

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LES REPRÉSENTATIONS DE LA MORT DU BÉBÉ PENDANT LA GROSSESSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

JULIE MACHEREZ

JUIN 2023

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier chaleureusement ma directrice de thèse, Madame Krymko-Bleton. Merci pour votre confiance et pour vos commentaires toujours pertinents.

Merci aux membres du jury, Sophie Gilbert, Alexandre L'Archevêque et Nicole Reeves, pour vos commentaires qui m'ont permis d'aller plus loin dans ma réflexion.

Merci à tous mes superviseurs, Danielle Desjardins, Louise Verrette, Nicole Reeves, Louis-Francis Fortin et Hugues Vigneau. Vous avez développé mon regard clinique, ce qui a indéniablement contribué à faire de meilleures analyses.

Merci à toutes mes collègues de doctorat. Une pensée particulière pour Marie-Hélène avec qui j'ai traversé chaque étape. Ton intelligence m'a poussée à me dépasser. Merci Marie L. pour tes conseils, tes encouragements et les heures passées ensemble à se casser la tête sur nos analyses. Tu m'as permis de me relancer quand j'étais complètement bloquée.

Merci à David P. C'est dans ton bureau que tout a commencé. Tu as été le précurseur de ce long voyage qui me mène au métier de psychologue. Tu m'as permis d'y croire et de le faire.

Merci à Jérôme, à l'équipe du CPF, à l'équipe du PAPP, à l'équipe de la clinique de psychologie Collins et Sanfaçon et à toutes les personnes qui ont toujours eu un mot d'encouragement tout au long de mon parcours.

Merci à mes merveilleuses amies, Anne, Audrey, Céline, Geneviève, Michelle. Sans vous, la vie serait plate à mourir. Si vous saviez à quel point vous m'êtes chères et précieuses !

Merci à ma belle-famille extraordinaire. Que je suis chanceuse de faire partie des vôtres. Rosette, Luc, Annie, Pierre, vous avez été des supporters de chaque instant. Maintenant, vous n'aurez plus à me demander quand est-ce que je dépose. C'est fait !

Merci à mes parents que j'aime tellement. Un océan nous sépare, mais vous m'accompagnez à chaque instant. Merci de croire en moi, de ne jamais douter de mes capacités et d'être fiers de ce que j'entreprends. Vous m'avez transmis toute une force de caractère !

Merci à mes beaux beaux-enfants, Ludo et Aurélie. Vous embellissez mon quotidien. Vous êtes la preuve qu'une famille recomposée unie existe et que l'amour ne se divise pas, mais se multiplie ! J'adore vous voir grandir et devenir des adultes brillants et vifs.

Merci à mon amoureux, Nicolas. Tu as vécu le grand huit de mes émotions en direct et tu m'as toujours encouragée et poussée (sans toi cette thèse se serait transformée en essai doctoral). Merci pour ta patience, pour ton amour et pour tout ce que tu fais chaque jour pour me rendre la vie plus facile. Merci surtout de tolérer mon exigence et mon caractère de cochon.

Merci à toi ma fille d'amour, Alix. Ce doctorat m'a permis de gérer mon temps et d'être encore plus présente pour toi, même si parfois, cela t'a demandé de la patience et de la tolérance à mon égard. Cette thèse, je l'ai écrite pour toi. Pour que tu sois fière de moi, mais surtout pour que tu saches que tout est possible dans la vie. Quel que soit ton âge, ton parcours, suis tes rêves et tes envies. Le monde t'appartient. Je t'aime.

DÉDICACE

À ma mère et à mon père qui ont fait de moi une
fille sensible et décidée.

À ma fille qui a fait de moi une mère épanouie et
tellement fière.

À Nicolas qui fait de moi une femme fragile et
forte à la fois.

Au travail analytique qui tente de réunir ce qui est
épars.

AVANT-PROPOS

Quel parcours que la rédaction d'une thèse ! Je me souviens m'être naïvement dit : « ah ! c'est juste un gros travail de fin de session ! » Je ris encore de mon optimisme (ou de mon déni...). Sept ans plus tard, après un nombre incalculable d'heures passées à lire des centaines d'articles, à écouter les entrevues des participantes, à analyser leur discours, à rédiger encore et encore, je réalise l'immensité du travail accompli.

Dès mon entrée au doctorat, j'ai souhaité travailler sur la maternité. Mon idée initiale était d'étudier les changements provoqués par une grossesse dans la constellation familiale. Moi-même jeune maman, j'avais constaté à quel point il n'est pas toujours facile de passer d'une place de fille à une place de mère, de celle d'une mère à celle d'une grand-mère, etc. J'avais vécu quelques batailles sur le grand échiquier familial. J'avais également éprouvé quelques difficultés à ne pas me faire avaler tout rond par mon nouveau rôle de mère. Il m'a fallu quelques années d'analyse, un divorce et bien des lectures sur le symbolisme dans la mythologie grecque pour trouver un équilibre plus sain entre mes diverses identités. Aphrodite a mis du temps à se faire une place entre Héra et Athéna. Probablement que je voulais travailler sur ces questions afin de faire d'une pierre deux coups : écrire une thèse et régler quelques problèmes personnels. Mais malgré tous mes efforts, je n'ai pas réussi à trouver assez de matériel dans les entrevues pour nourrir cette réflexion. Ce qui s'imposait à moi était tout autre : des représentations de la mort. Il me semblait n'entendre que cela. Lâchant prise, j'ai plongé dans le sujet. Aujourd'hui, avec le recul, je réalise que cette recherche de compromis entre deux pôles qui s'affrontent (Éros et Thanatos) était le symbole d'un conflit plus personnel qui se jouait en moi. Les forces de l'inconscient sont puissantes. Ce sujet m'a amenée à travailler une dissonance profondément ancrée : comment réconcilier ma partie féministe et celle psychanalytique ? Comment la femme féministe que je suis pouvait travailler avec une théorie qui me paraissait phallogcentrée, élaborée par des hommes dans un monde patriarcal ? Lorsque je relis mon projet de recherche doctorale, je suis frappée par la présence en filigrane de ces enjeux. Je me souviens même m'être fait reprocher mon manque de nuances lors de mon examen doctoral tant cela transpirait dans mes propos sans que je m'en aperçoive.

À la fin de l'écriture de cette thèse, je ne peux pas affirmer que mon conflit intérieur est entièrement réglé, mais cela m'a permis d'avancer dans ma réflexion et de trouver certains compromis. J'espère aussi avoir acquis cette nuance qui me manquait il y a cinq ans ! Vous saurez me le dire.

Bonne lecture !

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
DÉDICACE.....	iv
AVANT-PROPOS	v
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	xi
RÉSUMÉ.....	xii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1 Contexte socio-historique	4
1.1.1 Histoire de la grossesse en Occident.....	4
1.1.1.1 La grossesse à l'Antiquité.....	4
1.1.1.2 Le Moyen Âge	5
1.1.1.3 Du siècle des Lumières au XIXe siècle	6
1.1.1.4 Le tournant du XXe siècle	6
1.1.2 Survol historique de la maternité au Québec	7
1.1.2.1 XVIIe siècle.....	7
1.1.2.2 XVIIIe siècle.....	8
1.1.2.3 XIXe siècle	8
1.1.2.4 XXe siècle.....	9
1.2 Différentes perspectives actuelles.....	12
1.2.1 Des visions plurielles de la maternité : perspectives féministes	12
1.2.1.1 Premier pôle : le féminisme égalitariste.....	13
1.2.1.2 Deuxième pôle : le féminisme radical	14
1.2.1.3 Une troisième voie : le différentialisme.....	15
1.2.2 La maternité aujourd'hui : entre médicalisation et retour au naturel	16
1.2.2.1 La grossesse aujourd'hui : une maladie potentielle	16
1.2.2.2 Le retour à la nature	19
CHAPITRE 2 REVUE DE LITTÉRATURE.....	24
2.1 La grossesse : un état psychique particulier	24
2.1.1 La préoccupation maternelle primaire	25
2.1.2 Une crise maturative	27
2.1.3 La transparence psychique.....	28
2.1.4 De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire	30
2.1.5 Narcissisme et grossesse.....	31
2.1.6 Une inquiétante étrangeté	33
2.1.7 L'ambivalence de la grossesse.....	35
2.1.8 La haine dans la grossesse	37
2.1.9 Conclusion	39
2.2 La mort.....	40

2.2.1	La mort et la vie	40
2.2.2	Mort et angoisse.....	43
2.2.3	Mort et psychanalyse	45
2.2.3.1	La mort de l'autre : ambivalence	45
2.2.3.2	La non-représentation de la mort dans l'inconscient	46
2.2.3.3	L'angoisse de mort.....	46
2.2.3.4	Pulsions de mort.....	48
2.2.4	La mort et la grossesse.....	49
2.2.4.1	Mort et grossesse : une réalité.....	49
2.2.4.2	Donner naissance, c'est se rapprocher de sa propre mort.....	50
2.2.4.3	Désir d'immortalité.....	51
2.2.4.4	Angoisse de mort et grossesse	52
2.2.5	Conclusion	54
CHAPITRE 3 OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE		55
3.1	Objectif principal de la recherche.....	55
3.2	Objectifs spécifiques.....	55
CHAPITRE 4 MÉTHODOLOGIE		57
4.1	La recherche initiale	58
4.1.1	Les sujets.....	58
4.1.2	Les moyens de recrutement	58
4.1.3	L'instrument de collecte des données : l'entretien semi-dirigé	59
4.1.4	Éthique	60
4.2	La présente recherche	60
4.2.1	Posture paradigmatique de recherche	60
4.2.2	Méthode de recherche d'orientation psychanalytique	61
4.2.3	Étapes du processus d'analyse	67
4.2.3.1	Émergence de la question de recherche	67
4.2.3.2	Échantillonnage	69
4.2.3.3	Première étape de l'analyse : analyse thématique.....	70
4.2.3.4	Deuxième étape : analyse de discours	72
4.2.4	Les limites méthodologiques	72
4.2.4.1	Recueil et analyse des données.....	72
4.2.4.2	Validité interne	73
4.2.4.3	Validité externe et transférabilité.....	73
CHAPITRE 5 RÉSULTATS – PRÉSENTATION DES PARTICIPANTES		74
5.1	Claire : l'ambivalence du désir d'enfant.....	74
5.2	Sylvie : le bébé miracle.....	78
5.3	Anne-Marie : le poids de « l'historique ».....	82
5.4	Marie-Lune : une question de contrôle.....	87
5.5	Justine : le besoin de mettre des limites.....	94
CHAPITRE 6 RÉSULTATS – ANALYSE THÉMATIQUE		101

6.1	Angoisse de la possibilité de la perte.....	101
6.1.1	La mort du bébé : un risque concret lors du premier trimestre	101
6.1.2	La mort du bébé : une peur de la répétition	105
6.1.3	La mort du bébé : une porosité à l'angoisse des autres.....	109
6.2	La perte du bébé : une représentation qui évolue dans le temps	119
6.2.1	Premier trimestre : entre peur de la perte, difficulté à se représenter enceinte et sentiment d'étrangeté.....	119
6.2.2	Deuxième trimestre : rencontre avec le fœtus, objectalisation du bébé et peur de l'anormalité.....	123
6.2.3	Troisième trimestre : les craintes de l'accouchement	129
6.3	Les représentations de mort du bébé : une conséquence de la grossesse vue comme un risque (médicalisation de la grossesse)	134
6.3.1	La représentation du risque.....	135
6.3.2	Un « savoir faisant autorité » difficilement partageable	141
6.3.3	Enjeu autour du savoir : exemple de l'échographie	145
6.3.4	Un savoir partagé et une écoute qui rassurent.....	147
6.3.5	Besoin de reprendre le contrôle et de se réapproprier la grossesse.....	150
6.4	Représentation de l'ambivalence du désir d'enfant.....	154
6.4.1	Ambivalence du désir d'enfant	155
6.4.2	Sensation de ne pas être enceinte : entre dénégation et étrangeté.....	159
6.4.3	Envahissement	163
6.4.4	Discours plaintif autour de la grossesse	165
6.4.5	Culpabilité : craintes envers le bébé	172
6.4.6	Agressivité projetée sur un autre objet.....	177
6.4.7	Retarder la rencontre.....	183
6.4.8	Manifestations de l'ambivalence dans les rêves	187
6.4.9	La difficulté de dire cette ambivalence	189
6.5	Angoisse d'être une mère mortifère	190
6.5.1	Anne-Marie : la mort à répétition	191
6.5.2	Sylvie : le bébé miracle.....	199
CHAPITRE 7 DISCUSSION		205
7.1	Synthèse des résultats	205
7.2	Du côté des femmes : une difficulté à dire la mort.....	210
7.2.1	Physiquement : la peur de la perte	210
7.2.2	Psychiquement : la peur de l'ambivalence.....	212
7.2.3	Socialement : l'injonction au silence	214
7.3	Du côté des soignants : une difficulté à entendre la mort.....	218
7.3.1	Point de vue du médical : la grossesse vue comme un risque — la lutte contre la mort	218
7.3.2	Point de vue des sages-femmes : la grossesse vue comme un événement naturel et idéalisé — le déni de la mort.....	221
7.3.3	Conclusions.....	223
7.4	La psychanalyse : recherche à entendre et possibilité de dire ?.....	223
7.4.1	Freud et le féminin	223
7.4.2	Les femmes psychanalystes à l'époque de Freud	225

7.4.3	La psychanalyse et le féminisme : le conflit.....	228
7.4.4	Psychanalyse et féminisme : résoudre le malentendu pour mieux entendre les femmes	230
7.5	Conclusion : « que veut la femme » ?	233
	CONCLUSION	237
	ANNEXE A RECHERCHE PRÉALABLE : « RECHERCHE EN PÉRINATALITÉ »	240
	ANNEXE B FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L'ÉTUDE.....	253
	ANNEXE C QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE	258
	ANNEXE D CERTIFICAT ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DU CHUM	262
	ANNEXE E AVIS FINAL DE CONFORMITÉ DE LA PRÉSENTE THÈSE	265
	BIBLIOGRAPHIE	267

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

CHUM : Centre hospitalier de l'Université de Montréal

FIV : Fécondation in vitro

IMG : Interruption médicale de grossesse

IVG : Interruption volontaire de grossesse

UQÀM : Université du Québec à Montréal

RÉSUMÉ

Cette recherche a pour but de mieux comprendre les représentations de la mort du bébé chez la femme enceinte, selon une perspective psychodynamique. Il semble en effet difficile pour les femmes enceintes d'évoquer des sentiments sombres et mortifères lorsqu'elles portent la vie, notamment dans un contexte social où la maternité est souvent perçue comme un moment heureux et positif. Notre objectif est de mieux comprendre la manière dont les représentations de la mort du bébé se manifestent tout au long de la grossesse, mais également de s'intéresser à leurs significations.

Afin de cerner au mieux la manière dont les femmes enceintes vivent leur grossesse, nous nous sommes intéressés aux représentations sociales de celle-ci ainsi qu'aux enjeux socio-historiques de la maternité, notamment son histoire ainsi que les différentes perspectives actuelles. Nous avons ensuite analysé qualitativement le discours de cinq femmes enceintes, à chaque trimestre de leur grossesse, en nous appuyant sur la théorie psychanalytique et la pragmatique linguistique. L'analyse s'est déroulée en deux temps. Nous avons procédé à une analyse thématique classique en identifiant des grands thèmes organisateurs. L'objectif était de mettre à jour le contenu latent du discours, ce qui est présent sans être dit, ce qui est tu, ce qui ne peut être dit, en faisant l'examen discursif des différents thèmes abordés, en repérant les fils associatifs et en prêtant une attention particulière à la manière dont le discours est construit, car tout cela reflète l'élaboration de la pensée.

Les résultats de nos analyses ont montré que les représentations de la mort du bébé durant la grossesse renvoyaient à une peur concrète de perdre le bébé, peur qui s'appuie sur des données réelles, mais qui peut également être amplifiée par la répétition d'un événement – une fausse couche, un deuil périnatal – déjà survenu dans leur vie ou celle de leurs proches. Nous avons également constaté que ces représentations évoluent dans le temps, chaque trimestre ayant sa spécificité. Ces représentations sont également un reflet d'une ambivalence normale et saine par rapport au désir d'enfant. Cette ambivalence, propre à chaque femme, s'exprime de diverses façons : sentiment de ne pas être enceinte, sensation d'envahissement, désir de retarder la rencontre avec le bébé, multiplicité des craintes et des plaintes exprimées. Or cette ambivalence semble difficile à exprimer pour les femmes, mais également difficile à entendre par les soignants.

Ces résultats nous ont permis de réfléchir aux raisons socio-historiques, et notamment à la place des femmes dans la société, qui rendent ces représentations si difficiles à dire et à entendre. Cela nous a amenés à examiner comment la psychanalyse pouvait permettre aux femmes de dire et d'être entendues. Nous avons alors constaté qu'une réflexion sur la pratique même de la psychanalyse était nécessaire afin que celle-ci puisse se laisser traverser et transformer par la place différente qu'occupent les femmes aujourd'hui dans notre société et qui sera encore amenée à changer dans les années à venir.

Mots clés : grossesse, maternité, mort, discours, ambivalence, histoire, féminisme, psychanalyse.

INTRODUCTION

La grossesse est un moment unique dans la vie d'une femme. Pendant neuf mois une nouvelle vie se développe dans son corps, provoquant de multiples transformations physiques et psychiques. C'est une expérience intime, unique et éminemment subjective que chaque femme enceinte traverse. Cet enfant, attendu ou non, fait surgir des attentes, des angoisses, des remaniements identitaires.

Paradoxalement, le don de la vie convoque inexorablement la mort. En effet, mettre un enfant au monde c'est du même coup le condamner à mourir et la grossesse est la première étape du long chemin qui mène à la mort. « En ce non-sens, le vivant est l'archétype du cadeau de Grec : recevoir le don de la vie revient à chuter dans le drame de la finitude. Celui qui naît aujourd'hui sera demain celui qui meurt. Que ce soit par accident, de maladie ou simplement de vieillesse, le vivant s'érode, s'étiole et s'évanouit » (Bouchard, 2021, p. 70).

Mais la grossesse, et dans un sens plus large la maternité, convoque également le social. La manière dont les femmes vivent leur grossesse est indissociable des représentations sociales entourant la maternité.

Avec la maîtrise de la procréation, l'accès aux études, l'engagement professionnel, les femmes ont désormais la possibilité, à égalité sociale avec les hommes, de faire des choix de vie. Leur place, leur identité ont été redéfinies par une exigence de liberté individuelle et un principe d'égalité entre les sexes. Mais, dans un contexte de rupture avec l'ordre patriarcal traditionnel, la maternité, au croisement du social et du singulier, demeure source de débats et d'enjeux cruciaux. On peut en effet reconnaître que si des inégalités et des formes d'exclusion persistent au niveau du statut social des femmes et de leur citoyenneté, la maternité en est le plus puissant des facteurs. (Thévenot *et al.*, 2012, p. 78)

Il nous paraît donc fondamental de présenter, dans un premier chapitre, les enjeux socio-historiques de la maternité, notamment son histoire ainsi que les différentes perspectives actuelles. Dans le deuxième chapitre, nous exposerons les concepts liés à la grossesse à travers notre cadre théorique de référence. Nous traiterons également du concept de la mort, ainsi que ses liens avec la grossesse. Le troisième chapitre présentera nos objectifs et questions de recherche. Suivra une présentation

de la méthodologie utilisée pour la présente recherche. Le cinquième chapitre présentera chacune des participantes de notre étude sous forme de portraits. Le chapitre suivant sera consacré à la présentation de nos résultats à travers une analyse conceptuelle. Enfin, le dernier chapitre permettra de discuter de nos résultats et de proposer des pistes de réflexion.

Nous souhaitons toutefois indiquer qu'

avant de proposer quelques observations sur cette question, il faut souligner qu'il y a autant de façons de réagir à une grossesse et au fait de devenir mère qu'il y a de femmes enceintes et de mères. Chaque cas, évidemment, est différent, et il est inutile de réduire la complexité du comportement d'un sujet à des généralités. Mais en même temps, on peut essayer de trouver quelques thèmes qui émergent du tableau fascinant de la relation mère-enfant. (Leader, 2002, p. 46)

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

La grossesse est un temps particulier de la maternité. Compris entre la fécondation et l'accouchement, cet état temporaire de neuf mois au cœur de la vie féminine relève de la nature, mais aussi de la culture. En effet, d'un point de vue évolutionniste, l'être humain, tout comme l'ensemble des êtres vivants, a comme but ultime la survie et la perpétuation de son espèce. La reproduction est donc au centre de ses préoccupations. Dans cette perspective, la grossesse est naturelle et instinctuelle. Mais l'Homme est également un être de culture, ce qui complexifie son rapport à de nombreux comportements. D'ailleurs, pour certains auteurs (Badinter, 1982, 2010; Knibiehler, 2020), la maternité est institutionnalisée et doit se définir comme une construction sociale. L'histoire de la maternité « est un thème vaste qui touche à plusieurs domaines : l'histoire des femmes et du genre, l'histoire politique, l'histoire sociale, l'histoire culturelle, mais aussi à diverses disciplines : la sociologie et la science politique notamment » (Cova, 2005, p. 1). Avant de parler de la grossesse et de ses enjeux psychiques, il nous semble essentiel de retracer cette histoire, car « l'éclairage du passé permet sans doute de mieux comprendre le statut actuel des femmes en mesurant le chemin parcouru — et les obstacles franchis — par ces dernières dans les différents domaines de la vie sociale » (Blöss et Frickey, 2001, p. 7). De plus, le vécu subjectif des femmes concernant leur grossesse ne peut se comprendre qu'à la lumière du contexte dans lequel il s'inscrit, car « le maternel est à questionner à l'intérieur du discours culturel et du lien social dans lesquels il se déploie » (Benhaïm, 2011, p. 11). Bien que nous tenterons de prendre en considération divers axes d'analyse, il nous est impossible de traiter le sujet sous tous les angles. Après avoir esquissé un rapide historique des faits saillants de l'histoire de la maternité en Occident et au Québec, nous regarderons la manière dont est traitée la maternité d'un point de vue féministe. En effet,

la question de la maternité est au cœur des préoccupations des femmes. Comme l'écrit Patrice DiQuinzio, « ni le féminisme, ni les théories féministes ne peuvent se permettre d'ignorer la question de la maternité. Dans la mesure où la maternité, sous toutes ses formes, demeure un aspect important de la vie de beaucoup de femmes et que les questions du devenir mère, du quand et du comment, continuent de se poser à presque toutes les femmes, le féminisme ne peut pas prétendre rendre compte adéquatement de la vie des femmes et représenter leurs besoins et leurs intérêts s'il ignore la question de la maternité » (1999, p. xi, nous traduisons). (Huet, 2018, p. 14)

Nous terminerons cette partie socio-historique en évoquant les différentes perceptions actuelles de la maternité, notamment l'oscillation entre la médicalisation de la grossesse et le retour au naturel.

1.1 Contexte socio-historique

1.1.1 Histoire de la grossesse en Occident

1.1.1.1 La grossesse à l'Antiquité

Il est difficile de retracer l'histoire de la maternité, car elle ne s'est pas déroulée de façon linéaire. D'ailleurs, pour certains auteurs comme Delassus (2011), la maternité n'a pas d'histoire. Selon lui, il est possible de retracer l'histoire des mères et des enfants, mais pas celle de la maternité. Pour justifier cette affirmation, il prend comme preuve le langage. « Le premier indice, le plus sûr, pour suivre une histoire éventuelle de la maternité, c'est le langage. De quelque chose qui existe, on parle et on retrouve trace dans les mots » (Delassus, 2011, p. 26). Or, l'apparition du mot « maternité » n'apparaît qu'en 1122, et n'a alors qu'un sens spirituel. Le pape Calixte II crée ce néologisme pour désigner la maternité de l'Église. Il faudra attendre 1866 pour que le dictionnaire Larousse lui donne sa définition actuelle. Mais malgré l'inexistence du mot, les femmes enfantent à toutes les époques. En revanche, la place donnée à la grossesse fluctue en fonction, notamment, de celle que l'on accorde à l'enfant.

Chez les Grecs, toutes les figures féminines sont représentées à travers les déesses. Certaines incarnent la fonction maternelle, dans ses bons et ses mauvais aspects. Déméter est la bonne mère qui ne veut pas être séparée de sa fille Perséphone, alors que Médée tue tous ses enfants pour se venger de leur père Jason. Mais d'autres déesses ne sont pas associées à la maternité. Athéna, guerrière intelligente, est née de son père Zeus et restera vierge, tout comme Artémis et Hestia. Aphrodite, quant à elle, représente le désir amoureux et la sexualité. Malgré ces représentations variées, dans leur quotidien, les femmes grecques restent soumises aux hommes. Les grands penseurs de l'époque, comme Platon, Aristote ou Hippocrate, confirment dans leurs écrits l'infériorité de la femme. Les Romains n'accordent pas plus de légitimité à la mère. C'est le père, le *pater familias*, qui possède l'intégralité de l'autorité et des droits familiaux.

1.1.1.2 Le Moyen Âge

La religion catholique poursuit cette conception et élimine la déesse-mère. « Du Moyen Âge jusqu'au XIXe siècle, le vécu et les représentations de la grossesse sont profondément marqués en Occident par la pensée chrétienne sur la procréation et le corps féminin » (Berthiaud, 2013, p. 12). « La paternité seule est divine, souveraine, et la maternité lui est en quelque sorte annexée. Les représentations de la maternité se structurent autour de deux figures humaines : Ève et Marie » (Knibiehler, 2020, p. 21). Ève, après avoir commis le péché originel, devra subir la colère divine : « J'augmenterai la souffrance de tes grossesses, tu enfanteras avec douleur, et tes désirs se porteront vers ton mari, mais il dominera sur toi » (Gen. 3 : 16). Marie, quant à elle, restera vierge malgré sa maternité, car « elle n'est pas mère par la chair, mais par l'Esprit ; elle ne transmet pas seulement la vie, mais la foi » (Knibiehler, 2020, p. 23). Elle est un simple vecteur. Elle met à distance la sexualité et la reproduction.

L'état de grossesse embarrasse l'Église, car il est le produit visible d'un rapport sexuel fécond dans le corps féminin, en contradiction avec l'idéal de pureté ecclésiastique qui valorise le célibat, la virginité et la chasteté. [...] L'enfantement est vu comme une expérience impudique, souillée et douloureuse. (Berthiaud, 2013, p. 21)

Pourtant, toutes les femmes doivent enfanter pour accéder au monde des adultes et la stérilité est considérée comme une malédiction. On voit bien toute l'ambivalence du christianisme face à la grossesse, et plus largement face à la féminité.

L'Église aborde la question de la féminité à partir de deux figures antagonistes : Ève et Marie. La première mène l'humanité à sa perte, la seconde coopère à son salut. Dans les deux cas, la maternité constitue une étape déterminante de leur destin. Ces deux visages de la féminité incarnent bien le caractère contradictoire de la femme enceinte pour le christianisme : le corps de la femme, capable de donner la vie, est un « temple » sacré, mais il est aussi objet de concupiscence et lieu où opère le péché de la chair. (Berthiaud, 2013, p. 28)

De la fin du Moyen Âge jusqu'au siècle des Lumières, « la grossesse se montre peu, tant en images que dans l'espace public, ce qui révèle un vécu féminin assez négatif : si la femme se doit d'être mère, être enceinte n'est pas nécessairement valorisant et épanouissant » (Berthiaud, 2013, p. 62). Les femmes continuent de mener leurs activités ordinaires. Quant à l'enfant, il n'a pas de statut particulier. Pour saint Augustin, « l'enfant est symbole de la force du mal, un être imparfait accablé

sous le poids du péché originel. [...] L'enfance n'a aucune valeur, ni spécificité, mais elle est le signe de la corruption. La valeur de l'enfance est toute négative et ne consiste qu'en une absence véritable de volonté » (Badinter, 1982, p. 56-57). Cette conception perdure jusqu'au XVIIIe siècle (Ariès, 1973). Puis, la perception de la maternité évolue.

1.1.1.3 Du siècle des Lumières au XIXe siècle

L'enfant devient source d'attention. Le siècle des Lumières lui permet d'être considéré comme un être humain possédant une valeur. De plus, « les médecins des Lumières ont su imposer ce dogme : tout enfant conçu doit pouvoir naître et vivre dans les meilleures conditions possible » (Knibiehler, 2020, p. 50). Parallèlement, le rôle de la mère change également. « C'est Rousseau, avec la publication d'Émile en 1762, qui cristallise les idées nouvelles et donne le véritable coup d'envoi à la famille moderne, c'est-à-dire à la famille fondée sur l'amour maternel » (Badinter, 1982, p. 55). Selon lui, le rôle de la femme est d'être entièrement dédiée à sa famille et d'élever ses enfants avec amour et tendresse. « La véritable mère de famille, loin d'être une femme du monde, n'est guère moins recluse dans sa maison que la religieuse dans son cloître » (Rousseau, 1836, p. 654). La conclusion de la définition sur les femmes que l'on retrouve dans l'Encyclopédie de l'époque est représentative de la place des femmes dans la société : « Tout prouve que la femme est faite pour avoir des enfants et pour les nourrir » (Knibiehler, 2020, p. 49). Dès la fin du XIXe siècle, les guides pour les futures mères se multiplient. Écrites par des médecins, « ces publications les invitent à rester au foyer et à mener une vie réglée, totalement dévouée à leur famille et à l'enfant qu'elles portent » (Berthiaud, 2013, p. 195).

