôlant les faits et gestes de ses enfants en fonction du regard des autres :

**« Danser, chanter, fallait pas faire ça à la maison...elle (sa mère) se moquait avant que les autres se moquent de moi. Elle a jamais su si ce qu'on faisait était bien ou mal. Elle nous rabaissait. Je vais tout faire pour encourager ma petite, pour elle, pour son éveil personnel... » « Y'a pas énormément de communication avec ma mère...ça vient depuis tout le temps. Je m'entends pas avec ma mère... enfin comment dire...elle m'énerve...on fait semblant parce que bon...Je fais des efforts pour la petite. C'est pas qu'elle a pas été une bonne mère mais bon... elle a eu des conflits avec sa mère...j'ai pas envie non plus que ça devienne simple... y'a quand même des choses bizarres...j'ai pas envie d'en parler... ça**

*m'énerve...le jour où elle a appris que j'étais enceinte (première grossesse), elle a eu des maux de tête qui l'ont pas quittée...elle a fait tous les examens possibles...un vrai malade imaginaire...elle a fait une grossesse nerveuse à ma place ! je vois pas pourquoi, elle s'est jamais occupé de moi. Si des principes mais en terme de sentiments, de communication, y'a jamais rien eu, j'ai jamais communiqué avec elle. Le jour de mes règles, m'en a pas parlé... m'a dit quelque chose du style « ça se trouve dans le placard » et débrouille-toi...Elle veut pas le reconnaître...elle se fait passer pour quelqu'un de bien...[...]*

Madame Q espère ne ressembler en rien à sa mère. Une mère dont elle dit qu'elle n'a jamais pu se soucier de ses enfants.

**« Elle pensait pas à aller voir son fils à l'hôpital. On ne fait pas partie de son monde. Je sais pas comment elle nous considère. Elle entend pas bien ce qui nous arrive ».**

Parallèlement le lien avec leur père semble idyllique et fusionnel. Madame P évoque une relation symbiotique :

**« Mon papa c'est très...j'étais vraiment sa petite-fille. Il me donnait des petits noms mais c'est ma mère qui a géré l'éducation. Avec ma mère on se faisait pas de câlins mais on a beaucoup parlé...avec mon père on avait pas besoin, c'était presque symbiotique... »**

Madame Q dit de son père qu'il était « à la fois son père et sa mère ».

Madame H prend soin de ne pas affliger son père des mêmes maux que sa mère. Sa colère reste toutefois perceptible envers ce père « soumis » mais dont elle a pu se rapprocher et avec lequel un dialogue semble possible :

**« J'ai rien envie d'attendre d'elle. Mon père, c'est différent. Il est soumis. Avec mon père, on a drôlement parlé pendant la dépression de ma mère. Ce qu'elle m'a fait subir, elle le fait subir à mon père »**

Madame R qui ne parle pas de sa mère pendant l'entretien mais de « ses parents » ou de « sa famille », parlera à la fin de l'entretien de sa proximité avec son père :

**« J'étais plus la fille à papa (...) On a toujours eu de très bonnes relations. J'étais plus proche de mon père. On avait des relations tendres...on est pas...J'ai plus tendance à garder sur moi... »**

À l'inverse, les femmes qui entretiennent un lien fusionnel avec leur mère décrivent un père absent ou inexistant.

Madame F répond à la question sur les liens qu'elle avait enfant avec ses parents en occultant son père :

**« J'étais très heureuse enfant. Ma mère n'a jamais travaillé, elle était à la maison. On passait les vacances avec maman ».**

Madame I décrit son père comme « un éternel enfant », qui ne s'occupait jamais d'elle et avec lequel elle entretient depuis toujours un lien conflictuel:

**« En ce moment, il me saoule, mon père est très anxieux. Ses varices sont son centre d'intérêt. Il m'appelle et me parle de ses varices pendant une demi-heure alors ça va bien !!! j'ai déjà pas de maman alors en plus un papa centré sur lui... ».**

Dans le discours de **madame S** les parents sont indissociés, elle évoque sa famille comme un tout dont elle ne peut pas distinguer les membres : « *je dissocierais pas comme ça. Pour moi on était quatre* ».

Pour ces trois femmes, l'identification à leur propre mère est totale, elles veulent « être comme elle » et espèrent lui ressembler en tous points.

**Madame F :**

**« Je pense que je serai pareille, protectrice, soucieuse ».**

**Madame I :**

**« Ben, j'ai que des côtés positifs de sa part. J'aimerais être comme elle mais pas avoir le même mari qu'elle. (...) Je veux faire des bisous, des câlins comme elle, pareil ». « Pour moi, c'était Dieu ».**

Mesdames **G** et **I** sont orphelines de mère. Aussi, le deuil peut-il renforcer le processus d'idéalisation de leur mère et raviver l'aspect fusionnel du lien.

Madame **S** qui reconnaît pourtant des sentiments contradictoires envers sa mère **« qui a tendance à vouloir trop bien faire, comme toutes les mamans. Tu devrais faire comme ci, tu devrais faire comme ça »**,

souhaite lui ressembler :

**« Ah ben je pense que je suis quasiment comme elle, à appeler 50 fois par jour pour savoir si tout va bien. Mais en même temps, elle est assez...enfin j'espère que je pourrais être comme elle. Elle arrive à prendre sur elle pour lâcher la bride et heu...je suis partie faire mes études à Montpellier et j'avais 17 ans donc heu ça a pas dû être évident pour elle à ce moment-là. Mais elle arrive à, j'allais dire, à laisser la responsabilité des choses comme ça...Mais j'aimerais bien être comme elle. C'est une mamie gâteau... ».**

L'ensemble de ces résultats témoigne de deux mouvements opposés : soit la mère et la fille forment un couple fusionnel et aconflictuel et dans ce cas le père est inexistant, soit la mère est distante et froide avec sa fille et le père dans un lien bien plus fusionnel.

Dans l'actuel, le père de l'enfant est décrit comme « *plus protecteur, plus attentionné* » par les femmes qui décrivent un père absent ou inexistant dans leur enfance. Pour celles qui entretiennent un lien plus fusionnel avec leur père, elles ne perçoivent pas de véritables changements dans l'attitude de leur conjoint pendant la grossesse.

Il ressort de l'ensemble des entretiens que les femmes hospitalisées pour MAP ont un vécu très ambivalent de la grossesse. Pour la plupart, la grossesse ne se vit qu'en négatif. Nous retrouvons dans notre échantillon une problématique de deuil pour deux d'entre elles (mesdames **G** et **I**) et des antécédents obstétricaux (dans l'histoire de la patiente ou dans la lignée des femmes) pour sept d'entre elles. Ainsi, les caractéristiques décrites par M. Segueilla au sujet des femmes hospitalisées pour MAP se retrouvent-elles dans notre recherche. Nous notons une pauvreté de la vie fantasmatique autour de l'enfant imaginaire et l'expression de vœux de morts inconscients ou des sentiments ambivalents à l'égard du bébé. Cette perception ambivalente de la présence du fœtus ne semble pourtant pas favoriser la construction du fœtus comme sujet à part entière, individualisé. Nous pouvons nous demander si l'absence de représentations de l'enfant à venir est une façon de se protéger de la représentation d'un enfant porteur de leurs vœux de mort inconscients.

Nous allons à présent présenter deux cas, représentatifs de l'échantillon femmes enceintes hospitalisées, et qui nous permettront lors de la discussion de mettre en perspective les deux sous-groupes, MAP et MAP + accouchement prématuré, de cet échantillon.

## 2-5- Etude de cas : Madame F (sous-groupe 1-1)

---

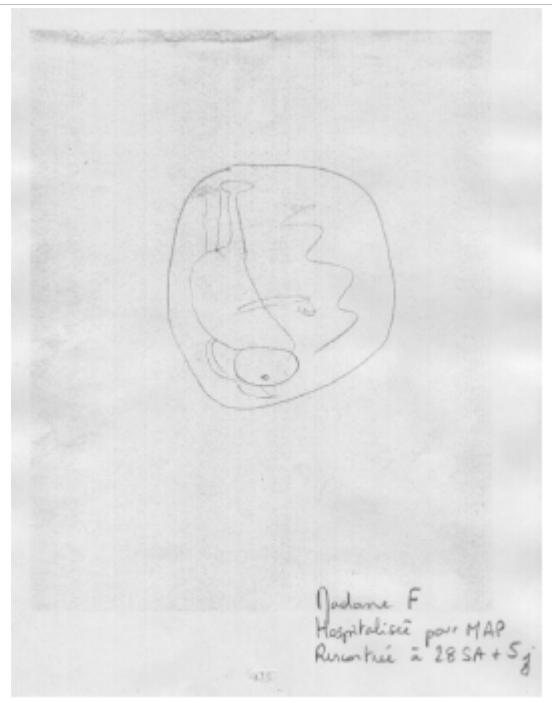
Madame F est hospitalisée pour une menace d'accouchement prématuré à 28 SA et 5 jours. Nous la rencontrons au cours de son hospitalisation. L'entretien est long. Madame F parle beaucoup et très vite. Elle évoque un parcours difficile pour accéder à la maternité, des traitements, des inséminations artificielles depuis six ans. Elle parle de sa grossesse actuelle comme d'une cinquième grossesse. Elle a fait quatre fausses couches auparavant. Elle vit très mal les premiers mois de la grossesse :

*« jusqu'à quatre mois, j'avais presque envie de faire une fausse couche. J'y croyais pas. J'y crois depuis que je l'ai senti bouger à quatre mois et demi. J'ai vraiment craqué au début. J'ai ressenti tout ce que j'avais senti avant. Avant c'était toujours des œufs clairs, pas d'être vivant. La dernière fois, j'ai pas perçu le cœur battre. Là, de voir le cœur battre, j'ai fait une forte dépression...je mangeais pas...j'avais pratiquement envie de faire une fausse couche. Après ça m'a passé quand j'ai vu que je pouvais m'y attacher. Bon à six mois et demi j'ai des petits soucis mais tout rentre dans l'ordre. Ça fait quatre ans que j'essaie... ».*

Madame F témoigne dès le début de l'entretien de son ambivalence par rapport à cette grossesse attendue depuis quatre ans. Voir le cœur du bébé battre entraîne chez elle un mouvement dépressif et des pensées mortifères. Elle craint une nouvelle fausse couche tout en la désirant. Ainsi donne-t-elle à entendre sa difficulté à accepter la présence du fœtus. La grossesse réveille chez elle des angoisses de destruction massives.

La dimension de crise liée à la grossesse est très présente dans le discours de madame F. Sa vie a changé, et madame F « reste sur la défensive » par rapport à l'investissement du bébé à venir. De fait ses représentations du bébé imaginaire sont assez pauvres et laisse peu de place aux fantaisies. Elle fait part d'un fantasme unaire : « *le bébé ressent ce que ressent la maman* », dit-elle.

Elle dessine un bébé dans une poche fermée qui n'est reliée à rien et elle n'évoque pas le placenta (fantasme d'auto engendrement ?) Madame F vit mal la proposition du dessin : « Vous me posez une... faire....je suis nulle en dessin. Je peux pas vous faire un dessin, c'est pas possible...son nez, ses yeux... Moi, le dessin, y'a pas plus nulle que moi ». Elle se vit tout à coup incompétente, nulle et semble ramenée à une position infantile qui mobilise chez elle une véritable contrariété. :



« ...c'est vraiment un dessin d'enfant. J'aime pas le dessin ».

Elle ne peut pas « me » faire un dessin, peut être en écho avec l'enfant qu'elle n'a pas pu, pendant ces six années, faire à la mère... Madame F ne refuse pas toutefois de dessiner mais elle vit son dessin sur un mode déceptif.

Elle se défend tout au long de l'entretien d'avoir eu besoin d'un « psy » pour traverser les épreuves des fausses couches :

« Je n'ai jamais vu personne ni pris d'antidépresseurs. (...) Mes parents me disaient : faut aller voir un psy mais je m'en suis toujours sortie ».

Dans le même temps, elle reconnaît qu'il n'y a finalement aucune anomalie gynécologique justifiant les fausses couches et elle conclut :

« je pense qu'il y a un problème psychologique comme je suis très speed et très nerveuse. J'étais déçue...j'aurais préféré une anomalie ».

Madame F n'en dira pas plus.

Au cours de l'entretien, madame F s'interroge sur ce qui a rendu possible cette grossesse. Elle livre des faits sans les associer :

« En février 2004, j'ai fait une fausse couche. J'ai appris en même temps que ma sœur était enceinte. Tout ça, ça m'a fait un blocage. Pourquoi subitement après, ça a marché ? »

Elle apprend des médecins que ni son mari ni elle n'ont de problèmes physiologiques pour avoir un bébé, décide de changer de gynécologue, choisit d'aller voir la gynécologue de sa sœur et tombe enceinte subitement.

Si nous écoutons dans ce récit des événements la chaîne associative inconsciente, il est difficile de ne pas entrevoir la place centrale qu'occupe alors le gynécologue pour madame F. Madame F est l'aînée de la famille. Sa sœur l'a donc devancée dans le projet de maternité et c'est elle qui fait de sa mère une grand-mère pour la première fois. Madame

F n'exprime pas d'affects particuliers envers sa sœur. La jalousie est latente. Lorsque nous lui demandons comment se passaient les relations avec sa mère, elle utilise un pronom impersonnel pour répondre :

**« Toujours très complices. J'étais très heureuse enfant. Ma mère n'a jamais travaillé, elle était à la maison. On passait les vacances avec maman. On est toujours proches de notre mère...les activités. On s'est hyper bien amusées. On partait en vacances en caravane. On a été heureux...y'a rien à dire... ».**

Cette utilisation du pronom personnel traduit-elle l'impossibilité pour madame F de se penser dans une relation duelle avec sa mère ou vient-elle parler d'un lien sororal fusionnel, indifférencié ? R.Kaës (2008, p.385) souligne que la passion entre frères et sœurs se fonde dans le rapport au corps de la mère : frère et sœur « *ont été tenus dans le même espace charnel, corporel (...)* ». Parmi les groupes de femmes enceintes, deux femmes sont orphelines de mère (mesdames E et I). Pour madame E, qui a accouché à terme sans incidents somatiques, la figure de la sœur est également fortement mobilisée, présentée comme étayante et contenante : une protection contre la mère archaïque ?

Dans le cas de madame F, « le partage » du gynécologue donne à penser la relation incestuelle qui unit ces soeurs. Dans son livre, *Les deux sœurs et leur mère. Anthropologie de l'inceste*, F.Héritier élargit la notion d'inceste à l'inceste de deuxième type qui est l'inceste entre deux sœurs ou entre une mère et sa fille. Dans cet inceste, il n'y a aucun rapport homosexuel entre les deux sœurs ou entre la mère et la fille mais elles sont mises en contact à travers une tierce personne, le même homme ayant des rapports sexuels avec elles successivement et transportant donc de l'une à l'autre des substances, des humeurs féminines qui réalisent l'inceste et qui ajoutent du même au même. Fantasmatiquement, le gynécologue pourrait occuper cette place. La haine pour la rivale se transforme, par le biais du gynécologue en un amour homosexuel...

#### L'identification à la mère

Madame F décrit une mère protectrice et « *tracassin* », qui donne beaucoup de conseils et qui l'appelle si elle ne va pas la voir :

**« non, elle est... Elle se fait du souci. Je suis proche de ma mère...on est complices mais elle est pas fourrée dans notre intimité. On a nos distances... on se voit pas le week-end. Je la vois souvent seule. J'ai pas une mère qui tape l'incruste, qui va m'appeler. C'est agréable. Je travaille aussi ».**

Lorsqu'elle parle de son intimité, elle pourrait tout aussi bien évoquer l'intimité partagée avec sa sœur que celle partagée avec son mari. Madame F précise qu'elle voit sa mère seule (sans son père ? sans son mari ? sans sa sœur ?). La proximité partagée avec la mère semble nécessiter l'exclusion d'un tiers.

Elle imagine qu'elle sera avec son enfant comme sa mère avec elle,

**« protectrice, soucieuse. Ben...dans l'éducation aussi. On est un peu le reflet que ce que nos parents nous ont élevée. J'ai pas à critiquer comme ils nous ont élevée ».**

Dans l'après-coup de l'entretien, nous avons eu le sentiment que madame F avait à la fois « tout dit », utilisant le cadre de la recherche comme lieu de « viddage » tout en nous laissant « vide » à notre tour, vide de pensées. En nous disant dès le début de l'entretien qu'elle n'a pas eu besoin de psy pendant toutes ces années, madame F s'évertue à nous « montrer » ses capacités d'analyse. Il nous est venu à l'esprit qu'elle avait de la même façon « montré » à tout son entourage comme elle souhaitait un enfant mais que la nature

en décidait autrement. Ainsi peut-on comprendre sa déception lorsqu'elle doit révéler à sa famille que le problème est psychologique. Lorsque la proposition de dessin intervient dans la rencontre, quelque chose semble se briser pour madame F. Elle ne sait pas dessiner et ne peut pas le cacher. Ainsi notre proposition de dessin la met-elle en situation d'échec. Malgré sa contrariété elle dessine et donne son dessin. Comme si une fois démasquée (c'est moi qui ne veut pas d'enfant) il avait fallu très vite le faire (cet enfant, ce dessin). N'oublions pas que certaines stérilités sont une défense et une arme inconsciente contre la procréation consciemment désirée. Le dessin que nous proposons (demandons ?) à madame F mobilise des affects négatifs : risque d'appropriation abusive ? Ebranlement de ses défenses ? Il nous est apparu dans le cadre de la recherche, et pas seulement pour madame F, que notre demande pouvait s'entendre au plan fantasmique comme le fait de faire un enfant (dessin) à la mère.

Le dessin permet à madame F d'exprimer des motions plus hostiles à notre égard et met en scène ses craintes de ne pas pouvoir « nous » faire un beau dessin. Le dessin médiatise également notre relation avec madame F et atteste d'une distance, peut-être est-ce aussi une des raisons pour lesquelles il suscite tant d'agacement chez elle...

### La question du tiers

Après quatre années d'échec auprès des médecins de l'aide médicale à la procréation, madame F s'entend dire que son problème est « psychologique ».

Sa « réponse » est de changer de gynécologue. Comment comprendre cet acting ? Si nous pouvons penser que défensivement madame F continue à chercher une réponse du côté de la médecine, nous pouvons également chercher à entendre ce que le gynécologue représente inconsciemment pour madame F. Le gynécologue est souvent envisagé comme détenant un savoir sur les femmes. Il devient subitement aux yeux de madame F incompétent et impuissant à l'aider. Il n'a pas su la comprendre et lui a fait perdre du temps.

La gynécologue de sa sœur est alors investi d'un pouvoir fécondant. Qu'est-ce que madame F a pu projeter du savoir de cette femme sur son corps qui lui permette de l'investir comme fécond ? Pourquoi ce tiers libère-t-il la potentialité créatrice de madame F ?

Le blocage évoqué par madame F à l'annonce de la grossesse de sa sœur semble faire écho à une jalousie ancienne. Ainsi pouvons-nous nous demander ce que madame F, enfant, a construit autour du ventre plein de la mère. La grossesse de la mère a-t-elle été une source d'envie et de destruction, rendant aujourd'hui la grossesse de madame F impossible ? Quelle menace y aurait-il à se rapprocher du corps de la mère ? Lorsque la cadette, l'enfant rivale, obtient ce que madame F désire tant : un enfant (un enfant de la mère ?), c'est toute la concurrence pour l'amour parental qui semble resurgir. Ainsi madame F semble-t-elle demander à sa sœur de bien vouloir lui « prêter » son jouet-gynécologue afin qu'elle puisse à son tour jouir du corps à corps maternel.

Madame F est l'aînée. Aussi a-t-elle été confrontée à la grossesse de sa mère et à ce qu'elle mobilise de fantasmes et d'attaques envieuses. Selon R.Kaës (2008), l'identification et la rivalité envieuse de l'enfant avec la fécondité de la mère fonde l'imago archaïque de la mère aux frères et sœurs, dans le fantasme du coït ininterrompu avec le père, ou dans une scène de parents combinés. Les fausses couches de Madame F seraient une attaque contre la puissance féconde de la mère archaïque. Les fœtus morts devenant autant de frères et sœurs qui tombent dans les toilettes.

S'il existe dans ce scénario une dimension oedipienne, il semble pourtant que la deuxième gynécologue, celle qui rend possible l'enfantement, se rapproche plus du père de la préhistoire individuelle que du père oedipien. Chez S.Freud, ce père imaginaire

équivaut aux « deux parents » puisqu'à ce moment-là, la différence sexuelle n'est pas reconnue. Cette identification immédiate avec le « père-mère » vient de ce que la mère de l'enfant est déjà porteuse d'une référence à un tiers désiré. L'identification primaire au père de la préhistoire libère les potentialités créatrices de madame F en rendant possible un espacement entre la mère et l'enfant.

Ainsi le rapproché avec le corps de la mère, la fusion primitive deviendrait-elle possible grâce à la tiercéisation de la relation. **Madame F** précise qu'elle voit sa mère *souvent seule*. Elle tient à dire que sa mère n'est pas trop invasive, qu'elle ne « *tape pas l'incruste* ». Mais porter ce bébé, n'est-ce pas tenter de mettre un tiers entre elle et sa mère, une mère qui pourrait entrer dans son intimité ?

Il faut noter que madame F reconvoque une figure tierce à l'occasion de la menace d'accouchement prématuré. Elle met plusieurs mois avant d'accepter le corps à corps avec le fœtus et de nouvelles difficultés surgissent lorsqu'elle atteint le dernier trimestre de la grossesse. Ainsi à ce stade se rejoue à nouveau la violence fondamentale du « lui ou moi » mais en présence du tiers médical.

Si l'histoire de la grossesse de madame F interroge la nature des relations précoces avec sa mère, elle questionne également la tiercéisation de la relation précoce. Comme le souligne B.Golse (2006), la tiercéisation de la relation mère-enfant existe bien avant que le père soit reconnu comme père. Dans l'histoire de la grossesse de madame F, une triangulation semble possible par l'intermédiaire de la sœur rivale comme si elle venait en lieu et place du père. Comme le souligne R.Kaës (2008, p.395)

**« Le complexe fraternel archaïque est un recours contre la puissance de l'imago maternelle pré-oedipienne. (...) Frères et sœurs (...) forment une fratrie magique, toute-puissante et inséparable, soudée par le narcissisme primaire (...) ».**

Toutefois l'hospitalisation de madame F pour une menace d'accouchement prématuré témoigne de la fragilité de cette construction. Comme nous le développerons plus loin dans ce travail, la MAP peut s'entendre comme la recherche, dans le réel, d'un tiers protecteur pendant la grossesse.

Ainsi, si madame F a pu s'engager dans le processus de la grossesse après un parcours parsemé de fausses couches et d'infertilité, l'alerte du 6<sup>ème</sup> mois qui exige une hospitalisation, donne peut-être à entendre que les retrouvailles avec la mère archaïque nécessite la surveillance d'un tiers protecteur avant même que d'être séparateur...

En effet, devenir mère suppose d'accepter les « retrouvailles » avec le corps de la mère, mais pour certaines femmes ces retrouvailles comportent le danger de rester prisonnières du corps de la mère. Aussi verrons-nous que dans certains cas, ces retrouvailles ne peuvent avoir lieu que sous la surveillance d'un tiers. La grossesse vient réactiver ce qui s'est transmis du féminin et du maternel de la mère dans les relations précoces et à ce titre elle interroge la tiercéisation précoce de la relation.

## 2-6- Étude de cas : madame Q (sous-groupe 1-2)

---

Lorsque nous rencontrons pour la première fois madame Q, elle est enceinte de cinq mois et demi et hospitalisée dans le service de grossesse pathologique depuis trois semaines. Il s'agit d'une première grossesse. Une ambiance infantile se dégage de la chambre de madame Q. La chambre est décorée de ballons multicolores. Certains ballons ont été transformés et représentent des animaux. Tous ces ballons nous évoquent des ventres

ronds susceptibles d'éclater à n'importe quel moment. Des photos en quantité importante couvrent l'armoire située en face du lit. Madame Q écoute de la musique dans sa chambre d'hôpital. Le poste de radio est près d'elle. Tout est fait pour remplir et masquer le lieu où nous nous trouvons, comme s'il fallait transformer la chambre, la remplir de sons, construire d'autres enveloppes : enveloppe sonore, enveloppe spatiale, comme autant de contenants supplémentaires pour contenir...mais qui et/ou quoi ?

Madame Q nous accueille chaleureusement. Elle est assise dans son lit d'hôpital, habillée d'un caleçon et d'un T-shirt et coiffée de deux nattes, ce qui lui donne un air enfantin. Elle accepte très spontanément de participer à notre recherche. Elle sourit beaucoup. Nous ressentons de la gêne tout au long de l'entretien et le sentiment que madame Q cherche à nous faire plaisir.

Elle associe son désir d'enfant à l'horloge biologique (elle a 35 ans) et à un désir qui remonte à l'adolescence.

**« Depuis l'âge de 18 ans, je voulais avoir un bébé. J'ai attendu un peu parce que j'ai 35 ans ! (rires). Le temps de rencontrer mon copain... ». « Moi, j'étais plus pressée que lui. Lui a déjà un petit garçon de dix ans ».**

La conception ne pose pas de problèmes et elle s'étonne même de la rapidité avec laquelle elle tombe enceinte. Madame Q est inquiète lorsqu'elle apprend sa grossesse de la réaction de son compagnon, comme coupable d'être enceinte « si vite », comme si le désir d'enfant devenait coupable en se réalisant (culpabilité oedipienne ?).

**« En septembre, j'ai fait un test de grossesse en pharmacie qui s'est avéré positif. J'ai eu peur que mon copain le prenne mal et puis super ».**

Madame Q avait par ailleurs des conduites à risque avec la pilule comme s'il lui était impossible d'assumer en conscience ce désir.

Nous retrouvons la thématique du bébé oedipien comme réalisation d'un vœu de l'enfance, engendré avec le père et détourné, volé au contenu utérin maternel (M.Bydlowski, 2000). La prise de sang pour les marqueurs de la trisomie a ravivé le fantasme de l'enfant malformé, handicapé, l'enfant oedipien, et lorsqu'au cours de l'IRMAG nous interrogeons les caractéristiques positives ou négatives de son enfant dont nous n'aurions pas parlées, elle répond :

**« Dans ma famille, y'a plein de...on est trois enfants...y'a un crohn<sup>7</sup>, et un cardiaque. J'espère qu'il aura pas de soucis comme ça. Je l'imagine de petite taille avec le gros nez de son père ».**

Ainsi, redoute-t-elle que son enfant devienne porteur d'une maladie ou d'un handicap familial. Son enfant deviendrait l'objet de la répétition d'un destin funeste. Comme le souligne M-L.Turner et I.Krymko-Bleton (2002, p.71),

**« Pour ces femmes à risque, la forte ambivalence envers leur grossesse et le sexe de leur bébé, les comportements à risque ou la tromperie faite au mari semblent représenter subjectivement des fautes. Et leur difficulté à mener à terme leur gestation exacerbe leur sentiment fautif. Leurs fantasmes affolants mettant en**

<sup>7</sup> La maladie de Crohn est une maladie inflammatoire pouvant atteindre n'importe quel segment du tube digestif depuis la bouche jusqu'à l'anus. C'est une maladie chronique comportant des phases d'activité (ou « poussées ») d'intensité variable alternant avec des phases de rémission plus ou moins complète et prolongée. Elle a été décrite pour la première fois en 1932 par un médecin américain : Burril B Crohn.

**scène un nouveau-né handicapé physiquement ou intellectuellement pourraient donc non seulement dévoiler des sentiments ambivalents, voire mortifères envers le bébé, mais aussi montrer la nature du châtiment pour ces fautes ».**

Si madame Q dit que la grossesse « a tout changé », elle ne dit rien de ces changements sinon qu'elle ne fait plus de sport. Le couple n'a plus de relations sexuelles depuis les problèmes de début de grossesse. Comme **madame F**, madame Q doit éviter tout contact avec son ventre car son utérus est contractile.

**« Plus de relations sexuelles depuis longtemps, depuis que les soucis ont commencé. Ça manque plus à lui. Il faut pas que je touche trop mon ventre ni mes seins, j'ai l'utérus contractile...Le rapport au corps manque un peu. C'est important dans un couple mais tant pis... ».**

Ainsi, l'enfant attendu « prive » le couple de sa sexualité. Madame Q et son mari expriment chacun différemment des vœux mortifères inconscients envers le bébé:

**« Il est en arrêt pour dépression. Il a pété un câble, de pas savoir l'avenir...(...) Lui, il voulait se cacher de tout le monde. Il refusait le contact. Il avait presque tourné la page pour un autre bébé. De lire le courrier que j'écrivais à ma fille, ça l'a aidé à reprendre pied ». « On est à cinq mois et demi et si elle sort demain, qu'est-ce qui se passe ? C'est pas obsessionnel, ce qui est obsessionnel, c'est de la perdre. Chaque fois que je vais au WC, j'ai peur de trouver du sang... »**

Ainsi pouvons-nous entendre que cette grossesse met en péril le couple et que le risque de la maladie, du handicap ou de la mort serait la marque d'une faute commise par le couple, qui depuis, n'a plus de sexualité. « *Le sort s'acharne* » dit madame Q. Mais qui a jeté ce mauvais sort et de quoi pense-t-elle inconsciemment devoir être punie ?

#### L'identification à la mère

**« Le paradoxe du destin féminin tient à la difficulté de se dégager d'un objet primaire maternel, du fait d'une nécessaire identification et d'une tout aussi nécessaire désidentification ». (J.Schaeffer, 2008, p.66)**

Madame Q est la deuxième enfant d'une fratrie composée de deux autres garçons. Elle est la première enfant de sa famille à attendre un enfant.

Elle dit en début d'entretien que sa mère a un problème neuropsychologique sans autre précision et à la question « comment va la relation avec votre mère en cette période », elle répond que sa mère est alcoolique et qu'elle a des relations très particulières avec elle.

**« J'ai considéré que je n'avais pas de mère jusqu'à l'âge de 15 ans. Elle m'a téléphoné huit fois en 13 ans. Ça nous a rapproché ...elle m'a même téléphoné (elle sourit)....mais là, ça manque pendant une grossesse. J'ai pas de relation avec elle. Enfin, elle me demande quand même si ça va... »**

Elle dit qu'enfant, son père a été « son père et sa mère » et qu'elle n'a pas de souvenirs de relation avec sa mère même si elle pense qu'elle ne buvait pas lorsqu'elle était petite. Sa mère s'est arrêtée de boire lorsqu'elle avait 15 ans. Madame Q évoque une dépression qui remonte à plusieurs années, « liée à (s)a mère » et qui l'a conduite à rencontrer régulièrement un psychiatre. Cette prise en charge est arrêtée depuis quelques années.

Au questionnement sur la mère qu'elle aimerait être, Madame Q évoque sa peur d'être une « maman poule », trop étouffante.

**« Ça me fait peur d'être une mère hyper couveuse et chiante ».**

À la question, « quelle mère ne voudriez-vous pas être ? », elle répond :  
**« mère-poule. Je crains de l'être. D'où je peux hériter ça, je vois pas ! Peur d'être craintive. Je suis toujours très craintive quand je garde des petits ».**

Ainsi elle ne peut s'imaginer mère qu'en négatif. Elle craint d'étouffer son enfant. Elle exprime également dans l'entretien l'importance qu'elle accorde à l'indépendance de son enfant et dit qu'elle souhaite « *lui apprendre à être indépendant* ».

Cette oscillation entre indépendance et surprotection donne à entendre à la fois l'identification de madame Q à la relation qu'elle a eu avec sa mère (par projection sur le foetus d'une partie d'elle-même) et dans le même temps une projection de ses propres parties infantiles sur son bébé (besoin d'être couvée, protégée). Mais ce qu'elle désire pour son enfant pourrait lui faire du mal (à elle). Couver l'enfant, c'est prendre le risque de l'étouffer. L'étouffer parce qu'il serait insatisfaisant ? L'étouffer parce qu'il viendrait réveiller l'objet maternel insatisfaisant ?

Ce désir d'indépendance renvoie à la problématique des liens primaires et à notre deuxième hypothèse concernant la relation parentale à l'objet primaire maternel. Derrière le mot d'indépendance résonnent ceux d'autonomie, de différenciation et de séparation.

En évoquant la mère-poule (contre-identification à sa propre mère), madame Q convoque l'image de la poule qui couve ses œufs. Elle est alors hospitalisée pour MAP et la poche des eaux a craqué. La naissance prématurée de sa fille est très probable car la perte des eaux enclenche souvent un travail spontané et d'autre part, le liquide ne peut pas être éternellement remplacé par du serum.

Comme le soulignent M.Soulé et M.-J Soubieux (2006, p.108),

**« S'il y a absence de liquide amniotique, le fœtus est en état de souffrance, comme un poisson sur le sable. Si on injecte du serum dans la cavité utérine, le fœtus donne l'impression de se précipiter sur le serum, il boit avec avidité ».**

Ainsi, il y a de fortes chances que sa fille ait besoin d'être « couvée » artificiellement. Mais ce n'est précisément pas madame Q qui assurera cette « couvade » parce que « l'indépendance » trop précocement acquise du bébé le rend totalement dépendant des machines. Ce qui fragilise le prématuré, c'est l'indépendance par rapport au corps de la mère. Et tout le combat pour ces petits êtres est de parvenir à une certaine autonomie (respiratoire essentiellement).

Nous pouvons penser que madame Q s'identifie partiellement à sa mère abandonnante. Madame Q qui dit ne pas avoir eu de mère jusqu'à l'âge de 15 ans, n'a pas eu le choix de l'indépendance. Serait-ce à dire qu'elle craint le même destin pour sa fille, s'identifiant alors à sa mère ? La fille de madame Q devrait à tout prix être indépendante comme elle-même y a été contrainte et comme elle pourrait à son tour y contraindre sa fille.