1.1.1.4 Le tournant du XXe siècle

Il faut attendre le XXe siècle pour que l'histoire des femmes et de la maternité amorce un tournant. En Europe, une forte baisse de la natalité apparaît à la suite de la Première Guerre mondiale et l'activité salariée des femmes vient concurrencer leur fonction maternelle. Cette chute de la natalité inquiète. Pour enrayer ce phénomène, des politiques natalistes se mettent en place. Un des moyens est répressif en promulguant des lois interdisant l'avortement. En 1942, le législateur français définit l'avortement comme un crime passible de la peine de mort (Leridon, 1987). De nombreuses femmes avortent alors dans la clandestinité, dans des conditions désastreuses et mettent leur vie en danger. Cette politique est inefficace. « Un point sur lequel s'accordent partisans et ennemis de

l'avortement légal, c'est l'échec radical de la répression » (Beauvoir, 2003, p. 330). En effet, selon les estimations tirées de la Belle-Époque, 400 000 à 500 000 avortements ont lieu chaque année en France (Cahen, 2011, p. 106). Des mesures politiques sont mises en place afin d'augmenter le taux de natalité. En Europe, entre 1935 et 1947, de nombreux pays instaurent des allocations familiales. Cette politique porte ses fruits, puisque l'on assiste à un relèvement spectaculaire du taux de natalité après la Seconde Guerre mondiale qui durera jusqu'en 1975. Ce baby-boom a de nombreuses conséquences dont la création de nombreux emplois, notamment dans le domaine de la petite enfance (enseignantes, soignantes, etc.), mais également dans le secteur tertiaire. Ces postes administratifs permettent aux femmes d'investir le marché du travail et ainsi, de s'émanciper. De plus, l'arrivée de la pilule contraceptive au début des années 1960 permet de contrôler son corps et de choisir le moment de la maternité.

L'accès des femmes à l'autonomie, à la fois financière par le travail salarié, et sexuelle par la maîtrise de la procréation, leur affranchissement, même lent et relatif, des contraintes de rôle domestique et leur invention, même partielle et récente, de nouvelles formes de vie privée composent un processus d'émancipation historique qui constitue sans doute le bouleversement majeur du XXe siècle, en Occident. (Dubar, 2010, p. 57-58)

Une pensée féministe s'amorce, notamment avec la publication, en 1949, du *Deuxième Sexe* de Simone de Beauvoir. Ce livre, mis à l'index par le Vatican, «est une véritable révolution copernicienne dans l'identité féminine en dissociant définitivement la femme de la mère»(Knibiehler, 2020, p. 92). En 1975, l'interruption volontaire de grossesse est enfin autorisée en France par la loi. Une des conséquences de ces mutations sociales est une baisse de la natalité un peu partout en Occident à compter des années 1970. De plus, cela induit des transformations identitaires profondes pour les femmes. En effet, il leur est alors possible de se construire une identité féminine propre. Par le passé, elles accédaient seulement à « une identité par procuration (fille de, femme de, mère de) » (Dubar, 2010, p. 62).

1.1.2 Survol historique de la maternité au Québec

1.1.2.1 XVIIe siècle

Il est difficile d'avoir des données précises sur les taux de natalité et de mortalité de cette époque en Nouvelle-France. Le démographe Charbonneau (1975) estime que le taux de mortalité infantile

augmente au courant du XVIIIe siècle, mais qu'il reste moins élevé que celui en France. Les familles sont composées de nombreux enfants, entre six et sept. Dans les familles plus aisées, « le rôle des femmes est avant tout de faire des enfants. Les cas de familles de 8, 10, 12 enfants ne sont pas rares » (Dumont *et al.*, 1982, p. 55). À cette époque, le nombre de femmes est inférieur au nombre d'hommes. Cela contraint les femmes issues de la petite bourgeoisie et de la noblesse à allaiter elles-mêmes leurs bébés puisqu'elles ne parviennent pas à recruter de nourrice. On constate aussi un taux de mortalité plus important chez les femmes âgées de 30 et 45 ans que chez les hommes du même groupe d'âge. Cet écart est dû aux complications durant l'accouchement.

1.1.2.2 XVIIIe siècle

L'équilibre démographique est atteint au début du siècle et la croissance de la population est forte : entre 1700 et 1830, la population francophone a été multipliée par vingt (Dumont *et al.*, 1982). Si le taux de naissance est élevé, le taux de mortalité l'est également, surtout chez les enfants. Un quart des nouveau-nés ne parviendra pas à l'âge adulte. Les femmes ont en moyenne sept enfants, mais les fausses couches ne sont pas comptabilisées, il est donc probable que le nombre de grossesses soit plus élevé. Le taux de mortalité des jeunes mères est lui aussi élevé, probablement dû « à l'épuisement dû aux accouchements successifs et aux complications qui s'en suivent » (Dumont *et al.*, 1982, p. 92). En général, ce sont les sages-femmes qui prennent en charge les accouchements. Toutefois, « dans les villes, à la fin du XVIIIe siècle, on trouve des chirurgiens-accoucheurs qui offrent leurs services à celles qui peuvent se les payer » (Dumont *et al.*, 1982, p. 93). Ceux-ci utilisent des instruments comme les forceps. Peu de données sont disponibles sur l'allaitement maternel, mais il semble que les mères les mieux nanties recourent aux services d'une nourrice jusqu'aux deux ans de l'enfant, reproduisant ainsi les façons de faire françaises.

1.1.2.3 XIXe siècle

« Ce siècle voit se dessiner une nouvelle conception de l'accouchement : cette "maladie" est peu à peu prise en main par les médecins » (Dumont *et al.*, 1982, p. 167). Même si les sages-femmes continuent d'exercer, la profession de médecin accoucheur prend de plus en plus d'importance. En 1845, à Montréal et à Québec, cette profession ne peut être pratiquée que par des médecins diplômés d'une université et, en 1847, la formation des sages-femmes devient la responsabilité du collège des médecins. La profession se raréfie. « Au recensement de 1871, seulement une

quarantaine de femmes se déclarent sages-femmes et à partir de 1891, elles disparaissent des recensements » (Dumont *et al.*, 1982, p. 168). Tout au long de ce siècle, les hommes vont s'approprier ce domaine initialement réservé aux femmes. Pour cela, ils réglementeront le métier d'accoucheur et ils excluront les femmes du domaine des sciences médicales. En effet, « en 1900, il n'est plus possible pour aucune femme de recevoir des cours de médecine au Québec. [...] L'accouchement qui était jadis une affaire de femmes devient une activité "scientifique" masculine » (Dumont *et al.*, 1982, p. 168-169). Les sages-femmes deviennent les assistantes des médecins.

La plupart du temps, l'accouchement se déroule à domicile, à l'exception des femmes très pauvres ou des mères célibataires qui accouchent dans des maternités, où elles servent souvent de cobayes aux apprentis médecins accoucheurs.

Durant ce siècle, la natalité chute de 41 % entre 1831 et 1891, les femmes nées dans les années 1860 auront en moyenne 4,6 enfants (Henripin, 1989). Pour limiter les naissances, les femmes ont recours notamment à l'avortement, bien que cela soit interdit par l'État. En 1869, « l'avorteuse ou l'avortée est passible d'emprisonnement à perpétuité et la femme qui provoque son propre avortement risque sept ans de prison » (Dumont *et al.*, 1982, p. 171). Cet argument dissuasif a pour conséquence l'abandon de nombreux enfants auprès d'institutions charitables. « Montréal compte, en 1863, une douzaine d'institutions qui prennent en charge 750 enfants, soit 2,5 % des enfants montréalais » (Dumont *et al.*, 1982, p. 177).

1.1.2.4 XXe siècle

De 1900 à 1950, la baisse de la natalité se poursuit. En 1940, les femmes ont trois enfants en moyenne. Même si le mythe des familles nombreuses persiste encore aujourd'hui dans l'imaginaire collectif, les femmes nées entre 1916 et 1921 seront seulement 7,6 % à avoir plus de dix enfants. Cette proportion sera diminuée par deux pour les femmes nées entre 1922 et 1926. 40 % des Québécoises de cette génération auront deux enfants ou moins (Dumont *et al.*, 1982; Gauvreau, 1991). Le taux de mortalité maternelle, c'est-à-dire le décès des femmes survenant dans les soixante jours après une naissance, diminue considérablement à partir de 1930, grâce notamment à l'amélioration des techniques médicales (transfusions sanguines, médication permettant de lutter

contre la fièvre puerpérale, etc.), à la diminution du nombre de grossesses par femme et l'amélioration des conditions socio-économiques (Gauvreau, 1991). Si le taux de mortalité des mères diminue, le taux de mortalité infantile reste préoccupant. Au début du siècle, le Québec a le taux le plus élevé de l'Occident. « Entre 1901 et 1929, la mortalité infantile est responsable de 12,6 à 17 % de tous les décès au Québec. En six ans, de 1910 à 1916, 78 000 enfants de moins d'un an sont morts au Québec » (Dumont *et al.*, 1982, p. 256). Cela est notamment dû à une grande pauvreté, à la non-pasteurisation du lait et la mauvaise qualité de l'eau. Ce constat amène les médecins hygiénistes à recommander fortement l'allaitement en créant notamment un tract intitulé « Sauvons nos petits enfants. Appel aux mères » distribué lors de l'enregistrement des naissances. On dénombre également un nombre grandissant d'organismes, telles Gouttes de lait, Ligue des petites mères, etc. gérés par des médecins, des prêtres ou des organisations féminines et qui ont pour mission de prodiguer des conseils aux mères.

Le processus de médicalisation de la maternité prend véritablement son envol dans l'entre-deux-guerres, alors que les femmes sont invitées de manière de plus en plus insistante à consulter un médecin au moment de la grossesse, à faire appel à lui pour leurs accouchements et à faire suivre leurs enfants par un médecin. [...] En essence, le discours médical de la période et les nouvelles pratiques qu'il préconise cherchent à moderniser le maternage en lui donnant un fondement scientifique, tout en confirmant les femmes dans leur rôle traditionnel de mère. (Baillargeon, 2012, p. 139-140)

La Seconde Guerre mondiale transforme la vie des femmes qui sont amenées à travailler et participer ainsi à l'effort de guerre. Mais une fois la guerre terminée, l'État s'assure qu'elles reprennent « leur "vraie place" au sein de leur foyer » (Baillargeon, 2012, p. 156). Pour ce faire, le gouvernement fédéral met en place plusieurs mesures : pénalisation fiscale des hommes dont la femme travaille, discrimination du programme d'assurance chômage et création des allocations familiales en 1945. Dans les années 50, le taux de natalité est à la hausse avec en moyenne quatre enfants par femme. Il est toutefois à noter que « ce *baby-boom* n'est pas tant attribuable à une augmentation du nombre d'enfants par femme qu'à la proportion plus élevée de femmes qui fondent une famille » (Baillargeon, 2012, p. 168). Le démographe Henripin (1989) constate que la majorité des familles sont constituées de deux à quatre enfants, alors que les familles sans enfants ou les familles nombreuses de six enfants ou plus tendent à disparaître. Cet essor du taux de natalité est de courte durée, puisque dès 1955 le taux s'effondre, perdant dix points en dix ans. Plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer cette chute spectaculaire du fait de sa rapidité. Tout d'abord,

le recours à la contraception par « près de 90 % des Québécoises mariées à compter de la deuxième moitié des années 1960, comparativement à seulement 30 % avant 1946 » (Baillargeon, 2012, p. 182). À noter également que la stérilisation devient le moyen contraceptif le plus répandu en 1975. Autre explication de la baisse de natalité : la décriminalisation de l'avortement en 1969, à la demande des médecins. Mais « pour être légal, un avortement doit se dérouler en milieu hospitalier et être recommandé par un comité thérapeutique formé de trois médecins » (Baillargeon, 2012, p. 206). Le contexte socio-économique est également à prendre en considération. La société de consommation a fait augmenter les besoins plus rapidement que les moyens de les assouvir. De plus, l'accès grandissant des femmes à l'éducation et au marché du travail, ainsi que le délaissement des valeurs traditionnelles religieuses ont certainement contribué à la baisse du taux de natalité. Bien que les femmes aient moins d'enfants, elles doivent faire face à de nouvelles normes d'éducation plus exigeantes.

Les méthodes d'éducation « modernes », comme celles diffusées par L'École des parents du Québec dans sa revue et ses chroniques dans les journaux et à la radio, sont particulièrement exigeantes et culpabilisantes pour les mères, car elles leur demandent d'adapter l'éducation au rythme du développement psychologique de leurs enfants et les rendent responsables de leurs moindres problèmes de comportement ou de leurs difficultés d'adaptation sociale. (Baillargeon, 2012, p. 169)

Tout comme en France et en Occident, le féminisme représente un phénomène social notable de la deuxième moitié du XXe siècle au Québec qui a participé à des changements majeurs du statut des femmes et des mères. Une des revendications du mouvement féministe est le contrôle total de la reproduction par les femmes. Au début des années 70, le gouvernement fédéral verse des allocations aux jeunes mères. En 1978, le Québec améliore les prestations en octroyant un congé de maternité de dix-huit semaines. En 1990, le Québec instaure un congé parental de trente-quatre semaines qui s'ajoute aux dix-huit semaines. Les services de garde, l'égalité puis l'équité salariale, les congés de maternité sont des dossiers impulsés par le mouvement féministe et appuyés par les organisations syndicales. On retrouve également cette effervescence dans la culture avec de nombreuses œuvres féministes comme *Les fées ont soif*, de Denise Boucher (1978), « qui dénonce les stéréotypes de la mère, de la Vierge et de la putain et scandalise les milieux catholiques » (Baillargeon, 2012, p. 209).

Retracer l'histoire de la maternité en Occident nous permet de mieux appréhender la maternité aujourd'hui. Cela permet de réaliser que « la maternité est avant tout un fait social depuis toujours assujéti à des règles, à des normes et à des idéologies complexes et dictées par des acteurs sociaux, souvent étrangers à ce vécu » (Descarries-Bélanger et Corbeil, 1987, p. 141). De plus, on constate qu'en France comme au Québec, la conception de la maternité est liée au féminisme qui a beaucoup influencé le rôle des femmes depuis la deuxième moitié du XXe siècle. Mais parler de féminisme ne veut pas dire grand-chose puisqu'aujourd'hui de nombreux mouvements existent, chacun ayant un point de vue très différent de la maternité. Alors qu'en est-il de la vision de la maternité au sein des différents mouvements féministes actuels ? Et quel est l'impact, au sein des institutions, et notamment l'hôpital, de ces différentes façons d'envisager la maternité ? C'est ce que nous tenterons de comprendre dans la partie suivante.

1.2 Différentes perspectives actuelles

1.2.1 Des visions plurielles de la maternité : perspectives féministes

Actuellement, il existe de nombreux courants féministes, chacun ayant ses objectifs spécifiques pour défendre la cause des femmes. Chacun d'entre eux, que ce soit l'universalisme, l'intersectionnel, le différentialisme, les pros-sexe, le féminisme pop, l'écoféminisme, le féminisme radical, l'afroféminisme, le féminisme islamiste, le féminisme matérialiste ou le féminisme queer, pour ne pas tous les citer, observe la cause des femmes à travers un prisme et une problématique qui lui sont propres. Tous ne mettent pas la maternité au cœur de leur revendication, mais tous s'y intéressent de près ou de loin. Ce qu'il est nécessaire de comprendre est que « tout au cours de son évolution contemporaine, la pensée féministe ne sera jamais le lieu d'une seule parole, ou d'un seul modèle d'interprétation sur la signification de la maternité dans la vie des femmes et leur accès à l'identité. Mais, au contraire, multiple et plurielle » (Descarries et Corbeil, 2002, p. 25). Alors quel statut est accordé à la maternité ? Cette question « traverse l'histoire des mouvements féministes, mais aussi celle de nombreuses femmes, aux prises avec des contradictions souvent insurmontables. La maternité constitue tout à la fois une spécificité valorisée — le pouvoir de donner une vie —, une fonction sociale au nom de laquelle revendiquer des droits politiques ou des droits sociaux et une source d'oppression » (Collin et Laborie, 2000, p. 96).

Aujourd'hui, on ne peut que constater la grande diversité de l'expérience de la maternité. Les courants féministes reflètent cette diversité et témoignent des différentes manières d'arrimer maternel et féminin. Rendre compte des différentes façons de penser la maternité permet de ne pas tomber dans « les présupposés et le réductionnisme que soulèvent le refus comme l'éloge de la maternité » (Descarries et Corbeil, 2002, p. 26). En simplifiant, nous pouvons dire que le discours féministe s'organise entre deux grands pôles de représentations : la maternité vue comme un élément de valorisation des femmes et la maternité considérée comme une oppression.

1.2.1.1 Premier pôle : le féminisme égalitariste

La première vague du féminisme débute dans la première moitié du XXe siècle. Ce courant, dans de nombreux pays, a utilisé la maternité « comme atout pour pénétrer dans la sphère du public, revendiquant des droits pour les mères et pour les femmes en général » (Cova, 2005, p. 2). Pour cela, la maternité a été valorisée. Ces féministes de la première vague, « investies principalement dans une lutte pour l'accès des femmes aux droits civiques, ont construit leur argument sur les particularités des valeurs féminines qui trouveraient leur moyen d'accomplissement dans l'expérience de la maternité » (Cardi *et al.*, 2016). Dans les années 60, les femmes ont voulu être reconnues autrement que comme des mères. Leur objectif était de « proposer un réaménagement partiel des responsabilités à l'égard des enfants, sans vraiment requestionner pour autant la fonction maternelle, dans l'espoir d'atteindre l'égalité de chances avec les hommes dans l'univers de l'éducation, du travail et de la politique » (Descarries et Corbeil, 2002, p. 28). Ce féminisme promeut le travail des femmes, l'accès à l'éducation d'une façon égale à celle des hommes, en omettant parfois le poids que peut représenter la maternité si aucun changement institutionnel et social n'intervient. Dans le contexte actuel, on pourrait dire que ce féminisme a pu donner naissance au « modèle de la superfemme capable de tout concilier : famille, études, mari, carrière, loisirs et... conditionnement physique » (Descarries et Corbeil, 2002, p. 28). Devant l'inégalité persistante (salaires, tâches ménagères, charge mentale, etc.), certaines féministes de ce mouvement égalitaire réfléchissent à la redéfinition des rôles parentaux et à une meilleure répartition des tâches familiales. Toutefois, « le débat sur le rôle du père et son engagement auprès des enfants reste à faire, non seulement pour favoriser une relecture sociale de la fonction parentale, mais encore pour repenser une identité féminine qui n'écarterait pas, ni n'invaliderait le vécu maternel sans lui être subordonnée » (Descarries et Corbeil, 2002, p. 30).

1.2.1.2 Deuxième pôle : le féminisme radical

La pensée radicale rejette les théories naturalistes et l'instinct maternel. Selon ce courant de pensée, la maternité est un choix, tout comme celui de ne pas être mère. Pour les plus radicales, la maternité est

le lieu principal de l'aliénation et de l'oppression des femmes. L'institution maternelle est alors théorisée comme synonyme d'enfermement et de rapport de dépendance affective et économique. (Descarries et Corbeil, 2002, p. 30)

Incarné par le slogan « *un enfant si je veux, quand je le veux* » et par Simone de Beauvoir (1949), ce féminisme universaliste refuse « la différence comme l'assignation à un destin et la maternité comme une entrave, voire un esclavage. [...] Les femmes sont des individus, libres de choisir leur existence, leur travail, si important dans cette génération d'après-guerre, leur sexualité » (Perrot, 2020, p. 9). Pour ces féministes de la deuxième vague, « la maternité est considérée comme un frein à l'émancipation des femmes » (Cova, 2005, p. 2). La maternité est alors un devoir au service du patriarcat. Féminin et maternel sont ainsi totalement dissociés. Une des figures de proue actuelles de ce féminisme que l'on nomme également « universaliste » est Elisabeth Badinter qui estime que la différence des sexes est socialement construite, « y compris la relation parent-enfant (ainsi l'« amour maternel » n'est pas naturel, il est « en plus »), et peut donc être déconstruite » (Knibiehler, 2007, p. 13).

Le courant féministe radical aura contribué sans l'ombre d'un doute à démystifier la conception idéaliste de la maternité selon laquelle tout n'est qu'amour infini, disponibilité, altruisme et don de soi, pour faire place à une vision plus fidèle et matérialiste de l'expérience des femmes où amour et haine, euphorie et dépression, tendresse et indifférence, douceur et violence, alternent et se côtoient constamment. (Descarries et Corbeil, 2002, p. 35)

Mais ce courant a également de la difficulté à rejoindre la majorité des femmes qui ne se reconnaissent pas dans ce positionnement trop radical ni dans l'impossible réconciliation de la maternité et du féminin.

1.2.1.3 Une troisième voie : le différentialisme

Entre les deux pôles précédemment décrits, un autre courant féministe propose de réconcilier le féminin et le maternel. Il postule d'emblée l'asymétrie biologique et considère la maternité comme un lieu de rencontre entre nature et culture et comme un lien entre créativité et procréation.

Ces neo-féministes proposent une théorie de la différence, de la féminité et du féminin-maternel. [...] Elles s'intéressent davantage aux questions d'éthique et d'identité du sujet féminin qu'à la dimension sexuée des rapports sociaux et de l'institution maternelle. [...] Elles proposent une théorie du féminin-maternel qui privilégie la réappropriation du territoire et de l'imaginaire féminins propres à l'expérience du corps sexué et de l'enfantement. (Descarries et Corbeil, 2002, p. 37)

Les féministes américaines de ce courant postulent que

les femmes sont porteuses d'une culture autre, d'un rapport distinctif au social. [...] Elles soutiennent que les femmes, en raison même de leur socialisation et de leurs pratiques nourricières, ont développé un sens du soi fondamentalement localisé dans le corps et plus ouvert sur autrui. (Descarries et Corbeil, 2002, p. 38)

Les féministes différentialistes françaises ont pour leur part mis en valeur la dimension symbolique de l'expérience maternelle. La plupart d'entre elles sont proches de la psychanalyse voire des psychanalystes elles-mêmes telles Julia Kristeva, Luce Irigaray ou Antoinette Fouque notamment. On retrouve également des écrivaines comme Hélène Cixous ou Nancy Huston. Pour elles,

la maternité devient un acte de création et l'accent est mis sur le potentiel procréateur/créateur des femmes comme source de pouvoir et d'identité. [...] La maternité est pressentie comme le lieu de pouvoir et de savoir des femmes. Maternité et conscience reproductive ne sont plus des sources d'aliénation. Au contraire. (Descarries et Corbeil, 2002, p. 40)

La critique souvent adressée à ce courant est le fait qu'il ne tient compte ni de l'histoire ni du social, ni du politique. Les rapports sociaux entre les sexes, les difficultés quotidiennes des femmes ne fondent pas le cœur de leur réflexion.

Le féminisme est pluriel notamment quant à sa perception de la maternité. Les femmes sont soumises à ces diverses approches. Leur perception de la maternité est un entrelacement de ces

discours, de leur propre expérience de la maternité et de leur histoire familiale. Tout cela influence et participe de façon complexe à la façon dont elles envisagent la maternité.

Mère, maternité, maternage, maternité sociale, maternité-esclave, maternité-exploitation, maternité-institution, maternité-expérience, maternité sanglante, matrophobie, matriarcat, production domestique, procès de reproduction, le maternel, le féminin maternel, maternité-créativité, maternité éclatée... dans la réflexion collective des femmes, toutes ces notions évoquent des réalités bien différentes, toutes ces notions « existent, co-existent, voire s'affrontent » (Picq, 1983) dans cette volonté commune des femmes de rendre compte de leur expérience et de construire une théorie de la maternité. (Descarries-Bélanger et Corbeil, 1987, p. 144)

1.2.2 La maternité aujourd'hui : entre médicalisation et retour au naturel

Comme nous l'avons vu, parallèlement à l'évolution des normes sociales, la grossesse se médicalise. À la fin du XIXe, les femmes accouchent avec des sages-femmes. Seules les plus démunies se rendent à l'hôpital, où le taux de mortalité infantile est très élevé, de 10 à 20 %. Cela est souvent attribuable à la fièvre puerpérale transmise par l'accoucheur lui-même, qui pratiquait alternativement des autopsies et des touchers obstétricaux sans aucune désinfection entre les deux. Entre 1870 et 1890, l'antisepsie fait son apparition dans les hôpitaux, faisant chuter la mortalité maternelle à 2 %. Il devient alors plus sécuritaire d'accoucher à l'hôpital plutôt qu'à domicile. « Les découvertes de Pasteur ont levé le mystère des maladies infectieuses, qui décimaient les enfants. Prophylaxie, antisepsie, asepsie, vaccinations : l'hygiène nouvelle prend bientôt les proportions d'une véritable éthique » (Knibiehler, 2020, p. 72). La médicalisation s'accroît au XXe siècle. Au Canada, en 1940, « seulement 35 % des femmes accouchaient à l'hôpital. En 1961, à la suite de la mise en place de l'assurance hospitalisation, 97 % des bébés naissent dans les hôpitaux » (Vallières, 2020, p. 86). C'est un véritable changement de paradigme : « de la notion d'incertitude de l'enfantement, on est passé à celle du risque obstétrical » (Pruvost, 2016), ce qui va provoquer une médicalisation de la grossesse. En effet, pour le milieu obstétrical, la grossesse, et plus particulièrement l'accouchement, comporte un risque vital pour la mère et le bébé, ce qui amène une approche curative (Carricaburu, 2007).

1.2.2.1 La grossesse aujourd'hui : une maladie potentielle

Aujourd'hui, les grossesses à haut risque ne représentent que 2 à 3 % de l'ensemble des naissances (Carricaburu, 2007). Ces grossesses peuvent être dues à des pathologies maternelles (diabète,

hypertension gravidique, immunisation rhésus, cardiopathies, etc.) qui peuvent être létales pour le fœtus, à des pathologies fœtales ou à des menaces d'accouchement prématuré sévères. Dans ces cas-là, il y a consensus sur la nécessité d'encadrer médicalement la grossesse. En revanche, pour les grossesses « normales » ou à bas risque, l'encadrement médical est source de controverse. Actuellement, en milieu hospitalier, la grossesse est souvent réduite à son expression somatique. Elle est validée par un test biologique, l'échographie permet de voir le fœtus sur un écran, d'entendre les battements de son cœur dès les premières semaines de vie. La femme enceinte est prise en charge et suit un parcours médical balisé. Une visite médicale a lieu chaque mois au cours de laquelle sont vérifiés notamment ses signes vitaux, son poids, les battements du cœur du fœtus, la taille et la forme de l'utérus, la présence de contractions, de liquide ou de sang, etc. De plus, des analyses d'urine et de sang sont réalisées afin de détecter une éventuelle pathologie. Puis vient le dépistage de la trisomie 21, l'échographie de la clarté nucale, l'échographie morphologique, le dépistage du diabète de grossesse, etc. La future mère est alors enceinte « sous une surveillance médicale programmée qui dispose de moyens d'investigation puissants – allant jusqu'à rendre visible le fœtus et décrypter son génome — et elle accouche dans un milieu de haute technicité qui ne laisse rien échapper, sauf, trop souvent, la personne et le vécu de la mère » (Delassus, 2010, p. 30)

Par le passé, la grossesse était considérée comme une maladie. Au XVIII^e siècle, les médecins effectuaient des saignées sur les femmes enceintes, car ils pensaient que le sang de celles-ci s'épaississait au contact de la semence de l'homme (Laget, 1982). Au XX^e siècle, la grossesse est toujours considérée comme une maladie, comme en témoignent les consignes à suivre lors de l'accouchement délivrées par l'Encyclopédie médico-chirurgicale obstétrique : « Commencez par l'administration d'un lavement évacuateur. Si *la malade*¹ est vue à une période plus avancée du travail, mieux vaut ne pas donner de lavement » (Rivière et Faugère, 1949).

Aujourd'hui, la grossesse n'est plus considérée comme une maladie, mais comme une maladie potentielle. En effet, chaque femme enceinte court le risque de voir sa grossesse devenir problématique. C'est pourquoi de nombreux tests sont réalisés durant la grossesse, comme nous l'avons vu précédemment. Delassus (2010) résume en huit étapes le processus qui amène à

¹ Je souligne.

considérer la grossesse comme une maladie potentielle. Il y a, dans un premier temps, « **la conception somatique de la grossesse** » qui définit la grossesse uniquement sous un angle corporel et objectif. À cela s'ajoute ce que Delassus nomme « **la crise de la maternité** », c'est-à-dire « l'idée que la grossesse et le fait de devenir mère relèveraient d'une crise du développement analogue à la crise d'adolescence. La mère devient suspecte dans ses fondements psychologiques et on anticipe de plus en plus la dépression prénatale qui pourrait menacer » (Delassus, 2010, p. 64). Une autre étape du processus est la « **généralisation du risque** », soit la crainte que quelque chose puisse se dérégler. « Dès lors, la bonne santé apparente doit toujours être surveillée » (Delassus, 2010, p. 64). Cela mène à l'étape suivante de « **l'inflation du risque et le principe de sécurité** ». Comme il existe toujours un risque que la grossesse ne se passe pas au mieux, le principe de sécurité est appliqué. « Les contrôles deviennent systématiques, programmés, institutionnalisés » (Delassus, 2010, p. 65). Cela peut alors avoir comme conséquence le développement de l'angoisse de la femme enceinte autour de sa grossesse, avec la crainte de tomber malade. D'où la cinquième étape : « **tomber malade : la maladie iatrogène de la grossesse** ». « La femme qui a pris peur va vouloir convaincre qu'elle est réellement malade, elle produira des symptômes pour l'attester, elle cherchera à ce qu'on lui reconnaisse des affections ou des défaillances somatiques qui serviront de lieu de projection de ses inquiétudes » (Delassus, 2010, p. 65). Dès lors, « la femme s'imprègne du souci médical généralisé et elle l'applique à sa grossesse. Elle se surveille elle-même, elle se tâte, s'observe, s'épie. Elle est à l'affût du moindre signe suspect, elle guette tout ce qui peut sembler pathologique » (Delassus, 2010, p. 66). C'est la phase de « **l'aliénation dans l'imaginaire médical** ». Cela amène à « **l'externalisation de la grossesse** » où le vécu intérieur de la femme enceinte est mis à l'écart, supplanté par toutes ces données d'observation extérieures. Pour finir, la dernière étape du processus est « **le fantasme de la mauvaise mère** ». Pour Delassus, le mythe de la mauvaise mère a été déplacé. « On l'a transposé dans le fantasme de trouver chez la femme enceinte des signes indiquant qu'elle peut être déjà une mauvaise mère pour l'enfant qu'elle porte » (Delassus, 2010, p. 67).

Face à cette médicalisation de la grossesse, « des groupes féministes dits de "deuxième vague" revendiquent, dès la fin des années 1960 et tout au long des années 1970, une démedicalisation de la grossesse et de la naissance » (Vallières, 2020, p. 86). Leur argumentaire s'appuie sur le thème de l'appropriation professionnelle. En effet, selon cette perspective, le milieu médical, longtemps

exclusivement masculin, s'est approprié le savoir des sages-femmes et des accouchées (Pruvost, 2016).

On constate donc l'existence de deux pôles opposés par rapport à la question de la médicalisation de la grossesse. À une extrémité du continuum se trouve l'approche basée sur la prévention des pathologies qui s'appuie sur une médicalisation de la grossesse. « La "pathologie" renvoie aux risques médicaux, obstétricaux et pédiatriques ; leur imprévisibilité, leur caractère incertain en termes de temporalité et de gravité (Carricaburu, 2007), donne du poids aux arguments des défenseurs de la médicalisation auprès des politiques publiques, du corps médical » (Arnal, 2018, p. 131). À l'autre extrémité du continuum, l'approche basée sur la « physiologie ». « La notion de "physiologie" renvoie à l'idée d'un corps qui "sait faire", dont le programme biologique serait déterminé pour mener à bien l'ensemble des processus procréatifs, de la fécondation jusqu'à l'accouchement et ses suites » (Arnal, 2018, p. 201). Au Québec, la notion de physiologie est associée à « l'idée de nature », c'est-à-dire à l'idée d'un « déterminisme endogène venu se superposer à celle de finalité » (Guillaumin, 1978, p. 10). En d'autres termes, cela signifie que les femmes ont la capacité de mener à bien leur grossesse sans l'intervention du médical, car elles possèdent naturellement tout ce qu'il faut pour y parvenir. Dans le discours politique, le Québec favorise l'idée de nature, notamment en inscrivant dans un rapport du ministère de la Santé et des Services sociaux intitulé Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie, que « la grossesse, l'accouchement et l'allaitement sont des processus naturels » et indique que « dans une société animée par la volonté de contrôler tout risque potentiel, il faut rappeler cette nécessité de protéger le processus physiologique naturel de la naissance » (Laverdière, 2008, p. 9).

1.2.2.2 Le retour à la nature

Comme nous l'avons vu précédemment, le féminisme différentialiste a participé au « mouvement contemporain de re-naturalisation de la naissance qui repose sur la défense des compétences "innées" des femmes pour dénoncer la médicalisation du corps maternel » (Cardi *et al.*, 2016). Ce mouvement s'est accompagné d'un retour de la profession de sage-femme avec la création de l'Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes en 1986. Puis, en 1990, « le gouvernement du Québec adopte une loi autorisant l'expérimentation de la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes pour une période de six ans afin de déterminer l'opportunité de légaliser

cette profession » (Fraser et Hatem-Asmar, 2004, p. 106). En 1998, le métier de sage-femme est ainsi reconnu officiellement au Québec. En 2022, on compte environ 260 sages-femmes au Québec et environ 3500 femmes par année se font accompagner par une sage-femme. Cela représente 3 à 4 % des accouchements. Mais les femmes seraient plus de 31 % à vouloir accoucher dans une maison de naissance sans en avoir la possibilité, faute de places disponibles (Arnal, 2018).

Le phénomène de naturalisation de la maternité concerne également un autre aspect : l'allaitement. Entre 1850 et 1900, on assiste à l'émergence de l'alimentation non maternelle pour les bébés, avec toutes les conséquences désastreuses liées au manque d'hygiène. On utilise essentiellement du lait de vache non bouilli. À cette époque, le Québec a le taux de mortalité infantile le plus élevé d'Occident. « À Montréal, en 1899, deux mille soixante et onze morts étaient dénombrées avant l'âge d'un an pour 7 715 naissances, soit un taux de 26,8 %, et à Québec, pour la même année, un taux de 49,9 % » (Vallières, 2020, p. 83). La pasteurisation viendra grandement améliorer la situation. De 1900 à 1960, on assiste à la médicalisation de l'alimentation du nourrisson avec l'arrivée des produits de substitution du lait maternel et les recommandations des médecins, soumis à une vision hygiéniste de l'époque, qui prescrivent du lait stérilisé et qui donnent de nombreux conseils aux mères quant aux soins infantiles. Au milieu du XXe siècle, « les messages véhiculés par les institutions hospitalières étaient ambigus affirmant, d'un côté, que l'allaitement maternel était le “choix-santé” et accordant, de l'autre, beaucoup de temps à discuter des alternatives et à offrir des échantillons gratuits de lait artificiel aux nouveaux parents » (Vallières, 2020, p. 86). Dans les années 70, La Leche League va promouvoir intensément l'allaitement maternel. Cela aboutira, en 1979, à un partenariat entre cette association, le gouvernement fédéral canadien et la Société pédiatrique canadienne afin de lancer une campagne pour encourager l'allaitement. Cette promotion a été efficace puisque le taux d'allaitement est passé d'environ 30 % dans les années 60 à 88,6 % en 2014 (Santerre et Fortin, 2018). Aujourd'hui, l'allaitement est fortement encouragé par le discours médical, notamment à travers l'OMS. Les hôpitaux québécois bénéficient même d'une certification « initiative des amis des bébés » et doivent appliquer des conditions permettant de favoriser l'allaitement maternel. La norme sociale de « la bonne mère » est associée, entre autres, à l'allaitement (Afflerback *et al.*, 2013; Bayard et Chouinard, 2014; Knaak, 2010).

Une autre notion est présente dans le discours naturaliste : l'instinct maternel. Comme nous l'avons vu, cette notion naît au XVIIIe siècle sous la plume de Rousseau dans *Émile, ou de l'Éducation* et

dans *Du contrat social* (1962). Plus proche de nous, on peut citer Pernoud, auteure française de livres de puériculture qui publie depuis 1956 une édition annuelle de *J'attends un enfant* (Pernoud, 2021). Dans la préface de la première édition, le professeur Robert Debré écrivait :

Amour maternel, instinct maternel, nous évoquons ces mots si chargés de sens pour indiquer combien sont efficaces les mères qui sentent, devinent, comprennent, agissent, menées par leurs émotions et leurs impulsions et qui savent si bien s'instruire toutes seules en soignant leur enfant. [...]. Après avoir lu attentivement et assimilé tant de connaissances sur la manière de « gouverner » l'enfance — comme on disait autrefois — la mère finit par aller où son instinct la pousse. Je ne crois donc pas, tant est fort cet instinct, que les connaissances scientifiques la fassent dévier ou hésiter. (Debré, 1956)

Dès 1979, Pernoud mettra un commentaire à cette préface en expliquant que « les mentalités changent et les idées évoluent » pour finalement la retirer en 1992 (Mietkiewicz et Schneider, 2013). Car cette notion est soumise à controverse, notamment sous la plume de l'écrivaine féministe Élisabeth Badinter qui consacre son livre *L'amour en plus. Histoire de l'amour maternel* (1982) à la déconstruire. On la retrouve pourtant dans de nombreux livres sur la maternité telle *Éloge des mères : faire confiance à l'instinct maternel et favoriser l'épanouissement* d'Antier (2001) ou *L'instinct maternel apprivoisé : la clé d'un maternage plus heureux* de Morin et Marinier (1984). Alors qu'en est-il vraiment de l'instinct maternel ? Tout dépend de la perspective que l'on adopte. Pour la sociobiologie, les mères sont programmées génétiquement pour aimer leurs petits afin de leur prodiguer les soins nécessaires à la survie de l'espèce. En revanche, du côté du culturalisme, l'instinct maternel est une construction purement sociale. Pour Hrdy (2002), les choses sont plus complexes. Pour cette auteure sociobiologiste, les mécanismes biologiques qui permettent le lien d'attachement entre une mère et son bébé existent, mais ils s'accompagnent de nombreux autres mécanismes. Sinon comment expliquer l'infanticide ou l'abandon, qui existent chez l'homme, mais chez de nombreuses espèces animales également ? Par exemple, la truie, la souris, la chatte, etc. pratiquent le cannibalisme parental ou puerpéral. Chez les humains, dans certaines sociétés primitives comme les Yanomamis du Brésil ou les Kungs d'Afrique du Sud, l'infanticide est pratiqué lorsque l'enfant est handicapé ou qu'il manque de ressources pour la survie du groupe. De plus, l'amour maternel et l'attachement ne dépendent pas juste de la mère. Les nourrissons ont également des stratégies leur permettant de se faire aimer (sourire, grands yeux et visage rond, etc.). Hrdy conclut alors que l'instinct maternel est complexe et qu'il dépend d'une multitude de facteurs.

Au lieu des vieilles dichotomies entre nature et culture, il faut s'intéresser aux interactions complexes entre gènes, tissus, glandes, expériences passées et signes de l'environnement, y compris les signaux sensoriels lancés par les nourrissons et les individus proches. (Hrды cité par Dortier, 2003, p. 31)

C'est à cette même conclusion que parvient Bayot (2020), dans un texte intitulé *Instinct maternel : réalité et controverse*. Selon elle, le biologique et le sociologique s'influencent mutuellement et il est nécessaire de prendre en considération ces deux aspects.

Entre ces deux discours normatifs extrêmes, les femmes peuvent se sentir perdues, voire coupables, puisque le choix qu'elles feront les amènera forcément à devoir renoncer à certains aspects, que ce soit à une forme de sécurité incarnée par le milieu médical ou à forme d'essentialisme propre à l'idée de nature. « Les discours institutionnels sont porteurs d'incitations normatives. La normativité provient certes du médical, mais aussi de la morale, de ce qu'est être une bonne mère » (Vallières, 2020, p. 87). Se met alors en place ce que Bajos et Ferrand (2006) nomment la « norme procréative », c'est-à-dire l'ensemble des conditions socialement définies pour avoir un enfant. Cette vision normative de la maternité s'accompagne de la représentation idéalisée de la « bonne mère » et fait peser sur les femmes un nombre croissant de contraintes et d'obligations. La « bonne mère » se définit bien avant d'avoir un enfant. Elle choisit le moment opportun pour le concevoir, puisque « d'un état subi et maintes fois répété au cours de la vie féconde, la grossesse devient une expérience plus rare et choisie » (Berthiaud, 2013, p. 200) grâce notamment à la contraception et la légalisation de l'avortement. Cela signifie, entre autres, qu'elle a un partenaire stable et un emploi lui permettant de subvenir aux futurs besoins de l'enfant. Elle n'est ni trop jeune, ni trop vieille. De plus, lors de sa grossesse, elle adopte les comportements socialement attendus. Le problème est que la norme sociale est mouvante comme l'explique Delaisi de Parseval, psychanalyste et chercheuse en sciences humaines :

Si d'aventure [...] l'on accouche à quelques années de distance (une bonne décennie par exemple), on a en outre la surprise de constater que cette littérature sur l'enfant et sa mère se modifie, voire se contredit complètement au fil des ans : la règle d'un moment devient l'aberration dans la décennie suivante et inversement. (Delaisi de Parseval et Lallemand, 1998, p. 10)

Cette normativité dépend également d'enjeux qui dépassent la perception de ce qu'est une bonne mère. En effet, la façon dont on considère le risque lié à la grossesse par exemple va influencer la

manière dont on va prendre en charge les femmes. « L'enjeu est de taille dans la mesure où il s'agit soit de renforcer le processus de médicalisation de la grossesse et de l'accouchement, soit d'encourager leur "détechnicisation" au travers des Maisons de Naissance, et à plus ou moins long terme, de redistribuer les compétences entre obstétriciens et sages-femmes » (Carricaburu, 2007, p. 125). Obstétriciens et sages-femmes confrontent dans ce débat leurs perceptions opposées de la notion de risque et défendent également leur profession. Les obstétriciens peuvent redouter « d'être à terme dépossédés de leur hégémonie sur la naissance [...]. Les sages-femmes voient l'opportunité que pourrait représenter la présence des Maisons de Naissance comme étape d'un processus d'autonomisation de leur groupe professionnel » (Carricaburu, 2007, p. 141).

Cette perception du risque vient inévitablement influencer la façon dont les femmes vont vivre leur grossesse.

L'intrusion du médical dans l'expérience de la maternité peut être dépersonnalisante. Sa parole objective peut s'opposer à celle, subjective, de la femme enceinte. Ainsi, deux vérités coexistent, sans nécessairement coïncider, « une vérité subjective, celle de la femme, et une vérité médicale, sur laquelle s'appuiera le praticien pour la surveillance de la grossesse » (Szejer et Stewart, 1994, p. 85). La norme sociale et le poids du médical ont mis la femme enceinte sous inspection. Si on ne peut nier les effets positifs des progrès médicaux et du souci social entourant l'enfant, on peut toutefois s'interroger des conséquences sur la femme enceinte d'une telle évolution. En effet, tout cela provoque « chez bien des femmes le sentiment d'être dépossédées de leur corps. La multiplication des interdits, des précautions et des examens à subir fait de la femme enceinte une sorte de contenant au service d'un fœtus devenu un patient presque comme les autres » (Berthiaud, 2013, p. 209). De plus, tous ces éléments alimentent l'ambivalence de la grossesse. Si la grossesse n'a plus de secret d'un point de vue somatique, qu'en est-il d'un point de vue psychique ?

CHAPITRE 2

REVUE DE LITTÉRATURE

*« De l'être ou du néant, de quel côté la légèreté est-elle la plus insoutenable ?
Patrick Dupouey*

*Depuis que l'homme sait qu'il est mortel, il a du mal à être totalement décontracté.
Woody Allen*

*Vivre c'est combattre, résister, survivre, et nul ne le peut indéfiniment. À la fin il faut mourir, et c'est la seule fin qui nous soit promise.
André Comte-Sponville*

*La mort est grande
Nous lui appartenons
Bouche riante.
Lorsqu'au cœur de la vie nous nous croyons
Elle ose tout à coup
Pleurer en nous.
R. M. Rilke*

2.1 La grossesse : un état psychique particulier

Comme nous venons de le voir, la grossesse est souvent considérée sous son seul angle biologique. Le corps qui porte une nouvelle vie est pris en charge par le milieu médical. Il est scruté, suivi, analysé dans ses moindres détails. À travers les échographies, les prises de sang et tous les tests prénatals, le fœtus et sa mère n'ont plus aucun secret. Pourtant, quelque chose échappe à cette vision organique. Car cette femme n'est pas seulement un corps. Elle possède également une réalité psychique. Or, la grossesse est le moment d'un état particulier du psychisme. En effet, « la venue d'un enfant nécessite un travail particulier de contenance, de transformation, de mise en représentation et d'organisation de l'inconnu qui sollicite grandement les futures mères » (Picco, 2005, p. 19). Celles-ci vivent une période de crise maturative comparable à celle de l'adolescence et qui

mène à une nouvelle individuation. [...] Le remaniement psychique gestationnel se manifeste comme une perturbation de l'équilibre psychique antérieur ; cette perturbation est si intense qu'elle ressemble à un état pathologique ; ce processus

pourtant normal permet une adaptation à la venue de l'enfant [...]. (Bayle, 2005a, p. 305-306)

2.1.1 La préoccupation maternelle primaire

Winnicott décrit explicitement, dès 1956, cet état très spécifique de la femme enceinte qu'il nomme « la préoccupation maternelle primaire » et qu'il définit ainsi :

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. (Winnicott, 2006, p. 40)

Se développant graduellement tout au long de la grossesse, elle atteint son acmé avant l'accouchement et perdure quelques semaines après la naissance de l'enfant. Il s'agirait d'une « identification régressive de la jeune mère à son bébé » (Bydlowski et Golse, 2001, p. 30) dont le but est l'établissement du moi de l'enfant. Dans sa définition, Winnicott évoque un état pathologique de la mère, car il repose sur une confusion entre la mère et le bébé. « C'est précisément cette "confusion" temporaire qui permet l'acuité exceptionnelle de cette hypersensibilité identificatoire aux attentes du bébé » (Missonnier, 2019, p. 84). En effet, la mère se mettant à la place de son bébé peut répondre exactement à ses besoins. Cela se construit lorsque la mère répond aux besoins corporels de l'enfant dans un premier temps. Puis lorsqu'elle répond aux besoins du moi. « Et voici qu'apparaît l'existence d'une relation au moi, entre la mère et le bébé, dont la mère va se remettre, et à partir de laquelle l'enfant peut éventuellement élaborer l'idée de la personne de la mère » (Winnicott, 2006, p. 45). Si la mère est « suffisamment bonne », les réactions aux empiétements de l'environnement n'auront pas d'impact sur le sentiment continu d'exister de l'enfant. En revanche

les carences maternelles provoquent des phases de réactions aux empiétements et ces réactions interrompent la « continuité d'être » de l'enfant. Un excès de cette réaction n'engendre pas la frustration, mais représente une menace d'annihilation : c'est, selon moi, une angoisse primitive très réelle, bien antérieure à toute angoisse qui inclut le mot mort dans sa description. (Winnicott, 2006, p. 44)

Dit autrement, « le défaut d'adaptation de la mère risque de produire l'annihilation du self de l'enfant. Les carences de la mère représentent alors une menace contre l'existence personnelle

du self [...] L'individu a besoin d'un environnement spécialisé suffisamment bon pour se développer » (Bayle, 2005a, p. 307).

Missonnier (2019) prend l'exemple des phobies d'impulsion lors de la grossesse pour évoquer « l'expérience effrayante du pouvoir de vie et de mort » (Missonnier, 2019, p. 85) dont dispose une mère face à son bébé placé dans une dépendance totale vis-à-vis d'elle. La phobie d'impulsion est un trouble psychiatrique appartenant à la famille des troubles obsessionnels compulsifs qui se définit par la peur perdre le contrôle et de commettre des actes violents, agressifs, meurtriers contre soi ou contre autrui. Cet état pathologique permet à Missonnier de revisiter le concept de « préoccupation maternelle primaire ». En effet, il explique que la phobie d'impulsion émerge, car elle met face à face « dans une troublante proximité/labilité/réversibilité l'option du meurtre et celle de la préoccupation maternelle primaire » (Missonnier, 2019, p. 85).

Ici, la phobie d'impulsion est une scène représentationnelle de l'économie psychique confrontée violemment au contraste des options destructrice et créatrice. Dans le cadre transitoire du laboratoire de la « préoccupation maternelle primaire » « normale », ces phobies offrent l'opportunité d'une symbolisation de la violence contenue dans la « situation anthropologique fondamentale » (Laplanche, 2002). Ainsi, l'hypersensibilité inhérente à la « préoccupation maternelle primaire » s'impose in fine comme le négatif du fantasme meurtrier. C'est la souplesse de la dialectisation de ces deux polarités qui soutiendra l'issue favorable de l'ambivalence du « suffisamment bon » à l'abri des extrémismes aliénants du trop parfait et du trop chaotique. (Missonnier, 2019, p. 85-86)

Les phobies d'impulsion mettent en évidence le caractère particulièrement ambivalent de la grossesse, nous y reviendrons. En effet, la naissance du lien humain « tire sa fiabilité de l'épreuve psychique fantasmatique de sa possible destruction. "L'objet naît dans la haine" écrit Freud dans *Pulsions et destin des pulsions* (1915) » (Missonnier, 2019, p. 87).

La préoccupation maternelle primaire est un état transitoire dont « les mères ne se souviennent que difficilement lorsqu'elles en sont remises » (Winnicott, 2006, p. 40). Elle s'inscrit dans « une période de transition, de métamorphose, une période initiatique » (Szejer et Stewart, 1994, p. 103) qui remanie l'identité de la femme.

2.1.2 Une crise maturative

Ce parcours initiatique de la mère en devenir est considéré par certains auteurs comme une crise psychique comparable à celle vécue lors de l'adolescence, mais dont la finalité est, bien sûr, différente (Bibring, 1959; Racamier, 1961). Bibring explique que cette crise maturative entraîne des remaniements psychiques importants « occasionnant une proximité inhabituelle avec les matériaux inconscients, ce qu'illustre la richesse fantasmatique de la psyché de la femme enceinte » (Missonnier, 2020, p. 80). Racamier, quant à lui, nomme ce processus la « maternalité » et il le définit comme « l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme enceinte lors de la maternité » (Racamier, 1978, p. 43), créant une crise d'identité lors de laquelle la femme enceinte voit réapparaître des conflits anciens. Racamier « insistera sur le régime narcissique de la mère durant la grossesse. Il pointera aussi la continuité entre la fusion maternelle avec le fœtus, ses résonances incestueuses et la passion maternelle de la relation primaire » (Missonnier, 2020, p. 80). Anzieu-Premmereur reprend le concept de folie transitoire amené par Winnicott :

« Maternalité » est la notion qui regroupe, à la suite de Benedek et Bibring, le processus de réactivation des conflits infantiles et des identifications à la mère avec la remise en cause des systèmes défensifs ; cette crise d'identité peut être maturative et s'associe à des périodes de labilité proches de la psychose. C'est la folie maternelle, transitoire dans les bons cas, mais qui peut achopper sur la peur de l'enfant fruit de désirs incestueux et la relation avec la mère du passé infantile. (Anzieu-Premmereur, 2011, p. 1471)

Pour Bydlowski cette période se définit de la façon suivante :

À l'instar de l'adolescence, la période de la grossesse est ainsi, de façon essentielle, une période de conflictualité exagérée, une période de crise maturative : dans le premier cas, l'enjeu est de renoncer à l'enfance pour aborder l'âge adulte ; ensuite, lors de la première maternité, l'enjeu est le changement de génération inéluctable et flagrant. La crise maturative — qu'il s'agisse de l'adolescence ou de la grossesse — se traverse en mobilisant de l'énergie psychique, en réveillant de l'anxiété et des conflits latents, mais elle est aussi recherche et engagement dans de nouvelles virtualités. Cette crise contient sa propre capacité évolutive ; elle contribue au processus de création d'une nouvelle identité. (Bydlowski, 2010, p. 87)

L'équilibre psychique de la femme enceinte est alors ébranlé. « Un état relationnel particulier se manifeste, un appel à l'aide latent, ambivalent et quasi permanent, tout comme à l'adolescence »

(Bydlowski, 2001, p. 43). Racamier (1978) compare également la maternalité à l'adolescence et nomme de nombreux traits communs entre les deux processus : transformation du corps, modifications hormonales, fluctuations pulsionnelles, reconstruction des identifications précoces et notamment celles à la mère, « réactivation et remaniement des conflits infantiles en particulier, pour la maternalité, des conflits précoces oraux et des conflits œdipiens, transformation, fluctuante, voire évanescence transitoire du sentiment d'identité personnelle, remise en cause des systèmes défensifs antérieurement organisés, qui sont parfois dissous, parfois fragmentés, parfois au contraire violemment renforcés » (Racamier, 1978, p. 43-44). La femme enceinte se met alors en retrait du monde extérieur et des réminiscences et fantasmes anciens apparaissent. Bydlowski appelle cela « la transparence psychique » (Bydlowski, 2000, 2001).

2.1.3 La transparence psychique

Ce terme désigne un fonctionnement psychique particulier propre à la grossesse et caractérisé par

un abaissement des résistances habituelles de la jeune femme face au refoulé inconscient, et marqué par un surinvestissement de son histoire personnelle avec une plasticité importante des représentations mentales centrées sur une indéniable polarisation narcissique. (Bydlowski et Golse, 2001, p. 30)

Durant cette période, l'action du refoulement semble atténuée. « Cette force psychique paraît être en crise lors de l'attente d'un enfant, elle n'assure plus sa fonction protectrice » (Bydlowski, 2008, p. 96). Accèdent alors à la conscience de la femme les « temps forts de sa névrose infantile et/ou des expériences angoissantes des tous débuts de sa vie » (Bydlowski, 2008, p. 101). Le passé est ainsi réactivé, que ce soit sous forme de souvenirs anciens, de fantasmes oubliés ou d'un état émotionnel tel « un sentiment douloureux, une tristesse irraisonnée » (Bydlowski, 2010, p. 90). La plupart du temps, ces remémorations concernent l'enfant que la jeune femme a été autrefois. Mais du contenu plus primitif apparaît également.

Des angoisses primitives, antérieures à l'acquisition du langage, peuvent retrouver une actualité périmée depuis longtemps. Lorsque la future mère actuellement enceinte était elle-même un nourrisson fragile, elle a connu des alternances de présence et d'absence des soins maternels. Grâce à ce rythme rassurant, le nourrisson d'autrefois s'est progressivement senti exister de façon rassurante. (Bydlowski, 2001, p. 46)

Le bébé a ainsi pu créer un bon objet interne, « formule métaphorique désignant ce sentiment de confiance en une continuité rassurante » (Bydlowski, 2001, p. 46). À l'inverse, si les soins maternels que la future mère a reçus ont été insuffisants ou discordants, l'objet interne pourra être perçu comme menaçant. C'est ainsi que « des angoisses anciennes antérieures au langage, des "agonies primitives", pour reprendre l'expression forte de Winnicott, peuvent être réveillées par une gestation débutante et entraîner la crainte d'un effondrement psychique » (Bydlowski, 2001, p. 47). On voit ainsi que cette période est « une rencontre intime avec soi-même » (Golse, 2019, p. 63). D'ailleurs, ce qui frappe, c'est le silence des femmes enceintes concernant l'enfant qu'elles portent. « Les représentations de l'enfant à venir, les fantasmes le concernant, tiennent une place restreinte, parfois nulle, dans leurs propos spontanés » (Bydlowski, 2008, p. 96). Cela avait déjà été souligné par Lebovici, Stoleru, et Stoleru (2003) et Ferraro, Nunziante-Cesaro, et Matarasso-Gervais (1990). Que l'enfant imaginaire soit absent des propos des femmes enceintes ne signifie pas pour autant qu'il soit absent de leur psychisme. Au contraire ! « Il est voué au secret, car la rêverie règne, et rien n'est dit. Cette passion se suffit à elle-même, car son objet n'est pas extérieur à soi » (Bydlowski, 2010, p. 92). Malgré ce silence, la femme enceinte est « dans une situation d'ouverture et d'appel envers un référent qui conditionne une aptitude au transfert et est très favorable pour la recherche » (Missonnier, 2020, p. 80). C'est pourquoi les entretiens de recherche avec des femmes enceintes sont si riches en matériel.

Mais on aurait tort de considérer la transparence psychique comme une capacité de subjectivation acquise dont le déroulement serait toujours positif. « La transparence psychique durant la grossesse oscille entre transparence de vie et de mort, dont seul le clivage réussirait à dénier l'intrication » (Missonnier, 2020, p. 92). Selon Missonnier (2020), le terme de « transparence » peut porter à confusion, car il sous-entend une certaine clarté, une lisibilité, et donc une certaine compréhensibilité. Or, il n'en est rien.

Cette conception utopique de la transparence psychique serait oublieuse de ce que Freud a formulé à l'égard de la régression : elle peut être un facteur puissant de résistance dans le transfert mais aussi un facteur pathogène, sinon une expression morbide de la compulsion de répétition. Pour comprendre cette relativité, toujours singulière, de la transparence psychique, il y a deux variables au moins à préciser pour en évaluer cliniquement l'hypothétique efficacité créative. (Missonnier, 2020, p. 85)

La première variable est la capacité réflexive de la femme enceinte, son aptitude à symboliser son expérience. Selon que la future mère sera plus ou moins au contact des contenus préconscients qui affleurent, la transparence psychique se transformera en « symbolisation créative inédite ou en évitement défensif inhibiteur » (Missonnier, 2020, p. 86). La seconde variable est la qualité de l'environnement qui entoure la femme enceinte. « La transparence intrapsychique du sujet pendant la grossesse sera particulièrement dépendante de la nature et de la qualité de l'environnement et, partant, indissociable de son ancrage conjugal, familial, soignant, social, culturel... » (Missonnier, 2020, p. 86).

La transparence psychique est donc un état de repli sur soi, avec des « représentations mentales centrées sur une indéniable polarisation narcissique » (Golse, 2019, p. 62). Durant la grossesse, la femme enceinte va tranquillement objectaliser l'enfant à naître, passant de la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire.