Quel rôle a bien pu jouer l'objet primaire maternel pour madame Q ? Cette indépendance souhaitée pour son enfant ne vient-elle pas souligner la souffrance du bébé dépendant de la mère, une mère « ailleurs » dont il ne faut pas dépendre si l'on ne veut pas souffrir.

Madame Q se décrit dans l'enfance comme un « *garçon manqué, assez vive et assez chiante...* ». Comme le rappelle A.Le Guen, (1999, p.131),

**«être un garçon, avoir un pénis, c'est aussi triompher « de la mère primitive toute-puissante en possédant l'organe dont la mère est dépourvue » (J.Chasseguet-Smirgel (1988). Désirer être un garçon, c'est**

**s'identifier au père, objet d'amour de la mère, c'est ainsi prendre sa place auprès d'elle, c'est aussi lui plaire suffisamment pour ne pas courir le risque de se voir rejeter par lui ».**

Avec la grossesse, madame Q perd son identité de garçon manqué, elle perd « cette partie du Moi de la femme qui a longtemps résisté à le devenir » (F.Ferraro, A.Nunziante, 1985, p.96)

et elle se confronte à la femme que la mère fut. Si madame Q parle d'une mère absente et ailleurs, est-elle pour autant parvenu à la fantasmer absente parce que présente avec le père ? A-t-elle pu percevoir suffisamment la présence du tiers pour cela ?

#### **La question du tiers**

« L'important est que le père regardant la mère la tire de son rêve de grossesse et l'encourage à regarder le bébé. Le regard de ce dernier s'en ira plus tard vers un ailleurs qui n'est ni la mère, ni le père » (B.Golse, 2004, p.204).

L'histoire de cette grossesse est conflictuelle au sein du couple. Madame Q dit que son ami était moins pressé d'avoir un enfant. Elle se plaint de son manque d'attentions en début de grossesse :

**« j'ai été frustrée du non-changement de comportement. Sur le coup, pas les petites attentions. Il l'a eu quand ça a commencé à se passer moins bien. Au début, pas du tout ».**

Le couple se dispute autour de la question du handicap et dès le début de grossesse, monsieur Q formule le désir de l'interrompre si la trisomie est avérée. Plus tard, lorsque madame Q est hospitalisée, il « tourne presque la page pour un autre bébé ». Monsieur Q ne semble pas vraiment en mesure de contenir les angoisses et les doutes de madame Q concernant sa grossesse.

Le couple se dispute toujours autour du même sujet : le fils de monsieur Q issu d'une première union :

**« Non. On s'engueule pas mal autour de son fils. J'ai pas le droit de...comment dire, dès que je dis quelque chose, c'est contre son fils parce que je l'aime pas ou je sais pas quoi. On l'a eu trois week-end de suite au moment de l'hospitalisation...On se dispute toujours autour du même sujet... ».**

Cet enfant est présenté par madame Q comme la seule zone d'ombre dans le bonheur du couple. Elle parlera très régulièrement de lui dans les entretiens qui auront lieu après notre première rencontre. Elle perçoit ce beau-fils comme « tout-puissant », dit que son père cherche à le « réparer » à cause de son divorce. Cet enfant peut apparaître comme un double de madame Q, enfant tout-puissant, avec des liens privilégiés avec son père, excluant la belle-mère. Elle ne peut pas le penser comme le demi-frère de sa fille. Elle racontera un an après notre première rencontre qu'elle ne supporte pas les week-ends avec le fils de son mari car son mari prend alors beaucoup d'initiatives, fait des promenades, des sorties, ce qu'il ne fait pas forcément lorsqu'ils sont tous les deux ensemble.

C'est trop insupportable pour elle. Ses difficultés avec le fils de son mari la conduiront à nouveau chez son psychiatre. Le beau-fils rival partage donc l'espace thérapeutique réservé à la mère de madame Q.

Ses difficultés à reconnaître la filiation ne sont-elles pas la manifestation de fantasmes incestueux trop forts ? Ne devient-il pas inconsciemment un rival fraterno ? Madame Q évoquera à plusieurs reprises ses deux frères, dont elle se dit très proche. Le frère aîné est

envié. Il habite à l'étranger. Neuf mois après la naissance prématurée de la fille de madame Q, son frère deviendra le père d'un enfant en bonne santé. Pour autant, la triangulation par le rival fraternel n'aboutit pas à la reconnaissance de la différence des générations et au deuil de l'amour de la mère. Le beau-fils est identifié à un frère...même combat, même échec... Elle a fait un rêve dans la semaine qui a suivi un de nos entretiens. Elle a rêvé à une naissance mais elle n'accouchait pas de sa fille. Elle dit qu'elle se souvient plus très bien mais qu'elle voulait nous le raconter. Puis elle annonce que son frère va avoir un enfant, lui aussi et que son père est très content.

Dans l'histoire infantile de madame Q, le père semble avoir été « le père et la mère ». C'est lui qu'elle présente comme ayant rempli les fonctions protectrices et nourricières. Madame Q met en évidence le côté réparateur du père. Pourtant le père semble avoir pris une place (que la patiente pense vide) sans parvenir à apporter à la dyade une sorte d'enveloppe, de contenance, de holding. Le père, en devenant la mère, a-t-il permis le décodage des messages maternels paradoxaux ? (D.Rosenfeld). Le père, tiers séparateur dans les liens précoces, semble inexistant comme si la mère « défaillante » n'avait pas eu à se séparer de l'enfant, ne l'ayant comme jamais vraiment rencontré. Et pourtant, ce lien, même s'il se dit en négatif, a bien existé. Lien dénié par madame Q lorsqu'elle dit qu'elle n'a pas eu de mère jusqu'à l'âge de 15 ans.

**« Je n'avais pas d'images de mère et puis je ne veux pas d'image de ma mère. Je voulais surtout pas être une mère... Je parle et je me dis que ça va pas être si simple. Je me suis toujours dit que je laisserai faire de la moto à ma fille, que je la laisserai partir faire du vélo et puis là, je me dis que ça va être plus dur... ».**

### III- rencontres avec les femmes qui ont accouché très prématurément sans MAP (groupe 2)

#### 3-1- Histoire et vécus de grossesse

Pour aucune des trois femmes la grossesse n'est un moment d'épanouissement. La grossesse de madame U n'était pas consciemment désirée. Dans l'histoire de ces trois femmes, des bébés potentiels sont morts, que ce soit à l'occasion de fausses couches ou d'IVG (Interruption Volontaire de Grossesse). Ainsi, si mesdames V et W accouchent pour la première fois, elles ne sont pas pour autant primigestes. Madame V a un antécédent de fausse couche et madame W a pratiqué deux IVG. Madame U, elle, accouche pour la troisième fois. Elles accouchent toutes très prématurément.

**Madame U** apprend sa grossesse par hasard, en allant consulter pour des saignements qu'elle attribue à l'évacuation d'un fibrome. Elle prenait une contraception. Une prise de sang est effectuée et révèle que madame U est enceinte de deux mois et demi. Les saignements étaient probablement liés à l'évacuation d'un autre fœtus-jumeau. Son mari ne souhaite pas qu'elle poursuive cette grossesse. Il lui propose d'avorter mais madame U refuse. Elle s'inquiète pour son dos car les médecins lui avaient déconseillé une nouvelle grossesse. Finalement, elle ne souffre pas de son dos pendant la grossesse, mais de tension, et d'albuminurie qui déclenchent une naissance prématurée à 29 SA et 4 jours.

**« J'étais hyper contente d'être enceinte. Une autre grossesse me dérangeait pas. Mon mari, lui, a beaucoup souffert de l'hospitalisation de notre fille. Il m'a proposé d'avorter. Moi, j'ai dit « je n'avorte pas » donc mon mari m'a dit d'accord, je peux pas t'obliger. J'étais contente mais j'avais peur à la fois. On m'avait déconseillé une autre grossesse à cause de mes problèmes de dos. J'avais peur pour mon dos et en fait j'ai rien eu au dos ». « Je me suis longtemps posée la question de savoir si j'étais ou non enceinte. Quand je suis rentrée de l'hôpital après la prise de sang, je suis quand même allée acheter un test pour être sûre. J'ai mis vraiment longtemps avant de la croire. Il a fallu que je vois pousser mon ventre pour être bien sûre d'être enceinte ».**

Elle dessine rapidement sans faire de commentaires particuliers. « Moi j'imagine un gros ventre avec le bébé à l'intérieur comme on le voyait à l'échographie. On voyait le cordon ombilical ». Lorsque nous lui demandons à quoi est relié le cordon, elle répond : « Au ventre. Je sais pas où ça s'arrête ». Elle n'a pas dessiné le sexe du bébé qu'elle connaissait avec l'amniocentèse mais qu'elle ne voulait pas savoir. Ainsi, peut-elle dire :



**« On savait que c'était un garçon avec l'amniocentèse mais pour moi, ça comptait pas. Il était positionné siège. J'ai balisé à ce moment-là (l'amniocentèse). S'il m'annonce une trisomie. Pour moi...j'envisageais...c'était mon bébé...je voulais pas le faire partir. Je me disais, il faut qu'il soit normal ».**

Madame U associe la découverte du sexe du bébé et sa peur qu'il soit anormal. Elle porte un garçon alors que sa mère a eu trois filles, ce qui semble mobiliser des vœux de mort inconscients et des fantasmes d'anormalité. Comme le souligne S.Missonnier (2003b),

**« (...) force est de constater combien une blessure psychique délétère peut advenir si l'annonce du sexe est synonyme d'interruption violente non anticipée et consentie d'une rêverie parentale bisexuelle ».**

Madame V se sent différente des autres femmes. Elle n'avait pas vraiment envie d'avoir d'enfant, dit qu'elle a « pris son temps », qu'elle n'était pas pressée mais que son mari voulait des enfants depuis toujours. Elle a fait une fausse couche un an plus tôt.

**« De toute façon, ce n'était pas une envie viscérale comme d'autres mères qui n'attendent que ça et qui sont tellement épanouies pendant leur grossesse ».**

Madame V ne s'est jamais vraiment sentie enceinte. Elle n'annonce pas elle-même sa grossesse, préfère que son mari ou ses proches le fassent à sa place. Elle culpabilise tout au long de sa grossesse de ne pas éprouver de joie. Elle commence à réaliser qu'elle est enceinte au début du cinquième mois alors qu'elle sent vraiment bouger le bébé et après l'avoir vu pour la deuxième fois à l'échographie. Elle accouche très peu de temps après. Elle associe son manque d'enthousiasme pendant sa grossesse et la naissance prématûrée de sa fille.

*« Je me suis dis que tout ça arrivait parce que je ne l'ai pas suffisamment désirée, attendue... » « Même mon mari m'a culpabilisée pendant ma grossesse. Il voulait tout le temps que je lui dise ce qui se passait en moi, ce que ça me faisait alors que ça me faisait rien... Les quatre premiers mois j'ai rien senti alors... Bien sûr lorsqu'elle a commencé à bouger, ça me faisait quelque chose mais je comptais sur le temps... J'ai toujours bien pensé qu'il fallait neuf mois ! »*

Elle rêvait à un bébé potelé.

*« Il s'est passé tout ce que je voulais pas ! »*

Quant à la grossesse de **madame W**, elle se passe mal dès le départ. Elle vomit beaucoup, dort toute la journée et est très vite alitée. Elle pleure souvent et supporte mal d'être obligée de rester chez elle. Elle évoque un désir d'enfant très ancien. Elle a eu deux IVG avant cette grossesse. La première lorsqu'elle avait 20 ans et la seconde avec le père actuel qui ne se sentait pas prêt à avoir un enfant un an plus tôt.

*« Il m'avait dit que si je gardais l'enfant, il partait ».*

Elle dit de cette IVG qu'elle les a rapprochés, « ressoudés » et que c'était positif. Comme madame S, madame W craint de rejeter sa fille à la naissance. Pendant sa grossesse, elle reprend contact avec le psychiatre qui la suivait pendant son adolescence.

### 3-2- Le lien mère-fille

---

**Mesdames U et V** ont des antécédents de fausses couches. Nous avons vu que pour S.Faure-Pradier, les fausses couches seraient une façon de tuer la mère en soi plutôt que de régler sa dette de vie envers elle, et l'expression d'une violence primitive mal intégrée, traduisant une identification à la mère meurtrière de l'enfance.

F.Guignard (1999, p.18) rappelle que

*« lorsque les choses se passent bien, la première grossesse peut permettre à la jeune femme de renoncer à son désir de posséder l'utérus maternel, de la même façon qu'elle a dû renoncer à posséder sexuellement la mère dans le courant inversé de l'oedipe. L'empreinte de l'utérus maternel peut alors prendre une valence identificatoire introjective suivant la même voie que les identifications introjectives post-oedipiennes. Alors et alors seulement, elle parvient à prendre possession de son propre utérus pour se le représenter et pouvoir l'investir de son auto-érotisme ».*

Pour F.Guignard, l'ultime étape du développement psychosexuel de la femme consiste à accepter de « louer » son corps à l'enfant qu'elle porte :

*« Les pathologies plus ou moins lourdes de la grossesse sont fréquemment liées à un échec de l'une ou l'autre de ces trois étapes. La forme la plus courante de cet échec est constituée par le fantasme, plus ou moins actif dans la relation*

*ultérieure à l'enfant-né, fantasme selon lequel cet enfant appartient à sa propre mère, selon des modalités qui ne sont pas toujours réductibles à l'un des deux schémas classiquement reconnus, à savoir : rendre à la mère un bébé volé et fait avec le père, ou faire à la mère un bébé dans un fantasme homosexuel où la fille prend la place du père. Certaines femmes au Moi fragile maintiennent parfois durant très longtemps l'investissement et la figuration de leurs organes de reproduction dans une indifférenciation identificatoire très infantile avec ceux de leur propre mère ».*

Nous verrons, en développant le cas de madame U que rivaliser avec la mère n'est pas chose simple pour ces femmes. Ainsi madame U parle-t-elle d'un rapport plus complice avec son père :

**« La grossesse a été bien accueilli par l'entourage. Mes parents l'ont bien pris. Je suis plutôt...Je vais pas aller les voir tous les jours. Je suis plutôt...je suis plus proche de mon père. Rapports plus tendus avec ma mère ».**

Madame V n'évoquera quasiment pas sa mère lors des entretiens, mais elle pourra dire qu'elle ne s'imaginait pas du tout avec une petite fille avant d'être enceinte. Elle ne se voyait pas la maquiller, la coiffer. Elle est très surprise de constater que lorsqu'elle est enceinte, elle est persuadée qu'il s'agit d'une fille et cela ne lui pose plus du tout de problèmes !

Quant à Madame W, elle raconte une histoire très conflictuelle avec sa mère et une adolescence très difficile. Vers 14 ans, elle évoque un passage dépressif mêlé à une rébellion et elle formule le désir de partir en pension. Elle part un an. Elle manifeste des troubles anorexiques, a envie de vomir devant la nourriture. Elle a ses premières relations sexuelles à 14,5 ans. Elle multiplie les aventures. Sa mère la traite de pute. Elle ne peut pas rester seule, est instable.

**« Je me suis sentie sale. (...) Ma mère croyait que je me droguais. (...). Quand elle me traitait de pute, je lui répondais 'j'm'en fous. Je ferai call-girl au lieu de femme de ménage ».**

Sa grand-mère maternelle meurt quand elle a 16 ans et sa mère fait une dépression. Sa mère la met à la porte lorsqu'elle a 17 ans. Elle est hébergée par un oncle (qui est décédé lors de son séjour à la maternité). Pour madame W, le décès de la grand-mère est la raison de son exclusion de la maison familiale. Elle décrit cette grand-mère comme « le pilier de la famille ».

**« J'ai toujours dit que si ma grand-mère avait été là, elle m'aurait pas mise à la porte ».**

Le père était présent et témoin :

**« ça me rassure sur ma folie. J'ai pas tout inventé ».**

Mise à la porte, elle se retrouve à dormir chez le gardien, dans le bureau de son père. Son père la prend en charge financièrement pendant un an. C'est lui qui l'inscrit à l'école. Sa mère le quitte peu de temps après. Madame W dira :

**« Elle ignorait mon père aussi ».**

Elle décrit une mère cassante, blessante, jalouse, qui ne voit que le négatif chez elle. La relation entre les deux femmes est empreinte d'agressivité. Sa mère a rendu deux visites à Juliana tandis que son père n'est pas venu :

**« Au niveau père, c'est zéro ! Il monte pas parce qu'il a pas le temps (il vit dans le sud de la France). Il a jamais eu le temps pour nous. Mais à 17 ans, il était là.**

***De toute façon, on était tous les deux dans le même bateau. C'est ma mère qui portait la culotte ! Je le prends à la rigolade. Je le vois pas souvent. Je peux tout lui dire. C'est une relation d'amis plus qu'une relation père-fille ».***

Pendant l'hospitalisation de sa fille, madame W écrit à sa mère afin qu'elle lui explique pourquoi elle l'a mise dehors à 17 ans. Sa mère a répondu en disant qu'on lui interdisait de voir sa petite fille et a réclamé des photos, tout en refusant d'aborder le sujet des 17 ans.

Pour ces trois femmes, le lien mère-fille est en trop ou pas assez. Ainsi madame W dira de sa mère « *qu'elle était là sans être là* » et dans le même temps, qu'elle « *en a trop fait* ». La rivalité entre ces femmes et leur mère est très forte sans que le père n'empêche qu'elles s'entretuent. Les filles sont mises à la porte lors de l'émergence de la sexualité (mesdames U et W). L'accès à la maternité attise les jalousies entre la mère et la fille. À qui appartient l'enfant ? Comment trouver sa place de mère si sa propre mère cherche à occuper tout l'espace ? Madame W éprouve cette difficulté et le danger de la répétition :

***« J'ai un travail à faire. J'ai peur des conséquences sur ma fille. C'est difficile de cerner la répétition. Je pense que je serai comme elle, très possessive. C'est ce que je ressens ».***

### **3-3- Etude de cas : Madame U**

***« (...) Dans la mesure où l'enfant vit des expériences somatiques intenses dans les premiers mois de sa vie, c'est-à-dire bien avant qu'il ait une représentation nette de son image corporelle, il ne peut faire l'expérience de son corps ou de celui de sa mère qu'en tant qu'unité indivisible. Bien que le bébé cherche des échanges avec sa mère et développe précocement ses propres modes de relation avec l'entourage (comme l'ont démontré les travaux de Stern, 1985), il n'opère pas une distinction bien définie entre soi et l'objet. Lorsqu'un adulte représente inconsciemment ses limites corporelles comme étant mal définies ou non séparées des autres, les expériences affectives avec un autre qui a de l'importance pour lui (ou parfois avec quiconque parvenant à mobiliser par hasard la mémoire du corps d'un trauma psychique ancien), la conséquence peut être une explosion psychosomatique, comme si, en de telles circonstances, il n'existe qu'un corps pour deux». (J.Mac Dougall,1989, p.21-22)***

Nous rencontrons pour la première fois madame U dans le service de réanimation néonatale. Elle a accouché trois jours plus tôt, en urgence, d'Alexandre, à 29 SA et quatre jours de grossesse. Elle se déplace difficilement et souffre beaucoup de la cicatrice de la césarienne. Après cette première entrevue, nous lui proposons de participer à la recherche et nous fixons un rendez-vous deux jours plus tard.

Nous la retrouvons dans le service des grossesses pathologiques. Elle est vêtue d'un pyjama aux motifs enfantins. C'est une femme corpulente qui parle d'une voix forte. Elle accepte de nous raconter l'histoire de sa grossesse.

Madame U est mariée avec un agriculteur, plus âgé qu'elle. Elle a deux filles âgées de neuf et onze ans. Ses deux grossesses précédentes ont été menées à terme malgré l'apparition d'une toxémie en fin de grossesse pour sa fille aînée et un diabète au cours de sa seconde grossesse. Sa fille cadette a fait des convulsions à l'âge de huit mois, nécessitant des hospitalisations chroniques pendant deux ans. D'après madame U, le risque de retard mental est écarté. Cette enfant a également été hospitalisée à deux ans pour une occlusion

intestinale déclenchée juste après une morsure de chien au visage qui a nécessité une intervention chirurgicale.

Madame U n'a pas allaité ses enfants. Elle évoque sa pudeur, craint d'avoir à montrer ses seins aux soignants. Pour Alexandre, ce sont les médecins qui lui ont déconseillé d'allaiter.

**« Je veux pas...c'est à dire que...c'est à cause de la pudeur. Je veux pas qu'on voit mes seins à la maternité. J'ai toujours été très pudique. En plus, on m'a déconseillé de donner le sein cette fois-ci, j'étais contente, je me suis dis, c'est médical. J'avais pas à me le reprocher ».**

Huit fausses couches ont précédé sa première grossesse, dont deux ont nécessité un curetage à quatre mois et demi passé. L'absence du corps jaune a ensuite été détectée et elle a suivi un **traitement pendant deux ans** avant de tomber enceinte. Sa seconde grossesse, tout comme la dernière, est le fruit du hasard. Elle utilisait des **moyens contraceptifs** dans les deux cas.

Madame U est l'aînée de trois filles. Elle évoque une complicité avec ses sœurs, possible seulement en l'absence de leur mère. Elle décrit sa mère comme une femme exubérante, vulgaire, qui aime se faire remarquer. Madame U redoute la visite de sa mère, dit ne pas supporter sa coquetterie. Elle craint son exubérance et le peu de cas qu'elle fera de sa situation et de sa souffrance tant physique que psychique.

**« Elle a un caractère assez bizarre. Tout m'énerve chez elle. Elle va venir demain. J'ai pas envie. Je l'ai prévenu : si tu viens, tu quittes tes bijoux, tes bracelets, ton vernis, tu quittes tes talons aiguilles. Elle est pas discrète. Des fois, elle va se faire voir, elle s'en rend pas compte (...). Elle adore ses petits enfants. Quand elle a appris mon mariage, elle a mis toutes mes affaires dehors en mentant à mon père. Elle lui a dit que c'est moi qui ai pris les affaires. Le jour du mariage, elle m'a fait une crise. Elle s'est sauvée. Il faut qu'elle se fasse remarquer. Pour le baptême de mon aînée, ça a fait pareil ».**

Sans faire de lien conscient, madame U décrit ensuite le comportement de sa mère lorsque la mère de sa mère est morte (la grand-mère de madame U). Elle a

**« mordu ma sœur, au restaurant après l'enterrement. Tout ça, c'est angoissant. On se dit, on sera pas comme ça avec nos enfants. Des fois, on angoisse. A Noël, on se demande toujours comment ça va se passer ».**

Madame U décrit un père discret et peu bavard avec lequel elle est parvenue à créer une certaine complicité. Elle nous apprend que c'est lui qui la conduira à l'hôpital voir son fils car elle ne souhaite pas conduire et son mari est occupé à la ferme.

#### De la féminité de la mère

**« Le processus « matricide » dont relève le travail de désemprise d'avec la mère réelle semble devoir en passer par une reconnaissance de la femme que la mère fut. C'est lors du passage à la maternité sous l'angle de l'enfantement proprement dit que se révèle ce qui serait trop fragilement, voire trop faussement, établi du côté de la féminité chez la femme et qui serait, lors de ce bouleversement physique et psychique, mis en danger » (M.Benhaïm, 2006, p.55)**

Au cours de cet entretien, madame U insiste pour dire à quel point ce qui s'exhibe chez sa mère lui est insupportable. Madame U décrit sa mère avec tous les attributs de la féminité : bijoux, talons, vernis... Description qui contraste singulièrement avec l'apparence

de madame U elle-même. Elle attend ou exige de sa mère qu'elle ôte ces attributs pour venir la voir. Ainsi la mère devrait-elle se montrer « sans leurre » à sa fille pour pouvoir la reconnaître mère et ainsi se situer comme grand-mère.

Aussi, autour du fait de venir voir l'enfant prématûr se rejoue le fait de voir ou pas les attributs maternels, comme si cette naissance prématûrée ravivait un traumatisme plus ancien : celui de l'absence de pénis de la mère et l'angoisse de castration qui en découle. Comme le rappelle S.Mellor-Picaut(Op.Cit., p.89),

**« ce que vise ardemment la pulsion scopique de l'enfant, c'est cet objet phallique inexistant qui viendrait le garantir contre l'épreuve de la castration. (...) La pulsion de voir subit donc de manière direct l'impact de la castration la plus radicale puisque son objet privilégié se révèle absent. La constatation de cette absence transforme souvent, nous dit Freud, cette ardente aspiration en son contraire et fait place au dégoût ».**

L'exhibition redoutée par madame U implique des intentions séductrices de la part de sa mère et elle exprime ses craintes d'être une spectatrice impuissante dans l'obligation de voir.

La naissance prématûrée mobilise bien souvent des vécus d'échec et de castration. Madame U, habituée à faire des bébés de 4 kilos vient d'accoucher d'un bébé dont elle s'étonne qu'il soit « fini ». Etait-il possible pour elle de se confronter à sa mère sur le terrain de la maternité ? Ses grossesses surviennent par hasard, déjouant les lois contraceptives alors que ses projets d'enfants se soldent par huit fausses couches.... Ces évènements somatiques ne témoignent-ils pas des difficultés de madame U à s'approprier sa capacité de procréation ? Par ailleurs, sa première grossesse se termine par une toxémie gravidique, sa fille cadette cumule les ennuis de santé et le troisième enfant naît très prématûrément. Faut-il, dans la lignée de M.Bydlowski (1992) appréhender ces événements comme l'expression d'un lien hypothécaire morbide ?

**« La faiblesse de l'enfant, sa maladie viendraient-elles en gage, en garantie hypothécaire de la dette maternelle non réglée ? (...) Pour se reconnaître enceinte, pour assumer une grossesse et la conduire à terme, ne faut-il pas se reconnaître identique à sa mère ? Mais c'est l'identification à une représentation maternelle d'origine qui est ici convoquée, mémoire de la phase préoedipienne d'attachement tendre et passionné à la mère d'autrefois, celle des premiers soins, fontaine de vie. S'accepter identique à cette mère-là signifie aussi s'identifier à une image suffisamment faible à laquelle l'enfant à venir serait dû comme le prix à payer pour la transmission de la vie. Faute de la reconnaissance de cette dette, l'enfant est grevé d'hypothèques » (p.147)**

La mère dont nous parle madame U est une mère oedipienne, phallique, qui prend de la place, qui attire les regards, qui est imprévisible, séductrice. Une mère qui l'a mise dehors lorsqu'elle a rencontré son mari comme si son statut de femme ne pouvait pas se concilier avec son statut de fille. La fille devenue femme : une rivale à exclure ? Comment alors envisager la relation mère-mère ? Comment retrouver derrière cette mère-là la mère des premiers jours, comment accepter de retrouver le corps de la mère ?

Par ailleurs, les artifices mis en avant par la mère de madame U, ne sont-ils pas autant de protection contre le féminin ? J.Schaeffer (2003) différencie

**« le féminin, intérieur, invisible, et la féminité, visible, qui fait bon ménage avec le phallique, celle du leurre, de la mascarade, et qui rassure l'angoisse de castration, aussi bien celle de la femme que celle de l'homme ».**

Madame U perçoit-elle dans l'allaitement le danger du rapprochement des corps, du plaisir qui pourrait être pris dans ce corps à corps ? Plaisir qui la renverrait au plaisir qu'elle a elle-même éprouvé avec sa mère, plaisir devenu répugnant, honteux... La charge érotique de l'allaitement semble insoutenable pour elle, comme si l'existence d'un corps désirant et désiré dans le cadre de l'allaitement était trop menaçant pour son équilibre.

Par ailleurs madame U s'inquiète de ce qu'elle a pu hériter de cette lignée de femmes. Elle évoque la réaction de sa mère à la mort de sa grand-mère soulignant ainsi que le passage d'une génération à l'autre n'est pas sans danger. Les corps des femmes semblent s'emboîter les uns dans les autres à l'image de ces poupées russes qui révèlent sans cesse une poupée cachée à l'intérieur d'une autre. Le passage de mère à grand-mère nécessiterait un dépouillement et une retenue. Mais dans cette situation, c'est le cadre hospitalier, comme le rappelle madame U qui va imposer ce dénuement à sa mère. Elle n'aura pas le choix de se montrer sans artifices si elle veut voir son petit-fils. Mais l'inquiétude sous-jacente de madame U est bien de savoir quel choix fera sa mère. Va-t-elle se soumettre aux conditions de visites ou y renoncer ?

Le cadre des visites en réanimation introduit donc la question du tiers entre la mère et la fille. Si ce tiers semble investi comme permettant de mettre des limites à la mère, madame U exprime aussi des craintes quant à la capacité du tiers à résister. Cette problématique s'est rejouée dans le cadre de nos rencontres. Lorsque nous sommes arrivés pour le premier entretien dans la chambre, elle nous a accueillie en nous disant que son mari n'était pas resté longtemps à cause du rendez-vous. Ainsi notre présence la privait-elle de son mari. Elle a exprimé par ailleurs de la déception par rapport à la visite de son mari qui n'avait pas dit grand chose. Elle a associé sur le fait qu'il ne désirait pas cet enfant.

À la suite de notre rencontre, madame U a eu une montée de tension très importante qui aurait pu mettre sa vie en danger. Elle a alors exprimé aux infirmières qu'elle ne souhaitait pas nous revoir, car selon elle, cette montée de tension était la conséquence de l'entretien. Ainsi madame U a-t-elle demandé à être protégée de tout travail psychique pour préserver son équilibre vital. Avons-nous été identifiée à la mère intrusive, s'interposant entre son mari et elle, fatigante et dangereuse pour son équilibre ? Probablement, et dans cette scène le mari de madame U ne parvient pas à la protéger de cette mère archaïque mais s'en va, la laissant seule dans une relation duelle avec la mère...

Ainsi, dans l'histoire de madame U comme dans l'histoire de madame F, une issue au danger des retrouvailles avec la mère semble recherchée du côté médical. Les difficultés de procréation rencontrées par ces femmes et leurs difficultés à mener une grossesse à terme, peuvent s'entendre comme l'expression de retrouvailles trop menaçantes avec la mère et qui nécessitent la présence d'un tiers....

### **3-4- Le devenir-mère en néonatalogie**

---

**« Moi, je savais qu'il devait prendre des forces... Je suis revenue devant la couveuse. J'ai ouvert la porte, et la chaleur humide est remontée le long de ma manche. J'ai glissé la main sous son dos, et d'un seul geste, sans me soucier des fils, des tubes, des électrodes, je l'ai retourné comme une crêpe. A la seconde, il**

**s'est endormi. Les engins se sont tus. Cette nuit-là j'ai compris que c'était moi, sa mère » (M.Darrieussecq, 2002, p.178)**

Madame V a accouché en urgence, sous calmants. Lorsqu'elle se réveille de la césarienne, elle n'ose pas demander tout de suite des nouvelles de son enfant. C'est la réponse d'une infirmière à l'une de ses questions qui lui permet de comprendre qu'il s'agit d'une fille. « *Elle* va bien, elle pèse... ». Elle a très peur de venir voir Nina le lendemain de l'accouchement. De nombreux malaises l'empêchent de venir. Elle ne vient la voir que le surlendemain. Lorsque nous lui demandons comment elle imaginait sa fille, elle répond :

**« plus grosse ! Mais maintenant, ça va, je suis habituée ».**

Nous avons tout d'abord rencontré le papa de Nina, auprès de la couveuse, le lendemain de sa naissance. Il explique que lorsque sa femme est partie en urgence en salle de naissance, les médecins lui ont dit que ce serait soit la mère, soit l'enfant. Il est surpris d'être là auprès de sa fille et de savoir sa femme en vie. Il dit aussi que c'est encore plus dur de penser que sa fille ne sera peut-être plus là demain, maintenant qu'il la voit,

**« qu'il ne lui manque rien, qu'elle a tout ce qu'il faut, qu'elle bouge les pieds, ouvre sa bouche ».**

Il dit qu'il la trouve belle mais redoute la réaction de sa femme demain, lorsqu'elle verra Nina pour la première fois. Il ne souhaite pas toucher sa fille

**« pour lui laisser toutes les chances de s'en sortir ».**

Il craint la contamination.

Nina est née à 25 SA. Elle pesait 660 grammes à la naissance. Quelques jours plus tard, nous rencontrons ensemble le père et la mère de Nina, dont l'état est très instable. Nous questionnons le choix du prénom. Madame V explique qu'ils n'avaient pas encore choisi le prénom au moment de la naissance. Les médecins ont dit que ce serait préférable de donner tout de suite un prénom à l'enfant plutôt que d'écrire « X » sur les étiquettes. Alors ils ont choisi Nina.

Quinze jours après la naissance de Nina, l'équipe demande à monsieur et madame V s'ils souhaitent faire baptiser leur fille. Nina ne cessait de désaturer malgré les 100% d'oxygène. Monsieur et madame V comprennent à ce moment là que « c'est la fin ». Madame V a le sentiment d'un acharnement thérapeutique.

**« C'était injuste. On voyait qu'elle n'en pouvait plus. C'était horrible. J'ai eu envie que ça s'arrête ».**

Elle a l'impression que sa fille lui demande du regard d'arrêter des soins. Elle ne parvient pas à être « avec sa fille » à cause de tous les soins et de la multitude de blouses blanches autour de la couveuse.

**« Je pleure lorsque je pense qu'elle peut mourir. Je me sens moins forte. J'ai le sentiment que ma présence ne peut pas l'aider, que c'est médical ».**

Les infirmières insistent pour qu'elle prenne Nina dans ses bras. Elle refuse.

**« J'avais l'impression qu'on voulait me donner un enfant mort. C'était horrible. Pour moi, la couveuse, c'était transitoire et lorsque je la prendrais dans mes bras, c'est qu'elle irait mieux. Mais là...Elles ont beaucoup insisté mais je ne voulais pas.... ».**

Nina a survécu. Nous avons eu de ses nouvelles jusqu'à ses 18 mois. C'était une enfant joyeuse, très vive, qui n'a pas rencontré de problèmes de développement.