2.1.4 De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire

Bydlowski et Golse (2001) proposent un processus en quatre étapes durant lequel la femme enceinte passe de la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. « Ce passage se fonde sur une bascule de l'attention psychique de la mère du dedans vers le dehors, et cette bascule vient témoigner d'un véritable chassé-croisé entre l'objet-enfant et les représentations maternelles suscitées par sa présence » (Bydlowski et Golse, 2001, p. 30). Le bébé, objet purement interne dans un premier temps, sera un objet véritablement externe à la fin du processus. Selon ces auteurs, la première étape correspond à la période de transparence psychique, durant laquelle le bébé n'est pas encore un objet externe. Il ne le deviendra qu'au moment de l'accouchement. En attendant, il est un objet encore intérieur qui « réactive le petit enfant que la mère à elle-même été ou qu'elle croit avoir été et qui était jusque-là demeuré enfoui tout au fond de sa psyché » (Bydlowski et Golse, 2001, p. 31). Au cours du dernier mois de grossesse vient la seconde étape, celle de la préoccupation maternelle primaire prénatale. « Le fœtus commence à revêtir un statut extérieur, bien qu'encore inclus dans le corps de la mère (statut évidemment de type narcissique) » (Bydlowski et Golse, 2001, p. 32). La future mère se désinvestit progressivement au profit du fœtus. « L'attention psychique de celle-ci, qui jusque-là se dirigeait principalement vers elle-même en tant que contenant, s'infléchit progressivement vers son contenu, ce fœtus futur nouveau-né » (Golse,

2019, p. 64). Le bébé commence alors à s'objectaliser pour la future mère. À partir de la naissance, et pendant les semaines qui suivent, la mère porte toute son attention vers le bébé, « dès lors externe, mais avec lequel la mère est en relation grâce aux traces mnésiques profondément enfouies et massivement réactivées du bébé qu'elle a elle-même été » (Bydlowski et Golse, 2001, p. 32). C'est l'étape de la préoccupation maternelle postnatale. Enfin, plus tard, le bébé est investi comme un véritable objet externe, « c'est-à-dire non plus comme pur représentant de l'objet interne, mais désormais comme un interlocuteur externe et n'ayant son correspondant interne qu'au niveau des représentations mentales qui s'y attachent » (Golse, 2019, p. 64).

Pour Picco (2005), la femme enceinte doit organiser une pensée autour du bébé sur le mode du trouvé-créé, « c'est-à-dire comment le nouveau, l'inconnu, pour être assimilé doit être remanié à partir de l'existant et du précédent, lié à l'affectif, objet d'un investissement narcissique » (Picco, 2005, p. 20). Ainsi, la mère s'approprie et transforme l'objet.

2.1.5 Narcissisme et grossesse

Dans *Pour introduire le narcissisme*, Freud (1914) fait référence au désir d'enfant comme étant un désir narcissique :

Il existe ainsi une compulsion à attribuer à l'enfant toutes les perfections, ce que ne permettrait pas la froide observation, et à cacher et oublier tous ses défauts — le déni de la sexualité infantile est bien en rapport avec cette attitude — mais il existe aussi devant l'enfant une tendance à suspendre toutes les acquisitions culturelles dont on a extorqué la reconnaissance à son propre narcissisme et à renouveler à son sujet la revendication de privilèges depuis longtemps abandonnés. L'enfant aura la vie meilleure que ses parents, il ne sera pas soumis aux nécessités dont on a fait l'expérience qu'elles dominaient la vie — maladie, mort, renonciation de jouissance, restriction à sa propre volonté ne vaudront pas pour l'enfant, les lois de la nature comme celles de la société s'arrêteront devant lui, il sera réellement à nouveau le centre et le cœur de la création. His Majesty The Baby, comme on s'imaginait être jadis. (Freud, 1914, cité dans Pollak-Cornillot, 2018, p. 33)

Il ajoute également que « l'amour des parents, si touchant et, au fond, si enfantin, n'est rien d'autre que leur narcissisme qui vient de renaître et qui, malgré sa métamorphose en amour d'objet, manifeste à ne pas s'y tromper son ancienne nature » (Freud, 1914, cité dans Pollak-Cornillot, 2018, p. 33).

Durant la grossesse, on observe un travail de réorganisation libidinale, notamment entre libido narcissique et libido d'objet. Selon Freud, ces deux mouvements pulsionnels sont en opposition : « plus l'une absorbe, plus l'autre s'appauvrit » (Freud, 1919/1988b, p. 83). En effet,

[...] la libido investie sur le Moi (qui sera liée aux pulsions d'autoconservation du Moi) est cependant la conséquence d'un désinvestissement secondaire de l'objet. L'amour de soi n'est donc pas pur, visé comme tel, c'est au cours de la recherche de l'objet d'amour premier, qu'il se rencontre en quelque sorte et se prend lui-même comme objet d'amour. Le narcissisme secondaire est donc l'intériorisation d'une relation d'objet, de la relation au premier objet d'amour, la mère. (Soubieux, 2004, p. 600)

Dans les premiers temps de la grossesse, le narcissisme de la future mère est amplifié. En créant la vie, la femme se sent remplie d'un sentiment d'immortalité et de toute-puissance. L'enfant qu'elle porte est considéré comme soi-objet, il reflète sa propre valeur et représente le meilleur d'elle-même (Kohut, 1974).

Mais le fœtus n'est pas une extension narcissique de la mère jusqu'à la fin de la grossesse. Durant neuf mois, un processus d'objectalisation de l'enfant a lieu. Bion (2003) nomme cela « rêverie maternelle », Missonnier (2013) parle de « travail d'humanisation de la grossesse ». C'est un travail de redistribution libidinale. « L'enfant in utero se situe au carrefour de l'être "je suis enceinte" qui relève de la problématique narcissique, et de l'avoir "je suis enceinte" qui énonce le désir œdipien » (Soubieux, 2004, p. 600). Ainsi, l'enfant apparaît progressivement au cours de la grossesse. Soulé (1982) le nomme « enfant imaginé ». Il possède trois composantes. Tout d'abord, « l'enfant imaginaire », issu du préconscient, est le fruit du désir de grossesse de la femme. Puis, « l'enfant fantasmatique », inconscient, est « celui des conflits infantiles et des désirs de maternité incestueux » (Missonnier, 2004, p. 127). Enfin, l'enfant « mythique » reflète « les références culturelles et médiatiques qui enveloppent la parentalité périnatale et l'éducation de l'enfant » (Missonnier, 2004, p. 127). Ce bébé imaginé va être investi progressivement durant la grossesse, et ce jusqu'à l'accouchement et l'arrivée du bébé réel.

Pour Alvarez et Golse (2020), le bébé réel se confronte à l'enfant imaginaire et à l'enfant fantasmatique. L'enfant imaginaire est l'enfant désiré et rêvé par les parents. Il appartient au système préconscient et peut donc être accessible et représentable. Il « supporte les désirs infantiles les plus vivaces, ambivalents et inconciliables ; il est investi comme réparation, accomplissement

et dédommagement pour les adultes et leurs lignées, participant à la transmission trans- et intergénérationnelle » (Alvarez et Golse, 2020, p. 38). L'enfant fantasmatique, quant à lui, appartient au système inconscient. « Il fait appel à l'ensemble des scénarios, des représentations et des marques signifiantes, concernant la prolongation de la vie et habitant le psychisme parental, venus de leurs histoires et sous l'influence d'une transmission transgénérationnelle » (Alvarez et Golse, 2020, p. 38).

On voit ainsi à quel point la grossesse influence le narcissisme de la femme enceinte, passant du lien narcissique au lien objectal avec son bébé. Les investissements varient. Au début de la grossesse, « l'embryon est une allogreffe dont l'issue est incertaine. Mais, chemin faisant, à l'entrecroisement de la proprioception fœtale et des identifications projectives, un lien à l'égard de "l'enfant virtuel" émerge progressivement » (Missonnier, 2020, p. 84). Le fœtus est d'abord un objet interne de la mère. Il ne deviendra véritablement un objet externe qu'après l'accouchement. En effet, en post-partum, le narcissisme de la mère subit un profond remaniement, « se rapprochant du travail de deuil de son état de grossesse et de l'enfant des rêves, parfait, idéal et conforme à chacun de ses désirs. Simultanément, elle doit accomplir le travail inverse : celui d'attacher au nouveau-né les désirs, les affects et aussi les fantasmes qui conforment le patrimoine de sa vie psychique » (Alvarez et Golse, 2020, p. 40).

En post-partum, la mère prend soin de son bébé grâce à sa capacité régressive de s'identifier à lui. Ses interactions avec son enfant sont

associées à des mouvements intérieurs primitifs, et le maternel est beaucoup plus une association de sensations, affects et pensées s'adressant à elle enfantine qu'à l'enfant réel. L'amour maternel est amour de soi-même transféré sur le bébé. [...]. Le dévouement maternel est une activité fondée sur un plaisir narcissique. (Anzieu-Premmereur, 2011, p. 1468)

2.1.6 Une inquiétante étrangeté

L'Inquiétante étrangeté, ou Unheimlich, est « l'étrangeté d'un connu devenu inconnu, non reconnu » (Parat, 2016, p. 1106). Elle apparaît « lorsqu'on doute qu'un être en apparence inanimé soit vivant, lorsqu'on fantasme qu'un objet sans vie est en quelque sorte animé » (Freud, 1919/1985a, p. 224). Pour Freud, ce sentiment angoissant est relié la notion de dédoublement,

c'est-à-dire à « l'identification à une autre personne, de sorte qu'on ne sait plus à quoi s'en tenir quant au moi propre — donc dédoublement du moi, division du moi, permutation du moi —, et enfin retour permanent du même [...] » (Freud, 1919/1985a, p. 236). Or, la grossesse est le développement à l'intérieur de soi d'un nouvel être. « Contrairement aux apparences officielles et morales, la grossesse peut constituer une atteinte à la liberté du moi, brutalement écarté par le surgissement d'un phénomène qui se passe en soi, qui se met à envahir et habiter le corps » (Delassus, 2010, p. 8). De nombreux fantasmes peuvent apparaître chez la femme enceinte, certains de nature très archaïque. « Le fœtus peut être vécu comme un parasite qui vit à ses dépens, parfois même comme un ennemi dangereux qui peut dévorer sa chair. Elle peut se sentir envahie de l'intérieur » (Soulé et Soubieux, 2004, p. 304). Le sentiment d'intégrité de la femme enceinte peut ainsi être menacé et faire alors apparaître une sensation d'inquiétante étrangeté. En effet, il existe un paradigme dans la grossesse :

Comment accepter en soi « quelque chose » qui n'est pas soi et qui est et sera 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. (Moulin, 2009, p. 53)

L'objet et le moi se confondent. Comment considérer l'autre en soi ? « 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 (ici le fœtus), 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 » (Guillaumin, 1996, p. 163). La mère peut se représenter l'enfant imaginaire, « mais le fœtus demeure irréprésentable jusqu'à la naissance et peut donner lieu à un sentiment d'inquiétante étrangeté » (Alvarez et Golse, 2020, p. 38).

La femme enceinte investissant narcissiquement le fœtus dans un premier temps a donc un double à l'intérieur de soi. « Le motif du double, générateur du sentiment d'inquiétante étrangeté, se retrouve aussi dans les phénomènes liés à la “répétition du même”, c'est-à-dire dans des situations troublantes qui se révèlent à la fois étrangères et pourtant familières » (Quinodoz, 2004, p. 193). La préhistoire maternelle se rejoue, les expériences de la vie infantile de la future mère sont réactivées.

L'Autre radicalement étranger, la chose, est hors des chaînes représentatives. La mère est le réel premier, inaccessible. Ce qui fait d'elle une puissance idéalisée, inaccessible et mortifère. Mais il ne reste pas de possibilité de penser le maternel. La position maternelle à l'origine est prise dans un paradoxe, être source d'une expérience d'unité, de fusion où le soi se découvre exister, et à la fois source, dans l'excitation mutuelle de qualité sexuelle, de l'étrangeté radicale de l'autre énigmatique. (Anzieu-Premmereur, 2011, p. 1459)

Pour Freud, le sentiment d'inquiétante étrangeté est une des caractéristiques typiques du refoulé, car « le refoulé qui semble étranger à nous-même ne se laisse-t-il pas ramener à un complexe infantile autrefois familier, qui se trouve ravivé ? » (Quinodoz, 2004, p. 194). À travers la transparence psychique de la femme enceinte, le refoulement perd de sa force, laissant ainsi émerger à la conscience du contenu inconscient en lien avec l'histoire infantile de la future mère. Bergeret et Houser (2004) ont appelé ces traces sensorielles de quelque chose d'éprouvé par la future mère, mais jamais symbolisé, des « souvenirs/non-souvenirs » de son propre statut de fœtus et qui représentent pour elle « un vivier sensoriel et représentationnel empreint d'une forte inquiétante étrangeté » (Missonnier, 2020, p. 82). D'ailleurs, Freud y fait référence lorsqu'il évoque l'organe génital féminin : « Cet étrangeté inquiétant est l'entrée de l'antique terre natale du petit d'homme, du lieu dans lequel chacun a séjourné une fois et d'abord » (Freud, 1919/1985a, p. 252).

Cette sensation d'inquiétante étrangeté est complexe. Elle amène la femme enceinte dans des zones d'ombre de sa psyché, réactive des conflits œdipiens, fait ressurgir des angoisses primitives. C'est pourquoi la grossesse, synonyme en général de désir d'enfant et d'amour maternel, est également teintée d'ambivalence.

2.1.7 L'ambivalence de la grossesse

L'ambivalence se définit comme « la présence simultanée dans la relation à un même objet de tendances, d'attitudes et de sentiments opposés, par excellence l'amour et la haine » (Laplanche et Pontalis, 1998, p. 19). Elle fait partie intégrante du désir. « Inscrite dans la structure même de l'inconscient, dans le langage, elle existe chez tout un chacun » (Szejer et Stewart, 1994, p. 46). Cette ambivalence se retrouve dans le désir d'enfant. En effet, « le désir, et tout particulièrement celui d'un enfant, n'est jamais un sentiment pur, il est au contraire toujours teinté d'ambivalence. Je veux et je ne veux pas à la fois » (Bydlowski, 2010, p. 18). Cette ambivalence est d'autant plus

marquée que la venue d'un enfant est désormais un choix. Comme nous l'avons vu précédemment, la femme du XXI^e siècle ne subit plus sa grossesse. La contraception, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que l'évolution des mentalités lui permettent de choisir d'avoir un enfant et le moment où elle le souhaite. Mais faire ce choix, c'est aussi renoncer à certains aspects de sa vie, comme la vie à deux avec son conjoint, ou encore faire une pause dans sa vie professionnelle.

Le narcissisme de la mère souffre d'avoir à investir l'enfant qui l'empêche de vivre pour elle-même, la contraint à renoncer à une part de sa vie de femme. Si une mère peut être prête à donner sa vie pour son enfant, elle doit aussi contre-investir la violence pulsionnelle de ses propres mouvements d'autoconservation, son envie de faire disparaître cet enfant tyrannique, pour trouver la tendresse. Sans doute la réponse de l'enfant et des autres objets de la mère sont essentiels pour lui donner une assurance narcissique. (Anzieu-Premmereur, 2011, p. 1469)

Devenir mère, c'est également s'extraire de la place de fille et mettre au travail son lien à sa propre mère. Comme le dit Pontalis, « de ma mère à moi au maternel chez moi : quel trajet difficile mais nécessaire pour qu'il y ait vie psychique, mobilité interne » (Pontalis, 1988, p. 219). Pour Naouri (2003), le lien à sa propre mère teinte la relation qu'une femme a à la maternité et l'imprègne d'ambivalence :

Il en découlerait presque une sorte de loi que j'énoncerai ainsi : à savoir que toute mère ne peut exercer sa maternité qu'en étant lestée de la sienne propre et qu'elle ne peut pas pleinement assumer sa fonction sans tenir compte des options généalogiques auxquelles l'astreint son histoire. Il ne semble pas, à première vue, qu'une telle condition soit particulièrement délicate à satisfaire. Mais on s'aperçoit, quand on y regarde de plus près, que toute mère marque à l'endroit de ces fameuses options une indéniable ambivalence : elle veut à la fois y souscrire pour conserver les bénéfiques qu'elle en escompte et à la fois s'en affranchir pour se sentir être enfin et seulement la mère qu'elle a toujours eu envie d'être. (Naouri, 2003, p. 85)

Mais dans une société où la maternité est souvent idéalisée, cette ambivalence est souvent ignorée, elle est « l'objet d'un refoulement ou d'une stigmatisation active, et n'est pas politiquement correcte » (Boige, 2004, p. 261). Pourtant, il est fondamental de lui faire une place, car « il existe de multiples occasions de déséquilibre si l'environnement n'est pas favorable à l'expression et à l'élaboration de cette ambivalence durant la grossesse » (Boige, 2004, p. 259). En effet, « si l'expression de l'ambivalence dans sa composante mortifère a été prévenue par l'intervention médicale sans mots, et sans avoir eu le temps d'être entendue, elle risque de rester encryptée et de

resurgir en postnatal dans un climat de culpabilité sur fond d'angoisse » (Boige, 2004, p. 260). C'est pourquoi l'ambivalence maternelle ne doit plus être considérée comme un état pathologique, « mais comme la condition même de la dynamique du processus d'individuation/séparation » (Rassial, 2011, p. 9). Pour Benhaïm (2002b), un amour maternel exempt d'ambivalence serait un amour « total, premier, meurtrier » (p. 112). Elle partage la vision de Boige sur la nécessité d'aider la mère à élaborer son ambivalence.

L'ambivalence maternelle n'est pas un accident de la relation de la mère à l'enfant mais une nécessité structurante dont le manque induit lui-même une pathologie et qui peut lui-même évoluer vers une pathologie. La démarche clinique ne vise donc pas à « supprimer » l'ambivalence mais à en permettre une certaine reconnaissance, élaboration qui ferait qu'elle s'exerce de façon structurante et pour la mère et pour l'enfant. (Benhaïm, 2011, p. 19)

2.1.8 La haine dans la grossesse

En 1920, Freud élabore un nouveau pan de sa métapsychologie en introduisant les concepts de pulsions de vie et pulsions de mort. Dans *Au-delà du principe de plaisir*, il explique qu'il a « pris pour point de départ l'opposition entre les instincts de vie et les instincts de mort. L'amour concentré sur un objet nous offre lui-même une autre polarité de ce genre : amour proprement dit (tendresse) et haine (agression) » (Freud, 1920/2010, p. 132). Cette polarité se retrouve dans la maternité et est au cœur de l'ambivalence que nous venons d'aborder.

Si la haine ne recouvre pas purement et simplement la pulsion de mort, elle peut en être une traduction. L'hypothèse serait qu'ainsi convoquées chez la mère, à chaque nouvelle confrontation à la coupure, les pulsions se désintriqueraient et la pulsion de mort pourrait alors connaître deux destins : soit avoir un effet dans le réel portant atteinte directe au corps de l'enfant, voire à sa vie ; soit demeurer un des termes de la vie psychique, certes, mais déjà aussitôt réintriquée à la pulsion de vie, déjà symbolisée, déjà nommée, pourrait-on dire. Autrement dit, elle pourrait, dans ce cas de figure, le plus fréquent bien sûr, prendre les traits de la haine, non pas destructrice et mortelle, mais haine nécessaire, vitale, structurante en ce qu'elle limiterait, diviserait, barrerait, poserait une condition à l'amour maternel, primordial, tout-puissant dont on sait les ravages. Cette haine nécessaire, symbolique et non pas imaginaire, pourrait, en installant la mère dans une ambivalence du sentiment, faire que se pacifient les pulsions de vie et les pulsions de mort, quand la question de la vie et de la mort se pose. (Benhaïm, 2002b, p. 102)

Ainsi, la haine peut se percevoir comme l'autre versant de l'ambivalence maternelle. Et « l'aptitude de la mère à accepter ses propres sentiments de haine est une condition pour qu'elle ne se précipite pas dans l'agir » (Rassial, 2011, p. 9). Cette haine pourra alors être mortifère (passage à l'acte) ou encore structurante, c'est-à-dire transformée en amour maternel, selon la capacité à symboliser de la mère. « En nommant ce qui de la haine s'inscrit d'emblée dans cet amour, la question de la vie et de la mort peut s'inscrire dans le symbolique au lieu d'être mortifère. » (Benhaïm, 2002b, p. 112).

Sirol (1999, 2001, 2004) s'est également intéressé au sentiment de haine inconsciente pour le fœtus durant la grossesse. Il définit la haine ainsi :

La haine est un ressenti de répulsion pour l'objet, un sentiment violent profondément enfoui dans l'inconscient. Elle appartient au conflit psychique d'ambivalence : avoir à maintenir et à détruire l'objet aimé. Le sentiment de haine réside au fond de toutes les relations d'affection et d'amour entre les êtres humains. Il intéresse les pulsions sadiques, hostiles et destructrices. (Sirol, 2001, p. 347)

Selon cet auteur, toute femme éprouve ce sentiment durant sa grossesse. Winnicott avait parlé de ce sentiment éprouvé par la mère. « La mère hait son petit enfant dès le début » (Winnicott, 2014, p. 58). Pour Sirol, ce sentiment est présent avant la naissance. Il provient du conflit psychique créé par l'ambivalence de la grossesse. « Pour de multiples raisons, et parce qu'il est un opérateur symbolique entre réalité, imaginaire et fantasme, le fœtus peut être une source de déplaisir dès le départ » (Sirol, 2004, p. 401). De plus, « par sa présence, le fœtus oblige la femme à chaque grossesse et chaque fois d'une façon différente à un travail psychique complexe, narcissique et objectal, qui réveille ou actualise le conflit dû à l'ambivalence » (Sirol, 2004, p. 420). En effet, l'histoire fantasmatique infantile émerge à la conscience par la transparence psychique. Mais la future mère est également soumise à un double travail d'investissement narcissique d'une part, et d'objectalisation du fœtus d'autre part.

Il est difficile de penser la haine d'une mère pour son fœtus. En effet, la haine, dans notre culture, demeure un affect tabou (Couchard, 1991). Surtout lorsqu'elle est évoquée dans un contexte de maternité, très idéalisé et rattaché à la notion d'amour inconditionnel et à l'instinct maternel. Pourtant, « si l'on peut parvenir à autoriser la mère à penser ces idées de haine, on la déculpabilise

et, de ce fait, on atténue le sentiment de son angoisse suscitée par le retournement sur elle de ce sentiment » (Soulé et Soubieux, 2004, p. 306).

Il s'agit de libérer d'une aliénation par l'angoisse et la culpabilité, d'ouvrir à la parole et au fantasme, à la rêverie, de restaurer des liens entre affects et représentations, d'autoriser l'expression de l'ambivalence, en se libérant de l'utopie de la mère parfaite. Cela permet au bébé ou jeune enfant d'exister comme sujet pensant, de s'individualiser de cette fusion mortifère, et à la mère de refonctionner psychologiquement. Ces mouvements de haine et d'ambivalence non élaborée sont l'objet d'un déni véritable de nombreux soignants de la petite enfance qui probablement ne sont pas prêts à les reconnaître et les élaborer en eux-mêmes (Boige, 2004, p. 269).

2.1.9 Conclusion

La grossesse est une expérience féminine, unique, où l'autre et soi sont temporairement confondus. La présence d'un autre en soi, pas totalement soi, mais pas encore autre, provoque des remaniements psychiques profonds qui préparent la future mère à son nouveau rôle et amorcent la relation avec l'enfant à naître. Tous ces remaniements psychiques se forment dans le désir, mais aussi dans la crainte.

Dans cette chorégraphie périnatale entre Éros et Thanatos, l'écart fondateur entre origine et originalité s'y déploie de manière toujours singulière... pour le meilleur et pour le pire. Chaque scénario — toujours unique — se distribue schématiquement entre comédies humaines et tragédies. Ce sont précisément la proximité, la labilité, la réversibilité, et souvent, l'intrication, entre variations du « suffisamment bon » de la comédie et souffrances extrêmes de la tragédie, qui caractérisent le chemin de crête de cette zone de transition, de remaniements. C'est d'ailleurs en cela que notre boussole psychanalytique est dans ce contexte si essentielle : elle est un constant rappel qu'il n'y a pas de différence de nature entre les tableaux de la « normalité » et ceux du psychopathologique, mais bien seulement des différences de degrés. (Missonnier, 2020, p. 77)

Or, le poids du social n'empêche-t-il pas à la femme enceinte de penser la grossesse dans son côté plus sombre ? Coincée entre l'idéal de la « bonne mère » et une grossesse restreinte à sa partie somatique, la femme enceinte semble ne pas pouvoir se permettre d'élaborer ses angoisses de mort.

L'ambivalence de la mère à l'égard du fœtus est difficile à entendre. Elle reste plus ou moins masquée ou refoulée. Il est possible pourtant qu'elle soit bien là et que, derrière

l'angoisse de la mort, couvent des vœux de mort à l'encontre du fœtus dont l'intégrité a été égratignée par le diagnostic anténatal. Quand un tel événement inattendu et hors norme survient, il arrive que tout le monde parle de la vie alors que tout le monde pense à la mort, voire que certains l'espèrent en secret. (Gustin, 2015, p. 151)

La vie et la mort sont les deux faces d'une même médaille. Tout comme la pulsion de vie et la pulsion de mort s'imbriquent pour créer l'impulsion vitale, les représentations de la mort existent dans la psyché de la femme qui porte la vie.

2.2 La mort

Le mot « mort » vient du latin *mors*, lui-même issu du grec *thanatos*. La mort est « la cessation de la vie, considérée comme un phénomène inhérent à la condition humaine ou animale » (Le Petit Robert, 1995). La définition de la mort est donc indissociable de celle de la vie. Ces deux états s'opposent tout en formant un tout. L'un ne peut aller sans l'autre. Dans un premier temps, nous verrons comment la vie et la mort sont liées et de quelle manière la pensée de la mort influence notre perception de la vie. Puis, nous envisagerons l'angoisse que fait naître l'idée de la mort. Nous verrons ensuite comment la psychanalyse traite de cette notion. Enfin, nous étudierons la place de la mort dans la grossesse.

2.2.1 La mort et la vie

Cette cessation de la vie revêt une teneur particulière pour l'être humain puisqu'il a conscience de sa propre mortalité. « L'homme est un animal métaphysique ; c'est pourquoi la mort, toujours, est son problème. Il s'agit, non de le résoudre, mais de l'affronter » (Comte-Sponville, 2000, p. 62). Cela en fait de facto une des grandes réflexions de la philosophie.

La mort est toutefois conceptualisée de différentes manières selon les grands courants philosophiques. Pour les matérialistes, dont Épicure, la mort est la dissolution définitive de l'être. Cette doctrine part du postulat qu'il n'existe rien d'autre que la matière. Elle refuse « de connaître la spécificité du psychique et considère la connaissance de l'homme comme un simple prolongement de la connaissance de la nature » (Julia, 2011, p. 166). Épicure prône la non-pensée de la mort. Dans la Lettre à Ménécée, il indique :

Ainsi celui de tous les maux qui nous donne le plus d'horreur, la mort, n'est rien pour nous, puisque, tant que nous existons nous-mêmes, la mort n'est pas, et que, quand la mort existe, nous ne sommes plus. Donc la mort n'existe ni pour les vivants ni pour les morts, puisqu'elle n'a rien à faire avec les premiers, et que les seconds ne sont plus. (Épicure, 1910, p. 436)

Pour les idéalistes, tels Platon et Pythagore, l'esprit, et non la matière, est le principe ultime d'explication de la nature humaine. Pour cette position philosophique, la mort est un passage vers un au-delà, une séparation du corps et de l'âme. Elle constitue donc une certaine délivrance, notamment pour Socrate pour lequel « il convient de se réjouir de la venue de la mort : elle consacre définitivement la séparation de l'âme avec le corps, la libération de l'âme de cette prison qu'est le corps » (Rohrbasser, 2004, p. 58). Montaigne explique dans le premier livre des Essais que « philosopher, c'est apprendre à mourir » (cité dans Rohrbasser, 2004, p. 61), idée déjà développée par Platon dans Phédon : « Ceux qui, au sens droit du terme, se mêlent de philosopher, s'exercent à mourir » (Montreynaud et Matignon, 1990, p. 383). Il convient donc de penser sa propre mort, d'être prêt à l'affronter, mais également de bien vivre pour ne rien laisser d'inachevé derrière soi. Pour Cicéron (cité dans Montaigne, 1973, p. 41), « philosopher ce n'est autre chose que s'apprêter à la mort ». Les stoïciens faisaient des exercices de préparation à la mort, car « penser la vie, c'est aussi penser sa fin, et vivre bien, c'est aussi se préparer à bien mourir, tant il est vrai que nous craignons moins la mort que l'idée de la mort » (Laurand, 2006, p. 537).

Les existentialistes estiment que le fait d'avoir conscience de notre mortalité amène un sens à la vie. Heidegger a voulu montrer que la mort « est le noyau le plus profond de l'existence déterminée comme mienne, et comment elle est le fondement caché de la compréhension de soi » (Cioran, 2010, p. 53). Il postule que cela fait naître une angoisse profonde dont l'apaisement nécessite de penser la mort, afin d'accéder à un niveau de conscience supérieur et ainsi vivre une vie plus authentique (Heidegger, 1986). Pour Pascal, l'angoisse de la mort nous pousse à nous divertir. Cette fuite est une nécessité. Elle nous permet l'illusion et l'éloignement du désespoir de penser à sa propre mort. Pour Serres (1993), l'acte de vivre est, tout au long de la vie, un chemin vers la mort. D'un point de vue psychanalytique, David (1996) fait référence à la nécessité de penser « le deuil de soi-même ». « Il est de fait que le deuil de soi-même n'est, dans la vie courante comme dans la cure, déclenché, relancé ou entretenu que sous l'impulsion, même minime d'un choc affectif toujours générateur de quelque angoisse » (David, 1996, p. 30).