*« Alexandre Minkowski, célèbre figure de la néonatalogie, avait coutume de dire qu'il lui suffisait de regarder, lors de sa visite quotidienne, chacun des prématurés de son service, pour savoir ceux d'entre eux qui s'en sortiraient, « parce qu'ils voulaient vivre ». Mais pour vivre, il faut pouvoir intriquer les différents aspects des pulsions : non plus seulement « avaler », comme c'était le casin utero, mais bien « téter », avec ce que cela comporte de fermeture du sphincter buccal, puis, très vite, « mordre », avec ce que cela comporte de délicat discernement entre l'objet quel'on tète et celui que l'on mord. Les mères qui continuent à allaiter un bébé au cours et au-delà de sa poussée dentaire peuvent témoigner de cette intrication. Intrication indispensable que celle du sadisme oral, pour la suite du développement psychique. En effet, « morsure », « meurtrissure », « meurtre », lessubstantifs intéressants ce qu'Abraham a décrit comme « le second stade oral » (K. Abraham, 1924) annoncent la cruauté, le cannibalisme, la dévoration, la disparition de l'objet, faute de quoi il n'est point de deuil de cet objet, donc, point de constitution d'un objet interne ». (F. Guignard, 2002, p. 1103).*

Nina voulait vivre. Elle est souvent passée très près de la mort. F. Guignard (2002, p. 1113) s'interroge sur les effets de la capacité de rêverie de la mère

*« (...) lorsque le combat du nouveau-né contre la pulsion de mort échoue à installer une intrication suffisante de cette dernière avec la pulsion de vie sous la forme des pulsions sexuelles – premier palier d'intrication, deuxième génération de pulsions –, on se trouve au niveau de fonctionnement dont parle Minkowski et on peut parler d'un « sadisme du Ça ». La première question qui se pose alors est de savoir si une intervention de l'extérieur – capacité de rêverie de la mère – peut durablement infléchir la compulsion de répétition létale de ce niveau de fonctionnement ».*

Madame V repérait très bien les moments où elle ne parvenait plus à « rêver » sa fille. Lorsque la présence de la mort était trop proche, il lui était impossible de trouver sa place auprès de son enfant. Il est parfois extrêmement difficile de devenir-parents dans un univers où les professionnels sont performants et indispensables à la vie de l'enfant.

Les fantasmes de rapt de l'enfant par la mère de la femme enceinte, que nous avons repérés dans la plupart des vécus de grossesse se déplacent, dans le cadre de la prématurité, sur l'équipe soignante. Madame V, dès sa grossesse, craignait le rejet de son bébé :

**« J'avais peur qu'elle ne m'aime pas. Je me disais que je n'aurais plus qu'à m'en aller, que je n'aurais pas ma place... ».**

Madame W était traversée par les mêmes inquiétudes :

**« j'avais peur de ne pas me sentir mère. J'ai peur qu'elle se ne rende pas compte que je suis sa mère. J'essaie d'en faire un maximum ».**

Ainsi, lorsque le bébé naît prématurément et qu'il est remis aux mains des médecins, les mères évoquent parfois le sentiment d'un rapt affectif de la part de l'équipe. Elles observent que leur bébé réagit plus à la présence d'une infirmière qu'à leur propre présence, qu'il sourit plus « aux blouses blanches ». Un lien s'est instauré entre le bébé et les soignants à un moment où elles-mêmes ne se sentent pas « reconnues » par leur enfant, où elles doutent et se sentent bien souvent « incomptétentes ». Madame W l'exprime ainsi :

**« Avec Juliana, je ressens de la frustration. Je peux pas faire tout ce qu'une maman devrait faire ».**

Si certaines infirmières, sensibles aux réactions parentales savent se faire discrètes et laisser la place aux parents, d'autres s'attachent à décrire leurs liens avec l'enfant et insistent sur tout ce qu'elles connaissent -déjà- de ce bébé, ravivant ainsi le sentiment de rapt des mères. Au cours des relèves, il est fréquent d'entendre les infirmières parler de *leurs* bébés. Les expressions: « il m'a fait une selle » ou bien, « il m'a rempli sa couche » sont très fréquentes.

Nous pouvons saisir dans ces formulations l'investissement de ces petits enfants prématurés par le personnel soignant. Un investissement affectif et professionnel qui est souvent très fort et aussi extrêmement important pour les bébés. Une infirmière peut être conduite à s'occuper d'un enfant pendant plusieurs mois. Elle le voit grandir, s'éveiller... elle lui donne le bain, le biberon, lui chante des chansons...le materne, ce qui correspond à « *l'implication parentale de l'institution* » (D.Thouret, 2004). Toutefois, dans le cadre de l'hospitalisation de grands prématurés, les parents sont présents et toute la difficulté est de parvenir à trouver un équilibre entre l'implication soignante et l'implication parentale.

Les craintes de perdre leur enfant et le fantasme de rapt de leur bébé par l'équipe médicale sont aussi l'expression de craintes de représailles de la part de l'objet maternel. L'enfant prématuré n'est pas sans évoquer l'enfant malformé du fantasme oedipien. Si la naissance d'un enfant sain vient confirmer que l'interdit de l'inceste n'a pas été transgressé, ce n'est pas aussi évident dans des cas de naissances plus complexes. L'enfant prématuré est remis au médecin (père ?) qui s'en occupe avec les infirmières (complices ?) et la mère de l'enfant est confrontée au fantasme de rapt : cet enfant sain mais prématuré n'est-il pas le fruit d'une union interdite ? N'est-il pas inévitable qu'on le lui enlève ?

La prématurité instaure brutalement un processus de séparation, de coupure, de différenciation abrupte avec le foetus comme en réponse à une impossible objectalisation de l'enfant à naître.

Pour S.Missonnier, ce qui permettrait aux femmes enceintes de passer du degré zéro de l'objectal (c'est-à-dire de la fusion totale avec l'objet) à une « authentique préfiguration de l'altérité objectale de l'enfant à venir » serait « le travail du virtuel ». Selon lui, la Relation d'Objet Virtuel (ROV)

**« concerne l'ensemble des comportements, des affects et des représentations (conscientes, préconscientes et inconscientes) à l'égard de l'embryon puis du fœtus. Plus largement, c'est une modalité de relation d'objet qui concerne toutes les personnes gravitant autour de ces parents (fratrie, grands-parents, famille élargie, professionnels...) ».**

Ce serait la mise en place de cette relation d'objet virtuel, comme on dit relation d'objet typique (anal, oral...) qui établirait le lien entre les devenants-parents et « l'enfant du dedans ». Cette ROV serait

**« une interface entre le devenir parent et le naître humain qui précède –et rend possible- celle de la relation parents/bébé ».**

La relation d'objet virtuel participerait donc du processus d'objectalisation du fœtus.

L'hospitalisation de l'enfant apparaît comme la possibilité pour les mères de construire peu à peu cette relation d'objet virtuel manquante et de voir surgir, derrière la vitre de la couveuse leur enfant. La naissance de l'enfant viendrait affirmer, pour ces femmes, les limites entre intérieur et extérieur participant de ce fait au processus d'individuation tout en

maintenant un espace « virtuel ». Le grand prématuré n'est pas encore un bébé mais il n'est pas non plus un fœtus, il est « entre-deux », peut-être dans un espace « virtuel », tout du moins, un espace transitionnel qui va lui permettre de grandir et de pouvoir se passer des machines pour vivre et qui va permettre à ses parents de le rencontrer.

Il faut veiller à ce que ces femmes, immergées dans l'univers opératoire de la réanimation, ne déplient pas une utilisation opératoire de l'objet mais qu'elles parviennent à investir l'enfant. Le risque de l'hospitalisation du grand prématuré est, pour reprendre l'expression de C.Druon, que la préoccupation maternelle primaire cède le pas devant une préoccupation médicale primaire. La perte de l'objet primaire ne peut être surmontée « *que si l'activité représentative réussit à se déployer* » (J-B.Pontalis).

**Madame V**, qui s'est toujours sentie incapable d'être mère a le sentiment d'y arriver :  
**« C'est comme si je savais déjà. C'est très naturel. Je n'ai aucune appréhension ».**

L'enfant est cette fois-ci à l'extérieur du corps mais pas encore vraiment « dehors », dans un espace du « tout-possible » qui peut lui permettre de grandir et permettre à ses parents d'avvenir et de le rencontrer.

Ainsi **madame V** pourra-t-elle dire :

**« Les gens ont le sentiment que je vais bien, que je fais face, que je suis courageuse...est-ce que j'ai bien le choix ? Je serai bientôt une mère Thérésa. Je suis juste la maman de Nina. J'ai l'impression que n'importe quelle autre femme ferait la même chose... ».**

## Quatrième partie : Synthèse et discussion des résultats

### I- La très grande prématûrité : une tentative de meurtre ?

**« Histoire de deux corps, un corps contenant visible et un corps invisible en lui "contenu" » (S.Maiello Hunziker, 1983)**

Nous ne pouvons pas aspirer à la généralisation de nos résultats. Il s'agit cependant de rendre compte de quelques enjeux qui sont au cœur de la très grande prématûrité, à travers une mise en perspective, à partir de nos hypothèses, des situations présentées.

Notre première hypothèse met en avant la difficulté pour les femmes qui accouchent très prématûrement à accepter la présence d'un autre en elles. Nous avons pu mettre en évidence que les femmes qui accouchent très prématûrement ne vivent pas la grossesse comme un moment très épanouissant. La présence du fœtus et la conscience de cette présence lorsque les mouvements fœtaux s'intensifient, brouillent les limites identitaires et nécessitent une expulsion immédiate du fœtus. La rencontre brutale entre le fantasme inconscient de retrouver l'objet primaire et la réalité de la grossesse, événement traumatique, les désorganisent et les conduisent à un rétablissement de leur propre limite.

**« L'abolition des barrières entre le dedans et le dehors provoque alors un "collapsus topique" (C.Janin, 1996) c'est-à-dire une désorganisation de "l'épreuve de réalité", de la "fonction de censure" (refoulement) et de la "transitionnalité". (T.Bokanowski, 2002)**

La prise de conscience de l'état de femme enceinte est très clairement associée à la perception des mouvements fœtaux, mais cette perception est à l'origine d'un mouvement de désintrication pulsionnelle. Ces femmes, en prise avec la réalité de la grossesse seraient en plein collapsus topique. Comme le souligne T.Bokanowski (2002)

**« lorsque la force du refoulement ne peut se porter garante contre les effets d'une perception, venue, elle aussi du dedans, les deux courants de l'inquiétante étrangeté se retrouvent imbriqués et redonnent vie à l'objet perdu ».**

En mobilisant le souvenir de fusion primaire avec la mère, la grossesse réveille le fantasme, né de cette expérience de fusion, qu'il n'existe « *qu'un corps et une psyché pour deux* » (J.Mc Dougall, 1989, p.44). J.Schaeffer (2002) écrit que ce vécu d'un corps pour deux, d'indifférenciation sexuelle, crée le fantasme d'une bisexualité prégénitale à deux. L'enfant et sa mère, « *c'est tout une chose* » pour madame U. « *C'est la même équipe* » dira madame G. Pour les femmes hospitalisées pour MAP, les retrouvailles indifférencierées avec la mère primitive semblent dangereuses et redoutées... et le fœtus est perçu comme un alien !

#### 1-1- Femme et/ou mère ?

---

**« (...) Comment les filles deviennent-elles filles ? Comment deviennent-elles filles de leur mère, comment l'ancrage corporel prend-il valeur identitaire ? Autre manière de se demander comment le féminin s'ancre dans le maternel – à condition que ce même maternel soit déjà porteur de ce qui permet d'être fille avant de devenir mère et pour le devenir » (S.Dreyfus, 2003, p.82).**

Nous avons vu que la grossesse ravive des questions identitaires et mobilise la femme enceinte sur un chemin régressif, qui la conduit auprès de l'objet primaire maternel dont elle a du s'arracher pour devenir une femme.

La maternité serait, pour S.Freud, une possibilité de solutionner les anciens conflits. Si S.Freud (1937) désigne « le refus du féminin » comme « une part de cette grande énigme de la sexualité » et comme un roc d'origine, il est toutefois assez optimiste sur la possibilité d'unifier le féminin et le maternel.

Toutefois, le féminin peut aussi s'entendre précisément comme ce qui résiste au maternel. Certaines femmes ne pourront pas allaiter tant la confusion du féminin érotique et du maternel est source d'angoisses. Pourtant c'est bien parce que la mère peut investir libidinalement l'acte de nourrir son enfant que l'enfant peut se nourrir affectivement de sa mère. Aussi, la superposition d'un sein érotique et nourricier est-elle inévitable.

Nous avons été sensible dans notre recherche aux discours sur l'allaitement tenus par les femmes enceintes. Comme le rappelle **H.Parat (1999, p.84)**,

**« L'allaitement est un autre mode d'incarnation du lien, de reconnaissance, consciente ou inconsciente, d'une identification ou d'une contre-identification ».**

**Aussi derrière le choix ou le refus d'allaiter se donnent à entendre les craintes du rapproché des corps et du plaisir qui pourrait en surgir. Lorsque nous interrogeons madame B sur l'allaitement, elle répond :**

**« Non. Ca m'intéresse pas. Je fume d'abord. En plus, c'est surtout...Je veux pas essayer parce que j'ai peur que ça me plaise... Allaiter devant les autres...non. Je veux que son père sache ce que c'est de donner le biberon. Je veux pas être toute seule. On vit mieux le baby-blues quand on n'allait pas ».**

Madame C va peut-être essayer mais

**« L'allaitement, c'est pas quelque chose qui me...c'est plus au niveau médical si j'allait. Pour moi le sein, c'est pas une fonction nourricière. C'est plus sexuel que nourricier...et dans l'allaitement, quand je vois des femmes qui allaitent, c'est une sorte de gêne... ».**

Pour les femmes qui accouchent prématurément l'allaitement s'impose comme la possibilité de réparer, de colmater la blessure narcissique.

**« Le lait de leurs seins, par exemple, qui est donné à l'enfant en couveuse, est bien un « cordon ombilical psychique » comme le dit finement H.Deutsch, mais ce cordon ombilical psychique est matériel, corporel, palliant la « défectuosité » de leur corps gestant. L'allaitement réparateur permet l'amorce du deuil d'un certain enfant de rêve » (H.Parat, Ibid., p.94).**

De plus les médecins encouragent la plupart du temps la pratique de l'allaitement pour les prématurés. Aussi, **madame F** qui est hospitalisée pour une MAP et qui ne souhaite pas allaiter son enfant envisage de le faire s'il naît prématurément :

« (...) Si j'ai un préma, ça me fera changer d'avis, pour qu'il parte bien dans la vie. Faut voir comment ça se passe...c'est pas quelque chose...ma sœur l'a pas allaité. Ça me dérange mieux...je le ferais si c'est un cas de force majeure. C'est souvent dur à mettre en place. Faut le sentir. Moi je suis stressée. Je vois l'allaitement et puis le contexte. Faut pas culpabiliser...c'est vrai que c'est mieux. Si on veut le faire garder, on peut tirer son lait...c'est une machine...j'aime pas...ça me dit pas.... ».

Si pour madame P,

« L'allaitement c'est une façon d'être proche tout en étant peut-être trop proche... »

et qu'elle n'envisage pas d'allaiter, la naissance très prématûrée de son fils l'a conduite à tirer son lait et au bout de quelques semaines, à lui donner le sein.

Madame W qui avait choisi de ne pas allaiter a sa montée de lait malgré les cachets et allaite sa fille :

« J'avais choisi de ne pas allaiter : l'idée me donnait la nausée. Finalement je comprends pas et j'allait, comme un coup de baguette magique. J'ai pris un cachet pour arrêter la montée de lait et je l'ai eu quand même ! »

Ainsi la prématûrité modifie-t-elle souvent le regard des femmes sur l'allaitement. Le discours médical qui encourage l'allaitement « pour le développement du bébé » favorise le refoulement de sa dimension érotique. Aussi, la demande médicale, demande d'un tiers attestant des bienfaits de l'allaitement suggère-t-elle les bienfaits du rapprochement de la mère et de l'enfant et permet à la femme d'ignorer le plaisir qu'elle trouve à allaiter. Néanmoins, l'allaitement, comme les soins de maternage est porteur de signifiants énigmatiques (J.Laplanche).

Si le maternel peut s'envisager comme « une forme de pulsion inhibée quant au but » (S.Faure-Pragier, 1999, p.53), il laisse persister bien des messages sexuels. Le maternel est aussi fait d'absence, de présence et d'ambivalence pulsionnelle. M.Fain et D.Braunschweig (1975) l'ont très bien décrit avec le concept de « censure de l'amante ». Selon eux, le passage de la mère du jour à la mère de la nuit suppose un message maternel double. La mère endort son enfant afin de favoriser son bon développement mais aussi afin d'avoir d'autres investissements, et notamment avec son partenaire sexuel. La mère « intrigante » (D.Ribas, 2002) rejoint le père. Les messages sexuels inconscients de la mère provoquent une séduction originale chez l'enfant alors en prise directe avec le

« maternel féminin qui caractérise l'investissement maternel, entité qui intègre des positions maternelles et féminines à l'égard de l'infans, positions qui imprègnent l'infans au contact de la mère » (J.Godfrind, 2001, p.31) .

Le féminin érotique, la sexualité de la mère devront être contrebalancés par ses fonctions de miroir et de contenance. Car comme l'écrit A.Green (1990, p.183).

« L'amour maternel n'a pour but, après avoir favorisé l'élosion de la vie pulsionnelle que de rendre celle-ci tolérable à l'enfant ».

Du féminin pur

Pour D.W. Winnicott (1971a), ce que la mère transmet dans le temps d'avant la séparation, d'avant la constitution du moi c'est le « féminin pur », la faculté d'être. Selon lui, c'est la fusion avec le sein de la mère qui fonde le « féminin pur ». Avant d'avoir le sein, l'enfant « est » le sein : « le sein c'est le soi et le soi c'est le sein » (p.114). Le sentiment d'être

viendrait d'une identification immédiate et primaire à l'être de la mère (homme ou femme). La mère peut être un homme qui « est », c'est-à-dire un homme dont l'élément féminin pur n'est pas dissocié, ce qui renvoie à la bisexualité).

**« Ce sentiment d'être est quelque chose d'antérieur à être-un-avec parce qu'il n'y a encore rien eu d'autre que l'identité. Deux personnes séparées peuvent avoir le sentiment de n'être qu'un, mais à ce moment dont je parle, le bébé et l'objet ne sont qu'un » (p.113).**

L'élément féminin pur qui conduit à l'être est

**« la seule base de la découverte de soi (self-discovery) et du sentiment d'exister (puis, à partir de là se constitue la capacité de développer un intérieur, d'être un contenant, d'être à même d'utiliser les mécanismes de projection et d'introjection, d'établir une relation avec le monde en termes d'introjection et de projection) » (p.115).**

Mais si ce féminin pur manque à être, si on peut dire, s'il n'arrive pas à s'installer, alors l'utilisation de l'objet, la capacité à s'en séparer, n'en sera que plus douloureuse. L'enfant ne pourra pas acquérir une base de sécurité lui permettant d'affronter la séparation d'avec l'objet.

Le masculin pur découlerait secondairement du féminin ; le bébé s'apercevant que l'objet ne lui appartient pas est contraint de « faire » pour conquérir l'objet. D.W.Winnicott (1971b, p.312) explique qu'en fonction de la capacité maternelle de transmettre la désirabilité du bon sein, certaines filles et certains garçons vont grandir avec

**« une bisexualité bancale, comme chargée du mauvais côté de l'apport biologique »,**

c'est-à-dire celui qui donnerait la prédominance à l'avoir, aux pulsions, et ce, au détriment de l'être.

Pour D.Houzel (2002b, p.18),

**« À ce problème de l'intégration de la bisexualité dans l'enveloppe psychique, correspond, (...), la question de l'individuation. Pouvoir se distinguer d'autrui, établir une frontière entre le soi et l'Objet, tolérer la séparabilité d'avec autrui et tout ce que cela suppose d'écart, de limites, de différences et de frustrations, tel est l'enjeu, impliqué dans la relation à un contenant (ou enveloppe) doué de qualités bisexuelles combinées en de justes proportions ».**

Si nous travaillons à partir de cette idée d'un « féminin pur » acquis pour les deux sexes dans les liens primaires et permettant le travail nécessaire de différenciation et de séparation d'avec l'objet primaire, la très grande prématurité telle qu'elle est envisagée dans ce travail questionne directement l'acquisition de ce féminin pur. Le fait d'être, et le vécu « être enceinte » se transforment très rapidement en un avoir, « avoir un bébé », comme si le passage par le féminin était trop dangereux. L'enfant naît, comme si, pour pouvoir assigner au fœtus la valeur d'un objet existant en dehors du moi, il fallait qu'il soit en dehors du corps.

La grossesse, qui provoque un vacillement identitaire important, interroge à la fois le sentiment « d'être », le féminin pur, l'existence d'un soi et l'identité féminine. Comme le souligne F.Ferraro et A.Nunziante (1990, p.159),

**« la grossesse se présente comme moment d'actualisation d'une pulsion fusionnelle primitive vers un objet perdu sein-mère, comme union d'éléments**

***mâculins et féminins, d'être (un enfant) et de faire (un enfant), qui repropose une indifférenciation originale »***

Le paradigme essentiel de la grossesse pourrait s'énoncer ainsi : comment accepter en soi « quelque chose » qui n'est pas soi et qui est pourtant un peu de soi ? Chaque femme qui fait l'expérience de la grossesse peut être confrontée à ce sentiment « d'inquiétante étrangeté ». Le fœtus qui s'installe dans le corps maternel est tout à la fois étranger et familier. Il prend vie à partir d'une partie de soi (l'ovule), **il vit en soi mais il n'est pas soi**. La grossesse pose ainsi la question de la construction de l'objet et nous invite à penser

***« comment se représente à l'intérieur de la psyché ou même à l'intérieur du soi si l'on veut, l'altérité d'un objet, qui n'est pas le soi et qui est susceptible d'être reconnu, par un jugement d'extériorité, étranger au soi, dans lequel cependant il s'impose d'une certaine façon » (J.Guillaumin, 1987, p.163).***

Les travaux de D.-W.Winnicott ont mis en évidence que la construction de limites soi/non-soi et la prise de conscience d'un dedans et d'un dehors sont étroitement liées à la qualité de la relation entre le bébé et sa mère. C'est grâce aux soins de maternage que

***« l'infans acquiert progressivement la possibilité de se percevoir comme un organisme unitaire autocontenu par une membrane limitante, doté donc d'un dedans et d'un dehors » (F.Ferraro & A.Nunziante-Cesaro, 1990, p.273)***

Ces soins, qui participent à la construction du sujet et à son identité, comportent une part énigmatique que l'enfant ne parvient pas à déchiffrer (J.Laplanche et J.-B.Pontalis, 1985).

Dans un premier temps, la mère créatrice d'illusion, la mère « suffisamment bonne » doit maintenir l'illusion d'une coïncidence entre réalité intérieure et réalité extérieure pour son bébé. Le bébé jouit alors d'un sentiment d'omnipotence indispensable à sa construction identitaire, qui lui procure l'illusion de créer l'objet de ses besoins. Ainsi, pour D.W.Winnicott, (1971, p.42)

***« il n'est pas possible au petit enfant d'aller du principe de plaisir au principe de réalité, ou d'aller au-delà de l'identification primaire, hors de la présence d'une mère suffisamment bonne »***

Dans ce premier temps du développement, il y a une indifférenciation entre le Moi et le non-moi, amenant le sujet à investir son propre corps comme objet d'amour. C'est l'étape du narcissisme primaire, qui correspond au placement de la libido sur le Moi.

Mais la mère a ensuite un rôle tout aussi essentiel dans le fait d'instaurer progressivement la désillusion qui doit succéder à l'illusion première. En effet, pour que le bébé puisse construire un objet extérieur à lui-même, il va falloir que l'objet se retire. Ce qui fait dire à S.Freud que « l'objet naît dans la haine ». Ainsi, l'objet, qui vient de l'intérieur, doit être

***« reconstruit comme objet «venant du-dehors» et introjecté, l'extériorisation de l'objet est préalable à son introjection ».(R.Roussillon, 2004, p.1382)***

Autrement dit, la perception de l'existence indépendante de l'objet conduit à la haine de celui-ci. Par ailleurs, la perte de l'objet est le moteur de l'instauration du principe de réalité. (S.Freud, 1925b). L'objet est à la fois interne et externe au Moi. Du point de vue de l'infans, l'objet est inclus dans son organisation narcissique (A.Green). Le problème des rapports entre le Moi et l'objet est celui de leurs limites et de leur coexistence.

Comme le souligne R.Roussillon (2004)

**« la réponse de l'objet, c'est-à-dire sa capacité à ne pas exercer de représailles contre ce qu'il peut être tentant de prendre pour une agression, une attaque, est déterminante dans la future capacité du sujet à commencer à différencier l'objet interne et l'objet externe. L'objet interne est celui qui est " détruit " par l'ardeur pulsionnelle, il se retire ou exerce des représailles, l'objet externe est celui qui " survit ", il reste suffisamment constant ».**

Si l'objet est perdu trop tôt, le sujet risque de se perdre lui-même. L'objet participe à la construction représentationnelle et subjective du propre narcissisme du sujet.

**« A la place du lien plus ou moins interrompu l'enfant investit un élément neutre du cadre environnant ou une partie de son propre corps. Mais la nature de cet investissement dépend également de la qualité du lien interrompu comme de la façon dont le lien se rétablit ou de ce qui subsiste de ce lien. Plus la dimension relationnelle se perd, plus l'investissement supplétif du cadre sur le corps se fait sur un mode mécanique et désaffectif. La violence de cet investissement et son caractère destructeur sont proportionnels à la perte de la qualité relationnelle du lien et à la carence en ressources auto-érotiques. » (Op.Cit.,)**

Mais l'objet interne

**« peut aussi, bien entendu, dans la mesure où il est un bon objet, être utilisé comme objet consolateur, apaisant, « objet-porteur », au sens du holding de Winnicott. Cet objet interne pourra donner naissance à l'objet transitionnel, s'étaye sur l'objet des soins maternels de la mère dite « suffisamment bonne », selon la terminologie de Winnicott ». (A.Green, 1982, p.145).**

Nous partageons le point de vue de F.Ferraro et A.Nunziante, 1990 qui définissent le processus central de la grossesse comme le processus d'identification primaire dans lequel le sujet est immédiatement et originellement l'objet et se confond avec lui. L'objet et le Moi se confondent dans un mouvement de régression vers l'" archaïque " comme le définit A.Green (1982), c'est-à-dire vers la perte des différenciations intra-psychiques. Ainsi la grossesse est une expérience qui mobilise chez toutes les femmes une relation avec un « non-moi », antérieure à la pulsion et base de leur identité :

**« (...) cette expérience ouvre la voie vers le sujet objectif c'est-à-dire l'idée d'un soi, avec le sentiment du réel qui naît de la conscience d'avoir une identité » (D.W.Winnicott, 1971a., p.111).**

C'est peut-être ce qui fait dire à madame Q, qui est enceinte pour la première fois, qu'elle vit enfin quelque chose de « vrai ».

Mais s'il est vrai que le Moi aspire à la fusion avec l'objet, et que dans le discours des femmes que nous avons rencontrées, la grossesse est ardemment désirée, il faut rappeler que l'objet est toujours pour le Moi une cause de déséquilibre, un trauma :

**« S'il est vrai que le Moi aspire toujours à l'unification et que cette unification interne s'étend à l'unification avec l'objet, la réunion totale avec l'objet oblige le Moi à perdre son organisation » (A.Green, 1983, p.140).**

Ainsi, la grossesse consciemment attendue peut-elle être inconsciemment redoutée. Nous l'avons évoqué à travers les travaux de S.Faure-Pragier sur les stérilités féminines.

Pour la femme enceinte, la grossesse est une nouvelle occasion d'interroger ce qui s'est passé en ces temps d'indifférenciation avec l'objet primaire où l'objet n'a pas encore

été répudié en tant que phénomène « non-moi », et où s'est mis en place une identité, une bisexualité dominée par l'homosexualité primaire qui caractérise les premières interrelations mère-enfant. La prématûrité, avatar de la grossesse, interroge donc le processus de construction identitaire chez ces femmes. L'impossibilité à garder le fœtus jusqu'au terme est-elle le signe d'une relation à l'objet primaire trop conflictuelle ? C'est l'hypothèse que nous faisons et que nous allons discuter.

## 1-2- L'expérience du double

---

**« “Je suis moi et pas un autre” paraît aller de soi, et pourtant, rien n'est assuré, même si l'ambiguïté ne se manifeste qu'obscurément, quand tout va bien et que l'on peut avoir confiance dans les frontières de son corps et de son esprit. En fait, chacun sait qu'il suffit d'un rien pour que cette belle certitude s'effrite ». (M. De M'Uzan, 1994, p.98)**

L'inquiétante étrangeté du fœtus appelé « alien, crevette, machin... » est exprimée par l'ensemble des femmes hospitalisées pour MAP. Comment investir « ça », qui est un peu de Soi mais qui ne ressemble à rien d'humain ? Dans les sensations d'être envahies, attaquées de l'intérieur par une chose, un «alien», nous pouvons reconnaître les expressions du caractère ambivalent du double. Les femmes enceintes rencontrées décrivent la présence et la vision du fœtus comme un facteur d'étrangeté, de dépersonnalisation qui désorganise le sentiment d'identité et qui sont des indicateurs privilégiés de la problématique du double (J.Baranes, 2002, p.1842). Le double est la figure d'une impossible et impensable séparation.

Parmi les dessins recueillis, il en est un étrangement inquiétant : il s'agit de celui de **madame G**, qui a été hospitalisée pour MAP à chacune de ses grossesses. Lorsque nous lui demandons de dessiner l'intérieur de son ventre, tel qu'elle l'imagine, elle dessine un ballon et des traits autour afin de représenter le mouvement. Son dessin convoque un imaginaire sanglant, une bombe (qui pourrait exploser si nous cherchions à aller voir de trop près l'intérieur du ventre maternel ?). Elle se sent très en difficulté pour se représenter son bébé pendant la grossesse :

**« L'idée pour moi c'est ça, l'idée d'un ballon qui bouge à l'intérieur de moi, pas un enfant . Quelque chose qui pèse et qui bouge ».**

Elle associe également lors de l'entretien, le fœtus à une brique ou une bombe, c'est-à-dire des choses inanimées et potentiellement violentes. Madame G évoque ses grossesses précédentes pour dire qu'elle n'a jamais réussi à imaginer ses enfants. Lors de sa première grossesse, elle avait peur d'avoir une fille à son image. Elle espérait que sa fille ressemblerait à son mari, comme s'il lui était impossible de constituer sa fille en double imaginaire d'elle-même. Puis elle s'est rendu compte que « **eux c'était eux et moi c'était moi** ». Comme l'écrivait G.Groddeck, (1973, p.45),

**« (...) n'arrive-t-il pas souvent que l'on découvre déjà la mère dans le plus petit enfançon ? »**

Ainsi madame G, qui a tout d'abord peur d'avoir une fille qui lui ressemble, une « enfant-sosie », envisage après sa première grossesse, ses enfants comme la duplication d'elle-même.

**« L'enfant comme sosie de la mère, redoublement du Moi, la répétition de mêmes traits du visage, de caractères identiques, des noms qui se répètent pendant des générations, le fils qui contient la possibilité de vaincre sa propre mort,**

*qui représente pour l'individu la continuité de soi et son immortalité : mais qui apporte avec lui des pressentiments de mort inclus dans toute gestation et dans toute naissance » (F.Ferraro & A.Nunziante-Cesaro, 1985, p.92).*

Au cours de sa seconde grossesse, madame G perd ses parents dans un accident de voiture. Si nous avons précédemment insisté sur l'importance du meurtre de la mère dans le processus de procréation, la mort réelle des parents crée une situation de collapsus topique, étrangement inquiétante. Envisager ses propres enfants comme des doubles d'elle-même peut alors s'entendre comme une modalité défensive qui constitue « *un défi à la puissance de la mort* » (O.Rank, 1973), qui la protègerait de la collusion de la réalité avec des vœux mortifères inconscients.

Pendant la grossesse, la réplique d'elle-même, le fœtus, prend la forme d'un ballon ou d'une bombe : une chose sans visage... Les trois grossesses se passent mal. Les trois fois, elle est hospitalisée. Qu'est-ce qui empêche madame G d'imaginer ses enfants ? Est-ce la proximité du double qui est impensable ? Madame G est-elle dans la quête d'une similitude sans faille ou, au contraire, à la recherche d'une reconnaissance de la différence ? L'identité de madame G semble menacée par le retour de l'expérience fusionnelle des corps. Pour cette troisième grossesse, retrouver le double maternel, est-ce se laisser entraîner vers la mort ?

R.Roussillon souligne que le double n'est que la variation du même qu'on trouve dans le même. La différence ne tue pas le même. Dans la relation homosexuelle en double, c'est l'autre comme même, comme miroir de soi qui est investi.

Madame G ne veut pas de ses enfants comme miroir. Elle ne peut pas les investir comme miroirs d'elle-même tant qu'ils sont au-dedans, cachés. Nous pouvons entendre la répétition des MAP comme une nécessité de mettre son ventre sous contrôle, peut être pour se protéger de la puissance maléfique du Double en faisant appel à un tiers (nous reviendrons sur ce point plus loin dans notre travail).

L'expérience que le sujet fait de son Double dans les premiers mois de son existence conditionne la mise en place du narcissisme chez le sujet. Le double est une représentation des limites et des potentialités du moi.

*« Pour le dire autrement : la problématique du double [...] est principalement ce qui, entre dehors et dedans, fonde le sujet. Il est interface, médiateur ou passeur entre mondes différents, entre masculin et féminin, entre vie et mort, entre dedans et dehors, entre soi et l'autre ». (J.Baranes, Op.Cit., p.1842)*

Pour le bébé, la mère est un miroir, un « miroir corporel » qui renvoie à une relation en double structurante (R.Roussillon, 2004). « Le double primitif composite » (C. et S.Botella (2001) a la valeur d'une première ébauche d'identité pour le nourrisson. Lorsque le sujet se regarde dans l'objet, il se voit. Pour qu'il y ait superposition « trouvé-créer », il faut que l'objet soit constitué comme un double de soi.

*« Le bébé traite ce que manifeste le visage et le corps de la mère comme un «reflet» de lui-même, il s'identifie à ce que lui renvoie le mode de présence de sa mère. Le sujet s'identifie à ce «double», double de soi, double narcissique, puis double dans l'objet avant de s'aventurer dans la satisfaction du plaisir dans l'objet, dans l'autre. Ces deux pôles de représentation du moi ne sont pas dissociables, autant pour moi que pour l'autre, parce que les investissements réciproques, en soi et en l'autre ne sont pas dissociables ». (...) le plaisir est pris dans le «ballet» de la rencontre avec un autre semblable, un double, un autre*

*perçu dans son mouvement de miroir de soi. Je l'répète : un « double » est un autre même, c'est un semblable, un miroir de soi, mais c'est un autre, il n'y a pas de confusion entre soi et le double. Un double doit être suffisamment « même » pour être un double de soi, mais il doit aussi être suffisamment « autre » pour ne pas être soi-même. Entre mère et bébé le vecteur de la rencontre, celui qui conditionne le plaisir de la relation et peut-être même la composition psychique du plaisir lui-même, nous reviendrons sur ce point, est le processus par lequel l'un et l'autre des deux partenaires se constituent comme miroir et donc double de l'autre2. (...) » (R.Roussillon, 2004).*

Lorsque **madame G** est enceinte, n'est-ce pas précisément la confusion entre elle et le fœtus qui l'empêche de construire le fœtus comme un double ? Il est « même » mais ne peut pas être « autre ». Lorsqu'il devient « autre » dans le vécu sensoriel de la grossesse, il est terriblement inquiétant. La grossesse, en mobilisant le processus de différenciation moi/autre ravive également la nécessité de différencier

**« (...) ce qui de l'autre a été assimilé primairement au moi, identifié à lui » ( R.Roussillon, 1999, p.109),**

Nous pouvons penser que pour **madame G**, comme pour les femmes qui sont hospitalisées pour MAP, l'impossibilité à prendre du plaisir à être enceinte témoigne d'une relation en double qui n'a pas pu s'instaurer ou qui n'a pas pu continuer à se construire

**« jusqu'à ce que l'objet soit « concevable » comme différent de sa représentation interne » (R.Roussillon, 2004).**

Si l'objet se retire trop tôt, que l'illusion de ne faire qu'un avec l'objet n'est pas suffisamment maintenue, alors le sujet peut éprouver la perte du sentiment d'existence, ce que nous retrouvons sous la plume de D.-W.Winnicott en termes d'effondrement et d'anéantissement. C'est dans leur corps que ces femmes, qui accouchent très prématûrement, éprouvent la présence d'un corps étranger. Elles décrivent cette présence de manière négative et expriment à son encontre des vœux de mort inconscients. Des fœtus morts, avortés sont par ailleurs présents dans leur histoire. Le corps est le substrat des premières impressions psychiques et des relations avec le premier objet « nourricier ». Après les difficultés pour certaines d'être enceintes, (difficultés de s'unir à la figure du double maternel ?), les maux du premier trimestre de grossesse sont très présents, témoignant sans doute de leurs craintes de revivre l'expérience primitive de la fusion des corps.

**« La fusion entraîne une dépendance absolue à l'égard de l'objet. La passivation suppose la confiance en l'objet. Assurance que l'objet n'abusera pas du pouvoir qui lui est ainsi attribué. [...] Toutefois, la tolérance à la fusion est aussi nécessaire que le besoin d'être à l'état séparé. C'est ici la distinction entre l'état non intégré – à valeur bénéfique- et l'état désintégré – à valeur maléfique (Winnicott) ». (A.Green, 1982, p.59)**

Entre la fin des maux du premier trimestre et la survenue de la prématûrité, le temps est très court. Nous le sentons à la lecture de la présentation des résultats. Les récits de grossesse ne témoignent pas de l'expérience de la grossesse mais des problèmes somatiques survenus pendant la grossesse. Ces femmes craignent d'expérimenter, d'éprouver les retrouvailles avec l'objet primaire. Le fœtus est inconsciemment identifié à l'objet perdu qui a abandonné le sujet. Il est soit décevant dans leurs discours, soit persécuteur : « Avoir quelque chose de vivant et qu'on peut perdre... » (madame F) ; « Je le vois comme une gêne » (madame G), « ça fait un peu bizarre de se dire qu'y a quelque chose de vivant qui est

à l'intérieur de soi. Ça fait un peu alien » (madame S) etc... À peine sont-elles engagées (et le sont-elles vraiment ?) dans l'expérience d'un lien fusionnel avec le fœtus que ce dernier demande à être reconnu... Il devient alors une source de haine. Ce qui fait trauma est sans doute la répétition d'une désillusion trop tôt advenue. La perte de l'objet, la désillusion, lorsqu'elles se sont produites, ont probablement débordé les capacités de représentation du sujet engendrant

**« (...) un «puits négatif», au sens que lui donne R. Thom (1988), excitant et éprouvé comme un corps étranger, une «épine irritative» à l'origine d'une quête désespérée de soulagement moyennant un déplacement vers la décharge salutaire dans le perceptif et/ou l'hallucinatoire ». (C.Botella, 2001a, p.186)**

Aussi, lorsque l'expérience de la désillusion se répète, c'est une nouvelle fois la voie de la décharge somatique qui est choisie. Expulser le fœtus consiste en une tentative désespérée de se débarrasser de ce corps étranger « excitant ». Le corps de la femme enceinte n'est plus un « endroit sûr où habiter » (J-B.,Pontalis, 1971, p.48) parce qu'envahi par « ça ».

**« Quand on perçoit sa propre « membrane limitante » comme fragile et inconsistante, devenir « objet conteneur » peut prendre des significations intensément persécutrices. La possibilité de dilater ses propres frontières corporelles pour accueillir à l'intérieur de soi un autre objet peut être sentie, en pareil cas, comme le fait de s'exposer à un péril de « rupture » ou de « fragmentation » » (F.Ferraro, A.Nunziante, 1985, p.274.)**

Le fœtus, difficilement accepté, devient une figure persécutrice et mortifère lorsque le processus de séparation s'amorce. Pour ces femmes, la grossesse, en donnant l'illusion de retrouvailles avec l'objet perdu, attiserait une haine masquée et destructrice envers l'objet.

**« Ce serait au moment des premiers signes évoquant une séparation, que l'ambivalence de la mère aurait basculé dans un violent rejet inconscient, intriqué avec de forts mécanismes de contre-investissement » (M.Cournut-Janin, 1999, p.62)**

Nous pouvons nous demander ce qui empêche ces femmes d'avoir recours au déni pour se défendre de cette désillusion et de la perte de l'objet ? La clinique montre qu'il n'y a pas de déni des éprouvés de la grossesse et des sensations fœtales. Nous allons tenter de comprendre pourquoi.

### **1-3- Fonction des perceptions pour les femmes qui accouchent très prématurément**

---

#### **Du système perception-conscience**

Pour S.Freud (1923), les perceptions, issues de l'extérieur ou provenant du corps propre sont traitées par l'appareil psychique. Les organes sensoriels perçoivent quelque chose de la réalité externe ou de la réalité de l'inconscient (vécu *comme externe* par rapport au moi perceptif). Si cette perception est acceptée par le sujet selon le jugement d'attribution, elle va entrer en contact avec les traces mnésiques visuelles, coenesthésiques, affectives et verbales et accéder ainsi au statut de représentation. Dans une grossesse qui se déroule normalement, les stimulations sensorielles (qui alimentent la perception) sont prises pour du vrai au sens où elles sont mises en lien avec la présence du fœtus à l'intérieur de soi. Une représentation allie un perçu et un affect porté par les traces

mnésiques. Mais la perception peut connaître d'autres destins. Des perceptions peuvent également être rejetées du système Pc-Cs et ne pas accéder aux statuts de représentation. Elles s'inscrivent alors dans une extériorité psychique d'où elles peuvent faire retour sous la forme d'hallucinations. L'hallucination re-présente ce qui a été rejeté par le système Pc-Cs. L'hallucination est le retour par le dehors, par la perception, de ce qui a été aboli au-dedans. Aussi le Moi se trouve-t-il clivé puisqu'une partie du Moi continue à rejeter la perception et l'autre la reconnaît sous sa forme hallucinatoire.

La perception se distinguerait de l'hallucination grâce à l'épreuve de réalité. Mais dans certains cas, comme le rêve en témoigne, ce processus est neutralisé. La perception, au lieu d'être investie uniquement de l'extérieur est alors aussi investie de l'intérieur. De ce fait la réalité externe et la réalité interne se trouvent confondues et la réalité interne peut passer pour une réalité externe. Comme le souligne P.Aulagnier, (1964), pendant la grossesse, « *l'intérêt émotionnel de la femme est tourné vers un objet qui ne sera réel qu'à une certaine date ultérieure, et qui n'existe pas encore pour le moment. Ceci donne au processus biologique actuel l'aspect d'un rêve* ».

En effet, pendant la grossesse, l'objet de la réalité externe, le fœtus, se confond avec l'objet de la représentation transformé par le pulsionnel et les fantasmes. Aussi le fait d'halluciner l'enfant à venir permettrait-il aux femmes de le sentir à l'intérieur d'elle. L'hallucination permettrait la perception. Comme le rappelle G.Broyer (2002, p.23),

« *si selon la formule désormais célèbre de S.Freud ; « l'objet pulsionnel est d'abord re-trouvé », il faut admettre que l'objet soit d'une certaine manière « pressenti », même de façon hallucinatoire ; ainsi l'investissement ne permet pas seulement la perception mais il y condamne (...)* ».

Pour S.Lebovici, « *l'objet est investi et éprouvé avant d'être perçu* ». La pensée est donc cette capacité de rendre présent ce qui a été perçu sans que cela soit encore présent (principe de réalité). Pour S.Freud (1925b),

« *toutes les représentations sont issues de perceptions, qui, elles, en sont des répétitions. L'opposition entre subjectif et objectif n'existe pas dès le début. Elle s'établit par le fait que la pensée possède la capacité de rendre à nouveau présent ce qui a été une fois perçu, par reproduction dans la représentation sans que l'objet ait besoin d'être encore présent au dehors* ».

Dans les cas de dénis de grossesse, les éprouvés corporels ne sont pas mis en lien avec la réalité du « je suis enceinte ». Lorsqu'une perception est insupportable, inconciliable avec la représentation inconsciente (par exemple la perception des mouvements fœtaux), le sujet parvient à nier l'existence même de l'objet de la perception, et la perception est invalidée : il s'agit d'hallucination négative :

« *l'hallucination négative est le processus par lequel le moi peut rompre ou interrompre ses relations à la réalité* » (A.Green, 1993, p.231).

Des perceptions peuvent également être acceptées dans un premier temps par le Moi pour ensuite être jugées inadmissibles. C'est le mécanisme du déni qui, dans l'après-coup de la perception, va l'effacer comme si elle n'avait pas eu lieu. D'un côté, la perception est reconnue, de l'autre déniée et remplacée (*vertreten*), déplacée et symbolisée (le fétiche en est un exemple). Cette représentation qui remplace, (*vertreten*), est donc au service de la censure, et se présente *comme si* c'était la perception, d'où sa force d'illusion.

Comme nous l'avons déjà souligné, les femmes qui accouchent très prématûrement reconnaissent les mouvements fœtaux comme tels. Il ne s'agit donc pas d'un déni

de la perception. Dans la clinique de la prématurité les femmes enceintes sont au contraire soumises à de multiples examens. L'hospitalisation lors d'une menace d'accouchement prématuré conduit à un surinvestissement du perçu avec une multiplication des échographies, des monitoring, des examens gynécologiques, etc...

Si le recours compulsif aux échographies peut s'entendre comme une tentative d'emprise, s'agit-il d'exercer son emprise sur l'objet de la perception, c'est-à-dire l'objet de la réalité externe, le fœtus, ou bien sur l'objet de l'hallucination (S.Lebovici, 1990),c'est-à-dire l'objet de la représentation transformé par le pulsionnel et les fantasmes ?

Les grossesses de **madame G**, toutes menées à terme après des MAP, permettent de penser que la surveillance médicale proposée à l'occasion des MAP peut être un support pertinent au travail de représentation pendant la grossesse. Madame G n'a jamais bénéficié de prise en charge psychologique lors de ses hospitalisations. L'origine de ses MAP était inconnue. Qu'est-ce qui est alors opérant dans l'hospitalisation ? Si, comme nous le pensons, la surveillance renforcée de la grossesse via l'imagerie peut favoriser un travail de symbolisation et d'anticipation (Cf. les travaux de S.Missonnier à ce sujet) pourquoi, dans les mêmes conditions, cette surveillance n'est-elle pas efficiente pour toutes les femmes hospitalisées pour une MAP d'origine inconnue ?

Il nous sera sans doute objecté que derrière la machine et les soins se cache un Homme avec lequel se noue une relation intersubjective dont il faut tenir compte. Mais au-delà de cette variable, ne pouvons-nous pas penser que l'hospitalisation, pour les femmes qui accouchent très prématurément après une MAP entraîne un surinvestissement du perceptif au détriment de la représentation ? Certaines femmes ne vont-elles pas s'attacher à l'objet de la perception (qu'il s'agisse des mouvements fœtaux ou des échographies) pour justement se défendre de l'objet de l'hallucination, c'est-à-dire le bébé imaginé depuis leurs fantasmes et leur pulsionnel ?

**Nous pouvons dès lors nous demander si ce surinvestissement de la perception ne vient pas en lieu et place de la représentation pour les femmes hospitalisées. Le surinvestissement du perçu serait le chemin pris pour supprimer le travail de la représentation, la représentation associée au perçu étant inacceptable. L'accrochage aux sensations fœtales, au travers de perceptions tactiles ou visuelles ne traduit pas nécessairement un investissement des perceptions et ces perceptions n'engagent pas toujours un travail de représentation.**

C.Dejours (1987, p.423) défend l'idée d'une pré-éminence du perçu sur le représenté chez les patients somatisants :

**« Pour rendre compte de l'état du corps et des mouvements instinctuels qui s'y développent, le patient recherche, dans la réalité, des formes, des « Gestalten » ad hoc qui le calment. Ces perceptions venues de l'extérieur agissent comme des interprétations calmantes venues du dehors. Il y aurait ici comme une tentative de faire collaborer le réel avec l'imaginaire, en faisant l'économie du symbolique ».**

Pour C.Dejours (1989), cette économie de la perception, cet accrochage au factuel s'expliquerait par une difficulté de séparation entre la mère et son bébé qui aurait entravé chez l'enfant le passage de l'activité perceptive à l'activité représentative (et fantasmatique).

Aussi le surinvestissement perceptif, en excluant toute associativité et tout relais fantasmatique, permettrait-il d'éviter et d'écraser la représentation.M.Fain (1981, cité d'après C.Dejours, 1989, p.96) parle d'une « zone de sensibilité de l'inconscient » où

l'inconscient est stimulé directement par la réalité via la perception. Nous pourrions alors penser l'importance des sensations fœtales comme un accrochage à la perception en lieu et place de la remémoration de l'expérience traumatique de la séparation d'avec l'objet primaire.

**« Lorsque l'altérité n'est pas acquise, la déchirure de la relation comporte un risque mortifère pour le sujet qui le vit comme une déchirure dans son être; lui ou l'autre risquent la mort dans la séparation » (C.Botella, 2001, p.186).**

Nous pouvons alors envisager, à la suite de C.Dejours (2001), que les femmes rencontrées, qui n'ont pas rejeté la perception du fœtus, sont, à un moment, contraintes de la détruire en neutralisant, en elles, ce qui réagit à la situation excitante. Elles chercheraient alors

**« à réduire la rencontre avec la réalité qui a réussi à franchir le déni, en opérant par un processus qui réduit la sensation par la destruction de son corps » (C.Dejours, 2001, p.114).**

Comme le rappelle N.Dumet (2002, p.60),

**« dans ce contexte de surinvestissement du système perception-conscience (qui se fait au détriment du système préconscient), on remarque la fonction fondamentalement protectrice d'une telle organisation (ou économie) psychique : il s'agit de fuir (d'éviter) certaines (autres) perceptions au caractère traumatique ».**

Nous pensons que la perception du fœtus in utero

**« crée une telle perturbation réactive dans l'inconscient amental que la décharge est immédiate et obligatoire » (C.Dejours, 2001, p.99).**

L'accouchement prématûr serait une tentative inconsciente de se débarrasser à tout prix de la perception, se débarrasser de ce qui échappe au contrôle, qui perturbe, qui persécute : le fœtus. Le fœtus, objet externe confondu avec l'objet interne, devient

**« facteur de trouble, agent de l'étranger, perturbateur de la tranquillité du Moi » (A.Green, 1983, p.155).**

Sa perception met en cause leur cohérence interne, leur identité car elles perdent le contrôle de l'objet.

L'absence de contrôle sur l'objet-fœtus est présente dans le discours des femmes enceintes. **Madame F** décrit avec agacement les mouvements du fœtus sur lesquels elle n'a aucun pouvoir :

**« Des fois, au départ, j'étais énervée, stressée...un bébé qui bouge sans arrêt. Aux bruits très forts, ça réagit...une émotion forte, ça va le faire bouger. Le soir, si elle bouge pas devant la télé après la toilette, elle se réveille...suivant ce qu'on fait... ».**

Lorsque **madame P** enseigne, elle s'arrête de parler lorsque le bébé bouge.

À défaut d'élaboration de la perte de l'objet, la décharge somatique semble la seule issue... Elles ne cherchent pas à rejeter la perception. Il faut qu'elles l'éliminent.

**« le caractéropathe va respecter la réalité et la source d'excitation. Il va neutraliser, en lui, ce qui réagit à la situation excitante. Il va chercher à réduire la rencontre avec la réalité qui a réussi à franchir le déni, en opérant par un processus qui réduit la sensation par la destruction de son corps » (C.Dejours, 2001, p.114).**

Ce qui est dénié par les femmes enceintes qui accouchent très prématurément, ce n'est pas la perception du fœtus mais la réalité affective associée à cette perception. C'est au moment de se séparer psychiquement du fœtus que le déni cède et que la réponse trouvée est celle de l'évacuation de l'excitation. Nous sommes alors en-deçà du représenté et au niveau du perçu. La perception est respectée un temps et effacée dans un deuxième temps. Le déni est déni de la perception affective de la réalité.

**« Cette perception doit être comprise dans son sens psychanalytique, c'est-à-dire comme une forme, une Gestalt qui déclenche des associations par analogie avec des représentations constituées au fur et à mesure de l'histoire singulière du sujet. Les associations qui naissent ainsi à partir de la perception suivent les chaînes associatives caractéristiques de la pensée préconsciente. Le risque est alors la dérive des investissements de la perception initiale vers d'autres représentations, dérive qui se traduit au plan psychique par la production d'affect » (C.Dejours, 2001, p.100)**

La réalité perceptive ne peut pas être prise en charge par le préconscient donc la perception ne peut pas être relayée et elle heurte la zone sensible de l'inconscient non-refoulé.

**« Cette zone recouverte jusque-là par un déni de perception se trouve en quelque sorte activée directement par la rencontre avec la réalité qui a fait effraction à travers la barrière du déni » (C.Dejours, 2001, p.72).**

Pour ces femmes, la perception est mentalisée dans le sens où D.-W.Winnicott (1959, p.70) utilise la notion de mentalisation comme dissociation du psyché-soma :

**« La psyché est " séduite " par l'esprit et rompt sa relation intime primitive avec le soma ».**

C'est ce que les propos de **madame Q** évoquent lorsqu'elle parle du « stade mental » auquel elle est arrivée pendant son hospitalisation pour MAP. Ce n'est pas le lien à sa fille qui est érotisé mais la pensée qui devient pensée magique. Le psychique se représente comme détenteur de possibilités infinies, capable de décider de la vie ou de la mort, ayant une emprise sur le monde extérieur.

Pour S. et C.Botella (1992, p.38), la représentation résulte de l'absence de l'objet réel et la perception par la perte de l'objet-satisfaction. Aussi pour ces auteurs

**« absence et perte sont à l'origine d'une symétrie représentation-perception ».**

Si nous suivons cette proposition, les femmes rencontrées ne pourraient accéder à la représentation de l'enfant que depuis son absence à l'intérieur de leur corps. Aussi l'expulsion du fœtus permettrait-il le travail de représentation.

N'ayant pas pu construire cette relation en double avec l'objet maternel, ces femmes rechercheraient désespérément à l'extérieur ce "miroir" qui leur faudrait à l'intérieur. Ainsi les avons-nous observé, après la naissance de leur enfant « accrochées » au bébé par le regard, comme accrochées à la perception d'un double "matériel"narcissique..

Ce qui donne également à penser que la somatisation, l'accouchement prématuré a également des vertus symbolisantes. Une fois que le bébé est au-dehors, un lien peut se mettre en place, moins dangereux pour leur Moi mais au péril de leur vie et/ou de celle du bébé. Il faudrait en passer par ce risque vital pour éprouver le lien. Nous pensons qu'il y a urgence pour les femmes qui accouchent prématurément à voir l'enfant au dehors d'elle pour parvenir à se le représenter autre et même, c'est-à-dire pour parvenir à l'investir. Il s'agirait de vérifier le réel à partir de la vue et non plus à partir de ce qui a été anticipé,

halluciné. Elles doivent passer par le regard pour regarder du dehors ce qui ne s'est pas constitué comme un objet interne. Elles seraient contraintes d'investir le perceptif pour se donner une représentation de ce qui n'a pas pu être intérieurisé, du fait de la carence du regard de la mère sur le bébé (et/ou sur le féminin)...

## II- L'impossible érotisation de la grossesse

*« Pouvoir se distinguer d'autrui, établir une frontière entre le soi et l'Objet, tolérer la séparabilité d'avec autrui et tout ce que cela suppose d'écart, de limites, de différences et de frustrations, tel est l'enjeu, impliqué dans la relation à un contenant (ou enveloppe) doué de qualités bisexuelles combinées en de justes proportions » (D.Houzel, 2002, p.18).*

Ainsi, les femmes qui accouchent prématurément, sentent le fœtus bouger à l'intérieur d'elles, et elles ont conscience de sa présence. Les mouvements foetaux sont même à l'origine du sentiment d'être enceinte. Pour autant, ils ne provoquent qu'un sentiment d'inquiétude et d'étrangeté. Ils demeurent énigmatiques pour la plupart d'entre elles, sans qu'elles ne parviennent à leur donner du sens.

### 2-1- Les mouvements foetaux : signifiants énigmatiques ?

*« S'accorder d'un destin unisexué constitue une des blessures narcissiques les plus douloureuses de l'enfance » (R.Menahem, 1997, p.22)*

L'étrangeté de la présence du fœtus est exprimée par les femmes qui sont hospitalisées pour une MAP. La présence du fœtus in utero rend confus, pour certaines femmes, ce qui vient d'elles et ce qui vient du fœtus. Ainsi, **madame E** distingue-t-elle difficilement ses propres gargouillis intestinaux et les mouvements du fœtus. **Madame F** se dit stressée, énervée d'avoir un bébé qui bouge sans arrêt. **Madame G** n'est pas très sensible aux mouvements du fœtus in utero et dit que ça l'empêchait de dormir tout en ajoutant immédiatement « *je plaisante* ». **Madame S** définit la présence du fœtus comme « *bizarre* » et « *étrange* ». Comme **madame Q**, elle ne doit pas toucher son ventre parce que son utérus est contractile.

Ainsi, parmi les femmes qui ont accouché très prématurément, deux ont été frappées d'un interdit du toucher. Elles ne devaient pas se toucher le ventre et les seins, ni être touchées. Le contact physique pouvant entraîner des contractions et donc la naissance prématurée de l'enfant. Ainsi, la présence du fœtus et l'excitation qu'il pourrait produire chez ces femmes sont-elles devenues une menace concrète d'accouchement. Elles devaient maintenir le plus grand calme entre elles et le fœtus, au risque d'activer le travail. Cet interdit du toucher est venu signifier une immobilisation du lien à l'objet, ni investissement tendre, ni destruction. Comme l'a écrit S.Freud, (1926, 1993, p.37)

*« (...) le toucher, le contact corporel est le but premier de l'investissement d'objet, aussi bien agressif que tendre. L'Eros veut le toucher, car il aspire à l'union, à la suppression des frontières spatiales entre moi et objet aimé. Mais la destruction aussi, qui, avant l'invention de l'arme à distance, ne pouvait s'effectuer que dans la proximité, présuppose nécessairement le toucher corporel, porter la main sur autrui»*

Cet interdit questionne la charge sexuelle contenue chez la femme enceinte, en réponse aux mouvements du fœtus et donne à entendre la dimension destructrice de son toucher. Celui-ci, trop chargé de sexuel, pourrait-il entraîner un déchaînement pulsionnel mortifère ? Au contact de la femme enceinte, le fœtus répondrait par un « orgasme-contraction » potentiellement mortel et pouvant le déloger du corps maternel.

Le plaisir de la femme devenant mère vient attaquer le processus de la grossesse, révélant l'inconciliable du féminin et du maternel chez les femmes qui accouchent prématurément. À l'expression de la violence fondamentale du « lui ou moi », s'ajoute celle de « femme ou mère ».

Qu'est-ce que les mouvements fœtaux contiennent déjà eux-mêmes de sexuel pour la femme enceinte, impossible à traduire et qui font de sa réponse, un toucher trop excitant ?

Le sexuel, présent dans les premiers temps d'indistinction sujet-objet est à nouveau mobilisé pendant la grossesse et les mouvements du fœtus deviendraient une menace pour l'organisme autoconservatif. La menace viendrait de l'étrangeté de la présence du fœtus, une étrangeté à base de sexuel. Cette étrangeté est celle-là même qui définit, sépare et unit le « moi-corps ». « Moi-corps » mis à mal par l'expérience de la grossesse qui tend à effacer les limites entre le dedans et le dehors, le soi et le non-soi et fragilise le sentiment d'individuation.

**« le sein proposé ne sait pas être, lorsque la mère est not good enough. La réponse est claire : un sein qui n'est pas est positivement un sein qui fait (par excès ou par défaut), sein pulsionnel donc, celui-là même dont Freud dit qu'il est pour l'enfant « le premier objet érotique ». Le sexuel inconscient est l'empêteur, et comment imaginer un sein (voire deux) qui saurait persister dans l'être sans jamais trop en faire ? » (J.André, 1999, p.149).**

Mesdames P, Q, R, S ne savent pas vraiment interpréter les mouvements du fœtus in utero. De même que les signifiants énigmatiques qui sont refoulés sous forme de restes intraduisibles, les mouvements du fœtus sont indéchiffrables mais fondateurs, pour chacune des femmes du sentiment d'être enceinte. Elles savent, à partir du moment où elles sentent le fœtus qu'elles sont enceintes. Comme si, les mouvements fœtaux, « signifiants énigmatiques », leur permettaient de reconnaître

**« le régime de l'auto-sensualité qui se situe en-deça de la distinction entre soi et non-soi » (B.Golse, 1993, p.65),**

tout en ne pouvant pas le supporter.

Nous avons formulé l'hypothèse que c'est la perception du fœtus comme être distinct de soi qui conduit ces femmes à un rétablissement immédiat de leurs limites via l'expulsion du fœtus. Les données de la clinique nous conduisent aujourd'hui à donner une place plus importante à la dimension sexuelle de la grossesse que notre hypothèse ne prend pas en compte. Si le danger pour le Moi survient de l'effraction de l'objet, il vient également de l'effraction de la sexualité dans le Moi. La grossesse met en danger le Moi en estompeant ses limites mais les mouvements fœtaux ne sont peut-être pas tant perçus comme une effraction de l'objet dans le Moi que comme l'effraction de la sexualité dans le Moi (à l'origine de leur construction).

L'effraction de la sexualité dans le Moi, c'est l'ailleurs de la mère, « l'autre de l'autre » pour A.Green (1993), « l'altérité interne de la mère » pour R.Roussillon (2001), le « signifiant énigmatique » pour J.Laplanche (1985).

Les messages que la mère émet notamment au travers des soins corporels (messages corporels, visuels, olfactifs...) sont chargés de messages sexuels que la mère ignore et qui débordent l'enfant. Le corps du bébé est au départ un objet de l'objet et un objet dépendant de l'objet primaire dans les soins corporels nécessaires à sa survie. Ainsi le corps du bébé est-il le réceptacle de ces messages sexuels.

Retrouver le vécu de fusion origininaire avec l'objet maternel, c'est également retrouver ce qui a été refoulé sous forme de feros intraduisibles, corps étranger externe-interne, le sexuel de la mère...

Les dessins recueillis pour tous les groupes, montrent que l'enfant à venir est toujours représenté assexué. Seule **madame C** dessine un « kiki » à son fils mais dans l'après-coup du dessin et suite à un questionnement de notre part. Nous pouvons penser qu'il s'agit de l'expression du désir inconscient des femmes enceintes, de maintenir l'indifférenciation sexuelle. S'il n'y a pas de différence, alors il n'y a pas vraiment de séparation. Madame C l'exprime en disant qu'on « *n'élève pas un garçon de la même façon qu'une fille...* ». La différence des sexes dans la réaliterative la question du sexuel et le nécessaire renoncement à une indifférenciation bisexuelle. **Madame U**, qui ne souhaitait pas connaître le sexe de l'enfant, l'exprime très bien lorsqu'elle dit, après avoir dessiné le bébé sans représenter son sexe:

**« On savait que c'était un garçon avec l'amniocentèse mais pour moi, ça comptait pas ».**

La différence des sexes sépare mais dans ce temps d'indifférenciation de la grossesse, madame U efface la différence pour maintenir encore un peu l'illusion du même, tout sexe confondu. La différence des sexes pose le problème de l'altérité. Il y a moi et l'autre et l'autre dans moi. Cet autre qui me ressemble est non seulement différent mais doublement différent.

La mère fait voir à l'enfant, par effet de miroir, son étrangeté, sa différence. Elle fait de l'enfant un être étranger à lui-même qui se révèle face à son altérité, ce qui provoque une rage destructrice. Si la mère survit aux attaques du nourrisson, c'est-à-dire si elle n'exerce pas de représailles, de rétorsions, l'enfant découvrira qu'il existe un monde en dehors de lui et également un monde intérieur. En d'autres termes, il pourra différencier la mère externe et la représentation interne de la mère.

**« Le constat de l'altérité et des différences induit la première rupture, la première perte, le premier deuil à faire, mais aussi, par le fait même, la première différenciation moi/non moi ». (J.Cournut, 1997, p.32)**

Pour les femmes enceintes hospitalisées, l'autre dans le Moi, le fœtus, devient menaçant dès lors qu'il se fait sentir. Il est alors inquiétant, différent, étranger... Ses mouvements sont incontrôlables et témoignent d'une existence qui lui est propre, en dehors de la mère tout en étant logé en son dedans.

Le fœtus viendrait leur rappeler que la mère origininaire n'a jamais cessé d'être intacte au dedans d'elles et qu'elles n'ont jamais réussi à s'en défaire. Ainsi que le souligne J.Schaeffer (2001, p.26)

**« la constitution du fantasme origininaire de scène primitive est une plaque tournée dans le dégagement de la relation se maintient dans le fantasme d'une indifférenciation sexuelle, d'une bisexualité à deux, si la fonction paternelle est inopérante, le sujet ne peut différencier les imagos parentales, élaborer ses fantasmes originaires de scène primitive**

*et de castration, et il reste fixé à une imago de parents combinés.*

*Ces fantasmes sont réactivés régulièrement dans la cure, où la haine de la scène primitive*

L'envers mortifère du fantasme fusionnel pré-génital d'un corps pour deux est la figure de l'inceste pré-génital qui est une menace d'anéantissement dans le corps maternel, de ré-engloutissement. Derrière les angoisses mobilisées par l'allaitement chez ces femmes, ne s'exprime-t-il pas un fantasme d'orgie pré-génitale entre la mère et son bébé au sein ?

R.Roussillon (2004) rappelle que

*« La dépendance première, absolue, incontournable est celle du contexte denotre conception et de notre naissance : être né de père et mère, de ce père-là, singulier, de cette mère-là, spécifique, de l'union particulière de ce couple-là, à ce moment-là de l'histoire. C'est pourquoi la scène primitive, quand on l'uidonne la valeur d'un conceptet pas seulement celle d'un fantasme, est l'organisateur privilégié de la vie psychique, elle est la scène qui tente de rassembler, de collecter les « données » avec lesquelles il a fallu se construire, celles dont dépend notre ressaisie, notre « création » de nous-mêmes, notre identité. Mais la représentation de l'objet absent est aussi la formation-pivot à partir de laquelle s'engendre aussi l'organisation de la scène primitive. L'objet absent perceptivement mais présent ailleurs, s'il est représenté auprès d'un autre, n'est plus un objet perdu, ou plutôt il est perdu-retrouvé, il est absent-perdu dans la perception et re-trouvé dans la psyché, présenté dans celle-ci, rendu présent « représenté ». »*

Les femmes que nous avons rencontrées dans le cadre de la naissance prématurée de leur enfant ne se trouvent-elles pas confrontées, enceintes, à une mère archaïque et menaçante, faute d'avoir pu s'en dégager en constituant le fantasme originaire de scène primitive ? Ainsi leur identité est-elle profondément menacée par la grossesse. La grossesse pose la question des origines. Elles deviennent alors actrices d'une scène imaginée enfant. Comme le souligne P.Denis (1999, p.70),

*« ce qui se passe à l'intérieur du corps maternel est très souvent vécu ou imaginé comme une sorte de concentré de scène primitive. (...) Un enfant, qui tout d'un coup se sent désinvesti par sa mère et qui la voit s'arrondir, imagine, et ressent, à juste raison, qu'il se passe dans le corps de celle-ci et dans sa tête quelque chose qui l'éloigne de lui. Ainsi, la grossesse implique cette forme de reviviscence des fantasmes de scène primitive et recèle un potentiel traumatique et éventuellement persécutoire ».*

Aussi, expulser le fœtus reviendrait-il à voir le dedans pour s'assurer qu'il est bien séparé du dedans de la mère. La menace serait celle d'uninceste pré-génital. La haine de la scène primitive les conduirait à l'expulsion du fœtus.