La conscience de notre finitude teinte la vision que nous avons de la vie, car la mort n'est pas seulement la fin de la vie. Elle est intimement liée à la vie. « Dès notre naissance, nous mourrons et notre fin est la conséquence de notre commencement (Manilius, cité dans Montaigne, 1973, p. 156). Bien que la vie et la mort puissent s'opposer, elles sont totalement dépendantes l'une de l'autre, car ce qui ne meurt pas ne vit pas. « Le vivant n'est vivant qu'à condition d'être mortel ; et il est bien vrai que ce qui ne vit pas ne meurt pas : mais c'est parce que ce qui ne meurt pas ne vit pas » (Jankélévitch, 1977, p. 666). La mort est donc la preuve de la vie.

Ce n'est pas que le déclin succède à la croissance comme la seconde phase de la vie à la première : l'actualisation des possibles est un avènement qui est déjà en lui-même un déclin ; les prodromes imperceptibles du flétrissement, les signes avant-coureurs de la très lointaine décrépitude pourraient être déchiffrés, en principe, jusque dans la première enfance. Ironie vraiment dérisoire du passage à l'acte ! Dès le premier battement de son cœur, le nouveau-né a déjà fait un pas en direction du néant... « Le premier jour de votre vie vous achemine à mourir comme à vivre », dit Montaigne après Sénèque et saint Augustin. (Jankélévitch, 1977, p. 281)

La mort est immanente à l'existence. « Toute détermination est une négation » disait Spinoza. Le vivant ne peut l'être qu'à condition de consentir à la mort, tel que le démontre le phénomène de l'apoptose, la mort cellulaire programmée.

Lacan note également la présence de la mort dès la naissance : « Quand nous allons à la racine de cette vie, et derrière le drame du passage à l'existence, nous ne trouvons rien d'autre que la vie conjointe à la mort » (Lacan, 1978, p. 271). Pour Schopenhauer, la naissance s'oppose à la mort et ces deux événements bornent la vie ; « Naissance et mort, deux accidents qui au même titre appartiennent à la vie : elles se font équilibre ; elles sont mutuellement la condition l'une de l'autre, ou, si l'on préfère cette image, elles sont les pôles de ce phénomène, la vie, pris comme ensemble » (Schopenhauer, 1912, p. 288).

Si la vie et la mort sont deux éléments indissociables, la mort imprègne la vie d'une angoisse face à la finitude et au non-être. « L'homme est ramené par sa peur fondamentale à son destin fondamental » (Jankélévitch, 1977, p. 355).

2.2.2 Mort et angoisse

La peur est différente de l'angoisse. Le philosophe Kierkegaard (1969) a été le premier à faire une distinction entre ces deux notions en précisant que la peur se réfère à quelque chose de précis, alors que l'angoisse renvoie à une inquiétude anticipatoire. L'angoisse se définit comme un ensemble d'affects désagréables. « Leur caractère essentiel est leur obscurité apparente : leur origine, leur source, leur cause demeurent inconnues à la conscience, ce qui accroît leur caractère oppressant. Ce sont des peurs sans objet apparent » (Le Naour, 2007, p. 776). L'angoisse est définie comme « un affect de caractéristiques négatives où l'individu éprouve un vécu de danger dont l'origine n'est pas consciente » (Palacio-Espasa, 2013, p. 105). Elle peut avoir deux sources distinctes. Soit « une origine interne (le refoulement de représentations intolérables), soit une origine externe (crainte d'un danger réel) » (Darcourt, 2014, p. 38). Elle se manifeste lorsque la peur « ne peut être mise en mots. Ce qui est considéré comme pathogène est la carence de mentalisation de l'excitation somatique court-circuitant la symbolisation et le langage » (Le Naour, 2007, p. 778). L'angoisse est donc l'expression symbolique de conflits internes non résolus, un manque de représentations mentales, un échec des mécanismes de défense du Moi. Or, la mort semble irréprésentable puisqu'on ne peut pas faire l'expérience de sa propre mort.

L'idée de la mort n'est pas, pour l'homme, une idée précise, mais un sentiment indéterminé d' « angoisse » : on ne peut pas dire qu'on ait peur de la mort, dans la mesure où la peur se réfère à un objet déterminé ; l'angoisse, au contraire, n'évoque pas un objet déterminé, mais plutôt une présence vague et latente, une possibilité permanente [...]. (Julia, 2011, p. 179)

La mort n'apparaît jamais comme un objet dont la pensée pourrait se saisir. En effet, la mort « défie le discours, elle défie la pensée » (Jankélévitch, 2003, p. 109). Notre propre mort est impensable puisqu'il est impossible d'en faire l'expérience. Le fait d'éprouver cette limitation de notre pensée génère inexorablement une angoisse. Nous sommes alors mis face à une énigme.

Dans la mesure où on accepte la vie comme l'état primitif des choses, la mort se dresse comme le mystère inquiétant [...] Que la mort, et non la vie, exige en premier lieu une explication reflète une situation théorique qui perdure longtemps dans l'histoire de l'espèce. Avant qu'il y eût étonnement devant le miracle de la vie, il y eut étonnement à propos de la mort et de ce qu'elle pouvait signifier. Si la vie est la chose naturelle et compréhensible, la mort — sa négation manifeste — est chose contre nature et ne peut être vraiment réelle. (Jonas, 2000, p. 20-21)

L'angoisse face à la mort peut également provenir du passage d'un état d'être à un état de non-être, tel que l'explique Jankélévitch :

Pourquoi l'angoisse de mort ? Eh bien, je crois que contrairement à ce que les religions nous enseignent, et à ce que les gens disent communément, l'angoisse de la mort n'est pas l'angoisse de l'au-delà, elle se rapporte au passage de l'un à l'autre. C'est une angoisse de quelque chose d'irreprésentable, une expérience qui n'a jamais été faite, que l'on fait pour la première et la dernière fois, la première étant aussi la dernière. C'est l'accession à un ordre tout à fait nouveau ou a rien du tout. Qu'est-ce que peut être la douleur la plus grande au monde ? La transformation la plus grande au monde ? Ce n'est même pas une transformation, puisque la transformation est le passage d'une forme à une autre, et la mort c'est le passage à l'absence de forme. Alors cette idée est irreprésentable, ce n'est pas un rapport empirique. (Jankélévitch, 2003, p. 105-106)

Une fois de plus, l'impensable et l'irreprésentable provoquent l'angoisse.

Pour combattre cette angoisse, une stratégie est de la relativiser. Elle perd alors un peu de son emprise.

Il est certes possible de voir dans la certitude de la mort précisément ce qui rend la vie encore plus précieuse, et de considérer, comme le fait Novalis, que « la mort est le principe qui romantise notre vie » dans la mesure où elle est « intensifiée, renforcée par la mort », parvenir ainsi à voir dans la mort l'aiguillon de la vie suppose déjà ce renversement « dialectique » du négatif en positif qui est constamment à l'œuvre dans toutes les tentatives humaines de surmonter la mort. (Dastur, 2007, p. 10)

Pour de nombreux philosophes, de Cioran à Heidegger, l'existence n'aurait aucun sens « si la mort — comme inéluctable horizon et comme menace permanente — n'y enlaçait perpétuellement la vie » (Dupouey, 2004, p. 15).

Selon Enthoven et Dulau (2011), pour penser la mort, il faut l'accepter plutôt que de chercher à s'en excepter. Il est donc nécessaire de la méditer, c'est-à-dire l'intérioriser et accepter qu'elle soit une énigme que l'on peut contempler par l'expérience de l'art notamment. « L'objectivation et l'universalisation de l'expérience nous conduisent naturellement à une méditation par où la pensée se découvre comme puissance d'accueil et de recueil de l'expérience. La mort est une énigme et non pas un problème pour la pensée : elle donne infiniment à penser et donc paradoxalement à vivre » (Enthoven et Dulau, 2011).

2.2.3 Mort et psychanalyse

Pour cette partie, nous nous appuyerons entre autres sur un ouvrage de Schur (1975), médecin et ami de Freud, qui a traité de la place de la mort dans la vie et l'œuvre de Freud.

Dans l'œuvre de Freud, la mort en tant que pulsion est un concept fondamental. En revanche, « la mort humaine comme finitude et non pas la seule réduction au zéro des tensions vitales » (Laplanche, 1970, p. 13) est peu présente dans la théorie freudienne. Pourtant, la mort traverse l'œuvre de Freud, en commençant par l'ambivalence éprouvée envers la mort d'un proche jusqu'à la non-représentabilité de la mort dans l'inconscient. Nous tenterons de résumer les différents aspects de la mort dans la théorie freudienne.

2.2.3.1 La mort de l'autre : ambivalence

Pour Freud, les philosophes ayant mis la mort au cœur des préoccupations de l'être humain ont fait fausse route. En 1915, dans *Considérations actuelles sur la guerre et la mort*, il note :

Les philosophes ont affirmé que l'énigme intellectuelle posée à l'homme originaire par l'image de la mort l'avait contraint à la réflexion et était devenue le point de départ de toute spéculation. Je crois que les philosophes pensent là... trop philosophiquement et tiennent trop peu compte des motifs agissant de façon primaire. (Freud, 1915/1988a, p. 148)

Il conclut en notant que ce n'est pas la mort qui a libéré la recherche chez l'homme, mais l'ambivalence face à la mort de l'être aimé :

Ce n'est ni l'énigme intellectuelle, ni chaque cas de mort, mais le conflit de sentiments, à la mort de personnes aimées et pourtant en même temps étrangères et haïes, qui a libéré la recherche chez les hommes. De ce conflit de sentiment naquit en premier lieu la psychologie. L'homme ne pouvait plus tenir la mort à distance, étant donné qu'il y avait goûté dans la douleur ressentie pour le défunt, mais il ne voulait pourtant pas l'admettre, parce qu'il ne pouvait se représenter lui-même mort. (Freud, 1915/1988a, p. 148)

Dans l'œuvre de Freud, la mort est surtout présente dans l'ambivalence des sentiments pour les personnes proches. « C'est le fil rouge qui parcourt toute l'œuvre de Freud, le travail psychique lié à l'ambivalence pour les personnes aimées, surtout le père, qui apparaît dans toutes les rivalités, et particulièrement le complexe d'Œdipe et que les morts réelles semblent exaucer » (Ribas, 1996,

p. 8-9). Pour Freud, cette ambivalence serait la source de la culpabilité : « Auprès du cadavre de la personne aimée sont nées non seulement la doctrine de l'âme, la croyance en l'immortalité et l'une des plus puissantes racines de la conscience de la culpabilité chez l'homme, mais aussi les premiers commandements éthiques » (Freud, 1915/1988a, p. 148). « C'est le conflit interne concernant la personne aimée/haïe qui va problématiser la mort et non la mort en soi. Conflit dont le sujet humain s'arrange comme d'habitude par la formation d'un compromis : la mort existe, mais ce n'est pas un anéantissement de la vie » (Scarfone, 1992, p. 17).

C'est également à travers la perte d'un proche et le travail de deuil que nous accéderions à la conscience de notre mort.

Dans l'inconscient, la mort serait toujours la mort de l'autre, destruction ou perte provoquée, et nous n'accéderions à quelque pressentiment de notre propre mortalité que dans l'identification ambivalente avec la personne chère dont nous souhaitons et redoutons la mort à la fois : soit essentiellement dans le deuil. (Laplanche, 1970, p. 14)

2.2.3.2 La non-représentation de la mort dans l'inconscient

Chez Freud, « comme toutes les modalités du négatifs, la mort est radicalement exclue du champ de l'inconscient » (Laplanche, 1970, p. 13). En 1915, Freud écrit que

notre inconscient ne croit pas à la mort propre, il se conduit comme s'il était immortel. [...] Il ne connaît absolument rien de négatif, aucune négation — en lui les opposés coïncident — et de ce fait ne connaît pas non plus la mort propre, à laquelle nous ne pouvons donner qu'un contenu négatif. Ainsi, rien de pulsionnel en nous ne favorise la croyance à la mort. (Freud, 1915, p. 30)

« Cette position de 1915 de non-représentation inconsciente de la mort propre comme fin de la vie, Freud va la maintenir toute sa vie et l'introduction de la pulsion de mort et de la seconde topique ne la modifiera pas » (Ribas, 1996, p. 11).

2.2.3.3 L'angoisse de mort

Freud a cherché à définir l'angoisse de mort en termes métapsychologiques dans *le Moi et le Ça* (1923/2011) :

La proposition absolue : « toute angoisse est, à proprement parler, une angoisse de mort » ne signifie pas grand-chose et est, en tout cas, difficile à justifier. Il me semble beaucoup plus correct de faire une distinction entre l'angoisse de mort, d'une part, la crainte d'un objet (angoisse réelle) et l'angoisse libidinale névrotique, d'autre part. L'angoisse de mort pose à la psychanalyse un problème difficile, car la mort est un concept abstrait, d'un contenu négatif, dont la correspondance inconsciente est encore à trouver. Le mécanisme de l'angoisse de mort pourrait être uniquement celui-ci : le moi se décharge dans une mesure considérable de la libido narcissique, autrement dit il se sacrifie lui-même, comme dans les autres accès d'angoisse il renonce à l'objet. Je pense que l'angoisse de mort se déroule entre le moi et le surmoi. (Freud, 1923/2011, p. 46)

Freud indique ici que la mort pose un problème à la psychanalyse puisque l'inconscient ne se la représente pas et qu'il est difficile de la comprendre. Cette affirmation avait déjà été abordée en 1913, dans *Totem et tabou*, où il notait : « Pour le primitif, la continuation de la vie — l'immortalité — serait ce qui va de soi. La représentation de la mort est quelque chose qui a été accepté tardivement et seulement avec hésitation, elle est d'ailleurs pour nous aussi encore vide de contenu et impossible à remplir » (Freud, 1981, p. 91). Freud réfute l'idée que toute angoisse serait une angoisse de mort. Le moi serait un réservoir d'angoisse, pris entre les exigences du surmoi, du ça et du monde extérieur. Dans la suite du texte, Freud fait référence à la métapsychologie de la mélancolie. « Dans la mélancolie “le moi se sacrifie parce qu'il se sent haï et persécuté au lieu d'être aimé par le surmoi” et devant un danger réel auquel le moi ne pas parer par ses propres moyens “le moi se voit abandonné par les puissances protectrices et se laisse mourir” » (Ribas, 1996, p. 12). Freud conclut que l'angoisse de mort est un produit d'élaboration de l'angoisse de castration. Il réaffirmera cette position en 1926, dans *Inhibition, symptôme et angoisse* :

Je m'en tiens fermement à la supposition que l'angoisse de mort doit être conçue comme analogon de l'angoisse de castration, et que la situation à laquelle le moi réagit est le fait d'être délaissé par le surmoi protecteur — les puissances du destin —, par quoi prend fin l'assurance contre tous les dangers. (Freud, 1926, p. 44)

Autant la mort est irréprésentable, autant la castration peut se concevoir dans les expériences de perte et de séparation, avec le support de la culpabilité. En effet, selon Freud, « l'angoisse de mort est le plus souvent issue d'un sentiment de culpabilité » (Freud, 1915/1988a, p. 147).

Pour Freud, l'angoisse de mort n'est donc qu'un élément de l'angoisse de castration. Laplanche appuie cette hypothèse : « Les incidences de l'angoisse de mort ou d'un désir originaire de mourir

ne trouveront jamais à se situer, dans la psychopathologie analytique, en cette position de “roc” irréductible qui est dévolue, par excellence, au complexe de castration » (Laplanche, 1979, p. 13).

2.2.3.4 Pulsions de mort

Les pulsions de mort font leur apparition dans la théorie freudienne en 1920, dans Au-delà du principe de plaisir. Avant cela, Freud avait émis une première théorie des pulsions qui opposait pulsions d’autoconservation et pulsions sexuelles. Dans sa dernière théorie des pulsions, Freud oppose les pulsions de vie (pulsions d’autoconservation et pulsions sexuelles) aux pulsions de mort. Ces dernières « tendent à la réduction complète des tensions, c’est-à-dire à ramener l’être vivant à l’état anorganique. Tournées d’abord vers l’intérieur et tendant à l’autodestruction, les pulsions de mort seraient secondairement dirigées vers l’extérieur, se manifestant alors sous la forme de pulsion d’agression ou de destruction » (Laplanche et Pontalis, 1998, p. 371).

Freud conclut que la vie elle-même ne serait alors que l’expression « du conflit ou de l’interférence de ces deux pulsions et conduirait pour l’individu à la victoire des pulsions de destruction par la mort, mais aussi à la victoire d’Éros par la reproduction sexuelle » (Freud, cité par Mayer, 2020, p. 87).

Qu’en est-il, dans l’œuvre freudienne, de la pulsion de mort quant à son rapport au maternel ?

Si l’on parcourt l’œuvre de Freud, on s’aperçoit comment, ici et là, parce qu’il faut aller débusquer les passages où il évoque le maternel, il met le plus souvent la maternité en rapport avec la mort, dans un seul et même mouvement, évoquant une sorte de souhait de retour au « giron maternel », souhait de vie de ne pas être en vie : l’enfant comme la mère souhaiterait pareillement et idéalement conserver l’enfant en soi, pour ne pas le perdre, c’est-à-dire pour ne pas s’en séparer, et dans le souhait qu’il ne lui arrive « rien ». Qu’il soit mort pour ne pas mourir.

Mère et enfant sont concernés par ce mythe de la Mère-Toute : l’enfant dans son mouvement de fusion mortifère avec l’imago maternelle, la mère dans son impossibilité de se confronter à la castration, confrontation mise à mal par l’état même de grossesse quand il est pris à la lettre dans son aspect de complétude. (Benhaïm, 2002b, p. 107)

La psychanalyse offre donc un cadre de référence intéressant pour s’interroger sur la question des représentations de la mort durant la grossesse. En effet, l’ambivalence, la conflictualité, la

culpabilité qui forment le socle du corpus théorique de la métapsychologie freudienne sont des thèmes qui se retrouvent également dans le processus psychique de la grossesse.

2.2.4 La mort et la grossesse

La grossesse réfère au fait de donner la vie. Or, si vie et mort sont intimement liées, quelle est la place de la mort dans la grossesse ?

2.2.4.1 Mort et grossesse : une réalité

Il existe une peur réelle de la mort liée à l'accouchement. Avant la découverte des antibiotiques et de l'asepsie, autour de 1950, grossesse et mort étaient souvent associées. En effet, 7 à 10 % des femmes mourraient en couches (Fort, 2005; Knibiehler, 2020). « Vers 1950, les antibiotiques vont, dans notre civilisation, rendre la mort en couche exceptionnelle : 0,01 % en 1994 » (Fort, 2005, p. 11). En revanche, dans les pays en voie de développement, le taux de mortalité maternelle reste encore très élevé. D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en 2015, 303 000 femmes sont décédées pendant la grossesse ou l'accouchement, dont 99 % dans les pays en voie de développement (OMS, 2019). Et même si une femme en couches a cent fois moins de chances de mourir en couches aujourd'hui et qu'un nouveau-né a aussi cent fois plus de chances de passer le cap de la première année (Morel, 2021), les craintes persistent aujourd'hui. « Une enquête effectuée auprès de 926 personnes, en 1997, met l'accent sur le caractère collectif du conditionnement de la peur de la mort en couches : l'obsession des complications pouvant entraîner la mort, observée dans la France ancienne par l'historien Jacques Gélis, serait toujours présente chez 85-90 % d'entre nous » (Fort, 2005, p. 11). Une autre étude indique que 80 % des femmes ont peur de l'accouchement (Riquet *et al.*, 2020). Les parturientes « sont dans l'anticipation d'un traumatisme lié à la projection de leurs peurs de l'accouchement comme une expérience éprouvante où elles vont se sentir malmenées physiquement. Elles sont angoissées par la peur de mourir ou d'être blessées tant pour elles que pour leur enfant » (Riquet *et al.*, 2020, p. 130). Les angoisses augmentent lorsque la date de l'accouchement se rapproche.

Accoucher convoque encore l'idée de la mort. Évoquant *L'Espoir*, tableau où Klimt a peint une femme enceinte nue avec, près de son visage, des personnages inquiétants et une tête de mort, Annie Poizat nous rappelle que, pendant toute la période périnatale,

les questions de vie et de mort sont extrêmement présentes et que l'angoisse de la mort est alors souvent masquée par la peur de l'accouchement (Gustin, 2015, p. 156)

Cette peur va alors provoquer chez la femme enceinte un conflit intrapsychique entre le « désir conscient d'avoir un enfant et le refus inconscient d'avoir ce même enfant, car, dans l'inconscient, l'accouchement est associé au danger de mort » (Fort, 2005, p. 12).

Pour Deutsch (1962), la peur de l'accouchement, derrière des appréhensions concrètes, cache un prototype des angoisses de séparation. Les angoisses profondes de la femme enceinte se traduiraient en deux idées de mort : « je mourrai en accouchant » et « je n'aurai pas mon enfant ».

Que ces craintes soient nourries par le sentiment de culpabilité individuel et universellement humain, par des bribes de souvenirs, des menaces ou des motifs réels, on a l'impression que quelque chose de très profond et de primitif se cache derrière elles. (Deutsch, 1962, p. 140)

La perte de ce qui est en elle, et donc d'une partie d'elle-même, se matérialise dans la peur de l'accouchement. Cette angoisse de séparation est une angoisse de perte du Moi.

La femme enceinte doit délivrer l'enfant des profondeurs de son être, et ainsi elle s'appauvrit non seulement de cela, mais, avec cela, d'elle-même. Elle ne perd pas seulement cela, mais elle-même avec cela. Voilà, selon moi, ce qui existe derrière la crainte et le pressentiment de mort qu'éprouve toute femme enceinte, ce qui change le don de la vie en une perte de la vie. (Deutsch, 1962, p.141)

Cette angoisse de mort s'estompera après l'accouchement, lorsque la mère accueillera l'enfant dans le monde extérieur.

2.2.4.2 Donner naissance, c'est se rapprocher de sa propre mort

Il existe un paradoxe dans le fait de mettre au monde un enfant. En donnant la vie, on donne aussi la mort. En 1915, « Freud affirme : “La fin vers laquelle tend toute vie est la mort et inversement, le non-vivant est antérieur au vivant”, s'appuyant entre autres sur des propos de Goethe (1883) pour qui “la mort est une conséquence directe de la procréation” » (Benhaïm, 2002b, p. 103).

Une naissance vient perturber le narcissisme de la mère. « En effet, le surgissement d'un nouveau sujet, avec la reconnaissance de l'altérité que cela suppose, met en danger inconsciemment le moi du parent, ne serait-ce que parce que c'est sa propre mort qui est évoquée à travers cet enfant qui symbolise une nouvelle génération » (Van Driessche, 2011, p. 91). Donner naissance, c'est de passer d'une génération à une autre. Cela signifie une rupture générationnelle. « Accoucher, c'est un passage, la fin d'un cycle de vie, l'ouverture à un autre. La peur qui agite est alors celle de ne pas survivre à cette aventure inconnue dans laquelle on s'est engagé et pour laquelle l'expulsion de l'enfant trace une autre ligne de partage » (Gustin, 2015, p. 158). Mais cela signifie également accéder à un autre ordre générationnel qui préfigure un saut de la position infantile à une position adulte. Et le regret parfois d'avoir à quitter son statut d'enfant pour le céder à un autre (Gustin, 2015, p. 157).

En donnant naissance, la femme se rapproche ainsi de sa propre mort, ce qui peut avoir pour conséquence l'augmentation des représentations de la mort. Une jeune femme sans enfant peut rester « dans l'illusion d'être encore la petite fille de ses parents. S'inscrire dans le fil des générations, c'est accepter notre place de mortel. En intégrant les différences de générations, on intègre aussi les différences de sexe, c'est-à-dire qu'on reconnaît la loi de l'interdit de l'inceste » (Lambert, 2008, p. 148).

2.2.4.3 Désir d'immortalité

Selon Freud, l'enfant satisfait notre désir d'immortalité. Il permet de perpétuer la famille, de transmettre le nom, les gènes. Il vient également restaurer le narcissisme parental. En 1914, dans *Pour introduire le narcissisme*, il écrit :

His Majesty the Baby, comme on s'imaginait être jadis. Il accomplira les rêves de désir que les parents n'ont pas mis à exécution, il sera un grand homme, un héros, à la place du père ; elle épousera un prince, dédommagement tardif pour la mère. Le point le plus épineux du système narcissique, cette immortalité du moi que la réalité bat en brèche, a retrouvé un lieu sûr en se réfugiant chez l'enfant. (Freud, 1914/2002b, p. 96)

Le désir d'immortalité est en jeu dans toute procréation. Platon l'énonce dans *Le Banquet* : « Et voilà bien en quoi, chez l'être vivant mortel réside l'immortalité : dans la grossesse et la procréation » (Platon, 2000, p. 149).

Le désir d'enfant peut être motivé de façon plus prépondérante par un désir d'immortalité, une recherche de se perpétuer, de lutter contre la mort. Il s'agit d'une manière sublimée de ne pas mourir. Quoi de mieux que de laisser, comme représentation de soi, un soi en mieux... Le désir d'enfant chez la femme est le désir d'un enfant imaginaire dont la représentation s'est élaborée tout au long de sa vie de femme. Emile Papiernik et Monique Bydlowski considèrent que « l'enfant imaginaire est celui dont toute petite fille a rêvé. Il est l'enfant supposé tout réparer, tout combler : deuil, solitude, destin, sentiment de perte. Le désir d'enfant est le lieu de passage d'un désir absolu » (Papiernik et Bydlowski, 1985). (Toussaint, 2019, p. 29)

La future mère devra donc renoncer à ce désir d'immortalité.

À travers une première grossesse, la jeune femme s'identifie à sa mère. Cette période troublante va favoriser l'identification et pousser la future mère à prendre sa propre place, singulière. Pour ce faire, cela implique le meurtre symbolique de sa propre mère. La jeune mère passe par une série de deuils et de renoncements. Le plus grand deuil est celui de renoncer au fantasme d'immortalité et de toute-puissance. Renoncer, c'est renoncer à l'assouvissement de tous ses désirs et notamment ses désirs incestueux. (Lambert, 2008, p. 147)

Pour ce faire, elle devra accepter la mort, puisque c'est elle qui donne tout son sens à la procréation, tel que le mentionne Lacan : « Pour que procréer ait son plein sens, il faut encore chez les deux sexes, qu'il y ait appréhension, relation, à l'expérience de la mort » (Lacan, 1981, p. 329).

2.2.4.4 Angoisse de mort et grossesse

Les représentations de la mort pendant la grossesse sont le plus souvent abordées sous l'angle de la pathologie. En effet, elles apparaissent de façon flamboyante lorsque le devenir parent est menacé. Cela peut prendre de nombreuses formes. Il peut s'agir de deuil périnatal notamment (de Galembert, 2009; Soubieux, 2004, 2014; Squires, 2017).

L'enfant mort occupe sa place au croisement de l'inceste et du meurtre. Il figure un des aspects les plus effroyables de la tragédie œdipienne, et en même temps il s'offre comme représentation paradigmatique de la mélancolie et de la destructivité qui l'anime. Sur la scène inconsciente, il montre comment se condensent la sexualité et la mort, dans l'intrication des pulsions qui les sous-tendent ; mais il montre aussi la condensation des fantasmes originaires, tous susceptibles d'être convoqués dans ce fantasme : la séduction, la scène primitive, la castration et le retour au ventre maternel, rassemblement rare qui fait se côtoyer des désirs contradictoires, la flamboyance de l'excitation, l'extinction et l'effacement, le refoulement ou le clivage. (Chabert, 2019, p. 31)

La mort périnatale est « d'autant plus troublante qu'elle donne forme aux dangers réels pesant sur la naissance, mais aussi aux menaces imaginaires apparaissant dans les vœux de mort et les fantasmes d'enfant mort en lien avec le narcissisme infantile, comme le révèle la clinique psychanalytique » (Squires, 2017, p. 71).

On évoque également les représentations de la mort lors de déni de grossesse (Bayle, 2016; Marinopoulos, 2009; Pierronne *et al.*, 2002) que l'on peut appeler trouble de la gestation « psychique » puisqu'il y a une absence totale de conscience de la grossesse qui peut durer jusqu'à l'accouchement.

Ce qui est donc souvent pointé en termes « d'ambivalence » comme obstacle à la maternalité des négations de grossesse est en fait un non-accès (déni avec clivage) ou un accès problématique [(dé)négation avec évitement] aux formations de compromis de cette ambivalence tempérée. Dans ces cas, c'est l'extrémisme des positions de haine destructrice ou d'amour idéalisé et l'impossibilité, justement, de les lier dans un équilibre comportemental, affectif et fantasmatique, qui signent ces dysharmonies intersubjectives mère/embryon/fœtus/bébé. Le clivage (déni) ou l'évitement [(dé)négation] empêchent défensivement cette impossible liaison. [...] L'hypothèse de C. Bonnet (1996) de violents « fantasmes d'impulsions infanticides » en filigrane de demande tardive en urgence d'IVG ou d'accouchement sous X faisant suite à une négation partielle de grossesse, illustre bien un des scénarios possibles de destructivité invasive et d'impossible liaison des forces contraires de l'ambivalence. Elle souligne dans ces situations la récurrence de maltraitements traumatiques récents et/ou anciennes, non métabolisés que la grossesse réactive rendant l'enfant « impensable ». (Missonnier, 2016, p. 58)

Les malformations fœtales convoquent elles aussi des représentations de la mort (Korff-Sausse, 2011; Plat, 2011; Rajon *et al.*, 2006).