*« L'insistance de l'homosexualité primaire avec l'objet maternel interne signe l'impossibilité d'organiser la scène primitive en fantasme de scène primitive dans une sorte d'impuissance à séparer les imagos parentales et à se séparer d'elles » (S.Ferrieres-Pestureau, 1999, p.162).*

Nous pouvons repérer dans le discours de madame S, le fantasme de parents combinés. Lors de l'interview, nous posons la question suivante : - « Comment était la relation que vous aviez avec vos parents quand vous étiez enfant ? », madame S évoque sa famille comme un tout dont elle ne peut pas distinguer les membres :

**« Je dissocierais pas comme ça. Pour moi on était quatre ».**

Ce fantasme est également présent dans le discours de **madame Q** qui dit que « son père était à la fois son père et sa mère ».

Il semble d'ailleurs important de noter que la conception nécessite souvent pour ces femmes la mise en scène d'un autre personnage que le partenaire (gynécologues, médecins de PMA etc.). Dans la conception de leur enfant, trois personnages sont ainsi engagés. Comme dans la scène primitive où «*l'enfant assiste à la scène de sa propre conception*» (S.Freud, 1916), les maris de **mesdames I, P et R** assistent à la conception de leur enfant au moment des FIV. La conception est «*mise en scène* ». La stérilité est d'ailleurs peut être à entendre comme un refus radical du corps érogène et du sexuel, qui conduit à une prise en charge médicale de la sexualité des parents...

Nous avons vu que l'enfant est confronté très tôt à des messages énigmatiques (J.Laplanche) parce que compromis par le sexuel de la mère. Ce qui fait effraction dans le sujet est bien le sexuel de l'objet maternel interne, ce dont le fantasme de scène primitive atteste. C.Dejours (2009, p.233) insiste sur le fait que

**« ce que l'enfant cherche à traduire n'est pas directement le message de l'adulte, mais ce que ce message compromis par le sexuel, déclenche comme excitation dans le corps de l'enfant. Traduire, lier l'excitation, pour l'enfant, c'est toujours penser ce qui se produit dans son corps, au fil de la communication avec l'adulte ».**

Investir l'objet, c'est donc investir sa sexualité et investir ce que la présence de ce sexuel produit sur le corps. Les femmes hospitalisées pour MAP semblent dans l'incapacité d'investir les mouvements fœtaux et ce qu'ils comportent d'énigmatique. L'érotisation de la relation au fœtus semble impossible. Si elles se défendent de la portée érotique de l'allaitement en le refusant, elles ne parviennent pas à se défendre de la portée érotique des mouvements du fœtus sinon en les éliminant. Elles semblent devoir se défendre à tout prix de toutes sensations de plaisir sensuels, érotiques et sexuels rattachés à la grossesse. M.Bydlowski (2000) raconte le cas d'une femme qui ressentait de véritables orgasmes provoqués par la présence du bébé et qui a accouché prématurément de ses enfants.

**« Beaucoup de femmes enceintes témoignent de sensations fugaces de plaisir, au contact interne du fœtus mobile. Vers le quatrième mois, lorsque la future mère perçoit les mouvements actifs, il devient pure sensation intérieure : frémissement, frôlement, attouchement, il fait du pied comme un candidat amoureux. Ces perceptions voluptueuses sont d'autant plus précocement reconnues qu'elles sont attendues. On dit en effet que le deuxième enfant bouge plus tôt que le premier. Certaines femmes enceintes font part d'une séquence stéréotypée : perception des mouvements fœtaux actifs, sommeil, rêve d'orgasme et réveil brutal sous l'effet de contractions utérines – tentative d'expulsion de cet objet mobile et trop érogène. (...) Perçu de l'intérieur, l'enfant est un objet mobile qui pousse l'excitation à son acmé et tétanise les représentations intérieures préexistantes : la bascule peut alors se faire vers l'irruption de sensations orgasmiques. Mais l'excès de plénitude que comporte la satisfaction pulsionnelle peut prendre un caractère perturbant à cause du risque de réel qui y est lié et donner lieu à des angoisses déstructurantes » (M.Bydlowski, 1997, p.106).**

Pour les femmes que nous avons rencontrées, le plaisir éprouvé pendant la grossesse est indincible. Leur corps, qui abrite le fœtus, ne peut pas être un corps érotique.

Nous avons par ailleurs été frappée de constater les modifications provoquées par la grossesse sur leur vie sexuelle. Dans le déroulement de la grossesse des femmes qui accouchent très prématurément, les rapports sexuels sont très vite interdits pour des raisons médicales. Leur épanouissement sexuel devient antinomique avec le fait de devenir-mère.

Ainsi **madame Q** n'a « *plus de relations sexuelles depuis longtemps, depuis que les soucis ont commencé* ». **Madame P** a eu « *une bonne période sans rapports sexuels vu qu'[elle était] alitée* ». **Madame R** « *n'a pas eu de relations sexuelles les trois premiers mois, c'était déconseillé et très très peu ensuite et là, c'est l'hospitalisation...* » et **madame S** n'a pas de rapports sexuels avec son mari à cause des difficultés de la grossesse.

Si certaines femmes sont « tellement épanouies par leur grossesse qu'elles n'ont plus de sexe du tout » ce n'est pas le cas des femmes qui accouchent très prématurément. Nous avons plutôt le sentiment qu'après la conception, leur sexualité doit être « sous contrôle ». Même ce qui pourrait être du registre de l'auto-érotisme est interdit. Madame Q ne doit pas « se toucher ».

**« Tout comme le « corps étranger » freudien, Eros représente à la fois l'exclu en quête de domicile et l'intrus vu comme agent effracteur » (M.Schneider, 2004, p.209)**

Pour ces femmes, le corps étranger, le fœtus initialement inquiétant est rejeté lorsqu'il en vient à se présenter sous les traits d'Eros. Elles semblent dans l'impossibilité de se laisser tourmenter par Eros, de « s'ouvrir à son pouvoir « perturbateur » » (Op.Cit., p.208).

**« L'être traumatisé, logeant à l'intérieur de lui un « corps étranger », serait en quelque sorte enceint d'un monstre qui mènerait, dans sa propre intimité, une vie illégitime » (M.Schneider, 2004, p.78).**

Ce refus du sexuel, qu'il prenne la forme intolérable des mouvements fœtaux ou l'arrêt de toute activité sexuelle, n'est-il pas l'effet d'une séduction maternelle traumatique ?

**« Dans l'expérience de satisfaction « première », celle qui sera « reprise » et « réactivée » lors de la mise en place des circuits hallucinatoires auto-érotiques, l'auto-conservation est étroitement mêlée à la qualité de l'échange « érotique » avec l'objet, la « décharge », et le plaisir pris dans celle-ci, s'intrigue avec le lien vécu avec l'objet avec l'érotique comme liaison. Décharge et liaison ne sont pas en antagonisme, ils s'intriquent. C'est la qualité de cette intrication qui constitue l'essentiel de la « satisfaction », et non la décharge à elle seule ». (R.Roussillon, 2001a, p.1384)**

## 2-2- La mère des origines

---

**« [...] il ne suffit pas de ne pas être homosexuelle pour avoir dépassé le lien incestueux à la mère. [...] Ce ne sont pas les faits bruts qui importent, mais plutôt la continuité et la qualité d'une atmosphère érotique, qui fait que la coupure de la fille à la mère n'a jamais véritablement été instaurée » (A.Green, 2001, p.39).**

Nous avons vu que la grossesse, expérience narcissique fusionnelle, mobilise le fantasme du double, fantasme origininaire qui renvoie au plaisir autoérotique et au désir homosexuel du corps de la mère. Associée à un vacillement identitaire, un vacillement des limites du

Moi, du dedans et du dehors, l'expérience de la grossesse peut être l'occasion d'un retour des formes prégénitales de la bisexualité. Ainsi contient-elle le risque de l'impossibilité à se séparer du corps maternel, l'impossibilité de reproduire l'histoire de perte et de séparation et le conflit qu'elle entraîne... Comme l'écrit J.André (2003, p.21),

**« D'où peut venir l'assurance que la naissance sépare, que l'histoire est possible et que la vie ne sera pas simple reproduction, quand le même engendre du même ? »**

La menace est d'ordre identitaire et renvoie à la peur d'être dévoré, d'être englouti dans le corps de la mère des origines,

**« objet de terreur et paradis perdu de la fusion-confusion » (J.Schaeffer, 2003).**

Les femmes enceintes qui vont à terme (avec ou sans MAP) expriment la peur d'être « envahies » par leur mère. **Madame B** craint de ne pas parvenir à « gérer » sa mère :

**« Elle attend que je fasse la petite. Je lui ai dit qu'il fallait pas qu'elle en fasse trop... »**

**Madame C** décrit une relation conflictuelle avec sa mère qui veut garder son enfant à la naissance, ce à quoi elle s'oppose :

**« (...) il ira en nourrice. Elle l'a très mal pris et puis ce matin elle m'a dit que c'était la meilleure solution. Elle ne sera pas non plus privée ... elle gardera ma fille le midi quand je travaillerai. On a des discussions comme un couple qui divorcerait, les jours de garde et tout ça... ».**

**Madame H** formule clairement le désir de sa mère de prendre sa place :

**« le jour où elle a appris que j'étais enceinte (première grossesse), elle a eu des maux de tête qui l'ont pas quittée...elle a fait tous les examens possibles...un vrai malade imaginaire...elle a fait une grossesse nerveuse à ma place ! »**

La mère de **madame H** essaie-t-elle de revivre quelque chose des maux de sa grossesse à travers la grossesse de sa fille ? Mais comme l'écrit S.Bouchet (1992, p.75),

**« Les corps des mères ne peuvent pas s'emboîter comme le font les corps des filles dans ceux des mères. On l'a déjà dit, être la mère d'une mère, c'est accepter la séparation ».**

La MAP de **madame H** pourrait s'entendre comme une tentative inconsciente de mise en scène du lien à sa mère : « rejet », « expulsion », « mise à distance » ?

Ce que révèlent les entretiens avec les femmes qui accoucheut très prématûrement est très différent. Les mères de **mesdames P, Q, T, U, W** sont des mères lointaines, distantes et peu câlines dans l'enfance. Elles semblent incapables de s'inquiéter pour leur fille. La mère de **madame P** est centrée sur son divorce, celle de **madame Q** est restée quinze ans sans prendre de nouvelles de sa fille, la mère de **madame T** ne change pas son programme malgré la naissance prématûrée de sa petite-fille, **madame W** décrit une mère cassante et froide qui vient peu voir sa petite-fille et **madame U** redoute la visite de sa mère qui pourrait être blessante. Les femmes qui accoucheut prématûrement veulent être à l'opposé de leur mère, différentes dans leur manière de prendre soin de l'enfant, manifestement désireuses d'oublier tout dénominateur commun.

Elles se sentent plus délaissées par leur mère qu'envahies. Leur grossesse semble laisser leur mère indifférente, insensible. Comme le rappellent R.Roussillon & C.Chabert, (2007, p.113), une des raisons de l'échec de l'expérience du détruit-trouvé est que

**« la mère peut se montrer « non atteinte » par l'affect du bébé, ou le bébé peut avoir l'impression que sa mère n'est pas touchée par ce qu'il vit, qu'elle est inatteignable, que tout « glisse » sur elle, qu'elle est insensible et donc pas transformable ».**

Si pour les femmes enceintes qui vont au terme de leur grossesse un combat semble s'engager entre elles et leur mère autour de la possession de l'enfant, et témoigne d'une lutte chez la fille pour s'affirmer comme mère auprès de sa propre mère, pour les femmes qui accouchent très prématurément, le combat semble se jouer sur une autre scène. Et cette scène souffre d'être désertée... Ces mères ne cherchent pas à s'accaparer l'enfant. Elles viennent même lui rendre visite à reculons, témoignant sans doute de leurs propres difficultés à occuper une place auprès d'un enfant.

Nous avons rencontré **madame Q** régulièrement après la naissance prématurée de sa fille. Il lui a toujours été très difficile d'évoquer sa mère. Elle a souvent mis en avant l'espace qu'elle « consacre » à sa mère, celui de la thérapie avec son psychiatre et qu'elle distinguera toujours de l'espace de nos rencontres, l'espace de la recherche qu'elle réserve à sa fille et elle. Elle ne souhaite pas de perméabilité entre ces deux espaces. Elle ne souhaite pas inscrire la naissance de sa fille et son devenir mère dans la génération, comme si elle devait s'assurer que rien de son histoire avec sa propre mère ne viendra se (re)jouer dans la relation avec sa fille. Elle essaie d'être mère sans être « fille de ». Ainsi madame Q refuse-t-elle l'expérience de la maternité comme un lieu de transmission entre mère et fille. Elle peut par contre se présenter comme « petite-fille de ». Elle évoque régulièrement sa grand-mère maternelle qui incarne la figure de la « bonne-mère », douce, compréhensive, présente qui s'est beaucoup occupée de madame Q lorsqu'elle était enfant. C'est elle qui gardera régulièrement sa fille à la sortie de l'hôpital. C'est chez elle que monsieur et madame Q se sont installés après la sortie de l'hôpital car les travaux de leur maison n'étaient pas finis.

Madame Q se dit surprise de l'effet de sa grossesse sur sa mère ou plutôt des effets de son hospitalisation car sa mère l'appellera à plusieurs reprises à l'hôpital, ce qu'elle qualifie d'exceptionnel. Elle décrit sa mère comme

**« une brave femme. Elle est gentille. Elle nous a occulté. C'est quelqu'un qui va prendre des nouvelles de tout le monde alors qu'elle ne s'est jamais posé la question sur nous. Mon petit frère était en difficulté à l'adolescence, ma mère ne pensait jamais à demander comment il allait. Elle pensait pas à aller voir son fils à l'hôpital. On ne fait pas partie de son monde. Je sais pas comment elle nous considère. Elle entend pas bien ce qui nous arrive. Mais elle m'a quand même téléphoné, ce qui est exceptionnel... ».**

Quelques jours après la naissance de sa fille, au cours de notre deuxième rencontre, madame Q pleure beaucoup et dit en parlant de sa fille :

**« C'est mes tripes. (Pleurs). C'est pour ça que si ça doit finir, je pourrais pas le supporter. C'est vraiment ma fille ».**

Et plus tard dans l'entretien, elle évoque très furtivement le fait que ses parents, 40 ans plus tôt ont eu une enfant prématurée et que c'est peut-être pour cela que sa mère « réagit » à son hospitalisation. Elle évoque cet élément de l'histoire familiale comme un fait anodin car à l'époque, les grands prématurés ne pouvaient pas survivre. Elle n'en dira pas plus, passant à autre chose très rapidement, sans s'émouvoir de cette perte.

La mère « absente », décrite par madame Q a donné la mort, quarante ans plus tôt, en espérant donner la vie. Nous pouvons donc nous demander ce que la maternité est

venue déclencher dans l'organisation psychique de la mère de madame Q. Et la répétition de l'histoire laisse songeur... Si avec la grossesse,

**« le corps de la femme prend valeur de corps de mère et semble venir se confondre avec le corps « oublié » de la mère » (M.Spiess, 2002, p.49),**

le corps à corps devient parfois un corps pour corps... Le premier fantasme contient le deuxième en germe et le corps pour corps vient témoigner de l'échec de l'élaboration de la séparation. Ainsi, dans ce corps à corps, c'est parfois la mort qui apparaît comme seule issue. Madame Q, qui répète le scénario parental d'une grossesse achevée prématûrément, « réanime » dans le même temps sa mère. Celle-ci peut tout à coup « s'inquiéter » pour sa fille et prendre son téléphone.

Mais ces « retrouvailles » ont lieu sur un fond morbide, comme si la mère de madame Q ne pouvait reconnaître sa fille qu'en tant que femme donnant la mort. Elles ne pourraient se rencontrer que dans la destructivité... Dans ce passage d'une relation mère-fille à une relation mère-mère,

**« Que se répète-t-il dans le lien maternel, de ce qui s'est déjà trouvé en souffrance dans l'arrimage du féminin à ce même maternel ? » (S.Dreyfus, 2003, p.83)**

Ainsi pouvons-nous penser que pour madame Q,

**« devenir mère permettrait de prouver des capacités et de reconquérir le pouvoir maternel en le tournant vers un enfant qui, comme autrefois la poupée mais tout à fait inconsciemment, sert de support aux aspects passifs et aimants de nos patientes » (S.Faure-Pragier, 2003, p.64).**

Nous avons déjà souligné la présence considérable de vœux de morts chez les femmes qui accouchent très prématûrément. Enceintes, elles ne rêvent pas qu'elles ne sont pas enceintes, ou que le fœtus meure, elles saignent, elles vomissent, elles font des fausses couches, elles « avortent » leur temps de grossesse. Lorsque le bébé est né, elles ne peuvent pas dire : « j'ai envie de le tuer ou de le passer par la fenêtre », elles contre-investissent tous les mouvements de haine et sont jour et nuit au chevet de leur bébé. Ainsi pouvons-nous penser que pour ces femmes, toute la haine et l'agressivité qu'elles ne peuvent pas adresser à leur mère s'adressent inconsciemment au fœtus.

**« (...) derrière cette haine farouche, aux accents absolus et indéfectibles, il y a toujours un amour éperdu pour la mère, amour nostalgique d'autant plus violent qu'il n'a pu s'épanouir, amour dont l'émergence suscite l'évocation de dangers tels qu'ils provoquent le refoulement (le clivage ?) massif du lien d'attachement à la mère et le recours à une haine protectrice » (J.Godfrind, 2001, p.101).**

Madame T qui a consulté un psychologue après la mort de son fils à la naissance, nous explique qu'elle a été heurtée par les propos du thérapeute qui lui aurait dit en substance de cacher sa prochaine grossesse à sa mère. Ainsi a-t-elle entendue des propos de son thérapeute que pour parvenir à donner la vie, elle devrait faire un enfant dans le dos de sa mère ! Elle nous dit, que d'après sa psy, elle ne se serait pas autorisée à avoir un fils parce que sa mère souhaitait un fils et qu'elle n'a jamais pu en avoir.

Si les propos de madame T résument de manière un peu caricaturale la réflexion qui a pu être menée dans son travail thérapeutique, ils ont le mérite de restituer très clairement les enjeux de la procréation pour elle. Il faut préciser qu'elle a très vite arrêté cette prise en charge, n'en percevant pas l'utilité. Et pourtant, alors que sa grossesse est extrêmement surveillée, la prématûrité se répète.

Madame T, comme madame Q n'évoque pas un lien haineux à sa mère mais plutôt la déception et la tristesse de n'avoir pas une mère plus proche et aimante. Si des auteurs comme J.Godfrind ou M.Schneider ont mis en avant la fonction protectrice de la haine de la fille pour sa mère, nous observons seulement l'expression d'un manque chez les femmes qui accouchent très prématurément. Elles ne parviennent pas mobiliser de la haine pour se départir de l'emprise maternelle mortifère. Elles ne parviennent pas à se protéger de la mère des origines. C'est le fœtus qui « reçoit » cette haine.

Leur incapacité à investir le fœtus, à érotiser le lien au fœtus ne vient-elle pas parler de la manière dont elles ont elles-mêmes été bercées et investies par leur mère ? Ces mères dont elles nous parlent semblent incapables d'un abandon affectif et sensuel avec leur fille. **Madame W** évoque longuement la rigueur des interdits qui pesaient sur la sexualité féminine et la pauvreté des échanges homosexuels. Comment alors, se réconcilier avec le corps de la mère lors de la grossesse ?

**Madame R** qui est stérile et qui conçoit un enfant grâce à un don d'ovocytes n'évoquera pas durant l'entretien « l'autre femme » engagée dans la conception, celle qui a fait don de ses ovocytes. Que représente pour elle cette femme, fertile, qui lui « donne » la possibilité d'avoir un enfant ? Son utérus est-il vécu

**« dans l'inconscient comme n'appartenant pas au sujet lui-même, comme étant la propriété d'un Autre. Cet Autre, sans aucun doute, nous renvoie à la mère primitive de la petite enfance » (J.Mac Dougall, 1989, p.140) ?**

De cette mère primitive, elles semblent n'avoir pas pu s'arracher et le corps à corps avec la mère devient un corps pour corps...

## 2-3- De l'échec de la subversion libidinale ?

---

**« Les avatars de l'investissement du corps sont les avatars de la structuration de la vie affective et fantasmatique, en même temps que ceux du développement de la pensée. Ils traduisent la faillite de la mère comme contenant des affects et filtre des représentations » (M-C.Célérier, 1989, p.26)**

Comme nous l'avons souligné dans notre première partie, le phénomène psychosomatique de la grossesse, l'acceptation ou non de l'implantation d'un corps étranger à l'intérieur de soi, renvoie à la violence fondamentale du : « c'est lui ou c'est moi », détruire l'enfant ou être détruite par lui. La violence fondamentale est préambivalente et se rattache originairement aux instincts de vie.

NOMBREUSES SONT LES FEMMES DE NOTRE RECHERCHE À AVOIR CONNU DES DIFFICULTÉS DE PROCRÉATION. PARMI LES FEMMES QUI ONT ACCOUCHÉ TRÈS PRÉMATUREMENT, QUATRE ONT EU RECOURS À UNE AIDE MÉDICALE. APRÈS DEUX ANNÉES DE TRAITEMENT **madame P** A FAIT UNE INTERVENTION CHIRURGICALE APPELÉE DRILLING OVARIEN, **madame R** A EU RECOURS À LA FIV AVEC DON D'OVOCYTES EN RAISON D'UNE INFERTILITÉ INCURABLE, **madame T** A ÉTÉ OPÉRÉE D'UNE DOUBLE CLOISON DE L'UTÉRUS ET **madame U** A PRIS UN TRAITEMENT SUITE À SES NOMBREUSES FAUSSES COUCHES.

À ces difficultés, s'associent des histoires de bébés morts ou avortés. **Madame T** A ACCOUCHÉ D'UN BÉBÉ MORT, **mesdames V et F** ONT DES ANTÉCÉDENTS DE FAUSSES COUCHES, **madame W** A FAIT DEUX IVG... AINSI LE CONTENANT UTÉRIN EST-IL ASSOCIÉ À LA DESTRUCTION ET À LA MORT. DANS CES CONDITIONS, EXPULSER LE FŒTUS DE CE CONTENANT, N'EST-CE PAS AUSSI TENTER DE LI SAUVER LA VIE....

Pour **mesdames T, V et W** que nous rencontrons dans le cadre de la réanimation néonatale, la question de la mort éventuelle de leur bébé est omniprésente et le bébé de **madame S** meurt six semaines après sa naissance.

Nous avons pu observer les difficultés de ces femmes à investir l'enfant qu'elles portent. La plupart d'entre elles paraissent davantage investir les bébés morts ou avortés... Ces bébés morts semblent porteurs de tous leurs fantasmes et de toutes les aspirations du moi qui n'ont pas pu aboutir, là où le bébé vivant ne pourrait qu'être insatisfaisant et décevant, menaçant même.

Elles ne vivent leur grossesse qu'en négatif et ne parviennent pas à investir narcissiquement le fœtus. Ainsi pouvons-nous comprendre son statut inquiétant. C'est l'investissement qui devrait leur permettre de le transformer en enfant et de voir en lui la promesse d'un accomplissement. L'amour narcissique est ce qui permet au fœtus de s'humaniser. S.Freud (1914) souligne à propos de la femme enceinte que

**« c'est une partie de leur propre corps qui se présente à elle comme un corps étranger, auquel elles peuvent maintenant, en partant du narcissisme, vouer le plein amour d'objet ».**

*Pour A.Green (1993, p.145), l'amour d'objet est*

**« une fonction transitive où alternativement l'objet est soit la mère, soit l'enfant. L'enfant devient l'objet de l'objet dans la relation d'illusion de l'unité mère-enfant ».**

Nous avons montré précédemment que le processus de désillusion est sans doute survenu trop tôt dans l'histoire précoce de ces femmes avec leur propre mère. Elles évoquent des mères distantes et mal à l'aise avec le contact physique, ce qui donne à penser que le premier corps à corps avec la mère n'a pas été une source suffisante de plaisir pour qu'elles puissent en élaborer une représentation structurante. Sans doute était-il impossible pour leur mère d'être pénétrée par l'activité pulsionnelle de l'infans. En l'absence d'un partage avec l'objet de sensations communes, le sujet va être en difficulté pour investir son corps propre.

**« La conscience intérieure que l'on a de son propre corps reprend le rôle de la mère externe. Non pas seulement dans le sens où l'on apprend à faire pour soi-même les actes de soin (care) que la mère a fait mais dans le sens où l'on se façonne une sorte de sphère psychique ou de nouvelle matrice à partir de l'image qu'on a de son propre corps, comme seul endroit sûr où habiter et d'où l'on peut sortir des antennes vers le monde » (J.-B.Pontalis, 1971, p.48).**

La capacité de l'enfant à jouer avec son corps et à prendre du plaisir, dépendront de la capacité de l'adulte qui en a la charge, à trouver lui-même du plaisir au jeu. Comme le rappelle R.Roussillon (2004, p.437),

**« L'expérience de « satisfaction » première et fondamentale n'est donc passimplement une expérience de décharge, une expérience de « plaisir », den'importe quel plaisir. L'expérience de plaisir n'est une expérience de « satisfaction » que si elle s'accompagne d'un plaisir partagé, suffisamment partagé ».**

Ainsi, si l'adulte ne parvient pas à investir libidinalement le corps de l'enfant, alors l'enfant ne pourra pas construire son corps comme un corps érogène.

À travers le concept de subversion libidinale, C.Dejours (1989) désigne un processus conduisant du corps physiologique au corps érogène. Reprenant le concept freudien de l'étayage, il souligne que la mise en place de la pulsion résulte d'un dialogue autour du corps et de ses fonctions qui prend appui sur les soins corporels prodigués par l'adulte à l'enfant.

**« On voit que l'étayage opère comme une subversion. La bouche, en servant de pivot à la subversion, peut être reconnue comme zone érogène. Certes, c'est un organe qui est ici convoqué et non une fonction. Il faut cependant bien saisir que, pour se libérer peu ou prou de la dictature d'une fonction physiologique, l'organe est un intermédiaire nécessaire : la subversion de la fonction par la pulsion passe par l'organe » (C.Dejours, 2009, p.231).** « **Le deuxième corps naît du premier par une subversion de l'ordre physiologique au profit de l'ordre sexuel-érotique. Le deuxième corps, le corps subjectif, est fondamentalement un corps érotique. Au long de ce processus, surviennent toujours peu ou prou des accidents en raison des réactions inconscientes de l'adulte qui, par leur violence, entrent en contact avec la capacité de l'enfant de traduire, c'est-à-dire de lier l'excitation. Ces accidents se concrétisent sous la forme d'amputations des jeux du corps. À la place cristallisent des zones de frigidité, où l'expérience affective du corps se dérobe, laissant place à un corps vide, froid, anhédonique, anesthésié, dont l'épreuve se fait connaître comme expérience de la mort en soi » (C.Dejours, Op.Cit., p.233).**

Cette expérience du corps qui n'est pas à la source de la pulsion va se loger dans l'inconscient "amental" (amentia de Meynert, défaut de mentalisation), que C.Dejours désigne aujourd'hui comme inconscient clivé, proscrit, relégué, enclavé, en tout cas non sexuel, fait de messages non traductibles. Il distingue le clivage de l'inconscient et le clivage du moi et propose l'existence d'une troisième topique (topique du clivage) qui porte sur une zone psychique de non-traduit absolu. Vécue comme la mort en soi, elle est facteur de décompensation somatique ou psychopathique. Le clivage de la troisième topique marque une défection de la perception de soi : angoisse du vide, perte de la capacité de sentir, c'est-à-dire perte de la perception de la réalité interne.

Les difficultés de conception rencontrées par la plupart des femmes qui accouchent très prématurément donnent à penser qu'elles ne peuvent pas investir libidinalement leur propre utérus et leurs organes de reproduction. N'ont-ils pas été exclus de la subversion libidinale, rendant impossible une quelconque érotisation de ce contenant et par déplacement, de ce qu'il contient, le fœtus ?

La grossesse les confronte une nouvelle fois à ce corps à corps, à la fois redouté et désiré comme le souligne M.Spiess (2002, p.49) :

**« Durant sa grossesse, toute femme est conduite à assumer une nouvelle fois la différenciation d'avec sa mère tout en se vivant semblable (...). Mais l'état d'indistinction corporelle entre mère et fœtus fait d'abord naître le vacillement et l'ambivalence en tant que s'y repropose sous forme inversée l'expérience fusionnelle primaire. Ce resurgissement de l'originale, de l'initial, de l'utérus maternel, crée une tension entre l'attrait d'une image totale – l'unité restaurée- et la nécessité de la perte, de l'anticipation et de la séparation ».**

Nous avons questionné avec les cas de mesdames U et F la difficulté de certaines femmes à s'approprier leurs propres capacités reproductrices. F.Guignard (1999, p.18) souligne que

**« Certaines femmes au Moi fragile maintiennent parfois durant très longtemps l'investissement et la figuration de leurs organes de reproduction dans une indifférenciation identificatoire très infantile avec ceux de leur propre mère ».**

Au cours de la grossesse, leur corps devient porteur d'une excitation inqualifiable qui ne plus se différencier de la psyché et qui les conduit à se débarrasser du fœtus lui-même.

La difficulté de ces femmes serait de parvenir à désintribuer le fait que cet objet-fœtus qui est à l'extérieur (réalité externe) participe également de leur réalité interne, et que cet autre en elles est virtuellement « leur enfant ». Confondu dans un premier temps comme « objet subjectif », participant au narcissisme du sujet, le fœtus devient tout à coup un objet autonome,

**« Et c'est ce qui est intolérable au Moi, qui le regarde tour à tour comme partie de lui-même et comme étranger absolu » (A.Green, 1983, p.155).**

L'objet-fœtus ne remplit pas son rôle de miroir, de contenant, aussi le Moi des femmes enceintes qui accouchent prématurément se défend-il à la fois des pulsions et de l'objet.

**« Ne sachant où donner de la tête et sur quel front le danger est le plus pressant, il mettra en œuvre les ressources dont il dispose par la mise en jeu des pulsions de destruction. Les pulsions de destruction s'arrêteront tour à tour sur l'objet externe, sur l'objet interne, voire sur le Moi lui-même » (A.Green, 1983, p.147).**

Ce qui est alors visé est la neutralisation de l'objet-trauma devenu objet-fou. Qu'est-ce qui pourrait les protéger de cette effraction dans le Moi d'une pulsion non liée : la pulsion de mort ?

### III- Voir au dedans

**« C'est le visuel qui, théoriquement, devient le socle de l'activité de représentation, de re-présentation de ce qui a été perçu. Par la suite, cette activité représentative va davantage se lier au processus hallucinatoire, et s'éloigner du territoire de la perception. Mais il restera toujours une ambiguïté entre ce "seulement dedans" et ce dehors qui peut devenir "aussi dehors". Il s'agit de l'épreuve de réalité et de toutes ses modalités ». (J.Schaeffer, conférence en ligne).**

En arrivant au terme de notre réflexion, nous pensons important de reprendre le fil autour duquel s'est élaboré l'essentiel de notre pensée, à savoir la place du voir dans la clinique de la très grande prématûrité. Comme nous l'avons précisé en introduction, nous avons commencé par **voir** les mères de bébés prématurés regarder leur bébé pendant des heures à travers la vitre de la couveuse. Nous nous sommes nous-même éprouvée voyeuse d'une scène interdite, celle de la naissance. Dans l'accompagnement de ces mères, la question du regard était centrale. Nous regardions ensemble leur bébé et nous échangions souvent de part et d'autre de la couveuse, l'enfant entre nous, aimantant nos regards.

L'impossible érotisation de la grossesse et la difficulté des femmes rencontrées à déchiffrer l'énigme des mouvements fœtaux nous ont permis d'interroger la pulsion de voir dans leur économie psychique puisqu'elle joue un rôle fondamental dans le désir de déchiffrer et de comprendre les signifiants énigmatiques :

**« c'est elle qui permet en particulier de regarder l'éénigme en face, d'élaborer un réseau de réponses, toujours insuffisantes, mais suffisamment riches et significatives pour les faire entrer dans le discours actuel (...). La pulsion scopique fabrique des images. Et elle ne les fabrique pas à partir de rien : elle part de toutes les impressions vécues et ressenties, de tous les messages envoyés ou reçus pour leur donner un équivalent visuel » (G.Bonnet, 1993, p.9/10).**

Les entretiens révèlent également une pauvreté onirique plus importante chez les femmes qui accouchent très prématurément. L'image implique une distance qui témoigne de la séparation. Ainsi que l'écrit R.Potier (2007, p.87),

**« voir n'est pas une simple opération organique mais un acte complexe où se joue la capacité de chacun à se séparer, à se penser séparé de ce qu'il voit ».**

Ainsi l'absence d'images oniriques et la présence d'images échographiques viennent-elle questionner leurs capacités à se séparer...

### **3-1-Les échographies : une tentative d'emprise ?**

---

**« Du fait que je peux pas la toucher, j'arrive pas à la voir » (Madame J)**

Comme nous l'avons déjà souligné, en entrant dans un service de réanimation néonatale, nous nous sommes sentisvoyeuse d'une scène interdite et l'interdit de voir est devenu obligation de regarder. Tout est mis en œuvre pour que le prématuré soit vu. Ainsi, ces grossesses qui n'ont pas eu le temps de se voir conduisent à une logique de la transparence : **ça** se montre, **ça** se donne à voir. Que venons-nous voir derrière les portes si bien gardées des services de réanimation néonatale ? **Ça**.

Ça : un être qui aurait dû rester caché ? Ça : le lieu d'où l'on vient, le mystère de nos origines ? Ça : le « rien à voir » du sexe féminin ? Ça : ce qui ne doit pas être vu dans le traumatique ?

**« « Ça » ne peut être ni moi, ni un autre, ça ne peut pas être non plus une chose et encore moins la manifestation d'une puissance spirituelle. Ça est une détermination indéterminée » (A.Green, 1993, p.245).**

La pulsion scopique renvoie aux premières expériences infantiles et en particulier à la découverte de la différence des sexes et aux théories sexuelles infantiles. Pour S.Freud, les théories sexuelles de l'enfant ne se fondent pas sur un raisonnement mais sur une vision, la vision de la scène primitive, qu'elle ait été réellement observée ou seulement fantasmée. Fragmentaire, cette vision demeure énigmatique. Ni la scène primitive, ni les théories sexuelles ne procurent à l'enfant de réponse quant à l'éénigme du sexuel, ce qui préserve le désir de savoir.

Durant la grossesse, la femme enceinte est déjà confrontée à **ça** au travers des échographies. La pratique échographique autorise à regarder ce qui est resté pendant des millénaires un espace sacré : l'intérieur de la femme. Toutefois, tous les parents, et toutes les femmes enceintes ne parviennent pas à « rêver » devant l'image échographique. Nous l'avons montré, pour le groupe des femmes hospitalisées pour MAP, l'échographie révèle surtout l'inquiétante étrangeté du fœtus. Est-ce en lien avec la dimension transgressive de l'image échographique qui ravive aussi le fantasme des origines en révélant au regard l'intérieur féminin ?

Si lors d'un examen échographique, la femme enceinte « voit » un fœtus, elle voit aussi l'intérieur de son corps, sa cavité génitale, son sexe. Elle se confronte donc à la vision de son propre enfantement dans le corps de la mère. Dans *L'inquiétante étrangeté*, S.Freud souligne que le sexe féminin représente, pour les hommes névrosés quelque chose d'étrangement inquiétant :

**« Il se trouve que cet étrangement inquiétant est l'entrée de l'antique terre natale (Heimat) du petit d'homme, du lieu dans lequel chacun a séjourné une fois et d'abord. C'est l'antiquement familier d'autrefois »**

La femme enceinte retrouve le ventre de la mère archaïque, vision qui peut susciter à la fois de la fascination et de la répulsion...

Toutefois, les femmes enceintes rencontrées, ont souvent « besoin » de multiplier les échographies pour se rassurer (soit qu'elles sont bien enceintes, soit que le foetus va bien). Le recours à l'échographie est très opératoire. L'image ne produit pas de rêveries, elle permet simplement un contrôle du corps et de ce qu'il contient. Le recours compulsif (pour certaines) aux échographies apparaît comme une tentative d'emprise de la femme enceinte sur son corps et son intérieur. S'agit-il de se protéger de fantasmes destructeurs à l'encontre du ventre maternel qui a suscité envie et dévoration.... Ou de s'assurer qu'elles ne logent pas un monstre au-dedans ? La mère des origines ?

Le recours rythmique à l'échographie ne vise-t-il pas également à s'assurer qu'aucun processus létal ne s'est enclenché de l'intérieur et que leur incapacité à investir le foetus ne l'a pas tué dans la réalité ?

**« La « vision » de l'enfant, sa consistance ne peuvent être renvoyées que par une oreille mécanique extérieure, suppléant à une perception et à une sensation internes qui doivent être niées en tant que destructurantes. Le pouvoir rassurant du regard « objectif » garantit en même temps la « lisibilité » de son propre intérieur, son intégrité, son innocuité ». (F.Ferraro, A.Nunziante, 1985, p 212).**

En même temps, tout regard porté sur le sexe féminin n'est-il pas aussi porteurd'undésirderetourdansleseinmaternel ?

Si certaines femmes sont soumises à un interdit du toucher pendant l'hospitalisation, elles peuvent continuer à voir. La surveillance médicale des MAP conduit à des monitoring plus fréquents qui permettent d'entendre le cœur du bébé et également à de nouvelles échographies.

Le temps de la MAP semble permettre à certaines femmes enceintes de contenir le foetus et de contenir la violence de la grossesse.

La prise en charge médicale de la grossesse, l'hospitalisation pour MAP a plusieurs conséquences. L'intérieur du ventre maternel est sous une surveillance accrue, voire permanente. Les échographies se multiplient, les battements du cœur sont perçus en continu. Les femmes enceintes deviennent une couveuse au sens où elles sont surveillées jour et nuit et que l'intérieur de leur ventre est sous contrôle médical. L'enfant est « vu » sans cesse par le biais de l'image échographique et en présence d'un tiers.

Darrault-Harris<sup>8</sup> parle « d'un rapport fiduciaire » à la parole de l'échographiste. Les parents, dit-il, sont face à l'image échographique comme un enfant de maternelle devant un texte : ils ne peuvent pas lire cette image. Ils sont donc assujettis à la parole du voyant, le médecin échographiste, qui va leur « lire » l'image.

<sup>8</sup> Intervention à l'occasion du Collège iconique du 9 février 2005 : L'image échographique du foetus : une naissance prématurée ?

Les parents voient « pour de vrai » « quelque chose » qui leur est dit par quelqu'un. Le fœtus vu à l'échographie n'est qu'une reconstitution de la vérité, une illusion de vérité prise pour du vrai. La représentation du fœtus est le fruit d'une reconstruction informatique, ce n'est pas véritablement du «vu» mais une sorte de traduction-image du fœtus.

La perception visuelle devance parfois la perception sensori-motrice et peut même la contredire. Parfois l'échographiste témoigne verbalement de mouvements actifs du fœtus alors que la femme enceinte ne sent rien. Aussi la femme enceinte choisit-elle de croire ou non à ce que lui dit l'échographiste. Elle voit alors bouger sur l'écran « quelque chose » qu'elle ne sent pas bouger. Ce qui vient du dehors, l'image échographique, la renseigne sur son dedans (la présence d'un fœtus). Le décalage entre le fait de voir et de sentir rend alors incertaines les limites moi/autre, dedans/dehors et peut brouiller les limites corporelles et identitaires du sujet et induire

**« une charge fantasmatique qui met à l'épreuve les capacités des spectateurs à transformer ces images brutes en représentations » (S.Missonnier, 2003, p127).**

Nous savons que le sujet est actif au sein de la perception, la plupart du temps percevoir, c'est seulement reconnaître ce qui est cherché, c'est anticiper ce qui est attendu, c'est identifier ce qui est bien connu. Il existe un va-et-vient incessant entre ce qui est perçu et ce qui est projeté. La projection participe au travail de figuration et à la mise en forme du monde extérieur comme le souligne S. Freud (1913) :

**« Dans certaines conditions, encore insuffisamment établies, des perceptions internes, y compris des processus affectant les sentiments et la pensée, sont projetées à l'extérieur comme les perceptions sensorielles afin de parfaire la mise en forme du monde extérieur, alors qu'elles devraient rester dans le monde intérieur ».**

Aussi, l'échographie pourrait-elle s'envisager comme « une mise en images » de ce qui habite psychiquement la femme enceinte. Le « jamais-vu » remplace le « toujours-imaginé ». Un enfant-image arrive et bouscule le statut de l'enfant imaginaire. Ce qui est pris pour une perception visuelle avec l'échographie est tout simplement la représentation (inconsciente) du foetus. Qu'est-ce qui fait que certains parents acceptent de laisser surgir de l'image leurs propres représentations du fœtus à venir tandis que d'autres diront en sortant « qu'ils n'ont rien vu » ? Comme le rappelle C.Masson (2007, p.63)

**« le propre de l'image, c'est de ne pas montrer ce que nous voulons voir, et ce que nous voulons voir n'est pas ce que nous regardons : l'image est un « piège à regard » (Lacan) ». Aussi l'image proposée serait un support de fantasmes, « ce qui fait médiation entre l'image et le « point de regard », c'est l'écran du fantasme ».**

Les femmes hospitalisées ne parviennent à voir qu'un alien, un squelette, un machin... seul correspondant imaginé dans le miroir de leur réalité interne ?

Elles ne peuvent pas investir l'image libidinalement. L'image est froide et médicale et lorsqu'elle est surinvestie, c'est de manière opératoire. La dimension affective de l'image est totalement déniée. Le surinvestissement de l'échographie semble au contraire leur permettre de tenir à distance leur monde pulsionnel.

Nous allons à présent nous intéresser à la place du rêve chez les femmes qui accouchent très prématurément.

### 3-2- De la fonction du rêve pendant la grossesse

**« J'ai rêvé que mon enfant tombait du ciel et que je le rattrapais de justesse dans mes bras ». (mère d'une enfant de 929 grammes)**

Notre première hypothèse concernant la nécessité pour les femmes qui accouchent très prématurément de rétablir leurs propres limites corporelles en expulsant le fœtus avant le terme nous a amené à réfléchir à leurs capacités de symbolisation et de représentation du conflit qui les habite. Nous nous sommes donc intéressée à la voie royale d'accès à l'inconscient : le rêve qui est questionné à travers l'IRMAG.

M.Bydlowski (1997) souligne que l'activité onirique de la femme enceinte est la plus importante entre le 6<sup>ème</sup> et le 7<sup>ème</sup> mois de la grossesse. C'est à ce moment que survient l'accouchement prématuré. C'est également le moment où les phases du sommeil de la mère et du fœtus concordent (dernier trimestre de grossesse).

Nous avons relevé une différence significative au niveau de la vie onirique des femmes enceintes hospitalisées pour MAP entre les deux sous-groupes. La vie onirique des femmes qui accouchent très prématurément est plus pauvre que celle des femmes qui vont au terme de leur grossesse après la MAP. Et les femmes qui ont du mal à mobiliser du matériel onirique ont également du mal à se représenter l'enfant à venir.

Pour S.Freud (1900), le rêve a une fonction de décharge et d'intégration :

**« Les rêves sont élimination de pensées étouffées dans l'œuf... Les rêves ont un pouvoir de guérison et de soulagement »**

Ainsi à travers le travail de perlaboration du rêve, le sujet traite les conflits psychiques qui l'habitent. H.Riazuelo (2003, p.102) rappelle que S.Freud distingue trois types de rêves de grossesse dans *L'interprétation des rêves* (1900) :

**« ceux qui annoncent la prochaine maternité (1900a, p.116, 1900b, p.161), sorte de faire-part de grossesse, d'autre part, les rêves de vie intra-utérine, et enfin les rêves de naissance (1900a, p.343-344 ; 1900b, p.448-449) ».**

Nous avons constaté qu'aucune des femmes ayant accouché très prématurément n'a fait de rêves d'accouchement pendant sa grossesse. Est-ce parce que l'accouchement représente « la scène des origines » où se réactualise les fantasmes originaires ? (D.Cupa, 1996, p.12). Nous pouvons au regard des éléments développés précédemment, soutenir cette hypothèse.

Parmi les femmes hospitalisées pour MAP, trois rêvent d'accouchement (**mesdames H, I et J**). Le fait de rêver à l'accouchement leur permet-il de symboliser les enjeux de la grossesse et de la naissance de l'enfant ? En tous les cas, grâce au rêve,

**« les associations idéiques peuvent être mises en latence par le préconscient pour lutter, précisément, contre l'affect, si celui-ci est redouté par le sujet pourra dans la nuit suivante être traitée par le rêve et être refoulé dans l'inconscient dynamique (refoulé) ». (C.Dejours, 1989, p.100)**

Le rêve est un effort de pensée qui permet d'intégrer et de donner sens à l'expérience corporelle en fonction des conflits en jeu. C.David et M.Fain (1963) ont montré la fonction homéostasique du rêve dans l'économie psychique et les substitutions possibles entre les décharges motrices et l'activité onirique. La pauvreté onirique repérée chez les femmes qui accouchent très prématurément n'est-elle pas le symptôme d'une pensée opératoire ?

Pouvons-nous établir un rapport entre l'absence ou la pauvreté de vie onirique et l'expulsion du fœtus ? Pour C.David et M.Fain (*Op.Cit*), l'aptitude à une riche élaboration dans la vie onirique

**“témoigne d'un contact intime avec un objet qui s'est mis à la portée de l'enfant, qui s'est laissé introduire dans son monde conceptuel”.**

Nous avons montré précédemment que les retrouvailles avec l'objet maternel mobilisent une haine destructrice, précisément parce que l'objet s'est retiré trop tôt, ne permettant pas la construction d'un bon objet interne. Les images du rêve mobilisent les mêmes enjeux autour de la distinction Moi/Non-Moi. L'image constitue une frontière et

**«fournit plus ou moins temporairement par une sorte de latence sensorielle un horizon à la fois distant et rapproché à la psyché, et rend possible dans l'après-coup la transformation en psychique de ce qui est au-delà de cet horizon, mais aussi la désignation de ce qui vient du dedans du Moi comme réalité en soi, à l'extérieur du Moi. Une telle fonction, qui confère inévitablement à l'image comme telle un statut de croyance en partie dénégatoire (en tant qu'elle est image, elle est et elle n'est pas « du Moi », entre appartenance et expulsion), correspond à une finalité tout ensemble défensive et organisatrice qui est de mettre à disposition du psychisme une butée faisant point d'appui en même temps que point de contact ou de rencontre séparateur entre le Moi et le non-Moi, manière d'écran décoré ou de « peau psychique » (au sens de D. Anzieu) médiatrice, fixant à son niveau, sur sa scène les motions passives comme actives qui ne cessent de s'échanger, de se mêler et de se renverser entre l'intérieur et l'extérieur, évitant ainsi une perfusion traumatique ou néantisante des unes par les autres. À cet égard, la mise en image renouvelerait, au niveau identitaire, la séparation première (dont l'enjeu est débattu dans la « sexualité primordiale » dont parlent les Botella), comme pour arrêter ou colmater les déchirures du Moi originel et suspendre la violence traumatique inhérente au surgissement de l'altérité ».(J.Guillaumin, 2001, p.1339).**

Pour les femmes qui accouchent très prématurément, revivre la séparation première ne semble possible ni à travers le rêve, ni à travers l'expérience de la grossesse. Les figurations du rêve

**« ont un rôle dans la nécessité économique de sauvegarde des fonctions somatiques » (B.Chervet, 2001, p.1100).**

Elles permettent de rendre compte de l'état du corps et des excitations dont il est le siège. Ainsi, rêver pendant la grossesse pourrait permettre une mise en sens, mise en images de l'excitation produite par la présence du fœtus. M.Schneider (2004, p.119) rappelle que dans le chapitre IV de *l'Interprétation des rêves*, S.Freud définit les rêves d'infanticide comme des rêves de contre-désir :

**« La question du « remplissement » - accepté ou refusé – est en effet au centre de tels rêves : il s'agit bien d'accepter l'entrée, à l'intérieur de soi, d'un être autre, devenu habitant du corps propre. Etre « remplie », du moins lorsque s'est préalablement installée une réaction défensive, revient à risquer de se trouver squattée, donc à la limite, délogée de soi ».**

Tout comme le rêve qui fait effraction dans le moi du dormeur et dérange son intimité, le fœtus est l'intrus dans le ventre de sa mère.

B.Chervet (*Op.Cit.*, p.1100) souligne que les figurations du rêve ne se contentent pas de transformer l'excitation somatique régressive en excitation sexuelle psychique, elles favorisent ce processus,

**« en orientant les investissements sexuels du ça vers les représentants pulsionnels et en contre-investissant leur tendance à investir prématûrement, par voie courte, le corps. Au service de la fonction de gardien du sommeil, elles régulent l'érogénéité d'organe, limitant la sensorialité. En assurant le refoulement primaire de cette sensorialité d'organe, et donc le risque hypocondriaque, elles héritent de la part de libido sexuelle d'organe mutée en libido narcissique primaire. Elles sont ainsi porteuses de sensualité, cette dernière s'avérant une qualité du narcissisme primaire, corporel ».**

Nous pouvons penser que la capacité de rêver pendant l'hospitalisation pour MAP permet aux femmes enceintes de se protéger de la dimension traumatique de la grossesse, en régénérant l'économie libidinale de la psyché.

Les figurations du rêve sont

**« porteuses de sensualité, cette dernière s'avérant une qualité du narcissisme primaire, corporel. (...) C'est en ce sens que la figurabilité traduit un autre type de souvenirs très précoces, ceux des soins maternels, soins corporels, soins s'accompagnant des mots de la mère, de ses sonorités déjà agencées en code. La figurabilité rend compte de ce souci maternel pour l'état somatique de son bébé et de sa préoccupation pour la régulation de l'érogénéité corporelle de ce dernier. Le travail de figuration s'étaye sur ces souci et préoccupation et il exige une identification première aux parents de la préhistoire personnelle. Il m'est apparu que c'est l'importance de cette identification première ».**

La difficulté des femmes qui accouchent très prématûrement à gérer l'érogénéité produite par la grossesse et la présence du foetus laisse songeur quant à la préoccupation de leur propre mère à réguler leur état somatique lorsqu'elles étaient bébé. Leur corps se désorganise face à ce trop-plein d'excitations produit par la grossesse, n'ayant pu éprouver dans leur enfance la réponse à apporter pour réguler leur érogénéité corporelle. Ainsi, ne pouvant contenir l'excitation, elles s'en défont.

Les femmes qui rêvent et qui sont hospitalisées pour MAP donnent à penser que la voie du refoulement onirique n'est pas toujours suffisante pour métaboliser l'excitation produite par la présence du fœtus. Les images du rêve seraient impuissantes à contenir l'excitation liée à la grossesse.

**« Tout se passe comme si la fonction onirique ne pouvait être menée à terme et que l'affect, mobilisé par le travail du rêve ne pouvait être lié aux représentations, mais s'écoulait directement dans le corps » (M.Robert, 1992, p.129).**

C'est l'enfant visible, en chair, au-dehors d'elles qui permettrait de construire des représentations, comme si l'enfant rêvé, l'enfant du fantasme était trop excitant et de fait irreprésentable. Le rêve ne permettrait pas à certaines femmes de se dégager de la perception traumatisante afin que le compromis s'installe. À défaut d'élaborer leurs propres images internes oniriques, les femmes enceintes investissent le factuel et/ou les images externes : les échographies deviennent un véritable écran de projection leur permettant d'externaliser leur monde interne sans pour autant lier psychiquement les représentations et les affects.

**« Mais alors que le pare-excitations protège contre le dehors, l'écran du rêve protège contre le dedans (...). La barrière contre la pulsion de mort est aussi barrière contre l'inceste consommé avec la mère, inceste qui conjugue jouissance et terreur, pénétration et dévoration, le corps naissant et le corps pétrifié » (J-B.Pontalis, 1972, p. 435).**

Aucune barrière, aucune image tenant la place d'un « *pare-excitation anti-traumatique* » (J.Guillaumin, 2001, p. 1345) ne protègent les femmes qui accouchent très prématurément de la mère archaïque, au-dedans...

Cet « échec » de la fonction onirique au cours de la grossesse n'est pas sans faire écho aux propos souvent recueillis après la naissance prématurée de femmes exprimant leur sentiment d'avoir fait un « mauvais rêve ». Après la naissance, l'accouchement prématuré prend souvent une allure de cauchemar. La réalité de cet événement est questionnée. Les mères se demandent si leur enfant est né, si elle ont vraiment accouché, si elles hallucinent...

Après l'accouchement, l'utérus, qui se contracte afin de retrouver petit à petit sa taille initiale, provoque des mouvements à l'intérieur du ventre. Ces perceptions, très semblables aux mouvements du fœtus pendant la grossesse, sont parfois à l'origine d'hallucinations. Certaines

**« parturientes « hallucinent » encore des mouvements fœtaux, tant leur est encore inintégrable la sortie de l'enfant de leur ventre » (B.Golse et al., 2001, p.65).**

L'hallucination serait une façon d'évacuer la perception traumatique du ventre vide, en maintenant la perception sensorielle du bébé <sup>9</sup> in utero. Elles ne savent plus alors si la source de leur excitation est interne ou externe. L'enfant est-il né puisqu'elles continuent à le sentir dans leur ventre ?

Il est troublant de penser que cette confusion du dedans et du dehors a lieu dans le corps des femmes avant même la rencontre visuelle du bébé. Nous pouvons donc imaginer que cette rencontre avec l'enfant est déjà affectée par ces hallucinations. Comment dès lors perçoivent-elles l'enfant ?

Il faut rappeler que ce qui permet de distinguer nos désirs (hallucinatoires) de la réalité, comme le souligne S.Freud, c'est l'épreuve de réalité. Mais dans la situation des naissances prématurées, l'épreuve de réalité ne peut pas se vivre dans la rencontre avec l'enfant, qui, comme dans un rêve, est très proche mais intangible. Le dormeur qui s'éveille d'un cauchemar n'est rassuré que lorsqu'il distingue nettement des éléments de la réalité autour de lui, qui confirment le fait qu'il était en train de rêver. Dans la clinique de la très grande prématurité, la confusion semble maintenue après l'accouchement. Le rêve ou cauchemar perdure.

**« Et imaginez leur confusion alors, lorsqu'elles se trouvent en face d'un bébé qu'elles ont mis au monde selon ce qu'on leur dit ; pourtant elles ne peuvent pas complètement y croire. Il est seulement à demi humain, seulement à demi vivant, seulement à demi complet, ou seulement à demi sain. [...] En tous cas, ce n'est pas « il » ou « elle » mais ÇA» (D.-W.Winnicott, 1966, p.174).**

Il est impossible d'être à la fois dans le rêve et en dehors du rêve, il est impossible de concilier ces deux modes de percevoir la réalité. C'est la même chose avec la grossesse.

<sup>9</sup> Nous pourrions envisager ces hallucinations comme des tentatives de liaisons anti-traumatiques

Pour connaître et voir la « réalité » de l'enfant, il doit nécessairement être au-dehors de soi parce qu'en dedans, son image (échographique) n'est qu'une illusion prise pour du « vrai »...

Pour ces femmes, le fœtus ne semble pas pouvoir être « seulement dedans – aussi dehors »...

Elles ne parviennent pas à recourir aux images qui leur permettraient de  
**« stoppe(r) à la fois l'invasion du monde interne par les excitations exogènes, et l'hémorragie du monde interne dans le monde externe » (J.Guillaumin, 2001, p.1340).**

Ainsi, **madame Q**, qui évoque à plusieurs reprises la possibilité de voir sa fille en couveuse, de la perdre, exprime aussi quelque chose du côté de la toute-puissance du psychisme et parle de la force « mentale » qui l'unit au bébé et qui serait plus forte qu'une certaine évidence biologique.

**« (...) Je me dis...à chaque fois je lui fais un coucou...d'encouragement. Allez, montre-moi que tu as le goût de vivre. Je suis toujours en train de lui demander plein de choses. Je l'ai dessiné tel qu'il (le bébé) est maintenant mais en fait, mine de rien, je vois un petit bébé mais je visualise pas souvent. Je suis plus souvent, pas dans l'imaginaire...je suis passée à un stade très mental...je lui dis « sois forte »...je suis plus dans ce qu'elle (sa fille) peut penser que dans son physique... ».**

Elle n'évoquera à aucun moment la possible souffrance du foetus en manque de liquide amniotique. L'activité fantasmatique de madame Q semble

**« enkystée dans un fonctionnement « purement mental ». C'est ce qu'a bien perçu Winnicott quand il décrit une fantasmatisation compulsive (fantasying) où il voit une négation de la réalité psychique : sorte de défense maniaque à minima avec ce qu'elle comporte de déni de la réalité interne » (J-B., Pontalis, 1971, p.47).**

Ainsi, ni les images échographiques, ni les rêves ne permettent à ces femmes de trouver une issue aux conflits qui les anime pendant la grossesse. Le père de l'enfant à venir est-il sollicité par ces femmes pendant la grossesse ? Est-il capable de leur venir en aide ?

### 3-3- La question du tiers

---

**« Au-delà de l'assomption jubilatoire de la découverte, dans le miroir, du Soi-hors-de-la-mère, c'est le visage de la mère-occupée-par-un-autre-désir qui, « de l'autre côté du miroir », révélera soudain le tiers à l'infans dans cet espace du « féminin primaire ». Ainsi, le « trop peu » de la femme maternelle se redoublera-t-il précocément du « trop » de la mère sexuelle » (F.Guignard, 1999, p.13).**

**Le père de la femme enceinte**

L'intérêt porté aux relations mère-fille pendant la grossesse a mis en évidence la place singulière du père des femmes qui accouchent très prématûrement. La plupart évoquent un lien « privilégié » avec leur père et une mère distante et froide.

**Mesdames P et R** parlent d'un lien fusionnel avec leur père qui semble dupliquer le lien à l'objet maternel dans une sorte d'indifférenciation. Il n'est pas présenté comme une figure capable de s'opposer à la mère et de faire tiers.

**Madame Q** dit que « son père était à la fois son père et sa mère », à la fois père et substitut maternel. Elle mobilise un fantasme de parents combinés qui nie l'existence d'une scène primitive.

**Madame S** ne différencie pas les membres de sa famille : « *pour moi on était quatre* ».

**Mesdames U et W** se sentent plus proches de leur père sans pour autant le présenter comme une figure rassurante et étayante pour elles. Elles consolent le père, abandonné comme elles.

Le père que ces femmes décrivent semble complètement absent de la psyché maternelle. Pourtant le père est celui qui interdit à l'enfant de posséder la mère et à la mère de réincorporer l'enfant... S'il ne parvient pas à être auprès de ses enfants dans une fonction séparatrice et différenciée de la mère, il ne peut pas assurer de fonction pare-excitante. Leur père ne semble pas avoir réussi à les délivrer de la séduction maternelle et de la dépendance érotique à leur mère. Ainsi, l'enfant est désiré comme étant le seul être capable de les séparer, de les arracher à la mère archaïque. L'enfant devient

**« en l'absence d'un fantasme de scène primitive organisateur, (...) le seul tiers imaginable. En même temps, un tel enfant ne peut être conçu sans que cette perspective ramène des angoisses archaïques de destruction. Souvent, elles imaginent risquer d'avorter, d'avoir un enfant anormal, de l'étouffer dans leur ventre pendant leur sommeil. Inversement, la grossesse attaquerait leur corps : elles vont grossir monstrueusement, perdre leurs dents comme leurs cheveux, leur peau va s'épaissir et se tacher, et ne dit-on pas que les hormones conseillées par leur médecin entraînent le cancer. La mort pourrait apparaître à l'issue de telles grossesses « volées » à leur mère ». (S.Faure-Pragier, 2001, p.411)**

Lorsque le père des origines et la mère phallique sont confondus, le père réel ne parvient pas à advenir.

**« (...) le père réel intervient véritablement pour déprendre l'enfant de la permanence d'un double mouvement concernant le père de l'identification primaire « acharnement à détruire l'emprise de cette ombre paternelle et acharnement tout aussi grand à conserver le lien d'amour avec lui » (N.Zaltzman, 1998, p.169, cité d'après G.Roger, 2003, p.158).**

Nous avons vu avec le cas de **madame F** à quel point la figure du gynécologue a occupé une place centrale dans le processus de sa grossesse. Si la problématique oedipienne semblait première, nous avons montré que le tiers recherché était « l'autre de la mère » bien plus qu'un tiers oedipien, castrateur et séparateur. La figure du père de la préhistoire personnelle fonctionne

**« comme un modèle identifiant précoce et pouvant être longtemps clivée de celle du père de l'histoire personnelle, elle constitue alors une défense narcissique tenace contre l'élaboration oedipienne » (J.Guillaumin, 2003 , p.69).**

Le conflit oedipien surgit et s'organise en rapport avec un conflit d'ambivalence avec un objet tiers. Mais parfois le tiers n'est pas un tiers mais la moitié mauvaise de l'objet. Ainsi pouvons-nous

**« repérer trois termes dans l'organisation oedipienne : un sujet uni par des relations à ses géniteurs, eux-mêmes unis par la différence des sexes. Cependant, au lieu que cette différence des sexes structure la relation autour**

*de la problématique de la castration qui s'articule avec celle de l'identification, comme il en va chez le névrosé, cette triangulation subit une mutation profonde. Les deux termes, tout en gardant leur différence, vont se trouver identifiés selon un critère qui ne sera pas celui de leur identité sexuée mais selon leur qualité bonne ou mauvaise. Comme toute dichotomie a pour conséquence que chaque terme renvoie nécessairement à l'autre comme son double inversé, la triangulation sujet-objet, bon et mauvais objet aboutit en fait à une relation duelle, car l'objet tiers n'est jamais que le double de l'objet » (J-L. Donnet, A. Green, 1973, p.265)*

Dans l'histoire des femmes qui accouchent très prématûrement, nous avons vu que la dimension oedipienne de la grossesse n'était pas prévalente. Le registre archaïque est bien plus largement mobilisé. L'histoire de **madame T** en est un exemple que nous allons développer à présent pour éclairer nos propos.

#### **Le père de l'enfant à venir**

*« Penser le père avec la mère, en fonction de celle-ci, c'est rencontrer la place du père dans la construction de la différence, c'est penser comment l'étranger peut prendre une autre figure que celle de l'intrus, comment l'inquiétant, l'inquiétant familier, peut introduire à la découverte du plaisir de la différence, peut « transitionnaliser » la découverte de la différence pour en faire une source de plaisir » (R. Roussillon, 2003, p.187).*

Pour rappel, **madame T** a une fille aînée, Amanda, et elle a perdu un fils à la naissance prénommé Gabriel. Lorsque nous la rencontrons, elle vient d'accoucher prématûrement de Lenna. Madame T nous explique qu'elle n'était pas prête à avoir un enfant lors de sa première grossesse et que c'est son mari qui l'a « poussé ». Ainsi dira-t-elle :

*« J'avais peur. Je me disais qu'on était marié seulement depuis un an...et puis, j'étais jalouse à l'avance de ce bébé. Je me disais que tout l'amour qu'il avait pour moi serait pour le bébé, qu'il aimerait plus cet enfant que moi, qu'il allait prendre de l'amour et que j'en aurais moins...J'ai tellement besoin d'amour et de tendresse ».*

Lorsqu'elle parle de sa grossesse précédente qui s'est achevée par la mort de son fils, **madame T** dit que son mari était sans cesse en déplacement. Il était toujours absent et ne rentrait que le week-end. Après le décès du bébé, « il s'en est beaucoup voulu » et a changé de travail. Il est retourné dans son ancienne entreprise, à côté du domicile familial.

**« J'pouvais pas compter sur mon mari ».**

Pour cette troisième grossesse, elle dit que son mari s'est senti utile parce qu'il devait s'occuper de leur fille aînée, elle-même étant alitée, puis elle ajoute :

**« Il a épuisé ses dernières ressources avec sa fille ».**

Elle parlera souvent de son envie de « retrouver son corps » après la grossesse. Elle craint de ne plus être désiré par son mari. Elle évoque de fréquentes scènes avec son mari qu'elle provoque afin d'être rassuré. Elle se décrit elle-même comme une enfant capricieuse, toujours à la recherche de preuves d'amour :

*« Je lui ai fait vivre des choses difficiles. Je lui ai fait du mal alors que c'était pas sa faute. J'ai mis notre couple en péril. Il a les épaules solides. Si on a tenu bon, c'est qu'il a vraiment quelque chose entre nous ».*

Madame T considère son mari en partie responsable de la mort de leur fils :

**« Je me disais qu'il aurait dû me pousser à aller à la clinique. À la place, il est allé acheter des pneus pour sa voiture. En tant qu'homme, il aurait dû me pousser à partir tout de suite ».**

Nous lui avons demandé ce qui signifiait pour elle, être un homme à ce moment-là, elle a répondu :

**« Prendre la décision pour moi. C'était de l'hésitation parce que j'avais peur. Pour Amanda, j'ai eu des saignements à la fin du premier trimestre. J'ai beaucoup hésité à aller consulter car j'avais peur que ce soit une fausse couche. C'est bizarre cette façon de faire : au lieu de se précipiter et d'empêcher que ça arrive, je préfère ne pas y aller de peur qu'on me dise que j'ai perdu mon bébé ».**

Madame T espérait que son mari la protégerait de ses pulsions destructrices et mortifères. Mais il ne l'a pas fait. Il n'est pas intervenu, il est parti s'acheter des pneus.

Selon R.Debray (1997), l'un des rôles fondamentaux du père est de fournir un contenant aux angoissesmaternelles.

**« S'il y parvient, c'est-à-dire s'il en a la capacité et si la mère le lui permet, il réalise comme un deuxième englobement, un deuxième cercle qui contient la dyade mère/bébé. Je rappelle en effet que l'économie psychosomatique de la mère englobe celle du bébé, ce qui est incontestable durant le temps de la grossesse mais ce qui persiste, de mon point de vue, durant les semaines et les mois qui suivent la naissance ».**

Mais parfois l'arrivée d'un enfant désorganise l'intrication pulsionnelle, jusque-là plus ou moins préservée, dans la psyché des parents. Et le père n'est pas en mesure d'englober la mère. Il ne peut pas jouer son rôle de protection. Avant cette deuxième grossesse, la répétition des fausses couches avait conduit monsieur T à envisagé l'adoption. Il a visiblement été très touché par les fausses couches.

Après la mort de son fils, madame T adressera toute sa colère, non pas à son mari mais à sa fille avec laquelle elle devient violente et qu'elle « secoue » physiquement. Une fois encore, le mari n'intervient pas. Ainsi, en l'absence d'un tiers séparateur et protecteur, la violence de la mère envers sa fille a-t-elle pu se déchaîner. Cette enfant-fille, au moment de la mort du bébé-garçon, n'est-elle pas venu réactiver les liens de madame T avec sa mère ? Liens qu'elle décrit comme douloureux et froids. Madame T cherchait-elle à régler, dans la violence, un contentieux avec sa propre mère, sur le corps de sa fille ? Sa fille, qui est devenue une rivale au moment de l'accouchement prématûr de sa deuxième fille, Lenna. Elle reviendra à plusieurs reprises sur le fait que sa fille de six ans a dormi dans le même lit que son mari pendant son hospitalisation.