La réalité de la malformation fœtale rencontre les conflits fantasmatiques ambivalents des devenant parents et s'inscrit comme potentiel traumatisme. Les mouvements régressifs qu'entraîne la grossesse notamment par l'état de transparence psychique, favorisent la résurgence des conflits infantiles et la perte fœtale les actualise. En raison du fantasme vengeur de la mère qui dépouille sa fille de l'enfant que cette dernière a détruit par ses attaques fantasmatiques précoces contre le contenu du corps de la mère, l'imgo maternelle devient persécutrice et hostile. Les figures ancestrales d'ogresses dévorant leurs petits refont surface et la toute-puissance maternelle devient mortifère. Dans l'ambivalence que tout investissement objectal autorise, la femme peut aussi se sentir responsable de l'anomalie de son enfant. (Plat, 2011, p. 89)

Lorsque la grossesse bascule du côté de la pathologie, les représentations de la mort sont convoquées de façon vivide. Mais en dehors de ces cas cliniques spécifiques, nous n'avons pas trouvé d'études portant sur les représentations de la mort chez la femme enceinte dans un contexte non clinique.

2.2.5 Conclusion

Telles les deux faces d'une même médaille, vie et mort ne peuvent être dissociées. La mort renvoie à une interrogation existentielle. En effet, vivre signifie nécessairement mourir. Cette réalité provoque inexorablement une angoisse consciente et inconsciente chez l'être humain. Et pour une femme enceinte, porteuse d'une vie nouvelle, cette angoisse revêt un sens particulier. Plusieurs études d'orientation psychanalytique l'ont démontré, dans un contexte clinique (déli de grossesse, deuil périnatal, malformation fœtale, etc.). Or, il est étonnant de constater qu'il existe peu d'études dans un contexte de maternité non clinique.

CHAPITRE 3

OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE

3.1 Objectif principal de la recherche

Notre recherche a pour but de mieux comprendre les représentations de la mort du bébé durant la grossesse, selon une perspective psychodynamique.

3.2 Objectifs spécifiques

La vie et la mort sont intimement liées. L'une ne va pas sans l'autre. Au « don de la vie, se mêle une dimension paradoxale en rapport à la question de la mort, qui est extrêmement présente dans la logique de la procréation. En effet, le registre de la mort est convoqué au même moment que la procréation. Ce nouage mort/procréation est subjectivement inassimilable et explique la mise en place de défenses face à cette période » (Jacob Alby, 2020, p. 61). C'est pourquoi il semble si difficile d'aborder le thème de la mort, d'autant plus dans un contexte d'idéalisation de la maternité. En effet, dans l'imaginaire collectif, la grossesse est une période heureuse, où mère et enfant vivent en symbiose. Cette vision idéalisée de la maternité peut rendre difficile l'élaboration de représentations plus sombres pour les futures mères. D'autant plus que la grossesse semble souvent être abordée d'un point de vue somatique. Le corps enceint suscite toute l'attention du monde médical. Il est scruté, analysé, surveillé, afin que l'enfant qu'il porte puisse croître au mieux. Cette médicalisation de la grossesse tend à laisser de côté les remaniements psychiques. Nous l'avons vu, la mort ne semble pas avoir de place en dehors des deuils et de la pathologie (déli de grossesse, malformations fœtales, interruption de grossesse, etc.). Pourtant, au-delà des changements corporels, la grossesse est une période de remaniements psychiques profonds. La transparence psychique (Bydlowski, 2001, 2008; Bydlowski et Golse, 2001), ce fonctionnement propre à la grossesse durant lequel la barrière du refoulement s'estompe, provoque la remémoration de souvenirs infantiles, l'apparition de fantasmes oubliés et d'angoisses primitives. De plus, la sensation de porter un être en soi peut provoquer une inquiétante étrangeté (Freud, 1919/1988b) faisant naître des sentiments de violence ou de haine pour le fœtus. Enfin, la réorganisation libidinale, notamment entre libido narcissique et libido d'objet, met à l'épreuve le narcissisme de la femme enceinte. Selon la théorie psychanalytique, les bouleversements psychiques créent pour la future mère un sentiment d'ambivalence au sujet de sa grossesse. À la lumière des connaissances

actuelles, nous nous sommes interrogé sur ce que les représentations de la mort du bébé dans la grossesse signifiaient ? Comment s'élaborent-elles au cours des trois trimestres de la grossesse ?

Nous souhaitons également nous questionner sur la réception de ces représentations de la mort du bébé, notamment par le personnel soignant et par l'entourage des femmes. Sont-elles entendues, reçues, déniées ou laissent-elles indifférent ? Le contexte socio-historique de la grossesse et plus largement de la place des femmes dans la société permettent-ils d'éclairer ces réactions ?

En tentant de répondre à ces questions, nous espérons qu'il nous sera possible d'amorcer une compréhension de la fonction des représentations de la mort du bébé durant la grossesse, dans le but d'accroître nos connaissances de la vie psychique des femmes enceintes et ainsi de mieux les accompagner dans le suivi de leur grossesse.

CHAPITRE 4

MÉTHODOLOGIE

Certains s'étonneront peut-être que "chercher" soit un enjeu, et encore plus que "chercher" soit d'une certaine manière un résultat du soin porté aux êtres. Pourtant, "chercher" reste un défi majeur de l'existence, une façon d'articuler le désir et l'action. "Chercher" décrit cela : la mise en mouvement d'une intelligence, d'une volonté, et puis sa tentative d'expérimentation, de ne pas en rester à la seule théorisation.
Cynthia Fleury

Il y a de part et d'autre du monde des hommes qui cherchent.
Frantz Fanon

Jankélévitch écrit que le langage humain n'est pas fait pour que les êtres se comprennent, mais bien plutôt pour brouiller les pistes. À propos d'un interlocuteur, combien de fois se demande-t-on : mais qu'a-t-il vraiment voulu dire ?
Serge Bouchard

La présente étude est issue d'une recherche préalable qui avait pour titre : « Prévention en périnatalité. Étude comparative interculturelle de l'attente des femmes d'aujourd'hui en période périnatale, au regard de la démarche préventive d'éducation à la parentalité » (annexe A). Elle a été réalisée sous la direction de M. Claude Schauder, psychologue, psychanalyste et professeur associé de psychopathologie clinique à l'Université Louis Pasteur de Strasbourg. Cette recherche a été menée dans cinq pays : au Brésil, en Russie, en Chine, en France et au Canada. L'objectif de cette recherche consistait à étudier les processus de construction de la parentalité pendant la période périnatale. Cette recherche a permis et permet encore à des doctorants de réaliser leur thèse grâce au dense matériel recueilli par les chercheurs de chaque pays.

Au Québec, jusqu'en 2010, le projet était sous la responsabilité de Mme Irène Krymko-Bleton, psychologue, psychanalyste et professeure, chercheuse au sein du département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal (UQÀM). Il a ensuite été dirigé par Mme Nicole Reeves, psychologue clinicienne, chercheuse et chargée de formation clinique au département d'obstétrique-gynécologie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Il existe un

partenariat entre le CHUM et l'UQÀM. Les doctorants que supervise la professeure Irène Krymko-Bleton réalisent leur thèse grâce au matériel de la recherche internationale, mais leurs recherches sont distinctes et indépendantes de cette étude internationale. Nous avons ainsi pu bénéficier du dense matériel recueilli par l'équipe de recherche pour développer un sujet de thèse. Nous avons également réalisé un internat au sein du département d'obstétrique-gynécologie du CHUM, sous la supervision de Mme Nicole Reeves, ce qui a incontestablement enrichi cliniquement notre recherche. Notons également que la méthodologie utilisée par les étudiants est différente et propre au laboratoire de Mme Krymko-Bleton, utilisant comme référents théoriques la psychanalyse et la pragmatique linguistique.

Après une présentation de la recherche initiale, nous présenterons la méthodologie spécifique utilisée dans le cadre de la présente recherche.

4.1 La recherche initiale

4.1.1 Les sujets

Lors de la recherche initiale, les chercheurs avaient pour objectif de recruter entre trente et quarante-cinq femmes par pays, selon les objectifs d'échantillonnage. Pour prendre part à la recherche, les participantes devaient répondre à certains critères. Elles devaient être enceintes de moins de douze semaines, puisque le premier entretien avait lieu lors du premier trimestre de grossesse. Elles devaient également être âgées de vingt-cinq à quarante ans et avoir un conjoint. De plus, elles ne devaient pas faire partie d'une population clinique, ce qui signifie qu'elles ne présentaient aucune psychopathologie particulière. Pour reprendre un terme de Boige (2004), nous pouvons qualifier les grossesses des participantes de « tout-venant ». Leur participation se faisait sur une base volontaire. Pour le Québec, vingt-deux femmes primipares et multipares furent recrutées. Douze d'entre elles ont réalisé quatre entretiens, un à chaque trimestre de grossesse et le dernier en post-partum. Les entretiens ont été réalisés par Mme Nicole Reeves ou Jeanne Thériault, doctorante en psychologie de l'UQÀM.

4.1.2 Les moyens de recrutement

Deux moyens de recrutement ont été utilisés. Une première partie de l'échantillon a été recrutée au CHUM. En effet, chaque semaine, cet hôpital organisait des rencontres informatives pour les futurs

parents. Les professionnels de la santé du Centre des naissances abordaient de nombreux sujets relatifs à la grossesse tel le suivi médical, les rencontres avec le médecin, les divers tests à passer, l'alimentation, la préparation à l'accouchement, etc. À la fin de la rencontre, la recherche était présentée et la participation des femmes enceintes était sollicitée, sur une base volontaire.

Un autre moyen de recrutement a été utilisé à l'UQÀM, où un échantillon « boule de neige » a été réalisé. En effet, les doctorants travaillant sur cette étude ont sollicité leurs collègues et leur entourage afin de recruter des participantes.

4.1.3 L'instrument de collecte des données : l'entretien semi-dirigé

L'équipe de l'étude initiale a mené des entretiens semi-dirigés. Le canevas permettant de guider l'entretien a été réalisé par l'équipe de recherche de Strasbourg, dirigée à l'époque par M. Claude Schauder. Il était composé de trois questions ouvertes : « Comment cela se passe-t-il pour vous depuis que vous savez que vous êtes enceinte ? », « En avez-vous parlé, en parlez-vous, et à qui ? » et « Avez-vous des attentes particulières envers les professionnels de santé ? ». La première question, volontairement ouverte et large, permettait de faire élaborer librement la participante sur son expérience de la grossesse. La deuxième question faisait référence à l'entourage de la participante. Enfin, la troisième question abordait les attentes de la participante quant au corps médical, le volet québécois de la recherche internationale s'intéressant aux relations des femmes enceintes avec l'ensemble des intervenants du monde médical. Les questions servaient uniquement de guide et l'ordre n'avait pas d'importance. En effet, il convenait plutôt de suivre la parole de la participante et de faire des relances afin d'approfondir certaines thématiques si nécessaire.

La recherche internationale comprenait cinq entretiens, un à chaque trimestre de la grossesse (autour du troisième mois de grossesse, autour du sixième mois de grossesse, et après le huitième mois de grossesse, proche de l'accouchement), un dans le mois suivant la naissance de l'enfant, et un dernier au dix-mois de l'enfant. Au Québec, seulement les quatre premiers ont été réalisés. La durée des entretiens était d'environ une heure, en fonction de l'élaboration des participantes.

Les entretiens se déroulaient à l'hôpital ou au domicile des participantes. Ils ont eu lieu entre le mois d'octobre 2009 et le mois de décembre 2011. Lors de la première rencontre, avant de débiter, la chercheuse remettait un formulaire de consentement (annexe B). À la fin de l'entretien, la

chercheuse demandait à la participante de remplir une fiche de données sociodémographiques (annexe C).

Les entretiens ont été retranscrits intégralement, en incluant les hésitations, les soupirs, les silences, les erreurs de prononciation, le ton de voix, etc. Ces verbatim ont servi de base à notre travail de recherche.

4.1.4 Éthique

La recherche a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains de l'UQÀM. À la suite du transfert de responsabilité scientifique à Mme Nicole Reeves, l'étude a de nouveau été approuvée par le comité d'éthique et de recherche du CHUM (annexe D).

Le matériel utilisé a été entièrement anonymisé lors de la recherche initiale. Un pseudonyme a été attribué à chaque participante et les éléments permettant de les identifier ont été modifiés, comme le prénom de leurs proches (conjoint, parents, etc.) ou leur lieu de travail.

4.2 La présente recherche

4.2.1 Posture paradigmatique de recherche

Un paradigme se définit par « un ensemble de convictions partagées par la communauté scientifique à un moment donné de son histoire. Toute science se stabilise par le partage d'un même paradigme qui délimite son champ et ses procédures d'investigation » (Santiago-Delefosse et Carral, 2017, p. 17). En psychologie, deux paradigmes cohabitent : le « positiviste-néopositiviste » et le « subjectiviste-constructiviste ». Cette recherche, qui se veut exploratoire, s'inscrit dans un paradigme subjectiviste-constructiviste. En effet, nous ne cherchons pas à établir des généralisations et des lois. Nous souhaitons comprendre plutôt qu'expliquer, prédire ou contrôler les phénomènes étudiés. Notre unité d'analyse est l'individu, le sujet, et nous nous intéressons à son expérience subjective, à son unicité. Dans cette perspective, « le sujet n'existe que dans et grâce à l'écart par rapport à la norme : c'est là, dans ce mouvement même qui le rapproche et l'éloigne tout à la fois d'une position médiane, dirons-nous, c'est-à-dire normative, que le sujet se définit, se différencie, se singularise » (Azoulay, 2013, p. 23). Le concept de réalité est représenté par la

réalité vécue par le sujet. Elle est intimement liée aux aspects culturels, sociaux, politiques, etc. « Elle ne répond pas directement aux liens de causalité, mais à des interactions plastiques et complexes » (Santiago-Delefosse et Carral, 2017, p. 20). Le but de la recherche est de comprendre cette réalité en tenant compte de toutes ces interactions. Le sujet est donc toujours situé dans son histoire, mais en relation avec son environnement, c'est-à-dire en tenant compte du contexte au sens large dans lequel il évolue. À ce titre, le chercheur est « un coparticipant, favorisant l'explicitation et la compréhension des reconstructions permanentes des vécus et des situations qui ont un sens » (Santiago-Delefosse et Carral, 2017, p. 20) pour le sujet.

Nous postulons néanmoins que si notre thème de recherche, à savoir les représentations de la mort du bébé, est présent chez nos participantes, il est probable qu'on le retrouve chez d'autres femmes enceintes. Notre objectif, comme nous l'avons mentionné, n'est pas de généraliser nos résultats à l'ensemble de la population des femmes enceintes, mais d'être capables de repérer ces représentations lorsqu'elles sont présentes, de les analyser, de les comprendre et de les conceptualiser.

4.2.2 Méthode de recherche d'orientation psychanalytique

Pour cette étude, nous proposons une méthode d'analyse qualitative thématique innovante développée dans le laboratoire de Mme Krymko-Bleton, s'appuyant sur deux référents théoriques : d'une part, la psychanalyse, et, d'autre part, la pragmatique linguistique.

La recherche qualitative d'orientation psychanalytique s'intéresse à la subjectivité individuelle. « Tant en recherche qualitative qu'en psychanalyse, la subjectivité est actuellement considérée comme un instrument de connaissance et non comme un simple artéfact indésirable qu'il faut chercher à éviter » (Brunet, 2009, p. 74). C'est « une des rares disciplines qui résiste à la tendance actuelle d'allégeance scientifique consistant à réduire l'humain à un ensemble de données objectivables » (Gilbert, 2007, p. 276). L'individu est considéré dans sa singularité et le chercheur souhaite percevoir au mieux son vécu et son éprouvé grâce à l'étude de son fonctionnement psychique. Pour cela, le chercheur est fidèle à la méthode d'investigation psychanalytique qui consiste essentiellement à mettre en évidence « la signification inconsciente des paroles, des actions, des productions imaginaires (rêves, fantasmes, délires) d'un sujet » (Laplanche et Pontalis,

1998, p. 351). En effet, « la différenciation du psychique en Conscient et Inconscient est la présupposition fondamentale de la psychanalyse » (Freud, 1923/2011, p. 4). La vie psychique comprend donc des éléments conscients, accessibles, et des éléments inconscients qui restent inconnus du sujet lui-même grâce, entre autres, au processus du refoulement, « opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient des représentations (pensées, images, souvenirs) liées à une pulsion » (Laplanche et Pontalis, 1998, p. 392). Or, les éléments refoulés peuvent réapparaître dans la conscience sous une forme déguisée (lapsus, rêves, actes manqués, symptômes, etc.) que l'on nomme les rejetons de l'inconscient. Tout comme le psychanalyste, le chercheur porte attention à ces éléments, ainsi qu'à d'autres caractéristiques du discours comme les silences, les désorganisations, les hésitations qui sont « des indices de conflictualité, de résistances et de mécanismes de défense, sous-jacents au fonctionnement psychique du sujet » (Gilbert, 2007, p. 279). Pour qu'une élaboration soit possible, pour qu'il y ait place à la manifestation d'un contenu latent, le chercheur doit mener « des entrevues aussi peu directives que possibles », il ne doit pas vouloir « trouver des réponses directes aux questions qu'il se pose » (Krymko-Bleton, 2014a, p. 56).

C'est un travail qui exige, de la part du chercheur, avant tout des qualités d'écoute, une tolérance aux silences, leur utilisation, même, car souvent c'est sur le fond du silence que la profondeur trouve le mieux à faire surface. La libre association trouve ici sa raison d'être, de même que le libre jeu des résistances, de la négation, des défenses et des transferts (ceux du chercheur comme ceux du sujet), toujours, bien sûr, au service du travail d'élaboration en profondeur de la problématique vécue. L'objectif est de se relier aux personnes concernées et non de rester fidèle à un schéma d'entretien ou à une grille d'analyse. (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 333)

Dans une recherche qualitative d'orientation psychanalytique, il convient de se poser la question de la demande. La première demande émane du chercheur et elle est explicite : il souhaite répondre à sa question de recherche et pour cela il sollicite la participation du sujet. Mais elle peut cacher une autre demande, implicite, comme le souhait de répondre à une problématique qui lui est plus personnelle. Idéalement, le chercheur en serait conscient et en ferait un examen. « L'idée n'est pas d'en faire un relevé exhaustif, mais de cerner le mieux possible les clés de l'interprétation et la posture à partir de laquelle nombre de décisions épistémologiques, théoriques et méthodologiques prennent place » (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 119). C'est ce que Paillé et Mucchielli (2012) nomment l'équation intellectuelle du chercheur et qui est déterminée par son univers interprétatif,

sa position paradigmatique, ses référents interprétatifs initiaux, sa sensibilité théorique et expérientielle ainsi que par sa posture et son attitude. Du côté du participant, il y a également une voire des demandes. Sa participation à la recherche indique qu'il a quelque chose à dire, à communiquer, et cela n'est pas forcément en lien avec l'objet de la recherche. Cette demande est la plupart du temps implicite, si ce n'est inconsciente. Mais au cours de l'élaboration du participant, elle va tenter d'émerger. Explicitement, le participant peut vouloir contribuer à l'avancée des connaissances. Il peut également prendre la position de porte-parole d'un groupe, vouloir faire part d'un mécontentement ou avoir des éléments à adresser à ce que le chercheur représente pour lui (dans notre cas, cela pourrait être l'hôpital, l'université, le système de santé, etc.). Participer à une recherche qualitative c'est aussi avoir l'occasion de parler, de dire, de nommer. Or, nommer, c'est rendre signifiant. Il est possible que le participant cherche à s'approprier subjectivement une expérience. « La question de l'appropriation subjective est centrale dans le travail de psychothérapie, mais aussi dans nos vies en général. Elle se définit comme la capacité de se rendre présent à une réalité interne, c'est-à-dire psychique, ou externe, d'en attribuer la provenance, de l'investir et de l'inscrire dans une trame historique » (Francisco, 2017, p. 83). Pour cela, nous avons parfois besoin d'un Autre qui nous aide à comprendre, à savoir ce que nous ignorons. Ainsi, la demande du participant peut être mise en parallèle avec la demande en psychanalyse.

Pour le névrosé, la demande en analyse, demande de savoir, se caractérise par ce qu'il n'a pas et qu'il ignore. Ainsi va-t-il pouvoir, croit-il, apprendre ce qui lui manque. Cette ignorance présentifiée par le manque suffit à ouvrir la voie où, dans sa quête, il pourra devenir lui-même l'objet, l'*eromenon* qu'il convoitait. Entrer dans une dialectique du désir se ramène pour lui à poser l'Autre comme désir de savoir ce texte inconscient. C'est l'Autre qui sait et de nous indiquer la place qu'il assigne à l'analyste, place vide du désir de savoir. Formule ordonnatrice du transfert, posée par Lacan, la place du Sujet Supposé Savoir. (Kolko, 2004, p. 67)

Les notions de transfert et de contre-transfert, propres à la situation analytique, ne peuvent évidemment pas se transposer telles quelles dans la relation chercheur-participant. Néanmoins, il est possible de remplacer la notion de transfert par l'analyse de la relation de places (Krymko-Bleton, 2014a, 2014b, 2019). Cette façon de faire s'inspire d'une méthode d'analyse de discours créée par Flahault (1978) qui a pour but d'identifier les places prises par chaque interlocuteur dès lors qu'ils sont en relation, en tenant compte de l'implicite qui soutient les échanges. « Il propose donc une analyse conversationnelle mettant en lumière cet implicite et permettant l'interprétation

de la relation intersubjective de locuteurs, y compris au niveau inconscient » (Krymko-Bleton, 2014b, p. 113). Flahaut l'explique ainsi :

Le concept de « place », dont la spécificité repose sur ce trait essentiel que chacun accède à son identité à partir et à l'intérieur d'un système de places qui le dépasse, ce concept implique qu'il n'est pas de parole qui ne soit émise d'une place et convoque l'interlocuteur à une place corrélatrice ; soit que cette parole présuppose seulement que le rapport de places est en vigueur, soit que le locuteur en attende la reconnaissance de sa place propre, ou oblige son interlocuteur à s'inscrire dans le rapport. (Flahaut, 1978, p. 58)

Étant donné la place d'où je parle, j'assigne une place complémentaire à l'autre et lui demande, en s'y tenant, de reconnaître que je suis bien celui qui parle de ma place (et, bien entendu, il en va de même pour lui). L'acte illocutoire a ainsi été décrit comme une parole qui, loin de se réduire à un simple moyen de communiquer ou de s'informer, est demande de reconnaissance, par le truchement d'une action entreprise à la fois sur ma propre identité et sur celle de l'autre. L'illocutoire [...] prend appui sur le « qui tu es pour moi, qui je suis pour toi », y revient, le modifie, en repart ; rien ici n'étant réglé une fois pour toutes. (Flahaut, 1978, p. 70)

Les rapports des places sont complexes, car ils prennent leurs sources dans la réalité sociale et culturelle (rôle, statut, identité sociale, etc.), dans l'imaginaire (la manière dont chacun ressent subjectivement où il se situe) et « dans un système symbolique qui les dépasse (comme la triangulation œdipienne pour la famille). On peut donc dire qu'ils résultent d'une triple détermination » (Picard, 2008, p. 79) : une détermination sociale, une détermination interactionnelle et subjective. Analyser le rapport de places permet d'aller au-delà de ce qui est dit dans l'entrevue.

Les façons de parler qui visent à obtenir une certaine reconnaissance nous instruisent de motifs, le plus souvent inconscients, qui incitent les sujets à vouloir nous parler. [...] Bien entendu, l'étudiant-chercheur tente aussi d'établir un équilibre de places lors de l'entrevue qu'il mène, [...] qu'on pourrait partiellement assimiler au contre-transfert, est [qui est] tout autant analysable que celui du sujet qui lui accorde l'entrevue. (Krymko-Bleton, 2014b, p. 118)

Pour nous aider dans nos analyses, nous faisons appel à des méthodes issues de la pragmatique linguistique telle que les ont développées des psychanalystes linguistes. Psychanalystes et linguistes ont souvent travaillé de concert, s'inspirant les uns des autres. Par exemple, Lacan s'est appuyé sur les travaux de Saussure, fondateur de la linguistique structurale, pour créer sa théorie

du signe. Car comme la psychanalyse, la pragmatique linguistique s'intéresse à la langue, à ce qui est dit et à la manière dont cela est dit. Mais la signification de ce qui est dit ne peut être comprise qu'en tenant compte du locuteur, du destinataire et du contexte d'énonciation. « Selon Benveniste, le discours implique d'abord la participation d'un sujet à son langage et c'est cette indissociabilité entre la forme du discours et la nature de l'organisation psychique du sujet qui le produit, que nous analysons » (Rebourg-Roesler, 2005, p. 672). Dans un premier temps, le chercheur procède à une analyse thématique. Il identifie certains thèmes, explicites et implicites, intéressants pour son sujet d'étude. Il observe leur ordonnancement, leur systématisation, leur enchaînement. Il peut également remarquer si certains thèmes se désorganisent en cours de discours. Mais contrairement à l'analyse thématique classique, « ces thèmes ne sont pas traités comme des faits rapportés (la soi-disant réalité objective), mais toujours comme tentatives d'une élaboration subjective en lien avec le thème annoncé de la recherche et dans le contexte de maintien d'un équilibre de places avec le chercheur » (Krymko-Bleton, 2014b, p. 119). En effet, dans une perspective pragmatique, la place de chaque interlocuteur influence le discours. « Pour toute place au sein d'une formation sociale, il existe une série de discours qui, si anodin que puisse être le thème qu'ils articulent, n'échappent jamais tout à fait à un aménagement — plus précisément à une représentation “placée” de la réalité » (Flahault, 1978, p. 142). Les figures de style, les structures de phrases, les expressions, tous les procédés linguistiques peuvent permettre de « juger de la distance que le sujet tente d'établir entre lui-même et son interlocuteur ou entre le thème qu'il aborde et lui-même » (Krymko-Bleton, 2014b, p. 119). Le chercheur doit donc, dans un second temps, prêter une attention particulière à plusieurs éléments du discours. Il tente de repérer les fils associatifs, en faisant l'examen discursif des différents thèmes abordés, car ils reflètent l'élaboration de la pensée. « Cette élaboration procède par chaînes associatives retraçables et situables non seulement dans le contexte global de l'entrevue, mais aussi dans les contextes plus particuliers de leur apparition à l'intérieur du texte » (Krymko-Bleton, 2014b, p. 119). Il relève les marqueurs linguistiques, c'est-à-dire les éléments formels de la langue tels les figures de style, les glissements de langue, les lapsus, etc., car la langue « conditionne, contient et éclaire toutes les expériences humaines » (Kristeva, 2012, paragr. 2).

À travers son discours, le sujet dit beaucoup plus qu'il n'y paraît, laissant entrevoir des mécanismes de défense inconscients. L'inconscient, « travaillé par une force anarchique (pulsionnelle ?) que le

langage réfrène ou sublime, bien que par des déchirures elle puisse introduire un nouveau contenu, celui de la motivation inconsciente et un symbolisme spécifique, quand le pouvoir de la censure est suspendu » (Benveniste, cité dans Kristeva, 2012, paragr. 13). En analysant en détail les façons de dire, nous accédons aux manifestations des mécanismes de défense et à sa conflictualité intrapsychique. Par exemple, lorsque le discours se désorganise, qu'il devient confus, il est probable que quelque chose cherche à émerger, mais se bute à une résistance. La psychanalyse et la pragmatique linguistique travaillent main dans la main pour tenter de mettre à jour le contenu latent du discours, ce qui est présent sans être dit, ce qui est tu, ce qui ne peut être dit.

L'importance donnée au contexte est également propre à ce type de recherche. En effet,

il n'y a pas d'événement sans contexte, comme il n'y a pas de contexte sans événement. [...] Le contexte illumine l'événement, le met en perspective, lui donne de la dimension. Il l'insère à l'intérieur d'un réseau de significations et le replace à l'intérieur d'un temps et d'un espace révélateurs des ensembles auxquels il est inextricablement lié. (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 372)

Même s'il est abordé dans la majorité des études qualitatives, il est ici considéré au-delà du contexte de l'étude. En effet, il intègre la situation culturelle ou politique dans laquelle s'inscrit la recherche. Il prend en considération la culture, le milieu du participant et du chercheur, ce qui leur sert de référent. Il est donc lié à l'idéologie des protagonistes, élément essentiel pour la compréhension de ce qui est énoncé :

On ne peut pas se permettre d'ignorer la position sociale et idéologique de chaque locuteur. Pour situer ce qu'il dit, mais aussi pour le comprendre simplement, on ne peut pas faire abstraction de ses présuppositions, de ses options, de ses investissements, de son rapport au temps, à l'espace, aux valeurs... (Unrug, 1974, p. 233)

Cette méthode d'analyse qualitative est particulièrement intéressante, car en ouvrant la porte à une autre discipline qu'est la pragmatique linguistique, elle donne accès à tout un monde de possibilités. Par exemple, la prise en considération du contexte nous pousse à nous intéresser à la sociologie ou à l'histoire. Loin de l'enfermement théorique, ce dialogue des approches permet au chercheur de se nourrir et de faire ainsi émerger sa créativité. Bien sûr, le risque est de se perdre dans le dédale de l'interdisciplinarité. D'où l'importance de la présence d'un tiers comme autorité structurante, incarné ici par la directrice de thèse, garante du cadre de la recherche. Un autre tiers s'avère

indispensable selon nous. Il s'agit du tiers qui exerce une fonction structurante, c'est-à-dire qui permet de trianguler le processus d'analyse. En effet, le chercheur peut se retrouver dans une relation duelle avec son sujet de recherche. Ce tiers est celui qui « en dehors d'une relation d'autorité ou de surveillance, est capable d'écouter et d'entendre l'autre, qui aide à progresser malgré et en sachant tirer profit des erreurs, et ceci en protégeant le narcissisme du chercheur » (Letendre, 2007, p. 393). Il s'avère ainsi indispensable pour se délier, pour permettre la distanciation entre le chercheur et son sujet. On pourrait parler d'une fonction régulatrice. Il peut être représenté par un autre étudiant-chercheur ou un collègue qui sert de médiation entre le chercheur et son sujet. En effet, même si nous sommes vigilants quant à la place que nous occupons dans notre recherche, que ce soit celle que nous prenons ou celle qui nous est donnée par nos participants, nous ne sommes jamais à l'abri de nos propres biais inconscients.

4.2.3 Étapes du processus d'analyse

4.2.3.1 Émergence de la question de recherche

D'un point de vue purement méthodologique, l'analyse qualitative que nous proposons possède des éléments communs à toute autre analyse qualitative. En effet, elle a pour objectif l'amélioration des connaissances sur un sujet choisi, elle possède une problématique qui s'appuie sur une revue de littérature la plus complète possible, elle possède des données à analyser selon une méthode clairement décrite. De plus, elle tient compte de la subjectivité du chercheur comme du participant. Enfin, elle aboutit à des résultats qui seront présentés. En revanche, certains éléments lui sont propres, et d'autres, même s'ils sont présents dans d'autres types d'analyse, revêtent une place particulière. Comme nous allons le voir, la façon de faire émerger une question de recherche est singulière.

Pour cette recherche, nous l'avons vu, nous nous plaçons dans un cadre théorique psychanalytique. Cela prévaut également dans le choix de la question de recherche. La méthode qui nous est proposée dans le laboratoire de Mme Krymko-Bleton s'inspire du concept de l'écoute flottante de l'analyste. En psychanalyse, l'attention flottante est un procédé qui consiste « en ce que l'analyste suspend les motivations qui dirigent habituellement l'attention et se laisse aller le plus librement possible à son activité inconsciente. C'est le pendant de la libre association du patient » (Botella, 2014, p. 96). Plus précisément, l'analyste écoute, mais ne cherche pas à mettre l'accent sur certains

éléments du discours de l'analysant. Il tente de se faire surprendre par « des effets inédits de sens, par le jeu des signifiants, par des imprévus de tout genre et de toute nature » (Civitarese, 2018, p. 39). Dans une certaine mesure, l'attention flottante se rapproche de la capacité négative de Bion (1990), « qui est elle-même une forme de passivité active ou d'activité passive – un peu comme l'imagination, une forme de milieu entre sensibilité et intellect » (Civitarese, 2018, p. 41). Bion explique ainsi que l'analyste ne devrait pas écouter dans le but immédiat de comprendre et d'expliquer, mais plutôt « apprendre à connaître quelque chose... procédure bien difficile et, peut-être même, contraire à la nature de notre appareil mental, qui semble chercher en permanence la certitude qui guiderait l'action, plutôt que l'exploration des possibles » (Casanova Sá, 2013, p. 44). Cette posture fait donc appel aux capacités intellectuelles et imaginatives de celui qui écoute (Fusini, 2015). Il y a donc quelque part un paradoxe dans la situation analytique. En effet, « le terrain de recherche choisi se veut scientifique, mais en même temps on postule un renoncement nécessaire aux fonctions logiques de la pensée en faveur de l'intuition. Il est recommandé d'être ouvert (réceptif) au nouveau, à l'inattendu, à l'inespéré, comme s'il était possible un jour de connaître quelque chose sans avoir au préalable des schémas mentaux adéquats » (Civitarese, 2018, p. 43)

L'attention flottante « conçoit et assume une approche de l'objet et du monde qui l'entoure, sans a priori, délivrée des concepts » (Corcos, 2020, p. 21). C'est donc dans cet état d'esprit particulier qu'il nous est demandé d'écouter les entrevues des participantes dans le but de laisser émerger un questionnement, de nous laisser surprendre par le surgissement « d'une question : une énigme, que la recherche tenterait d'éclairer » (Krymko-Bleton, 2014b, p. 116). Cette énigme est propre à chaque chercheur, puisqu'elle associe ce qui a été dit par la participante avec ce qui a été entendu par le chercheur. Elle fait référence à sa propre subjectivité, ainsi qu'à sa sensibilité. Nous sommes plusieurs chercheuses à travailler sur ces entrevues. Or, chacune d'entre nous a entendu quelque chose qui a échappé aux autres et qui est devenu sa question de recherche. En demandant au chercheur d'avoir une attention flottante et de laisser une énigme venir à la conscience, elle crée dès le départ un lien puissant entre lui et son sujet de recherche. Car cette question est unique, elle est la sienne. Elle est née de son contact avec le matériel de recherche, d'une intuition qui s'est matérialisée en question. Elle lui donne dès le départ une légitimité en reconnaissant que ce qu'il a perçu ou entendu mérite d'être travaillé.

Cette façon de faire émerger la question de recherche à la lecture des entrevues permet de nous assurer que le matériau que nous possédons est adéquat et contient les éléments nécessaires à l'élaboration de notre étude. Par notre lecture, nous savons que les entrevues recèlent du contenu en lien avec notre sujet, bien que les entrevues n'aient pas été réalisées dans le but de répondre à notre question de recherche.

4.2.3.2 Échantillonnage

Après la lecture de toutes les entrevues et l'émergence de notre question de recherche, nous nous sommes attelées à la méthode d'échantillonnage. La recherche principale contenait un échantillon de vingt-deux participantes. Notre question de recherche portant sur les représentations de la mort du bébé durant la grossesse, nous avons choisi notre échantillon parmi les participantes qui avaient complété les trois premières entrevues, afin de couvrir toute la période de grossesse et ainsi étudier l'évolution de ces représentations au fil de mois de gestation. Cela nous donnait un bassin de quatorze participantes. Dans un premier temps, nous avons décidé de choisir quatre participantes, pour un total de douze entrevues. Cela nous semblait contenir assez de matériel pour appréhender le phénomène tout en restant dans les limites imposées par une thèse. Comme le suggère Savoie-Zajc (2006), un échantillon multiple doit tenir compte de deux paramètres : la diversification et la saturation. Nous avons donc porté une attention particulière à la diversité des profils : nombre de grossesses, type de suivi de grossesse et choix du lieu d'accouchement notamment. Cette diversification permet d'explorer certaines interrogations concernant notre thématique de recherche. Par exemple, les représentations de mort du bébé sont-elles plus saillantes à un trimestre en particulier ? Est-ce en lien avec le fait d'avoir déjà fait une fausse couche ? Sont-elles plus présentes chez les primipares ?

Notre dernière étape d'échantillonnage a été de tenir compte de la notion de saturation, qui signifie que la collecte de données ne permet pas d'obtenir des informations suffisamment nouvelles pour justifier l'augmentation de la taille de l'échantillon (Pires, 1997). Après une première analyse thématique, nous avons décidé d'ajouter une cinquième participante afin de nous assurer que nous avons atteint la saturation, ce qui fut le cas.

Finally, our sample consists of five women, two of whom are pregnant for the first time (primigravida), two are primiparous (i.e. they will give birth for the first time, but have already had at least one miscarriage) and one is multiparous (she is expecting her second child). For two participants, pregnancy was a surprise. The first indicates she did not plan it and the second was declared infertile and was preparing to make arrangements for in vitro fertilisation. Regarding pregnancy care, two women chose hospital care while the other three preferred care by a midwife. Three participants opted for hospital delivery, one chose home birth and another preferred home delivery. The education level of the participants is high as they all hold a university degree. Two of them are still studying during pregnancy (they are finishing their doctorate) while the other three have stable jobs.

4.2.3.3 Première étape de l'analyse : analyse thématique

In the first stage, we were fully immersed in the material collected. We read several times each interview, spontaneously annotating the verbatim, adopting a clinical posture, with the aim of appropriating the material. Then, we realised a summary of each of them.

In the second stage, we carried out a classic thematic analysis. The objective was to proceed to a reduction of data by synthesising the statements of the participants in a formal way. This method is a preliminary operation whose function is « the work of identifying the set of themes of a corpus » (Paillé et Mucchielli, 2012). Even though we always kept our research question in mind, we did not approach the interviews from this angle. We remained as close as possible to the discourse of the participants by analysing « line by line » the themes addressed, by noting them in the margin of the verbatim. This corresponds to a continuous thematisation. We define these themes as explicit, i.e. they are descriptive, they are « the statements (first sense of the discourse) » (Gilbert, 2009, p. 22). Then, some themes were grouped under a larger theme and progressively a thematic tree was formed, with themes and sub-themes.

Une fois cette thématization de faible inférence réalisée, nous avons identifié des thèmes implicites qui apparaissaient en filigranes des thèmes explicites. Ces thèmes implicites, qui présentent un degré d'inférence plus élevé que les thèmes explicites, sont « des catégories interprétatives, liées à un ensemble de référents théoriques » (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 251), en lien avec des concepts psychanalytiques tels l'envahissement, l'ambivalence, la triangulation, etc.

Le résultat de cette première analyse prend la forme d'un tableau mentionnant les thèmes implicites, les thèmes explicites et des extraits de verbatim. Cela nous a permis de maîtriser en profondeur le contenu de chaque entrevue. Nous avons constaté que certains thèmes implicites étaient communs à toutes les participantes alors que d'autres étaient propres à une, deux ou trois participantes.

À la suite de cela, nous avons analysé les entrevues en fonction de notre question de recherche. Nous avons d'abord repéré dans l'arbre thématique de chaque entrevue les éléments en lien avec les représentations de la mort. Notre analyse a été réalisée sur deux axes : diachronique et synchronique. L'axe diachronique nous a permis de prendre en considération l'évolution des représentations de la mort dans le temps, en fonction de l'évolution de la grossesse. L'axe synchronique nous a donné la possibilité de comparer les éléments relevés à chaque temps entre les participantes, d'en dégager les similitudes et les différences.

Lors de cette analyse, nous avons identifié trois grands types de représentations de la mort durant la grossesse : les représentations de la mort du bébé, les représentations de la mort du couple et les représentations de la mort d'une partie de soi. Devant les limites imposées par une thèse, nous avons dû faire le difficile choix d'analyser en profondeur une seule de ces représentations, les représentations de la mort du bébé. Nous avons identifiés les grands thèmes organisateurs du discours des participantes en lien avec les représentations de la mort du bébé.

À chaque étape du processus, nous avons travaillé avec notre directrice de recherche afin de valider ensemble les thèmes identifiés. Nous avons également souvent fait appel à une autre étudiante, travaillant sur la même base d'entrevues, mais pas sur la même question de recherche, ni sur les mêmes participantes, afin de discuter des éléments retenus et de l'avancée de l'analyse.

4.2.3.4 Deuxième étape : analyse de discours

Dans une dernière étape, nous nous sommes intéressés à l'analyse de discours en utilisant la pragmatique linguistique. Cette analyse des façons de dire permet de mettre à jour la conflictualité à l'œuvre chez tout sujet. « Pour compléter nos analyses, nous nous attardons donc sur des confusions, des contradictions, des particularités d'expressions, des fautes, des omissions, des silences, des rires. Toutes ces strates d'analyse constituent autant d'éléments qui permettent de construire la synthèse finale » (Krymko-Bleton, 2014a, p. 57). Le sujet tente toujours de contrôler son discours, mais parfois cela échoue et le discours se désorganise, même subtilement. Nous avons également porté une attention particulière aux figures de style.

Les figures [de style] déterminent les méandres du discours [...] alternances, plus au moins marquées, entre des moments d'équilibre et des moments de déséquilibre, voire de conflit spécifique, indicatifs de l'efficacité des « actions » entreprises par le locuteur. On voit combien forme et contenu sont liés, à un niveau, au-delà de la phrase, où l'on admet que les déterminations strictement linguistiques ne jouent plus. [...] [Les détours du locuteur] à l'intérieur du code linguistique représentent des efforts pour rester cohérent. (Unrug, 1974, p. 230)

Afin d'aller au-delà du discours manifeste, nous avons souligné les figures de style, les figures rhétoriques et le rapport de place entre le chercheur et les participants, et tenté d'expliquer leur apparition dans l'entrevue. En effet, « l'inconscient se glisse inmanquablement dans les interstices de toutes ces formulations langagières » (Krymko-Bleton, 2014b, p. 119).

4.2.4 Les limites méthodologiques

Dans le cadre de notre recherche, nous avons noté plusieurs limites méthodologiques, inhérentes à toute recherche. Il nous a semblé fondamental de les nommer afin d'adopter une posture honnête et éthique.

4.2.4.1 Recueil et analyse des données

Dans cette recherche, nous avons travaillé sur des entrevues qui ont été réalisées par deux autres chercheuses. Nous nous retrouvons alors dans le rôle d'un observateur et non d'un acteur de la rencontre. Nous n'avons pas eu accès à des notes de terrain ou à un journal de bord des chercheuses qui ont mené les entrevues. Cela nous prive indéniablement d'informations au sujet du ressenti des

chercheuses durant les entrevues et dans l'après-coup, ce qui aurait pu bonifier notre analyse du rapport de places qui s'est développé durant les rencontres.

4.2.4.2 Validité interne

« De façon générale, l'acceptation interne fait référence au degré de concordance entre le sens attribué par le chercheur et sa plausibilité aux yeux des sujets » (Drapeau, 2004, p. 82). Il aurait été possible d'augmenter la validité interne en faisant un retour sur nos résultats auprès des sujets de l'étude, ce qui n'a pas pu être réalisé.

4.2.4.3 Validité externe et transférabilité

Parler de validité externe et de transférabilité revient à aborder la question de la généralisation des résultats. « Ainsi, il ne s'agirait plus de comprendre en profondeur ce qui habite un seul individu, mais de saisir les subtilités d'une expérience ou d'une situation en ce qu'elle a de similaire et de différent d'un individu à l'autre » (Drapeau, 2004, p. 82). Bien que nous ayons tenté de mettre en lumière ce qu'il y avait de commun dans le discours de nos participantes, il n'est pas possible de réellement généraliser nos résultats puisque notre échantillon n'est pas représentatif de la population, du fait de sa qualité et sa quantité. Par exemple, l'échantillon initial a été fait dans un seul lieu (un hôpital de la ville de Montréal), les participantes ont toutes un diplôme universitaire, elles sont toutes en couple, etc. Malgré cela, comme évoqué précédemment, la psychanalyse « nous a appris que ce qui est humainement possible pour un individu peut se retrouver chez d'autres. Ainsi un étudiant ne peut pas affirmer que toutes les femmes enceintes éprouvent tel type d'angoisse ; mais il peut affirmer que, s'il a trouvé l'expression de telle ou telle angoisse chez une ou plusieurs femmes avec qui il s'est entretenu, d'autres femmes pendant leur grossesse peuvent éprouver une angoisse semblable » (Krymko-Bleton, 2014a, p. 58). Notre recherche participe donc à la connaissance générale du vécu de grossesse. « Du reste, plus un phénomène est connu, plus on le remarque. Plus des répétitions apparaissent, plus certaines généralisations deviennent plausibles. C'est ainsi d'ailleurs qu'à force de voir la répétition à l'œuvre, la théorie psychanalytique a pu établir les lois de fonctionnement de l'inconscient » (Krymko-Bleton, 2014a, p. 58).

CHAPITRE 5

RÉSULTATS – PRÉSENTATION DES PARTICIPANTES

Pour cette recherche, nous avons travaillé sur les entrevues de cinq femmes. Afin que le lecteur puisse mieux appréhender les résultats de notre recherche, il nous a semblé pertinent de présenter chacune d'entre elles dans un court portrait. L'objectif est de mettre en lumière la singularité de leur histoire, leur rapport particulier à la maternité ainsi que les relations qu'elles entretiennent avec leur environnement. Il était important à nos yeux de souligner leur unicité avant de rendre compte des éléments communs qu'elles présentaient par rapport à notre question de recherche. Dans ces portraits, nous ne nous attarderons pas sur les manières de dire et nous ne détaillerons pas les enjeux psychiques en lien avec la grossesse puisque cela sera développé dans la section suivante.

5.1 Claire : l'ambivalence du désir d'enfant

Claire est une jeune femme de trente-trois ans, étudiante aux cycles supérieurs. Elle effectue un stage dans un département d'obstétrique et côtoie quotidiennement des femmes enceintes. Elle est en couple depuis plus de six ans avec un homme d'une autre confession religieuse qu'elle. Elle a un frère aîné, père de plusieurs enfants. Elle est enceinte pour la première fois.

Claire s'exprime bien et décrit sans trop de retenue son expérience. Elle utilise les rencontres avec la chercheuse pour élaborer sur ce que lui fait vivre la grossesse et tenter de donner un sens à son vécu subjectif. Elle n'hésite pas à aborder les aspects plus sombres de ses pensées, à montrer sa vulnérabilité et à s'exposer au regard de la chercheuse.

Les thèmes abordés durant les entretiens sont similaires à ceux attendus dans les entretiens prénatals en général. Claire aborde sa grossesse, les symptômes physiques ressentis, le bébé à venir, son couple, ses relations avec sa famille, sa belle-famille, son suivi de grossesse, l'accouchement, etc. En revanche, l'ambivalence par rapport à son désir d'enfant, la peur de la place que le bébé va prendre au sein de son couple et le sentiment d'invasion, intérieur comme extérieur, sont plus saillants dans son discours.

Claire commence la première rencontre avec la chercheuse en expliquant que sa grossesse n'était pas planifiée et que cela a été « un choc » pour elle et pour son conjoint. Toutes les entrevues seront d'ailleurs placées sous le thème de l'ambivalence du désir d'enfant. Ambivalence qui est identifiable dès les premières minutes de l'entrevue où elle annonce qu'elle n'a eu aucune hésitation à garder le bébé puis, quelques secondes plus tard, qu'elle a pensé à l'avortement. De la même manière, toujours dans cette même rencontre, elle affirme n'avoir jamais désiré cet enfant « même inconsciemment » tout en relatant qu'elle ne prend plus la pilule depuis un an et que le projet d'enfant avait déjà été abordé au sein du couple. En effet, Claire explique que compte tenu de la différence de religion, son conjoint et elle ont souvent évoqué ce qu'ils souhaitaient transmettre à leurs futurs enfants. Les valeurs, l'éducation, les rites ont fait l'objet de plusieurs discussions. Malgré cela, cette grossesse fait effraction. Claire a le sentiment que cela lui est imposé alors qu'elle aurait aimé avoir « le temps de désirer ». Claire va rapidement nommer cette ambivalence lorsqu'elle aborde le double mouvement qu'elle a ressenti lors de la première échographie. D'une part, elle a éprouvé « une première joie » et « beaucoup d'amour » suivi de « beaucoup de peur, de crainte, quand [elle a] senti tout cet amour-là, de la place que ça allait prendre ». Cette inquiétude au sujet de la place du bébé est également une thématique présente tout au long de la grossesse. Alors que son conjoint souhaite partager la nouvelle à leur entourage, Claire ne se sent pas prête. Elle redoute l'envahissement de sa famille et de sa belle-famille. Elle relate que lorsque son frère aîné a eu des enfants, des tensions sont apparues avec ses parents du fait d'un trop grand investissement de leur part. Du côté de sa belle-famille, Claire craint que le bébé accapare toute l'attention et qu'il n'y ait plus de place pour elle. Huit semaines après avoir fait le test de grossesse, elle l'annonce à sa mère et est agréablement surprise par sa réaction. Cette dernière affiche sa joie, pleure d'émotion et est à l'écoute de l'ambivalence de sa fille. Elle lui confie alors que ses deux grossesses n'étaient pas planifiées et qu'elle a ressenti une certaine amertume de devoir rester à la maison pour élever ses enfants. Du côté de sa belle-famille, les craintes de Claire semblent se réaliser. Elle a le sentiment de n'être à leurs yeux qu'un contenant renfermant quelque chose de précieux à protéger, car toute l'attention est mise sur son ventre et le bébé à venir. Ce bébé qui prend trop de place lui donne la sensation d'être « parasitée ». Son corps ne lui appartient plus, il se modifie, se transforme, sans qu'elle ne puisse rien y faire. Elle compare d'ailleurs sa grossesse à son adolescence. Son ventre qui s'arrondit lui rappelle sa poitrine qui prenait du volume et qu'elle tentait de dissimuler sous son chandail. Elle ne se sent « pas belle »,

« pas désirable », et elle redoute de ne pas retrouver le même physique une fois la grossesse terminée. Quelle trace laissera cette grossesse sur son corps ? Retrouvera-t-elle sa poitrine ? Aura-t-elle toujours sa place auprès de son conjoint ? N'être plus désirable aux yeux de son conjoint la préoccupe. Elle reconnaît ressentir une certaine jalousie envers son bébé, en lien avec l'amour que son conjoint portera à cet enfant, d'autant plus si c'est une fille. D'ailleurs, la présence du bébé dans son ventre contrarie leur vie sexuelle, s'immisce entre eux. Son conjoint a peur de déranger ou de faire mal au bébé lors des relations sexuelles et sa libido diminue, d'autant plus qu'il travaille beaucoup. De son côté, Claire semble avoir du mal à concilier le pôle maternel et le pôle féminin de son identité en expliquant à la chercheuse qu'il est difficile « d'avoir un bébé et d'être sexuelle » en même temps. Parallèlement à cela, elle se sent coupable d'avoir des sentiments négatifs par rapport à sa grossesse. Elle évoque la difficulté d'en parler à ses proches et ressent une certaine obligation à être contente, même avec sa psychologue. À la fin de cette première entrevue, elle verbalise ses attentes par rapport à celle-ci et par rapport à son entourage, que l'on peut aussi entendre comme sa demande implicite à participer à cette recherche : « l'attente de pouvoir être entendue, puis comprise, pis qu'on me laisse mon expérience telle qu'elle est [même si] c'est pas l'fun à dire, ni pour l'autre à entendre ».

Le deuxième trimestre de grossesse est placé sous le signe du conflit entre ses différentes identités de fille, de femme et de mère, ce qui nourrit l'ambivalence quant à son désir d'enfant. Coincée dans son statut de fille, l'accès à une représentation d'elle-même comme mère est complexe. Elle dit d'ailleurs : « il m'semble que je suis trop jeune même si j'ai trente-trois ans, pis euh... j'me vois encore comme une p'tite fille. Donc, je suis pas encore euh, je suis encore la p'tite fille de ma mère, je ne suis pas encore devenue... comme une mère ». Elle s'inquiète de savoir si elle sera une bonne mère, car elle « connaît toute l'importance du rôle ». Lorsqu'elle se laisse aller à s'imaginer comme mère, elle craint d'être trop « exigeante », « sévère » et espère que son enfant l'aimera et la trouvera « sympathique ». S'ajoute à cela son angoisse de voir disparaître le couple amoureux au profit du couple parental. Angoisse qui se manifeste déjà dans leur relation lorsqu'elle reproche à son conjoint son manque de disponibilité. Elle souhaiterait avoir plus de moments à deux, profiter du temps qu'il leur reste avant l'arrivée de ce bébé qui, nécessairement, triangulera les relations. Elle est déçue que son conjoint ne tente pas d'initier des moments de rapprochement entre eux et elle aimerait qu'il investisse plus de temps dans leur relation. En revanche, elle souligne qu'il « investit

en lui », dans son travail, pour être capable de subvenir aux besoins de la famille et que « c'est correct », même si une certaine déception est perceptible dans son discours. Tout comme lors du premier trimestre, Claire ne se sent « pas belle », « pas sexy », « pas séduisante ». Elle a la sensation de ne plus vraiment posséder son corps et s'inquiète une fois de plus de ce à quoi elle ressemblera après la grossesse. Malgré cela, la deuxième échographie lui permet d'investir un peu plus sa grossesse et de commencer à faire tranquillement une place au bébé. Elle prend plaisir à aménager les lieux, à lui acheter des vêtements, à lui tricoter une couverture, même si tous ces préparatifs l'envahissent également et laissent peu de place à des moments de couple. L'ambivalence est toujours là. Lors de cette échographie, elle apprend qu'elle est enceinte d'une fille. Elle dit alors devoir faire le deuil du petit garçon espéré par la famille, dont le prénom était déjà choisi, pour faire une place à sa petite fille. À la suite de l'échographie, Claire ressent une peur de perdre le bébé qui l'étonne. Pour elle, « ce n'est pas un acquis que ça va bien aller ». Elle devient très vigilante et pense souvent aux accidents qui pourraient arriver (glisser dans la neige, se faire bousculer dans le métro, etc.). « Je suis vraiment, vraiment prudente pour que tout s' passe bien, puis j'espère, j'espère souvent que tout va bien se passer » dit-elle.

La thématique de l'accouchement domine tout au long de la troisième rencontre. Claire se repose afin de prendre des forces en vue de cet événement qu'elle appréhende. Elle espère retarder ainsi l'arrivée du bébé. Elle répète à plusieurs reprises qu'elle aimerait le « garder en dedans le plus longtemps possible », même si elle nomme son désir de faire connaissance avec sa fille. Ambivalence, encore, toujours. Même si elle a choisi un accouchement à l'hôpital, Claire souhaite que ce soit « le plus naturel possible ». C'est pourquoi elle a décidé de faire appel à une accompagnante à la naissance. Elle se sent rassurée par l'expérience de cette femme qui pourra être son porte-voix et affirmer ses choix face à des médecins qu'elle trouve promptes à faire des interventions invasives et pas toujours nécessaires. Cette crainte de l'envahissement est aussi présente par rapport à sa famille et sa belle-famille. Claire a besoin de définir sa « bulle » et de trouver un moyen de les impliquer tout en les tenant à distance, ce qu'elle parvient à faire avec l'aide de son conjoint. Comme lors du deuxième trimestre de grossesse, Claire est toujours aux prises avec la peur qu'il arrive quelque chose à son bébé, peur qu'elle associe à ce qu'elle a vu durant son stage :

On peut pas vraiment contrôler comme, comment la grossesse va se passer, si ça va bien se passer ou non là. J'pense à mon travail là, y'a plein de choses inexplicables qui arrivent des fois puis, c'est juste triste, puis on peut rien faire là. Y'avait rien à faire là vraiment pour empêcher ça puis euh... ça, c'est ça, je sais pas si le travail m'a rendue un p'tit peu plus anxieuse par rapport à ma grossesse là, voir des femmes que j'ai vues qui ont perdu des bébés, pis que le cœur s'est arrêté de battre, bon euh, on sait pas pourquoi.

Ses appréhensions sur son corps après la grossesse persistent tout comme celles sur la vie à trois :

Mais ça reste l'idée d'avoir une troisième personne qui vit avec nous, comme avec moi et mon conjoint [sourir] donc euh, on va vivre à trois. Donc ça, ça me fait particulier encore. J'ai d'la misère à imaginer comment ça va être.

Pour Claire, devenir mère « c'est gros, ça va changer une vie ».

5.2 Sylvie : le bébé miracle

Sylvie est une jeune femme d'une trentaine d'années qui travaille avec des personnes atteintes d'une déficience intellectuelle. Ses parents se sont séparés il y a environ dix ans. Elle a un frère aîné, père de deux enfants. Elle est en couple depuis douze ans avec un homme originaire de sa région, située à plusieurs heures de Montréal, où leurs deux familles résident toujours.

Déclarée infertile, Sylvie allait débiter les traitements pour une fécondation in vitro (FIV) lorsqu'elle réalise qu'elle est enceinte.

La première entrevue a lieu à douze semaines de grossesse. Elle est brève et tourne autour de deux thèmes principaux : la grossesse surprise et la peur que celle-ci s'arrête. Sylvie parle doucement, elle hésite et élabore peu. Elle semble sous le choc de cette grossesse qui défie le discours médical de son infertilité. Les médecins viennent de lui annoncer qu'elle n'a qu'un seul ovaire, que ses deux trompes de Fallope sont bouchées, que sa seule possibilité d'avoir un enfant est la fécondation in vitro et qu'elle doit le faire vite, car dans six mois elle n'aura plus d'ovules. Face à cette urgence, le couple n'a d'autre choix que de se tourner vers leurs parents pour emprunter la somme d'argent nécessaire à un tel processus. Le jour de la première rencontre à la clinique de reproduction, Sylvie fait un test de grossesse qui s'avère être positif. Surprise et dubitative, elle fait un deuxième test, puis un troisième. Elle n'arrive pas à y croire, « c'est un choc », « c'est irréel ». Cette grossesse lui

paraît inconcevable et c'est seulement lorsqu'elle entend les battements du cœur du bébé à l'échographie que cela devient tangible. Mais sa joie est de courte durée. Le lendemain, les médecins soupçonnent une grossesse ectopique. Pour Sylvie, ce sont « les montagnes russes émotionnelles ». Finalement, fausse alerte, la grossesse de Sylvie est normale bien qu'inexpliquée. Ce « bébé miracle » la bouleverse. Elle se sent « à fleur de peau », pleure souvent, mais prend le temps de vivre ses émotions, d'autant plus qu'elle a été retirée de son milieu de travail. Sylvie et son conjoint ont rapidement prévenu leur famille, plus par nécessité que par choix. En effet, il n'était plus nécessaire d'obtenir la somme demandée pour la FIV. À la fin de cette première rencontre, Sylvie explique qu'elle aimerait être accompagnée dans sa grossesse par une personne en qui elle a confiance et qui prendra le temps de bien lui expliquer chaque étape. Sa confiance envers les médecins ayant été malmenée, elle s'est rapidement inscrite pour obtenir un suivi avec une sage-femme. Cette entrevue a duré à peine une quinzaine de minutes. De nombreux thèmes attendus ne sont pas évoqués comme le désir d'enfant, le couple, la réaction des proches, etc. On sent que Sylvie a besoin d'un espace et d'un temps pour pouvoir élaborer les événements qui se sont bousculés lors des dernières semaines. Elle a besoin d'être contenue face à toutes les émotions qu'elle a vécues.