À son retour au domicile, elle a trouvé que sa fille était grande, qu'elle n'avait plus besoin d'elle, qu'elle avait mieux travaillé pendant son absence, avec son père, qu'elle avait « fait ses lettres » et progressé. Elle rapporte une phrase de sa fille lui disant : « *J'ai chauffé ta place dans le lit maman* ». Ainsi, la fille de madame T exprime que la place de la mère et celle de la fille sont interchangeables, mobilisant des fantasmes incestueux prégénitaux. Madame T ne pense pas qu'elle doive intervenir dans la relation entre son mari et sa fille. Madame T se sent trompée par sa fille qui lui prend sa place mais semble le vivre comme une fatalité. Ainsi en est-il des mères et de leur fille, interchangeables, l'une contenant l'autre, la mère pouvant remplacer la fille et la fille la mère... Si la naissance de sa seconde fille ravive le fantasme de scène primitive, lui permettant de s'éprouver comme la spectatrice passive du

rapprochement dans le même lit de sa fille et de son mari, est-elle vraiment à l'extérieur de la scène ? En est-elle exclue ? Dans cette scène, la dimension incestuelle entre la mère et la fille est violente et ravivée par la phrase de la fille de madame T : « j'ai chauffé ta place ». Autrement dit, la mère retrouvera également sa fille dans le lit conjugal puisqu'elles partagent la même couche et le même homme. Elle est très contrariée par ce qui s'est passé mais se dit que « *c'est lui le père, il sait ce qu'il fait* ». Ainsi, dans l'histoire de madame T, être un homme signifie être capable de protéger une femme de ses pulsions de mort et de la haine qu'elle peut éprouver envers le fœtus ou envers son enfant. Le climat incestuel qu'elle décrit entre son mari et sa fille donne à entendre la haine d'une mère envers sa fille et le père, plutôt que de les séparer favorise des retrouvailles dangereuses et inquiétantes...

La mort est omniprésente dans l'histoire de madame T, comme dans la plupart des histoires de grossesse des femmes qui accouchent prématurément. Dans certains cas, la pulsion de mort s'est exprimée dès la conception de l'enfant, non pas du côté des femmes enceintes mais du côté de leur conjoint : désir d'avortement, renoncement, dépression...

Le mari de **madame U** lui suggère d'avorter mais ne peut pas la forcer, le compagnon de **madame W** a souhaité une IVG pour la grossesse précédente, et **madame Q** a le sentiment que son ami « *passe à autre chose avant qu'on ait vécu cette histoire* », qu'il « *avait presque tourné la page pour un autre bébé* ». Elle précise lors de l'IRMAG que son désir d'enfant était plus fort que celui de son ami. Dans le discours de ces femmes, les réticences ou le refus d'enfant de leur mari ou compagnon ne semblent pas vraiment importants. Elles se plaignent par contre du manque d'attentions de leur mari pendant la grossesse.

**Madame Q** a été

**« frustrée du non-changement de comportement. Sur le coup, pas les petites attentions. Il l'a eu quand ça a commencé à se passer moins bien. Au début, pas du tout ».**

Le mari de **madame U**

**« est resté un moment sans parler après la découverte de la grossesse. Il se trouvait vieux pour être père. Il est très timide. On sait pas grand chose. C'est pas le tempérament...J'arrive à me débrouiller toute seule ».**

Ainsi le père de l'enfant qu'elles portent ne les aide pas à surmonter leur ambivalence à l'égard de la grossesse. Si

**« dans les cas heureux, les caractéristiques du système préconscient maternel et paternel peuvent se trouver en quelque sorte modérées, tempérées ou adoucies les unes par les autres, témoignant alors d'une certaine complémentarité qui existerait entre mère et père (...) » (R.Debray, 1997),**

dans le cas des femmes rencontrées, la pulsion désintricante semble atteindre aussi bien le père que la mère. Nous avons appris au cours du suivi de monsieur et **madame V** que monsieur V était lui aussi né prématuré et que sa naissance était un sujet très douloureux dans sa famille.

Dans le discours de ces femmes, les hommes sont impuissants à les protéger de l'objet primaire. Nous avons vu que le départ du mari de **madame U** pour la laisser seule avec nous déclenche une immense colère chez elle, qui se traduira par une importante montée de tension.

Par ailleurs, alors que nous n'avions pas prévu d'interroger les pères, nous nous sommes retrouvée, à deux reprises, en présence des maris des femmes interrogées sans

parvenir à séparer le couple. Ainsi, lorsque nous rencontrons **madame R et madame G** dans leur chambre, elles sont avec leur mari. Nous nous présentons au couple puis proposons à madame de participer à notre recherche. Attendant que le mari propose naturellement de sortir, nous sommes surprise et déstabilisée par son insistance à rester. Lorsque nous exprimons notre désir de rester seule en présence de son épouse, cette dernière répond qu'elle ne voit pas de raison que son mari sorte. **Madame G** insiste sur le fait qu'elle « n'a rien à cacher » et **madame R** dira : « au contraire, il est concerné » à entendre peut-être comme « il est plus concerné » c'est lui le père et moi je ne suis qu'une « mère porteuse ? »

Éprouvant sans doute quelque chose d'une lointaine culpabilité à vouloir séparer les parents, nous nous sommes retrouvée en présence du couple parental. Le fantasme de scène primitive que nous avons déjà largement évoqué battait son plein. Ces couples ne voulaient personne derrière la porte ! Aussi nous sommes-nous retrouvés tous ensemble dans la chambre ! D'intrus que nous étions, nous avons été invitée à taire la différence et à nous perdre dans une indifférenciation angoissante.

Pour ces deux femmes, le mari et « futur » père de l'enfant semble occuper une place singulière dans l'histoire de leur grossesse. Ainsi **madame G** peut-elle dire de son mari qu'elle aimera qu'il porte les enfants, qu'il soit enceint à sa place ! Le fantasme de parents combinés et interchangeables est clairement formulé. Monsieur G intervient durant l'entretien lorsqu'il est géné de la violence des propos de sa femme. Ainsi lui suggère-t-il de dessiner une fleur plutôt qu'une bombe... Madame G utilise l'entretien pour exprimer à son mari toute la violence de ses éprouvés mais il ne veut/peut pas entendre. Nous avons eu le sentiment que monsieur G restait pour contrôler sa femme et que madame G avait accepté la présence de son mari afin de lui faire entendre ce qu'elle ne pouvait pas exprimer tout au long de ses grossesses, au risque de devenir une figure effrayante pour lui.

Toute sa colère s'est exprimée à l'encontre d'un homme, un autre homme : son gynécologue. Ainsi, lors de cette troisième grossesse, madame G se sent fatiguée et formule une première demande de congés à son gynécologue qui est rejetée. Quelques jours après, madame G a de violentes contractions qui nécessitent une hospitalisation. Sa première demande, visiblement non entendue, s'est exprimée par la suite au niveau de son corps. Cette somatisation s'apparente à une tentative de convocation d'un objet externe : le médecin. La menace d'accouchement prématuré semble lui permettre d'exprimer la menace que représente l'enfant à l'intérieur du ventre. Madame G est arrivée à exprimer sa colère (destructrice) dans la relation intersubjective. Le gynécologue apparaît comme le symbole de l'objet primaire frustrant, décevant, abandonnant.

Elle s'est sentie agressée tout au long de sa grossesse. Elle insiste sur le tutoiement de ce dernier comme pour souligner l'effroi suscité par ce manque de distance.

**« Le gynécologue me tutoyait : « te pèses pas, t'es pas grosse » « je t'examine pas, c'est pas la peine ». J'ai eu des chutes de tension et j'ai demandé un arrêt mais ils ont refusé et quelques semaines après, mon col était ouvert et ils m'engueulaient ».**

Madame G s'est « arrachée » de l'hôpital où elle était suivie au cours de sa grossesse. Elle s'est exilée à plusieurs centaines de kilomètres de chez elle pour venir dans un service où « les gens sont adorables avec elle », où elle se sent soutenue, contenue...

Nous pensons que ce qui différencie les femmes qui sont hospitalisées pour MAP, c'est précisément leur capacités à exprimer dans une relation intersubjective la violence que la grossesse leur fait vivre. Ainsi, parmi les femmes qui vont au terme après la MAP, nous

notons une expression de leur agressivité et de leur colère beaucoup plus affirmée que chez celles qui accouchent prématûrement. Elles semblent trouver dans le monde médical qui les entoure l'existence d'un tiers rassurant et réconfortant et auquel elles peuvent s'attaquer sans crainte de représailles. L'hospitalisation devient l'occasion d'exprimer leur haine à l'objet primaire en présence d'un tiers qui veille sur elles et sur l'enfant.

Le mari de **madame R** est lui très effacé. Il se dit heureux d'avoir participé à toutes les démarches de la grossesse mais encore inquiet que la grossesse n'aille pas jusqu'au bout. Si habituellement, la formule consacrée est « pater semper incertus est », dans le cas du couple de monsieur et madame R, l'incertitude plane sur la mère. Il y a une autre femme à l'origine de la grossesse de madame R. Une autre femme qui pourrait resurgir sous les traits de l'enfant, ravivant l'effet d'inquiétante étrangeté dont nous avons déjà longuement parlé. Aussi pouvons-nous mieux comprendre le désir de madame R que son enfant ressemble au père ! Loin de percevoir une complicité dans le couple, nous avons eu le sentiment d'être invitée à nous confondre avec eux. Lorsque nous avons proposé le dessin, l'entretien a changé de tonalité. Le dessin a vraisemblablement réveillé la question des ressemblances et par conséquent, le don d'ovocytes. Nous sommes devenue dangereuse et menaçante pour madame R. Son mari est resté en retrait, présent mais spectateur passif de la douleur inexprimable de sa femme d'avoir laisser une autre femme lui donner un enfant... C'est peut être pour cela que nous devions être trois au cours de cet entretien...

La clinique montre que les hommes présents dans la vie des femmes qui accouchent prématûrement, qu'il s'agisse de leur père ou de leur mari sont peu écoutés, là sans être là, vécus comme incapables de les arracher à l'emprise maternelle.

# Synthèse

*« Les processus de dilatation du Moi, au cours desquels l'indétermination première des frontières entre sujet et objet se retrouve, dépendent essentiellement du destin de la libido narcissique. L'autre n'est jamais complètement un autre, puisqu'on ne peut le rejoindre qu'à travers sa représentation située dans le Moi du sujet et donc investie narcissiquement. L'autre ne saurait se constituer comme pleinement autre qu'en perpétrant un acte de violence, et l'on sait que parfois l'interprétation peut en être un. Quant au Moi, il n'est jamais absolument lui-même, puisque, en partie perdu dans l'image des objets qu'il investit, il est aussi occupé par les représentations de l'autre qui le façonnent jusqu'à un certain point » (De M'Uzan M., 1994, p.98).*

Notre questionnement initial portait sur le processus d'objectalisation du fœtus. Nous nous sommes tout d'abord demandée si les mouvements fœtaux favorisaient ce processus ou non. Nous avons pu montrer que pour les femmes qui accouchent très prématurément, les mouvements fœtaux sont mal perçus, dérangeants et porteurs d'un sexuel dont elles ne veulent rien savoir. « L'empêtrleur » c'est le sexuel. Nous avons également vu qu'elles ne parviennent pas à rêver et à figurer le conflit qui les habite. Une force destructrice les empêche d'investir la grossesse et le fœtus qu'elles portent.

Leur corps devient porteur d'une excitation inqualifiable, qui ne peut plus se différencier de la psyché. La présence du foetus produit un effet traumatique et tend à exacerber l'expression de la destructivité. Il menace le Moi.

Nous avons soutenu l'hypothèse selon laquelle les femmes qui accouchent très prématurément attaquent l'objet fœtus parce qu'elles l'identifient à l'objet primaire maternel. Elles accouheraient afin de suspendre la violence traumatique inhérente au surgissement du non-moi dans le moi. Cette expérience originale serait traumatique pour ces femmes en raison de la défaillance de l'objet primaire maternel, qui n'a pas joué son rôle structurant dans sa présence, son mode d'être, sa continuité, altérant alors le processus de la différenciation intrapsychique. Les carences dans le lien avec l'objet primaire ont conduit ces femmes à effectuer une différenciation trop précoce du Moi (mauvais accordage).

La clinique nous a permis de vérifier en partie cette hypothèse. Nous avons montré que les relations entre ces femmes et leur mère étaient souvent froides et dépourvues de tendresse et que leur apparent détachement trahissait une dépendance forte à l'égard de leur mère. Leurs difficultés de procréation et leurs difficultés à distinguer le féminin du maternel et à investir leur corps comme un corps érogène pendant la grossesse témoignent de l'emprise de l'objet maternel sur leur propre corps et de l'échec de la subversion libidinale. La pauvreté du matériel onirique renforce l'idée d'une défaillance dans les relations précoces à l'origine d'un fonctionnement opératoire.

À l'issue de notre réflexion, nous nous demandons si la prématurité vient en réponse au processus d'objectalisation impossible du fœtus ou si elle est l'expression d'un processus de désobjectalisation entamé dès la grossesse et parfois même dès le processus de procréation.

Il apparaît que c'est davantage l'investissement du fœtus qui est attaqué que le fœtus lui-même. Notre travail a montré que les difficultés d'investissement du processus de la grossesse sont présentes bien avant la perception des mouvements foetaux. Les études de cas de **madame Q et U** ont mis en évidence leurs difficultés à investir le fœtus et à investir positivement la grossesse. Leurs récits de grossesse sont sombres et négatifs.

La pensée d'A.Green (1993, p.119) permet d'ouvrir d'autres pistes de réflexion. Il soutient l'hypothèse d'un

**"narcissisme négatif comme aspiration au niveau zéro, expression d'une fonction désobjectalisante qui ne se contenterait pas de se porter sur les objets ou leurs substituts mais sur le processus objectalisant lui-même. [...] La visée objectalisante des pulsions de vie ou d'amour, a pour conséquence majeure d'accomplir, par la médiation de la fonction sexuelle, la symbolisation (Bion, Winnicott, Lacan)".**

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

Pour A.Green (1993, p.119), le désinvestissement est  
**"la manifestation propre à la destructivité de la pulsion de mort".**

La fonction désobjectalisante, loin de

**"se confondre avec le deuil, est le procédé le plus radical pour s'opposer au travail de deuil qui est au centre des processus de transformation caractéristique de la fonction objectalisante".**

Ainsi, ces femmes, dans l'incapacité de revivre le deuil traumatique engagé dans le processus d'objectalisation, et de différenciation moi/non-moi, seraient aux prises avec la pulsion de mort et sa force désintricante. La survenue des mouvements foetaux déclenche le processus de destructivité.

Les mouvements foetaux donnent le sentiment à **madame Q** qu'elle réalise « quelque chose de vrai ».

**« Quand on commence à le sentir, c'est génial et puis quelque part, c'est un accomplissement. J'ai l'impression que ça donne un sens à ma vie ».**

R.Roussillon, (2001a, p.1387), écrit que

**« Le vrai en psychanalyse se définit par l'effet de conviction qu'il produit et celui-ci est relatif à l'intelligibilité qu'il introduit dans la psyché ».**

Madame Q éprouve avec la grossesse, quelque chose de l'existence. Les mouvements foetaux sont pris pour du « vrai », ils font « sens » pour elle, comme si elle venait de trouver « une représentation « vraie » de ce qui (lui) a manqué pour être « suffisamment satisfait(e)»).

Mais lorsque R.Roussillon écrit ces lignes, il parle du travail psychique qui s'opère dans l'analyse et de la nécessaire perlaboration des effets du manque sur l'ensemble de l'économie psychique. Pour madame Q, ce qui devient « vrai » c'est l'expérience qu'elle vit de porter un autre en elle. Cette « vérité » pourrait être l'occasion pour elle de trouver une issue à l'alternative entre l'action d'un « mauvais » moi, d'un mal interne, ou d'un

mauvais objet. Mais cette issue n'est pas trouvée à travers la grossesse, qui s'achève très prématurément. Lorsque le fœtus s'individualise, se différencie c'est l'impossibilité de se représenter les effets de l'insatisfaction qui condamne madame Q à une solution « narcissique ». Elle ne parvient pas à trouver de plaisir-satisfaction dans la rencontre primitive avec l'objet.

**« La destructivité varie en effet non seulement en fonction du « fond » pulsionnel du sujet, mais aussi en raison de l'inintelligibilité de ce qui l'habite et qui exacerbé celle-ci, le condamnant aux solutions « narcissiques » consistant à tout rapporter à soi, y compris et surtout le « mauvais » alors identifié à l'action d'un « mal » interne et inhérent au sujet, là où il faudrait pouvoir se représenter l'effet de l'insatisfaction, et sa répétition dans les relations actuelles ». (R.Roussillon, 2001a, p.1386)**

Ces femmes ne parviennent pas à construire de représentation de la « défaillance maternelle », qui pourrait constituer un premier travail de représentation du « traumatisme perdu » (R.Roussillon, 1991). Elles parviennent pas à détruire l'objet dans le fantasme et par le fantasme. L'échec de l'organisation de ce fantasme destructeur les pousse à la destruction (R.Roussillon, 2001a), destruction de ce qui en elles témoignent de la présence de l'objet : le fœtus. L'expulsion du fœtus est à entendre comme un

**« effort de « purification » auquel le moi est conduit pour tenter de survivre » (R.Roussillon, 2001a, p.1385).**

L'absence de plaisir dans les échanges entre la mère et son bébé, nous l'avons vu, empêche le sujet d'investir son propre corps. Ainsi, ces femmes, privées d'une expérience de satisfaction dans le premier corps à corps avec leur mère, retrouvent-elles lors de l'expérience de la grossesse l'absence de satisfaction. Elles parviennent à halluciner les mouvements fœtaux mais ce sont

**« des hallucinations sans satisfaction, des « compulsions à la répétition » qui ne produiront pas des expériences apaisantes, qui au contraire intensifieront la destructivité, et nécessiteront la mise en place de défenses contre celle ci ou les expériences qui la ravivent, ou de procédés autocalmants » (R.Roussillon, 2001a, p.1385).**

La théorisation d'A.Green soulève d'autres questions dans la perspective psychosomatique qui est la nôtre. Nous ne pensons pas que la somatisation ne soit que l'effet de la désintrication pulsionnelle. La clinique nous a permis de voir que l'investissement du fœtus, s'il n'avait pas été possible pendant la grossesse, le devenait le temps de l'hospitalisation. Ainsi, l'expulsion du fœtus pendant la grossesse nous apparaît également comme la recherche d'une issue, une tentative de symbolisation face un vécu traumatique inélaborable.

La prématurité est à envisager comme une étape de la maternalisation plutôt que comme une rupture de ce processus.

# Perspectives

En 2005, H.Atlan (p.33) révélait au grand public que les discussions « *sur les avantages et les inconvénients, d'ordre médical et éthique, de l'ectogenèse humaine par rapport à la gestation habituelle dans le ventre d'une femme* »

avaient déjà commencé aux Etats-Unis. Que deviendrait la grossesse si on remplaçait le ventre maternel par un incubateur et par conséquent pourrait-on encore parler de « prématûrité » ? Si un utérus artificiel venait à remplacer l'utérus maternel dans les décennies à venir, séparant ainsi la procréation de la grossesse, les mères pourraient vivre la grossesse comme une expérience « hors-corps ». L'avenir que nous prédit H.Atlan est un avenir où la sexualité serait séparée de la procréation (avec les PMA), et la procréation séparée de la grossesse (avec l'utérus artificiel) et de la sexualité.

Ainsi ce que les parents d'enfants prématûrés vivent dans les services de réanimation néonatale, c'est-à-dire regarder grandir son enfant à l'intérieur d'une couveuse deviendrait la grossesse du 3<sup>ème</sup> millénaire. Si jusqu'à présent, la naissance était le

« *seuil absolu à partir duquel un enfant humain est vu comme tel, au sens propre et figuré* » (p.108),

avec l'utérus artificiel se poserait la question du statut du fœtus et de son « humanisation ». Ainsi que l'écrit S.Missonnier (2007a),

« *le fœtus, devenu « patient » du diagnostic anténatal, membre exposé de la famille dès son premier cliché échographique dans l'album, « sujet » d'une possible ritualisation du « deuil » en cas de « décès », ou encore survivant-né dans un utérus artificiel en néonatalogie dès 24 semaines, ce foetus est en risque permanent d'imprudente accélération du processus d'humanisation par son entourage* ».

La question du fœtus peut historiquement être lue comme cette acquisition par un « machin », « truc », « chose » de la qualité d'être humain. Dans *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime* (1960), P.Ariès montre que l'enfant n'a pas toujours été l'enfant tel qu'il est conçu aujourd'hui. Il faut attendre seulement le XIX<sup>e</sup> siècle pour que le mot « bébé », emprunté à l'anglais, apparaisse dans la langue française. Au XIV et XV<sup>e</sup> siècle, « enfant » s'emploie au même titre que valets, valetons, garçon, fils. Jusqu'au XII<sup>e</sup> siècle l'enfant n'a pas de réalité et ne présente aucun intérêt : il est simplement un adulte de petite taille. Il est totalement absent de l'art du Moyen-âge. Au XVIII<sup>e</sup> siècle, on invente l'enfant en Europe et un petit peu plus tard on invente l'adolescent. On assiste dans la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle à l'invention du bébé et du nourrisson. N'assistons-nous pas aujourd'hui, à l'invention du fœtus ? Depuis les années 1990 le fœtus est individualisé et les effets de sa présence sont appréhendés d'un point de vue somatique et psychodynamique. Nous parlons désormais de l'investissement du fœtus et non plus de l'investissement de la grossesse.

Par ailleurs, les nouvelles techniques reproductive ont déjà considérablement modifié les liens entre la femme enceinte (ou voulant le devenir) et l'embryon ou le fœtus. Avec

la fécondation in vitro, de nombreux embryons sont produits, cultivés in vitro pendant quelques jours et conservés pendant plusieurs années grâce à la congélation. Aussi l'embryon apparaît-il comme une entité distincte du corps de la femme, différenciée. Cette individualisation de l'embryon est également renforcée par l'échographie fœtale. L'échographie permet de veiller au développement du fœtus mais évacue le corps de la femme qui le porte.

La très grande prématûrité permet de réfléchir à ce qui est engagé dans ces parentalités qui se construisent « hors corps ». La couveuse est déjà une forme d'utérus artificiel à l'intérieur duquel le fœtus poursuit sa maturation. Ainsi pendant trois mois le fœtus est à la fois né et pas encore-né car incapable de vivre en dehors de la couveuse et des machines. A quel moment ce fœtus devient-il un « enfant humain » pour ses parents et pour les soignants ?

Pour comprendre ce processus « d'humanisation » du fœtus il nous est apparu nécessaire d'appréhender la grossesse à l'intérieur d'une trajectoire de vie et d'enjeux globaux du fonctionnement de la psyché. Nous avons essayé de comprendre ce qui se passe pour les futurs parents pendant les neuf mois nécessaires à la création d'un être humain et ce qui se passe lorsque cette temporalité n'est pas respectée et qu'un fœtus de 6 mois naît et acquiert par sa naissance, le statut de bébé et d'être humain.

Nous avons vu que toute naissance mobilise les forces d'Eros et Thanatos et que l'investissement du fœtus n'est pas toujours possible pour les femmes enceintes. Mais la naissance prématurée, aussi violente soit-elle, permet parfois l'intrication pulsionnelle, garante de la destructivité. Le sentiment violent d'avoir été défaillantes semble amener les femmes qui accouchent prématûrement vers un travail de représentation jusque-là impossible de la défaillance de l'objet maternel primaire.

Concernant l'hypothèse psychosomatique, elle a été renforcée au cours de notre recherche par une avancée scientifique importante. Des chercheurs de l'unité Inserm 29 à l'Institut de Neurobiologie de la Méditerranée (INMED) sous la direction de Yehezkel Ben-Ari ont découvert en 2007 que la mère informe et prépare le foetus à l'accouchement grâce à une hormone, l'ocytocine. L'éénigme demeure quant aux raisons du déclenchement de cette hormone avant le terme. Cette avancée scientifique renforce la pertinence d'une recherche sur les enjeux psychiques de la très grande prématûrité chez la femme enceinte.

Aujourd'hui le débat sur la légitimité des mères porteuses ouvrent encore d'autres pistes à explorer. Des études montrent que le taux de prématûrité est plus élevé chez les mères porteuses que chez les femmes enceintes tout-venant et que parallèlement, elles souffrent moins de troubles du post-partum. Si certains défendent la « location » d'un corps pendant neuf mois (selon l'expression d'un sénateur), il serait toutefois intéressant de se pencher sur les enjeux psychosomatiques de ces grossesses pour autrui...

## Bibliographie

- ADOMNICAÏ I., (2005), « Destins du « signifiant énigmatique » dans le champ psychosomatique » in *Champ psychosomatique*, n° 37, 1, pp.59-76.
- AGAMBEN G., (2000), *Enfance et histoire*, Paris, Payot, 245 pages.
- AKRICH M. & PASVEER B., (1996), *Comment la naissance vient aux femmes*, Marsat, Les empêcheurs de penser en rond, 194 pages.
- AMMANITI M., TAMBELLI R., PERUCCCHINI P., (2000), « De la grossesse à la période post-accouchement : instabilité et évolution des représentations maternelles », in *Devenir*, vol.12, n°2, pp.57-74.
- AMMANITI M., CANDELORI C., POLA M., TAMBELLI R., (1999), *Maternité et grossesse*, Paris, PUF, 180 pages.
- AMMANITI M., (1991), « Représentations maternelles pendant la grossesse et interactions précoces mère-enfant », in *Psychiatrie de l'enfant*, XXXIV, 2, pp.341-358.
- ANDRE J., (2003), « L'empire du même », in *Mères et filles. La menace de l'identique*, Paris, PUF, pp.11-22.
- ANZIEU D., (1995), *Le moi-peau*, Paris, Dunod, 291 pages.
- ANZIEU-PREMMEREUR A., (2003), « Illusion et jeu : la mise en place de l'espace transitionnel », in C.Anzieu-Premmereur, M.Pollack-Cornillot et al., *Les pratiques psychanalytiques auprès des bébés*, Paris, Dunod, pp.19-87.
- ASSOUN P.-L., (1992), « Voyage au pays des mères », in *Nouvelle revue de psychanalyse*, n°45, pp.109-130.
- ARIÈS P., (1960), *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, Paris, Editions du seuil, 2001, 320 pages.
- ATLAN H., (2005), *L'utérus artificiel*, Paris, Le seuil, 215 pages.
- AUDRAS DE LA BASTIE M., (1984), « Recherche de facteurs psychologiques dans l'étiologie de la prématûrité », in *Psychanalyse à l'Université*, 9, pp.259-280.
- AULAGNIER P., (1975), *La violence de l'interprétation*, Paris, PUF, 1999, 363 pages.
- AULAGNIER P., (1964), « Remarque sur la structure psychotique. Ego spéculaire, corps, fantasme et corps partiel », in *La psychanalyse*, Paris, PUF, VIII.
- BACHELARD G., (1986), *La Formation de l'esprit scientifique, Contribution à une psychanalyse de la connaissance objective*, Paris, Vrin, cité par C.DURIF-BRUCKERT, in *Une fabuleuse machine*, 1994, Paris, Métailié, p.11.
- BAKER A.A, MORISON M, GAME J-A., TORPE J-G., (1961), « Admitting schizophrenic mothers with their babies », in *Lancet*, pp.237-239.
- BALAT M., (1989), « De Peirce et Freud à Lacan », in « S », *Revue européenne de sémiotique*, 25 pages.

- BARANES J., (2002), « Penser le double », in *Revue française de psychanalyse*, 5, Volume 66, pp.1837-1843.
- BARRAT M.S., ROACH M.A., LEAVITT L.A. (1992), « Early channels of mother-infant communication : preterm ad term infant », in *Journal of child psychology and Psychiatry*, 33, pp.1193-1204.
- BATISTA PINTO E., GRAHAM S., IGERT B., SOLIS-PONTON L., (2002), « Le bébé prématuré, les enjeux de la parentalité », in *La parentalité*, Paris, PUF, pp.273-295.
- BELLION E., (2001), « Agressivité et grossesse ; pour un cheminement nécessaire vers la naissance de la relation mère/bébé », in *Devenir*, Vol.13, n°1, pp.67-83.
- BENHAIM M., (2006), *L'ambivalence de la mère. Etude psychanalytique sur la position maternelle*, Erès, Ramonville Saint-Agne, 106 pages.
- BENEDEK T., (1959), « Parenthood as a developmental phase » in *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, pp.389-417.
- BEN SOUSSAN P., (1999), *Le bébé imaginaire*, Erès, coll.1001 bélés, 73 pages.
- BERGERET J., (2000), *La violence fondamentale*, Paris, Dunod, 251 pages.
- BIBRING G.L., (1959), « Some considerations on the psychological processes in pregnancy », in *Psychoanalytic Study Child*, 14, pp.113-123.
- BIBRING G.L., T.F.DWYER., D.S.HUNTINGTON., A.F.VALENSTEIN., (1961), “A study of psychological processes in pregnancy of the earliest mother-child relationship”, in *Psychoanalytic Study Child*, 16, pp.9-27.
- BLONDEL B., MELLIER G., (1996), « Les visites à domicile pendant la grossesse : revue des essais randomisés et questions soulevées », in *Journal Gynecol Obstet Biol Reprod*, 25, pp.512-522.
- BOKANOWSKI T. (2002), « Traumatisme, traumatique, trauma », in *Revue française de Psychanalyse*, 66, 3, p.743-755.
- BOKANOWSKI T., (2001), « La bisexualité en travail dans la cure », in *Monographie de la revue française de psychanalyse, Bisexualité*, Paris, PUF, pp.111-130.
- BORGHINI A., MULLER NIX C., (2008), *Un étrange petit inconnu. La rencontre avec l'enfant né prématuré*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 139 pages.
- BOTELLA C. et S., (1992), « Le statut métapsychologique de la perception et de l'irreprésentable », in *Revue Française de Psychanalyse*, 1, pp.23-41.
- BOTELLA C., (2001a), « À propos du livre de Jacques Press : La perle et le grain de sable (Traumatisme et fonctionnement mental) : Essai psychanalytique », in *Revue française de psychosomatique*, 1, n° 19, pp.181-190.
- BOTELLA C. et S., (2001b), *La figurabilité psychique*, Paris, Delachaux, 253 pages.
- BOUCHET S., (1992), *De mère à grand-mère*, Paris, Fayard, 179 pages.
- BOURGUIGNON O., BYDLOWSKI M., (1995), *La recherche clinique en psychopathologie*, Paris, PUF, 320 pages.
- BRAUNSCHWEIG D., FAIN M., (1975), *La nuit, le jour. Essai psychanalytique sur le fonctionnement mental*, Paris, PUF, 302 pages.

- BROCHARD E.R, (1995), « Les alarmes, signalisation de relation », in *Les cahiers du réseau*, n°4, pp.51-53.
- BROUSSOUS-LAZARUS S., (1991), « La menace d'accouchement prématûr : ses aspects psychologiques. Enquête à l'appui », in *Contraception, fertilité, sexualité*, vol.19, n°5, pp.413-419.
- BROYER G., (2002), « Pensez psychosomatique », in *Avoir ou être un corps ?*, Lyon, L'interdisciplinaire, pp.12-31.
- BRUN D., (1990), *La maternité et le féminin*, Paris, Denoël, 280 pages.
- BULLINGER A., GOUBERT N., (1999), « Le bébé prématûr, acteur de son développement », in *Enfance*, 1, pp.27-32.
- BUTLER N., ALBERMAN E., (1969), *Maternal factors affecting duration og pregnancy in perinatal problems. The second report of the 1958 British perinatal mortality survey*, Edinburgh, 395 pages.
- BYDLOWSKI M., (2002), « Des interventions psychothérapeutiques à la maternité », in *Des mères et leurs nouveaux-nés*, Issy-les-moulineaux, ESF, pp.15-31.
- BYDLOWSKI M., (2001), « Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne », in *Devenir*, Vol.13, n°2, pp.41-52.
- BYDLOWSKI M., (2000), *Je rêve un enfant*, Odile Jacob, Paris, 186 pages.
- BYDLOWSKI M., (1997), *La dette de vie, Itinéraire psychanalytique de la maternité*, Paris, PUF, 203 pages.
- BYDLOWSKI M., (1992), « Les infertiles », in *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n°45, Paris, Gallimard, pp.143-160.
- BYDLOWSKI M., (1989), « Désir d'enfant, désir de grossesse », in *Psychopathologie du bébé*, (ss la dir.) S.Lebovici, F.Weil-Halpern, Paris, PUF, pp.57-65.
- BYDLOWSKI M. & R., (1976), « Le cauchemar de la naissance. Contribution à la représentation inconsciente de l'accouchement », in *Topique*, 17, EPI, Paris, pp.139-155.
- CANDELORI C., (1999), « L'IRMAG, un instrument pour explorer les représentations pendant la grossesse », in *Maternité et grossesse*, Paris, PUF, pp.21-35.
- CAREL A., (1977), « Le « nouveau-né à risques » et ses parents », in *Le devenir de la prématûrité*, Paris, PUF, pp.125-164.
- CELERIER M-C., (1989), *Corps et fantasmes. Pathologies du psychosomatique*, Paris, Dunod, 174 pages.
- CHERVET B., (2001), « Les veines de l'onyx. Ou les contraintes imposées au ça », in *Revue fran ç ai s e de p s y c hanaly s e*, 4, volume 65, p.1091-1100.
- CIXOUS H., (2000), *Le jour où je n'étais pas là*, Mayenne, Galilée, 189 pages.
- CLEMENT R., (1985), « Parentalité et dysparentalité » in *Le groupe familial*, FNEPE.
- CLERGET J., (sous la direction de ), (2002), *Naissance et séparation*, Erès, 152 pages.
- CLERGET J., (sous la direction de), (1986), *Fantasmes et masques de grossesse*, Lyon, PUL, 259 pages.

- COPPER R., et al., (1996), « The preterm prediction study : maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks' gestation », in *Am J Obstet Gynecol*, 175, pp.1286-1292.
- COURNUT-JANIN M., (2001), "Incestes. Histoires et préhistoires", in *Incestes*, (sous la dir.) ANDRE J., Paris, PUF, pp.75-90.
- COUVREUR, C. (1995), « Les motifs du double », dans *Le double*, Monographies de la Revue française de psychanalyse, Paris, PUF, p. 21.
- CRNIC K.A. (1983), « Social interaction and developmental competence of preterm and full-term infants during the first year of life », in *Child Development*, 54,
- CUPA D., DESCHAMPS-RIAZUELO, MICHEL F., (2001), « Anticipation et création : l'anticipation parentale prénatale comme œuvre », in *Pratiques psychologiques*, 1, pp.31-42.
- CUPA D., (1996), « Rêves d'accouchement, émergence de fantasmes originaires, in Champ psychosomatique, 9, pp.37-47.
- CUPA D., VALDES L., ABADIE I., M.PINEIRO., A.LAZARTIGUES., (1992), « Bébé imaginé et interactions précoces », in *Devenir*, 4, 2, pp.47-60.
- DAFFOS F., (1996), « Nos connaissances tirées de la pratique de la médecine fœtale », in *Anthropologie du fœtus*, (sous la dir de) J.Bergeret, Paris, Dunod, pp.53-68.
- DARCHIS E., (2004), « Bébés monstrueux en gestation », in *Imaginaire et inconscient*, n°13, 1, pp.91-108.
- DARRIEUSSECQ M., (2002), *Le bébé*, P.O.L., Paris, 187 pages.
- DE BISSY G., (1994), "Les "vraies" mères", in *Revue Française de Psychanalyse*, T.LVIII, 1, pp.33-39.
- DEBRAY R., (1996), *Clinique de l'expression somatique*, Paris, Delachaux et Niestlé, 316 pages.
- DEBRAY R., (1997), « Les balancements de la symptomatologie psychosomatique dans le triangle : père-mère-bébé », in *Corps malade et corps érotique*, Masson, Paris, pp.21-30.
- DEHAN M., (1994), « Le néonatalogiste et les enfants des PMA », [en ligne], disponible sur : <http://www.lesjta.com/article> , 7 pages.
- DEJOURS C., (2009), « Corps et psychanalyse » in *L'information psychiatrique*, vol. 85, n° 3, pp.227-234.
- DEJOURS C., (2001), *Le corps d'abord*, Payot, 203 pages.
- DEJOURS C., (1994), « La corporéité entre psychosomatique et sciences du vivant », in *Somatisation, psychanalyse et sciences du vivant*, Editions Eshel, Paris, 359 pages, pp.93-122.
- DEJOURS C., (1993), « Le corps dans l'interprétation », in *Revue Française de Psychosomatique*, 3, p.109-118.
- DEL VOLGO M-J., (1997), *L'instant de dire. Le mythe individuel du malade dans la médecine moderne*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 249 pages.

- DE M'UZAN M., (2005), *Aux confins de l'identité*, Paris, Gallimard, 165 pages.
- DE M'UZAN M., (1994), *La bouche de l'inconscient*, Paris, Gallimard, 201 pages.
- DENIS P., (1999), « Impact de l'image en échographie et rôle de l'échographiste », in *Écoute voir... L'échographie de la grossesse*, Erès, Ramoville saint-agne, pp.63-87.
- DEUTSCH H., (1924), *Psychanalyse des fonctions sexuelles de la femme, histoire de la psychanalyse*, Paris, PUF, (1994), 144 pages.
- DEVEREUX G., (1980), *De l'angoisse à la méthode*, 1998, Paris, Aubier, 474 pages.
- DIDI-HUBERMAN G., (1997), *L'image ouverte*, Paris, Gallimard, 397 pages.
- DIDI-HUBERMAN G., (1990), *Devant l'image. Questions posées aux fins de l'art*, Minuit, 352 pages.
- DONNET J.-L., GREEN A., (1973), *L'enfant de ça. Psychanalyse d'un entretien : la psychose blanche*, Paris, Ed. de Minuit, 352 pages.
- DREYFUS S., (2003), « Le féminin, de l'identique à l'identité », in *Revue française de psychanalyse*, vol.67, 1, pp.79-93.
- DRUON C., (2001), « L'oralité au carrefour de la vie intra-utérine et de la vie néonatale », in *Revue Française de psychanalyse*, vol.65, 1, pp.1597-1612.
- DRUON C., (1998), « Le bébé dans un service de médecine néonatale », in *L'observation du nourrisson et ses applications*, Erès, pp.61-79.
- DRUON C., (1996), *À l'écoute du bébé prématuré*, Paris, Aubier, 186 pages.
- DUFOURMENTELLE A., (2001), *La sauvagerie maternelle*, Calmann-Lévy, Paris, 220 pages.
- DUMET N., BROYER G., (sous la dir), (2002), *Avoir ou être un corps ? Lyon-Limonest, L'interdisciplinaire – Psychologie(s)*, 134 pages.
- DUMET N., (2002), *Clinique des troubles psychosomatiques*, Paris, Dunod, 172 pages.
- DUMET N., BROYER G., (sous la dir) (2002), *Cliniques des corps*, Lyon, PUL, 134 pages.
- DUPARC F., (2001), « Formes motrices et figures hallucinatoires », in *Revue française de psychanalyse*, 65, n°4, pp.1291-1302.
- DURIF-BRUCKERT C., (1994), *Une fabuleuse machine*, Métailié, Paris, 223 pages.
- FAIN M., DEJOURS C., (sous la dir), (1984), *Corps malade et corps érotique*, Masson, Paris, 135 pages.
- FAIN M., (1981), « Vers une conception psychosomatique de l'inconscient », in *Revue française de psychanalyse*, 45, pp.281-292.
- FAURE-PRAGIER S., (2003), « Défaut de transmission du maternel. Absence de fantasme, absence de conception ? », in *Mères et filles. La menace de l'identique*, (sous la dir.) J.André, Paris, PUF, pp.53-76.
- FAURE-PRAGIER S., (1999), « Le désir d'enfant comme substitut du pénis manquant : une théorie stérile de la féminité », in *Clés pour le féminin, Revue française de psychanalyse*, Paris, PUF, pp.41-55.
- FAURE-PRAGIER S., (1997), *Les bébés de l'inconscient*, Paris, PUF, 256 pages.

- FEDIDA P., (2003), « L'arrière-mère et le destin de la féminité », in *Mères et filles. La menace de l'identique*, (sous la dir) J.André, Paris, PUF, pp.141-167.
- FEDIDA P., (2000), *Par où commence le corps humain. Retour sur la régression*, Paris, PUF, 118 pages.
- FEDIDA P., (1994), « Pour une métapsychologie analogique. Fécondité de l'hétérogène », in I.Billiard (sous la dir.), *Somatisation, psychanalyse et sciences du vivant*, Paris, Eshel, 359 pages, pp.123-147.
- FEDIDA P., (1978), « L'«objeu» » in *L'absence*, Paris, Gallimard, pp.137-281.
- FELLOUS M., (2004), « Explorer le ventre fécond de la mère », in *Revue française de Psychosomatique*, n°26, 2, pp.83-97.
- FERRARO F., & NUNZIANTE-CESARO A., (1985), *L'espace creux et le corps saturé*, Paris, Ed. Des femmes, 1990, 346 pages.
- FRAIBERG S., (1999), *Fantômes dans la chambre d'enfants*, Paris, PUF, 416 pages.
- FRESCO N., SILVESTRE D., (2001), « Faire un enfant. À propos du diagnostic prénatal », in *L'enfant*, (sous la dir) J.-Pontalis., Paris, Gallimard, pp.277-298.
- FREUD S., (1937), « L'analyse avec fin et l'analyse sans fin », in *Résultats, idées, problèmes*, II, Paris, PUF, 1985.
- FREUD S., (1931), « Sur la sexualité féminine », in *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 1985, pp.139-155.
- FREUD S., (1926), *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF, 1993, 88 pages.
- FREUD S., (1925a), "Quelques conséquence psychologiques de la différence anatomique entre les sexes", in *La vie sexuelle*, Paris, PUF., 1985, pp.123-132.
- FREUD S., (1925b), « La négation », in *Résultats, idées, problèmes*, II, Paris, PUF, 1985.
- FREUD S., (1919), *L'inquiétante étrangeté et autres essais*, Paris, Gallimard, 1985, 342 pages.
- FREUD S., (1905), *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard, 1987, 211 pages.
- GERNET I., (2007), « Corps et subjectivité », in *L'évolution psychiatrique*, n°72, pp.338-345.
- GIMENEZ G., (2000), « Le travail de l'hallucination », in *Cliniques méditerranéennes*, n °62, pp.149-167.
- GODFRIND J., (2001), *Comment la féminité vient aux femmes*, Paris, PUF, 148 pages.
- GOLSE B., (2006), « L'être bébé », Paris, PUF, 331 pages.
- GOLSE B., (2004), « La « grossesse » des parents adoptants », in S.Missonnier, B.Golse, M.Soulé, *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*, Paris, PUF, pp.193-222.
- GOLSE B., (2001a), « De la différenciation à la séparation : It's a long way to go », in *Revue Française de Psychanalyse*, T2, pp.369-380.
- GOLSE B., BYDLOWSKI M., (2001b) « De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation », *Carnet Psy*,

- [en ligne], disponible sur : <http://www.carnetpsy.com/Archives/Recherches/Items/p58.htm>
- GOLSE B., GOSME-SEGURET S., MOKHTARI M., (2001), *Bébés en réanimation, naître et renaître*, Paris, Odile Jacob, 231 pages.
- GOLSE B., (1999), *Du corps à la pensée*, Paris, PUF, 375 pages.
- GOLSE B., (1995), « La psychiatrie du bébé : de la place du corps comme « voie royale » de l'accès à la sémiotisation », in *L'information psychiatrique* n°1, pp.18-23.
- GOLSE B., BURSZTEJN C., (sous la dir.), (1993), *Dire : entre corps et langage*, Paris, Masson, 209 pages.
- GREEN A., (2002), *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine*, PUF, Paris, 400 pages.
- GREEN A., (1994), « Psychique, somatique, psychosomatique », in *Somatisation, psychanalyse et sciences du vivant*, Editions Eshel, Paris, 359 pages, pp.167-186.
- GREEN A., (1993), *Le travail du négatif*, Ed.de Minuit, 400 pages.
- GREEN A., (1990), *La folie privée*, Paris, Gallimard, 401 pages.
- GREEN A., (1982), *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, Ed.de Minuit, 280 pages.
- GRODDECK G., (1923), *Le livre du Ça*, Paris, Paris, Gallimard, 1963 pour la trad.franç, (2001), 341 pages.
- GUEDENAY A., ALLILAIRE J-F., (sous dir de), (2001), *Interventions psychologiques en périnatalité*, Paris, Masson, 249 pages.
- GUEDENEY A., (1994), « La psychosomatique et le point de vue du développement », in *Somatisation, psychanalyse et sciences du vivant*, Editions Eshel, Paris, 359 pages, p.187-201.
- GUIGNARD F., (2002), « Intrication pulsionnelle et fonctions du sadisme primaire », in *Revue Française de Psychanalyse*, Volume 66, 4, pp. 1103-1116.
- GUIGNARD F., (1999), « Maternel ou féminin ? Le « roc d'origine » comme gardien du tabou de l'inceste avec la mère », in *Revue française de Psychanalyse, Clés pour le féminin*, Paris, PUF, pp.11-23.
- GUIGNARD F., (1985), « Ballade du Préconscient. Les pulsions et leurs objets, et la relation contenant-contenu », in *Revue Française de Psychanalyse*, vol 49, n° 5, pp.1391-1400
- GUILLAUMIN J., (2003), « Archéologie du père : entre l'angoisse d'une présence et la métaphore d'une absence, le « père de la préhistoire personnelle » », in *Le père :figures, réalités*, ( sous la dir) J.Guillaumin et G.Roger, L'esprit du temps, pp.57-72.
- GUILLAUMIN J., (2001), « L'image entre le dedans et le dehors. Activité et passivité dans l'expérience imageante », in *Revue française de psychanalyse*, 4, volume 65, pp.1337-1347.
- GUILLAUMIN J., (1987), *Entre blessure et cicatrice*, Champ vallon, Paris, 218 pages.
- GUILLAUMIN J., (1985), « Besoin de traumatisme et adolescence », in *Adolescence*, n °1, T.III, pp.127-137.

- HERITIER F., (1994), *Les deux sœurs et leur mère. Anthropologie de l'inceste*, Paris, O.Jacob, 376 pages.
- HERZOG A., MULLER NIX C., C.MEJIA., F.ANSERMET., (2003), « Etude clinique sur le rôle paternel lors d'une naissance prématurée », in *Psychothérapies*, vol.23, n°2, pp.97-116.
- HOUZEL D., (2002), « Les enjeux de la parentalité », in *La parentalité*, Paris, PUF, pp.61-70.
- HOUZEL D., (2002), *L'aube de la vie psychique*, ESF, Issy-les-Moulineaux, 320 pages.
- IRIGARAY L., (1981), *Le corps-à-corps avec la mère*, Ed de la pleine lune, Québec, 89 pages.
- JAEGER P., (2002), « Elaboration sans fin du deuil de l'objet primaire chez Winnicott ou le paradoxe de la séparation », in *Revue Française de Psychanalyse*, T2, pp.381-393.
- JANIN C., (1999), *Figures et destins du traumatisme*, Paris, PUF, 141 pages.
- KAËS R., (2008), « Le complexe fraternel archaïque », in *Revue française de psychanalyse*, 2, 722, pp.383-396.
- KREISLER L., (1987), *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*, Editions Privat, Toulouse, 345 pages.
- KREISLER L., (1977), « Les prématurés, pourquoi ici et aujourd'hui ? », in KESTEMBERG E., (sous la dir.), *Le devenir de la prématurité*, Paris, PUF, pp.27-57.
- KRISTEVA J., (2000), *Le génie féminin*, T.2, Mélanie Klein, Fayard, Paris, 446 pages.
- KRISTEVA J., (1987), *Soleil noir. Dépression et mélancolie*, Paris, Gallimard, 264 pages.
- LACHOWSKI M., (1998), « Fausses couches spontanées à répétition : le désir en souffrance », *Communication des Journées Pyrénéennes de Gynécologie de Tarbes.*, [en ligne] disponible sur : <http://www.jpgtarbes.com/detail/1998.html>
- LAMOUR M. (2000), *Paternalité et interactions familiales père-mère-nourrisson*, Thèse de doctorat d'Etat, Université René Descartes, Paris V.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B., (1985), *Fantasme originaire, fantasme des origines, origines du fantasme*, Paris, Hachette, 118 pages.
- LARROQUE B., ANCEL P-Y., et al., (2008), "Neurodevelopmental disabilities and special care of 5-year-old-children born before 33 weeks of gestation (the Epipage study) : a longitudinal cohort study" in *The Lancet*, 371, pp.813-820.
- LEBOVICI S., (1994), « Les interactions fantasmatisques », in *Revue de Médecine Psychosomatique*, 37/38, pp.39-50.
- LEBOVICI S., MAZET P., VISIER J.-P., (1989), « L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et son partenaire », Paris, Eshel. 470 pages.
- LECLERC S., (1975), *On tue un enfant*, Editions du Seuil, paris, 136 pages.
- LE GUEN A., (2001), *De mères en filles. Imagos de la féminité*, PUF, Paris, 117 pages.
- LE GUEN A., (1999), « Le legs des mères », in *Revue Française de Psychanalyse, Clés pour le féminin*, Paris, PUF, pp.125-134.

- LE VAGUERESE L., (sous dir de), (1983), « Le symptôme prématûré », dans *Un enfant naît prématûrement*, collectif dirigé par L.Le Vaguerèse, Paris, Stock, pp.69-75.
- LUCA NAVARRO S., PELLET J., LANG F., (2008), « Le concept d'objet primaire en psychanalyse. Après les origines, la source... » in *L'évolution psychiatrique*, n°73, pp.203-224.
- MAC DOUGALL J., (1989), *Théâtres du corps*, Paris, Gallimard, 220 pages.
- MAC DOUGALL J., (1985), “Un corps pour deux”, in *Corps et Histoire*, Paris, Les belles lettres, pp.10-43.
- MAC DOUGALL J., (1974), “Le psyché-soma et le psychanalyste”, in *Nouvelle revue de Psychanalyse*, 10, pp.131-149.
- MAHLER M., (1975), *Psychose infantile - Symbiose et individuation*, Payot-Rivages, (2001), 362 pages.
- MAIELLO HUNZIKER S., (1983), *Fille de la mère, mère de la fille. Matériel pour une exploration de la maternité*, Mémoire n°7, collection I.8, pp.17-26.
- MAMELLE N., SEGUEILLA M., BERLAND M, RACINET C.,(1992), « Est-il possible de prévenir le risque d'accouchement prématûré par une intervention psychologique ? Approche épidémiologique », in *Société Française de Médecine périnatale*, Paris, Ed. Armette, pp.191-199.
- MAMELLE N., MEASSON A., F.MUNOZ et al., (1989), « Development and use of a self-administered questionnaire for assessment of psychologic attitudes toward pregnancy and their relation to a subsequent premature birth », in *Am J Epidemiol*, 130, pp.989-998.
- MAMELLE N., P.GERIN., A.MEASSON et al., (1986), « Constructions de questionnaires pour la recherche de composantes psychologiques dans l'étiologie de maladies somatiques », in *Acta Psychiat Belg*, 86, pp.594-599.
- MAMELLE N., LAUMON B., LAZAR P., (1984), « Prematurity and occupationnal activity during pregnancy », in *Am J Epidemiol*, 119, pp.309-322.
- MARCÉ L.-V., (1858), *Traité de la folie des femmes enceintes : des nouvelles accouchées et des nourrices*,réédition chez L'Harmattan, collection «Psychanalyse et civilisations », Paris, 2002.
- MARIE-GRIMALDI H., (2007), « Mythes, rites et rituels en réanimation néonatale : une naissance pas comme les autres », in *Dialogue*, n°177, 3, Erès, pp.131-142.
- MARTY P., (2006), « La relation objectale allergique », in *Revue française de psychosomatique*, 1, n°29, pp.7-30.
- MARZANO M., (2004), « Le désir, un cauchemar philosophique », in *Histoires de sexe et désir d'enfant*, pp.170-179.
- MASSON C., (2007), « L'image en médecine : us et abus. L'image n'est pas la réalité », in *Cliniques méditerranéenne*, 2, n°76, pp.61-75.
- MAZERAN V., OLINDO-WEBER S., (1989), “Somatiser les paroles singulières du corps”, in *Le journal des psychologues*, 74, pp.14-18.
- MAZET P., LEBOVICI S., (1998), *Psychiatrie périnatale. Parents et bébés : du projet d'enfant aux premiers mois de vie*, Paris, PUF, 522 pages.

- MELLOR-PICAUT S., (1980), « La vision et l'énigme » in *Topique*, n°25, pp.83-118.
- MENAHEM R., (2004), « Bisexualité de la femme/bisexualité de l'homme, leur articulation », in Monographie de la *Revue Française de Psychanalyse*, PUF, pp.21-30.
- MICHEL F., (1996), « Menace d'accouchement Prématuré », in *Champ Psychosomatique*, 8, pp.59-69.
- MISSONNIER S., (2007a), « Le premier chapitre de la vie ? Nidification fœtale et nidation parentale », in *La psychiatrie de l'enfant*, 1, vol.50, Paris PUF, pp.61-80.
- MISSONNIER S., (2007), « L'enfant virtuel et l'échographie obstétricale », in *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 2, n°68, pp.93-106.
- MISSONNIER S., (2003a), *La consultation thérapeutique périnatale*, Erès, Ramonville Saint-Agne, 255 pages.
- MISSONNIER S., (2003b), « Aphroditos sur la lune : mono et bisexualité à la maternité », texte présenté le Samedi 26 avril 2003 au CHU Sainte-Anne à l'occasion de la journée Bisexualité et périnatalité, [en ligne], disponible sur <http://www.psynem.necker.fr/Perinatalite/Dossiers/PsyEnMaternite/MissonnierSylvain/aphroditos.pdf>.
- MOLENAT F., (2001), *Naissances : pour une éthique de la prévention*, Paris, Erès, 136 pages.
- MOREL M-F., (2004), « Grossesse, fœtus et histoire », in *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*, pp.21-39.
- MOULIN G., (2003), *La prématurité : désorganisation psychosomatique de la grossesse*, Mémoire de D.E.A, Université Lumière Lyon 2, 63 pages.
- MOULIN G., (2002), *Répétition de l'accouchement prématuré : « comment penser ce qui ne se pense pas au moment où ça s'agit »*, Mémoire de maîtrise, Université Lumière Lyon 2, 35 pages.
- OMER H., BLIZUR Y., BARNEA T, FRIEDLANDER D, PALTI Z.,(1986), « Psychological variables and premature labour : a possible solution for some methodological problems », in *J Psychosoma Res*, 30, pp.559-565.
- PAPIERNIK E., (1969), « Le coefficient de risque d'accouchement prématuré », in *Presse Med*, 77, pp.793-794.
- PARAT H., (1999), *L'érotique maternelle, psychanalyse de l'allaitement*, Dunod, Paris, 204 pages.
- PARQUET P-J. & DELCAMBRE G., (1980), « Dessins de corps d'enfants imaginés pendant la grossesse », in *Les cahiers du nouveau-né*, Stock, Paris, pp.201-218.
- PASINI W., (1998), « Désir d'enfant », in *Communication aux journées Pyrénéennes de Gynécologie de Tarbes*. [en ligne], disponible sur <http://www.jpgtarbes.com/detail/archives/01150701.asp>
- PETROFF E., (1999), « L'hospitalisation mère-bébé », in *Spirale*, n°10, Ramonville, Erès.
- PONS J.-C., CHARLEMAINE C., PAPIERNIK E., (sous la dir.), (2000), *Les grossesses multiples*, Paris, Flammarion, 311 pages.

- PONTALIS J-B., (sous la dir.), (1996), *L'amour de la haine*, Gallimard, Collection Folio essais, Paris, 512 pages.
- PONTALIS J.-B., (1972), « La pénétration du rêve », in *L'espace du rêve*, Gallimard, Paris, pp.417-438.
- PONTALIS J.-B., (1971), *Entre le rêve et la douleur*, Paris, Gallimard, 274 pages.
- POTIER R., (2007), « L'imagerie médicale à l'épreuve du regard », in *Cliniques méditerranéenne*, 2, n°76, pp.77-90.
- PRECAUSTA N., (2002), « Le « possible moteur » chez l'enfant prématuré », in Dumet N., Broyer G., *Avoir ou être un corps ?*, Lyon, L'interdisciplinaire, pp.52-62.
- QUINIOU-PIZZOGLIO Y., (1992), « Bébé en risque continu de traumatisme. Réanimation néonatale », in *Revue Française de Psychosomatique*, n°2, pp.97-103.
- RACAMIER P.-C., (1979), *De psychanalyse en psychiatrie. Etudes psychopathologiques*, Paris, Payot, 313 pages.
- RACAMIER P.-C., (1961), « La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum », in *L'évolution psychiatrique*, XXVI, pp.525-570.
- RANK O., (1914), *Don Juan et Le double*, Payot, Paris, (2001), 231 pages.
- RAPHAEL-LEFF J., (1986), « Facilitators and regulators : conscious and unconscious processes in pregnancy and early motherhood », in *British Journal of Medical Psychology*, n°59, pp.43-55.
- RAPHAEL-LEFF J., (1980), « Psychotherapy with pregnant women », In *Psychological Aspects of Pregnancy, Birthing and Bonding*, ed. B.L. Blum, pp.174-205.
- REVAULT D'ALLONNES C., (1989), *La démarche clinique en sciences humaines*, Paris, Dunod, 218 pages.
- RIAZUELO H., (2004), « Les spécificités de l'attente d'un second enfant », in *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*, PUF, Paris, pp.145-160.
- RIBAS D., (2002), « Chronique de l'intrication et de la désintrication pulsionnelle », in *Revue Française de Psychanalyse*, 5, pp.1689-1770.
- ROBERT M., (1992), « Entre acte et symptôme somatique », in *Rêve et psychosomatique*, CIPS, Paris.
- ROGER G., (2003), « Fonction paternelle. Les enjeux de l'impréciseable tiercéité », In *Le père : figures, réalités*, (sous la dir) J.Guillaumin et G.Roger, L'esprit du temps, pp.149-168.
- ROGIERS L., (2003), *La grossesse incertaine*, PUF, Paris, 331 pages.
- ROSENBERG B., (1991), *Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie*, Monographies de la *Revue Française de Psychanalyse*, Paris, PUF, 159 pages.
- ROSENBERG B., (1998), « Pulsions et somatisation ou le moi, le masochisme et le narcissisme en psychosomatique », in *Revue Française de Psychanalyse*, 5, T.LXII, pp.1677-1698.
- ROUSSILLON R., CHABERT C., (sous la dir), (2007), *Manuel de psychologie et psychopathologie clinique générale*, Paris, Masson, 702 pages.

- ROUSSILLON R., (2004a), « La dépendance primitive et l'homosexualité primaire «en double », in *Revue française de Psychanalyse*, 2, vol.68, pp.421-439.
- ROUSSILLON R., (2004b), « Destructivité et survivance de l'objet », [en ligne], disponible sur : [http://www.gercpea.lu/textes\\_livres/start\\_textes\\_R\\_Roussillon\\_destructivite.htm](http://www.gercpea.lu/textes_livres/start_textes_R_Roussillon_destructivite.htm)
- ROUSSILLON R., (2003), « Figures du père : le plaisir de la différence », In *Le père : figures, réalités*, (sous la dir) J.Guillaumin et G.Roger, L'esprit du temps, pp.185-203.
- ROUSSILLON R., (2001a), « L'objet, l'expérience de la satisfaction et l'intelligibilité », in *Revue Française de Psychanalyse*, PUF, 4, vol.65, pp.1379-1387.
- ROUSSILLON R., (2001b), *Le plaisir et la répétition*, Paris, Dunod, 232 pages.
- ROUSSILLON R., (1999), *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, PUF, 245 pages.
- ROUSSILLON R., (1991), *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, Paris, PUF, 258 pages.
- ROUX M-L., (1993), *Le corps dans la psyché*, Paris, L'harmattan, 184 pages.
- SAINT-ANDRÉ M., SEIFER R., SEEGER E.E., TCHABO, N.N., (1996), « Maternal attachment organisation and threatened preterm labor : an intergenerational perspective », Poster présenté au colloque WAIMH. Finlande, Tempere.
- SCHAEFFER J., (2008), « Une symbolisation du sexe féminin est-elle possible ? », in *Corps, acte et symbolisation*, (sous la dir) B.Chouvier et R.Roussillon, Editions de Boeck, Bruxelles, pp.51-70.
- SCHAEFFER J., « Le fil rouge du sang de la femme », [en ligne], disponible sur : <http://www.spp.asso.fr/main/psychanalyseculture/PsychanalyseAnthropologie/Items/3.htm>
- SCHAEFFER J., (2003), « La différence des sexes dans le couple et la co-création du masculin et du féminin », [en ligne], disponible sur : <http://www.spp.asso.fr/Main/ConferencesEnLigne/Items/28.htm>
- SCHAEFFER J., (2001), Bisexualité et différence des sexes dans la cure, in *Topique*, 1, n°78, pp.21-32.
- SCHNEIDER M., (2004a), *Le paradigme féminin*, Paris, Aubier, 342 pages.
- SCHNEIDER M., (2004b), « Du cloacal au matriciel », in *Revue française de psychosomatique*, n°26, 2, pp.35-53.
- SEGUEILLA M., (1999), « La menace d'accouchement : du somatique au psychique », *Journées Pyrénées de Gynécologie*, Tarbes, [en ligne], disponible sur : <http://www.lesjta.com/article>
- SEGUEILLA M., (1997), « Prise en charge psychologique des femmes présentant une menace d'accouchement prématûre », in *Gynecol Psychosom*, 20, pp.10-15.
- SEGUIN L., SAINT-DENIS M., et al., (1993), « Stresseurs, soutien social et réactions dépressives à la période périnatale chez les primipares défavorisées et favorisées », Rapport de recherche, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, [en ligne], disponible sur : <http://www.gris.umontreal.ca/rapportpdf/R93-04.pdf>
- SILVESTRE C., (2002), « Pandora ou la féminité », in *Topique*, 1, n°78, pp.119-154.

- SOUBIEUX M-J., (2004), « Quand la grossesse devient une maladie », in *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*, (sous dir de) S.Missonnier et al., Paris, PUF, pp.597-616.
- SOUBIEUX M-J., (1999), « Œil du dedans , œil du dehors », in *Écoute voir... L'échographie de la grossesse*. (sous la dir) M.Soulé, Ramonville Saint-Agne, Erès, pp ;113-131.
- SOULÉ M., SOUBIEUX M.-J., (2006), « Regards du pédopsychiatre sur le foetus », in *Anthropologie du foetus*, pp.99-148.
- SOULÉ M., SOUBIEUX M.-J., (2004), « La psychiatrie fœtale », in *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Les enjeux de la relation*, (sous la dir) S.Missonnier et al., Paris, PUF, pp.295-334.
- SOULÉ M., (1999a), « La vie du fœtus. Son étude pour comprendre la psychopathologie périnatale et les prémisses de la psychosomatique », in *Psychiatrie de l'enfant*, Paris, PUF, Volume XLII, pp.27-69.
- SOULÉ M., (sous la dir), (1999b), *Écoute voir...L'échographie de la grossesse. Les enjeux de la relation*, Erès, Ramonville Saint-Agne, 359 pages.
- SOULÉ M., (1983), « L'enfant dans sa tête-L'enfant imaginaire », in *La dynamique du nourrisson ou quoi de neuf bébé ?*, Paris, Ed.ESF, pp.137-175.
- SPIESS M., (2002), « Sur le terrain : le vacillement des femmes en début de grossesse », in *Dialogue* n°157, pp.42-50.
- SQUIRES C., (2003), « Et si c'est une fille ? », in *Mères et filles, la menace de l'identique*, Paris, PUF, pp.119-139.
- STERN D., (1997), *La constellation maternelle*, Paris, Calmann Lévy, 296 pages.
- STERN D., (1989), *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, PUF, (2003), 381 pages.
- STOLERU S., (1998), « De l'arrêt de la contraception aux premiers mois postnatals : les premières étapes de la parentalité adulte », in P.Mazet, S.Lebovici., *Psychiatrie périnatale*, Paris, PUF.
- THIS B., (1989), « *Le placenta humain : médiateur, protecteur, premier objet perdu ?* » in *Délivrances ou le placenta dévoilé*, (sous la dir) R.Belaïch , A.Bouchart-Godart, D.Rapoport, Les cahiers du nouveau-né, 8, 292 pages.
- THOURET D., (2004), *La parentalité à l'épreuve du développement de l'enfant*, Erès, 255 pages.
- THURIN J-M., (1994), « Psychosomatique : le réel en question », in *Somatisation, psychanalyse et sciences du vivant*, Editions Eshel, Paris, 359 pages, pp.261-299.
- TISSERON S., (2003), « L'image comme processus, le visuel comme fantasme » in *Cahiers de psychologie clinique*, 1, n°20, pp.125-135.
- TISSERON S., (1999), « « Que voient-ils » ou la triple enveloppe de la situation échographique », in *Écoute voir...L'échographie de la grossesse. Les enjeux de la*
- TISSERON S., (1995), *Psychanalyse de l'Image. De l'imago aux images virtuelles*, Paris, Dunod, 212 pages.

- TURNER M-L, KRYMKO-BLETON I., (2002), « La maternité et les contes », in *Dialogue*, n°156, 2, pp.66-76.
- VENDITELLI F., LACHCAR P., (2002), « Menace d'accouchement prématué, stress, soutien psychosocial et psychothérapie : revue de la littérature », in *Gynécol Obstét Fertil*, 30, pp.503-513.
- VIGOUROUX F., (1998), *L'empire des mères*, PUF, Paris, 236 pages.
- WAINRIB S., (1998), « Interprétation et problématiques psychosomatiques », in *RFP*, Tome LXII, p.1615.
- WATILLON-NAVEAU A., (2003), « Comment réellement voir et pas simplement regarder ? », in *Cahiers de psychologie clinique*, 1, n°20, pp.33-56.
- WENDLAND J., (2007), « Le vécu psychologique de la grossesse gémellaire. Du désir d'enfant à la relation mère-fœtus », in *Enfances et psy*, 1, n°34, pp.10-25.
- WENDLAND J., (2004), « Compétences du nourrisson et représentations maternelles du bébé. Résultats d'une intervention précoce », in *Psychiatrie de l'enfant*, XLVII, 1, pp.183-228.
- WINNICOTT D.-W., (1971a), « La créativité et ses origines » in *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Gallimard, Paris, pp.91-119.
- WINNICOTT D.-W., (1971b), « Clivage des éléments masculins et féminins chez l'homme et chez la femme », in *Nouvelle revue de psychanalyse*, 7, pp.301-314, (1973)
- WINNICOTT D.-W., (vers 1966), "Note sur la relation mère-foetus", in *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, 2000, Paris, Gallimard, pp.174-175.
- WINNICOTT D.-W., (1956), « La préoccupation maternelle primaire », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969, pp.285-291.
- Winnicott D.W. (1954), « L'Esprit et ses rapports avec le psyché-soma », in *De la Pédiatrie à la Psychanalyse*, Paris, Payot, 1969, pp.135-149.
- ZAH A., (1988), « Le lien fragile ou la relation corps-psyché dans la menace d'accouchement prématué », in *Psychanalyse à l'Université*, vol.13, n°52, pp.645-669.
- ZALTZMAN N., (1998), *De la guérison psychanalytique*, Paris, PUF, cité d'après G.Roger, 2003.
- ZELANY-VATINE M., (2004), « "Petit...il est si petit..." : regards croisés sur l'extrême prématué », in *Champ psychosomatique*, n°34, pp.33-46.
- « Grande prématuroté. Dépistage et prévention du risque », (1997), Expertise collective Inserm, en ligne, disponible sur ; <http://ist.inserm.fr/basisrapports/prematurite.html>