La deuxième rencontre est nettement plus riche en contenus. Sylvie paraît plus à l'aise et son élaboration est plus fluide, bien qu'elle répète à plusieurs reprises qu'elle se perd souvent dans ses propos. Elle revient sur le premier trimestre de grossesse où sa peur de faire une fausse couche était très présente. Elle n'éprouvait pas vraiment de plaisir à être enceinte et avait la sensation que « quelque chose clochait » avec elle. Depuis qu'elle a débuté le deuxième trimestre, Sylvie se sent mieux, car « la plupart des risques ont disparu ». L'angoisse de perdre le bébé refait néanmoins surface lorsqu'elle doit prendre la décision de se faire vacciner contre la grippe H1N1 dont l'épidémie bat son plein. Sylvie craint que cela nuise à sa grossesse et « qu'il arrive quelque chose au bébé » par sa faute. C'est à la suite de nombreuses discussions avec son conjoint qu'elle prend finalement la décision de se faire vacciner. Elle revient également sur son choix d'être accompagnée par une sage-femme. Bien qu'elle aurait aimé avoir un double suivi (médical et sage-femme), elle opte pour la sage-femme. « Je suis pas malade, je suis enceinte » dira-t-elle. La sage-femme lui apporte un endroit rassurant :

J'ai besoin de cet espace-là pour pouvoir m'exprimer. C'est tellement nouveau que j'ai besoin d'exprimer, de poser mes questions, pis de raconter, pis l'écoute, j'avais trouvé que ça m'a fait bien qu'il y ait une écoute comme ça, ça a aidé à ce que je me sente en confiance.

Cette demande à être écoutée peut également faire partie de sa demande implicite à participer à la recherche.

Le thème dominant de cette deuxième entrevue concerne la parentalité. Sylvie explique qu'elle a besoin de temps pour explorer son nouveau rôle, mais aussi pour se faire à l'idée qu'une autre personne va « arriver dans ses affaires ». Avec son conjoint, ils s'interrogent également sur le type de parents qu'ils seront. Ils tentent de s'imaginer cette nouvelle facette de leur identité en faisant le bilan de leur enfance et de leurs liens avec leurs parents. Sylvie définit leurs deux familles comme étant « dysfonctionnelles » et elle craint de reproduire certains schémas familiaux. Cela l'amène à évoquer ses parents. De son père, elle dit peu de choses, sinon qu'ils n'ont pas une bonne relation. Elle est plus prolixe au sujet de sa mère qu'elle définit comme une femme au foyer dans une famille « typiquement québécoise ». Peu diplômée, dépendante financièrement de son mari, elle passe le plus clair de son temps à la maison. Sylvie n'apprécie pas ce modèle qui lui est offert et elle se fait un point d'honneur à être différente, encouragée par sa mère qui la pousse à étudier afin d'être autonome et lui répète régulièrement : « Fais pas comme moi ! » Sylvie ajoute qu'elle est fière de sa mère qui est retournée à l'école il y a une dizaine d'années et qui a quitté son mari. Bien que la grossesse les ait rapprochées, elle ne trouve pas chez sa mère la figure rassurante dont elle a besoin. Lorsqu'elle évoque la maternité de sa mère, elle décrit une femme dépassée par ses grossesses survenues alors qu'elle avait à peine dix-huit ans. « C'était une ado qui avait des enfants. Elle a fait de son mieux, mais... ». Pour évoquer une figure qu'elle considère maternelle, elle évoque la tante de son conjoint :

c'est vraiment pour moi une MAMAN t'sé ! Quelqu'un qui prend soin, pis qui fait passer les besoins d'l'enfant avant les siens puis euh [Silence] C'est ça c'est vraiment une personne-ressource, a saïitt, est capable d'entendre c'que t'as à dire, est capable de, t'sé de de de, c'est correct pour elle que t'ais d'la difficulté pis avoir, pas juste te trouver dix millions de solutions mais euh, a va t'accompagner, « t'as tu pensé à ça ? ». T'sé c'est une personne que j'apprécie beaucoup.

Elle la définit comme « brillante, sensible » et conclut : « elle est maternelle avec nous ».

Sylvie évoque aussi son corps qui se transforme. Elle se sent déformée et a peur que la perception de son conjoint change : « il va tu voir que je suis pas juste une mère ? Je vais être une femme aussi tsé ! ». Elle termine cette deuxième rencontre en abordant la question de l'accouchement. Elle s'imagine une scène très primitive, « animale », avec « du sang, du pipi, des odeurs et toutes sortes d'affaires ». Elle en parle beaucoup avec son conjoint qui l'écoute en tentant de dédramatiser ses perceptions.

Lors de la troisième entrevue, Sylvie est à trente-cinq semaines de grossesse. Elle débute la rencontre en partageant la peur qu'elle a eue d'accoucher prématurément à la vingt-cinquième semaine. Elle associe cette peur à ses patients atteints de déficience intellectuelle qui sont, pour certains, d'anciens bébés prématurés. Elle revient sur son infertilité supposée qui lui a laissé le sentiment que « quelque chose cloche » chez elle qui l'empêchera de mener cette grossesse à terme. Sylvie n'avait jamais pensé avoir de la difficulté à avoir un enfant, mais quand le verdict est tombé, elle a dû accepter que c'était elle « qui portait ça ». Cette incapacité à être mère a créé un manque de confiance en son corps. Elle explique qu'une fois que le bébé sera né, elle se sera prouvé qu'elle est capable d'être mère et qu'elle a « tout ce qu'il faut pour faire un bébé et le mettre à terme ». L'accouchement est d'ailleurs au cœur de cette rencontre. Sylvie se demande si elle sera capable de reconnaître les contractions, si elle aura le temps de se rendre à la maison de naissance, si elle va penser à apporter toutes ses affaires, etc. Elle évoque également sa peur de perdre le contrôle durant l'accouchement et de devenir agressive ou paniquée. La présence de son conjoint et de la sage-femme l'apaise. Cette dernière est définie comme son « point d'ancrage » qui ne la laissera pas « partir en panique ». Vers la fin de l'entrevue, Sylvie parle de son père qu'elle définit comme contrôlant, narcissique, dénigrant et macho. Elle souhaite régler certaines choses avec lui avant l'arrivée du bébé et a d'ailleurs organisé une rencontre pour le confronter, ce qui représente « un gros gros morceau » pour elle. Elle aborde le fait que son père « n'aime pas les enfants » et que cela crée des tensions avec son frère. De plus, elle ne supporte plus sa façon d'être en sa présence qu'elle estime irrespectueuse. Sa démarche, elle la fait pour son bébé, « pour ne pas qu'il ait à subir cela ». Elle veut être un exemple :

Si j'veux que, mon enfant se fasse respecter pis se sente respecté ben, faut d'abord qui voit que sa MÈRE est capable de se faire respecter t'sé ! Fait que... oui. Ben ça c'est plus tard là mais quand même !! C'est, c'est super important pour moi ça, ce, j'en ai laissé trop passer pendant trop trop d'années, fait que là... c'est ça !

Son conjoint et sa mère la supportent dans sa décision, ce qui la réconforte. Elle reconnaît que devenir mère « ça brasse beaucoup de choses dans la famille ». La maternité la rend capable de s'affirmer et de mettre des limites face à ce père qu'elle considère tout-puissant.

L'entrevue se termine par le plaisir que Sylvie éprouve lorsque son bébé bouge dans son ventre. Elle aime interagir avec lui et sentir ses réactions comme les petits coups qu'il donne. Parfois, quand elle se lève la nuit, elle oublie momentanément sa présence. Quelques mouvements dans son ventre la lui rappellent. « Y pas de doute, y a quelqu'un là ! ».

5.3 Anne-Marie : le poids de « l'historique »

Anne-Marie a 38 ans. Elle est en couple depuis plus de cinq ans. Ses parents sont séparés et elle a un frère aîné, père d'un adolescent. Elle travaille comme formatrice dans une entreprise publique. Anne-Marie est enceinte pour la septième fois, mais les six grossesses précédentes se sont soldées par une fausse couche survenant durant le premier trimestre. Les médecins ne trouvent pas de cause physiologique à ses interruptions de grossesse.

La première rencontre avec la chercheuse a lieu à la douzième semaine de grossesse. Anne-Marie débute l'entrevue en expliquant qu'elle a « un historique », terme qu'elle utilisera à de nombreuses reprises durant les trois rencontres pour faire référence à ses six fausses couches. La majeure partie de la rencontre tourne autour de son angoisse de perdre une fois de plus le bébé. Chaque petit tiraillement la fait se précipiter aux toilettes afin de vérifier qu'il n'y a pas de saignement. Elle fait de l'insomnie et souligne avoir une certaine labilité émotionnelle : elle est plus impatiente et moins tolérante, notamment avec son conjoint. Celui-ci ne pensait pas avoir d'enfant avant de rencontrer Anne-Marie. Ensemble, ils ont vécu les trois dernières fausses couches. Pour lui, avoir un enfant n'est pas « une fin en soi », ce sera « juste un plus » dans leur vie. Il a d'ailleurs décidé de maintenir un voyage de moto prévu depuis plusieurs mois avec des amis. Anne-Marie, qui devait également y participer, a annulé à la suite de l'annonce de la grossesse. Le soir de son départ, Anne-Marie a des saignements. Une amie vient la soutenir. Pendant plusieurs jours, les saignements perdureront et Anne-Marie ne pourra être rassurée que lorsqu'une échographie viendra attester que le bébé est encore là. Anne-Marie se questionne : « Après six fausses couches, celle-là, elle marche. J'devrais tu demander un retrait préventif ? » Elle précise qu'elle a du mal à mettre des limites, au travail

comme dans les autres sphères de sa vie. Soit elle s'investit considérablement, soit elle se désengage. L'équilibre est difficile à trouver. Anne-Marie insiste sur l'importance de son réseau social. Elle estime avoir de nombreux amis qui la soutiennent dans ce qu'elle vit depuis des années. Rendue à la moitié de la rencontre, elle évoque le lien particulier qui l'unit à sa médecin. C'est cette dernière qui a constaté l'arrêt de la dernière grossesse. Elle s'est intéressée à l'histoire d'Anne-Marie et a validé son expérience : « c'est très difficile ce que tu vis, je comprends ». Puis elle a proposé de la suivre en fertilité et a recommandé des solutions concrètes (prise de progestérone, de Fragmin et d'aspirine de bébé). Pour la première fois, un médecin s'engage envers elle sans qu'elle ait à « demander, à quêter de l'aide ». Anne-Marie est soulagée et pleine d'espoir. Mais lorsqu'elle tombe enceinte, le suivi en fertilité lui est refusé et elle doit retourner « dans le système normal ». Système qu'elle trouve froid, pas soutenant et aucunement intéressé à son « historique ». « Un historique assez lourd », précise-t-elle. Pour Anne-Marie, ce n'est pas une question de fertilité. « J'ai pas de misère à tomber enceinte, je fais trois grossesses par année ! C'est pas ça le problème. C'est de le garder ! » Elle a besoin d'être prise en charge et soutenue dans ce processus difficile par une figure rassurante en qui elle a confiance. Pour elle, « c'est la survie de [son] bébé qui est en jeu ». Elle va alors remuer ciel et terre pour trouver les coordonnées directes de cette médecin et lui écrire :

Comment je peux faire pour être suivie par vous ? Parce que là, j'peux pas, j'veux, j'peux pas retourner dans l'système avec n'importe quel médecin là. Je.. mais t's'j'écrivais, enfin j'ai trouvé un médecin en qui j'ai confiance pis que j'ai comme... vraiiment [rire gêne] pas envie d'être suivie par quelqu'un d'autre [grand respire].

À force de persévérance, Anne-Marie obtient d'être suivie par cette médecin, ce qui provoque un grand soulagement, mais aussi un espoir que cette grossesse sera différente. Cette première entrevue se termine et on constate avec étonnement que le thème de la famille n'a pas été développé, malgré les tentatives de la chercheuse. Anne-Marie dira seulement qu'elle est très proche de sa famille, notamment de son frère qu'elle appelle deux à trois fois par semaine. Aucune mention de son père ou de sa mère.

Lors de la deuxième entrevue qui a lieu à vingt-deux semaines de grossesse, Anne-Marie estime être maintenant rendue hors de « la zone de risque » et être « comme dans une grossesse normale ». Malgré cela, la peur de perdre le bébé demeure. « D'ici jusqu'à, jusqu'à tant que j'aie le bébé dans

mes bras, j’ pense que, j’ai un p’tit peu du mal à croire que.. j’vais arriver à terme ». Elle ajoute : « si c’tait pas du stress rattaché au ben, à la la crainte de, de l’ perdre éventuellement là, ça s’rait vraiment comme... une grossesse idéale ».

Tout comme lors de la première entrevue, Anne-Marie parle peu de son conjoint. Encouragée par la chercheuse, elle relate la déception qu’il a ressentie lorsqu’ils ont su qu’ils attendaient une fille. Anne-Marie lui en fait le reproche et le lendemain il « embarque » à l’idée d’avoir une fille. Selon elle, son conjoint ne serait pas encore prêt à ce que l’arrivée d’un enfant implique. « Il dit : “j’ai hâte qu’elle sorte mais c’qui serait le fun, c’est si elle pouvait sortir pis re-renter” tsé il était comme un peu... je sais pas trop... Mais je pense qu’il est pas prêt tout de suite à tout ce que ça implique là ». Elle ajoute qu’il a un côté contrôlant qui l’agace parfois. Il regarde ce qu’elle mange et s’inquiète de son désir de boire un verre de vin de temps en temps. Pour la première fois, Anne-Marie évoque ses parents. On sent sa résistance à raconter son histoire. Ce n’est que petit à petit, et grâce aux interventions de la chercheuse qu’elle finit par faire le récit de son enfance. Anne-Marie commence par expliquer que sa mère est en Floride pour l’hiver et que c’est donc son père qui organise la fête prénatale (*baby shower*). Anne-Marie définit son père comme une personne intense pouvant être envahissante. Son frère en aurait fait les frais lorsqu’il a eu son fils. Leur père aimait tellement s’occuper de son petit-fils qu’il en oubliait quelques règles élémentaires selon son frère, comme respecter les heures de retour à la maison ou prévenir de ses visites. Cela inquiète Anne-Marie qui n’a pas envie de devoir mettre des limites à son père, mais qui pressent que cela sera nécessaire compte tenu de son intensité déjà présente, avant même l’arrivée du bébé. La chercheuse demande s’il était autant impliqué comme père. « Ah ! Ah ben ça comme père c’est une autre histoire ! Il était vraiment pas présent. Fait que là, on dirait qu’il compense... Il essaye de se reprendre ». Elle n’en dit pas plus et enchaîne avec le fait que son père et son frère ne s’entendent pas bien. Son frère maintient son père à distance, malgré ses nombreuses tentatives de créer un lien. « Mon père il essaye beaucoup mais il surcompense pis ça marche pas du tout ». Elle poursuit en évoquant sa mère qui est actuellement en Floride et précise en souriant : « on s’appelle souvent, ben elle m’appelle plus souvent que je l’appelle ». La chercheuse relève le sourire et Anne-Marie indique alors qu’elle a « un historique familial » et qu’elle n’a pas grandi toute son enfance avec ses parents. Elle ajoute que cela explique pourquoi elle n’a pas besoin d’être en contact souvent avec eux et que cette distance est son « mécanisme de protection ». Elle appelle d’ailleurs ses

parents par leur prénom. Anne-Marie est fâchée contre sa mère qui a pris la décision de passer l'hiver dans le Sud malgré la grossesse. Elle est d'autant plus contrariée qu'elle a accepté que sa mère assiste à l'accouchement. Or, rien ne dit que celle-ci sera de retour assez tôt pour l'événement.

Ben là regarde ! Là, si tu as le goût d'être là, arrange-toi pour être là ! C'était plus euh, je lui mets la responsabilité. Ça c'est, j'ai appris à me détacher pis à dire tsé même si elle me dit : « Ah ! j'manque les choses » [imite la voix de sa mère]. Je l'sais qu'elle aimerait ça que j'lui dise « ben c'est pas grave ! Tsé, j'vais t'envoyer des photos, j'vais... » Neneuneu. Criss !

La chercheuse la questionne de nouveau sur son enfance loin de ses parents. C'est avec cette troisième tentative qu'Anne-Marie va finalement expliquer qu'elle a grandi dès l'âge de quatre ans dans une communauté qu'elle qualifie de secte. Les enfants étaient séparés des parents et élevés tous ensemble par d'autres adultes, des « tuteurs ». Elle ne voyait ses parents qu'à de rares occasions, ce qui lui fait dire que cette relation « n'est pas une relation parents-enfants ». Cela amène des inquiétudes quant à ses compétences parentales.

Pour moi, être une famille à faire des activités en famille, je connais pas ça. Je sais pas trop... je sais pas comment je vais être. En même temps, c'est comme un.. ça été.. ouen ça, ça été longtemps un [racle la gorge] un stress... ben un stress... plus une inquiétude. J'ai pas de, j'ai pas de références. [...] j'connais pas ça.. Fait que c'est sûr que c'est quelque chose que moi j'vais pouvoir donner. Mais j'ai pas de références sur comment le faire...

Cette deuxième entrevue se termine sur les attentes d'Anne-Marie envers le milieu médical. Celle-ci exprime sa frustration envers les médecins qui ne sont pas capables de tenir compte de son « historique ». Cela l'oblige à répéter sans cesse qu'elle a fait six fausses couches. Elle aimerait que son suivi se fasse systématiquement avec sa médecin, la seule en qui elle a confiance et à qui elle peut « se raccrocher ». Elle relate que lors de l'échographie morphologique, certains marqueurs légers de la trisomie ont été relevés. La question de l'amniocentèse s'est alors posée, faisant ressurgir le risque de fausse couche inhérent à ce type d'intervention. La décision a été difficile à prendre. Anne-Marie déplore le manque d'empathie de l'échographiste qui n'a pas pris en compte le poids que les six fausses couches précédentes faisaient peser sur la décision. C'est finalement son conjoint qui l'aidera à faire un choix.

Fait qu'on a vraiment échangé pis tsé, il a comme un peu remis les choses en perspective, pis là on a parlé pis là on se disait, si jamais on a un enfant trisomique on veut tu vraiment le garder puis tsé. Il dit mettons te, t, on vit un, deux ans de deuil qui va être ben difficile, on dit ça, ça va tu être plus facile à vivre que un vingt ans, si on vit avec un enfant trisomique pis qu'on en veut pas un, tsé, pendant quarante ans ou toute une vie là !

Anne-Marie conclut l'entrevue en évoquant une fois de plus l'incapacité des médecins à assimiler son « historique » et leur incompréhension face à sa perception que sa grossesse « ne peut pas être normale ».

Anne-Marie est à trente-six semaines de grossesse lors de la troisième entrevue qui débute sur ses interrogations autour de l'arrivée du bébé : « On est tu prêt ? Ben on n'a pas le choix d'être prêt là (rire). Mais on se pose des questions là câline on la tellement voulu mais en même temps c'est des gros changements ». Ses questions tournent autour du style de vie, de la nouvelle organisation de leur quotidien. Avec les cours prénatals, elle réalise les impacts concrets de l'arrivée d'un bébé dans sa vie. Elle échange à ce sujet avec deux amies enceintes également. Une autre amie, mère de deux enfants, la conseille dans ses achats. Elle aurait aimé que sa mère la guide, mais elle ne peut pas vraiment compter sur ses conseils : « elle était aussi perdue que moi dans les affaires de bébé là ! » « elle avait le même niveau d'expertise que moi là... » Anne-Marie revient sur la proposition de sa mère d'assister à l'accouchement. Elle a changé d'avis : bien qu'elle ne soit pas contre la présence de sa mère durant la phase de travail, elle souhaite que l'arrivée du bébé se fasse dans l'intimité, avec uniquement son conjoint. Elle explique qu'elle n'avait pas réfléchi sérieusement à la question, car elle n'était pas certaine qu'elle se rendrait à terme. Ce n'est qu'à partir de la vingtième semaine, lors des premiers cours prénatals, que la naissance est devenue plus concrète, plus « réelle ». Elle imagine alors cet instant :

Oui, juste les trois. Et puis c'est quand même le premier moment qu'on va se retrouver les trois ensemble et puis c'est comme le début d'une longue histoire. Mais c'est ce premier moment-là, je veux qu'il soit comme bien euh, oui bien parti, tsé. Qu'on le vive à fond, tsé, qu'on aille comme le petit noyau là. J'ai l'impression que ça va nous souder, tsé (rire). Oui, ou je ne sais pas trop. C'est juste un, oui. Fait qu'il faut que je parle à maman...

Ce sera la seule fois de toutes les entrevues qu'elle nommera sa mère ainsi. En effet, comme mentionné plus haut, elle l'appelle ordinairement par son prénom.

Anne-Marie se plaint du manque de soutien du corps médical. Elle aimerait pouvoir avoir une référence disponible en tout temps pour répondre à ses inquiétudes. « Je n'ai personne à qui pouvoir me référer pour des questions comme médicales ou pour me rassurer là », dit-elle. Fidèle à elle-même, elle s'agace de devoir sans cesse répéter son histoire, même si son irritation semble avoir perdu de son intensité.

Au début c'était difficile parce que mon histoire, mon historique était comme un petit peu plus lourd, et puis plus difficile et puis j'étais toujours obligée de réexpliquer d'où je venais, et puis qu'est-ce qu'il s'était passé et puis c'était tannant là, parce qu'on dirait qu'ils ne lisaient pas les dossiers. Maintenant, c'est rendu moins pire, parce que je suis rendue assez loin que de toute façon, si j'accouchais demain, le bébé serait correct là tu sais. Fait que c'est pas si pire.

Elle souligne que la seule qui s'est toujours souvenue de son histoire est sa médecin. Elle sous-entend d'ailleurs que son soutien a peut-être participé à la réussite de cette grossesse :

Fait que c'est fun, je n'avais pas besoin de toujours réexpliquer et puis elle était vraiment contente de voir que ça fonctionnait, que j'étais enceinte et puis moi j'étais contente qu'elle puisse m'avoir aidée là-dedans parce qu'on se dit on ne saura jamais si c'est à cause de tout ce qu'elle a mis en place comme cocktail médical (rire) pour accompagner ou si c'était la bonne fois mais honnêtement, après 6 fausses couches, c'est salubre là d'avoir quelqu'un qui *care*.

À la fin de l'entrevue, la chercheuse fait une intervention plus directe pour aborder l'accouchement, thème très présent normalement au troisième trimestre, mais quasiment absent chez Anne-Marie. Celle-ci explique qu'elle n'y a pas vraiment pensé et poursuit sur les aspects légaux et financiers en lien avec la grossesse (notaire, comptable, plan épargne études, etc.). Silence sur les émotions que cet événement lui procure. Anne-Marie tient tout cela à distance. Elle conclut la rencontre en disant : « Tu sais, avoir l'occasion d'échanger avec des gens, c'est super important. Je l'ai. Je suis vraiment..., je pense que je suis chanceuse », comme un remerciement à l'écoute offerte, écoute qui aura peut-être rendu ce « lourd historique » un peu plus léger à porter.

5.4 Marie-Lune : une question de contrôle

Âgée d'une trentaine d'années, Marie-Lune est étudiante au doctorat en sciences humaines et termine la rédaction de sa thèse. Ses parents sont divorcés et elle a une sœur aînée dont elle est très proche. Marie-Lune est enceinte pour la troisième fois. Ses deux grossesses précédentes se sont

soldées par une fausse couche survenue aux alentours de la dixième semaine de grossesse. La première a eu lieu un an auparavant, alors qu'ils vivaient en Europe. Quelques mois plus tard, de retour au Québec, Marie-Lune est tombée enceinte pour la seconde fois, mais a de nouveau perdu le bébé. Enceinte de seize semaines, elle se présente à la première rencontre avec la chercheuse. Dès le départ, Marie-Lune est certaine d'être enceinte, car sa poitrine a gonflé d'un coup et qu'elle s'est sentie très triste toute la journée. Malgré sa certitude, elle refuse de faire un test de grossesse. Les deux fausses couches étant survenues une semaine après avoir réalisé le test, elle préfère retarder cette étape, comme si les deux événements étaient intrinsèquement liés. Deux semaines plus tard, alors que son conjoint est en vacances pour trois semaines avec des amis, elle fait son test de grossesse, seule, sans émotion. L'émotion, elle explique l'avoir ressentie lors du test de sa première grossesse. Maintenant, elle se demande plutôt « si ça va rester » à cause des fausses couches précédentes. Durant tout le premier trimestre, Marie-Lune vérifie sans cesse qu'il n'y a pas de saignements. La crainte que l'histoire se répète est très présente. Comme elle a peu de symptômes physiques, hormis de la fatigue, Marie-Lune n'a pas vraiment la sensation d'être enceinte. À huit semaines de grossesse, elle a eu un accident de voiture à la suite duquel une échographie de contrôle a été réalisée. À partir de là, le bébé devient plus « réel ». D'autant plus que les médecins lui annoncent que l'embryon est bien implanté et que le risque de fausse couche est dorénavant faible. Malgré cela, Marie-Lune ne veut pas vraiment regarder l'écran lors de l'échographie.

j'étais comme un peu détachée, je me rappelle, je n'ai pas regardé tant que ça l'écran. Mon conjoint, il regardait l'écran super gros et puis mais moi j'étais comme, je veux juste savoir s'il est en bonne santé. En fait, je veux juste savoir s'il est vivant, s'il est en santé, s'il est correct. Et puis c'est tout. Ça ne me dérangeait pas de, en fait je ne voulais pas tant le voir que ça, je voulais juste que quelqu'un me dise ah ben votre bébé est en santé, il lui est rien arrivé, il est correct, tu sais. Ça fait qu'on dirait que dès que, je ne sais pas comment on appelle ça, le radiologiste a commencé l'écho, tu sais, j'ai regardé et puis bon on voyait le cœur. C'était émouvant mais c'était moins émouvant que ceux à quoi je m'attendais. C'est ça, ce n'était pas ma préoccupation, c'était plus est-ce que tu es en vie, est-ce que ça va bien. Tu sais, je m'attendais vraiment à avoir, à pleurer, à avoir des grosses émotions fortes, pis pas pentoute finalement.

Quelques semaines plus tard, Marie-Lune se rend à une première rencontre d'information à l'hôpital qui la déçoit grandement. « Ça je dois dire que c'était assez ordinaire comme rencontre. Je n'ai pas aimé cette rencontre-là du tout. Je n'ai pas aimé les services que j'ai eus à l'hôpital »

dit-elle. Le manque d'organisation, l'air bête des infirmières, leur ton infantilisant, tout lui a déplu. À la suite de cette rencontre, elle décide d'ailleurs d'avoir un suivi avec une sage-femme. La rencontre avec le médecin de l'hôpital la déçoit tout autant que celle avec les infirmières. Il décide d'écouter le cœur de bébé, sans vraiment la prévenir. Marie-Lune n'a pas le temps de demander à faire venir son conjoint qui patiente dans la salle d'à côté. Cela durera quelques secondes durant lesquelles elle n'éprouvera pas vraiment d'émotion. Le lendemain, le rendez-vous pour la clarté nucale est plus apprécié. L'échographie dure longtemps et son conjoint est présent. Pour la première fois, Marie-Lune ressent une certaine émotion lorsqu'elle regarde son bébé sur l'écran. Mais cette émotion s'accompagne d'un sentiment étrange :

En fait, ben en fait ce qui m'habitait à ce moment-là c'était, mais j'ai comme, c'est bizarre, je n'avais pas vraiment l'impression encore que le bébé était dans mon corps.

Voir la vie qui se développe est « fascinant », « impressionnant » pour Marie-Lune, mais comme si cela se passait à l'extérieur d'elle. La vraie rencontre émotionnelle avec son bébé se fait lors du rendez-vous avec la sage-femme. Cette fois-ci, elle prend vraiment conscience que le bébé est dans son corps.

c'était vraiment émouvant quand on a écouté le cœur, tu sais, et puis elle l'a laissé là super longtemps et puis elle aussi était émue, on aurait dit. Et puis aussi c'est le fait que, en fait ce qui m'a le plus émue, c'est le fait qu'on entende mon, c'est comme si on entendait mon cœur à moi ou du moins, oui mon cœur à moi et puis le cœur du bébé aussi. Donc il y avait le cœur du bébé qui était fort mais il y avait mon cœur en background. Donc ça, ça a vraiment été super émouvant parce que là c'est la première fois que je réalisais qu'il est vraiment dans mon corps, tu sais. Ça fait que ça c'est vrai c'est ce qui a été le plus émouvant.

Marie-Lune est dithyrambique à l'égard de son suivi avec la sage-femme. Tout lui plaît : le lieu, l'organisation, l'accueil, l'écoute, le temps pris pour elle et son conjoint.

À la demande de la chercheuse, Marie-Lune relate la manière dont elle a annoncé sa grossesse à ses proches. Ayant vécu en Europe, Marie-Lune note une différence culturelle quant à l'annonce de grossesse qui se fait rarement avant la fin du premier trimestre, lorsque le risque de fausse couche est nettement plus faible. Au Québec, les femmes l'annonceraient plus rapidement à leur entourage. Lors de sa première grossesse, Marie-Lune vivait en Europe. Sa fausse couche est

survenue avant même qu'elle décide d'annoncer sa grossesse. C'est à la suite de la fausse couche qu'elle fait part simultanément à sa mère de sa grossesse et de la perte du bébé. Celle-ci lui reproche sa façon d'avoir agi :

J'ai appelé ma mère qui elle m'a chicané parce qu'elle m'a dit « oh tu aurais pu me dire que tu étais enceinte avant de faire la fausse couche parce que là elle dit, tu sais, là je ne peux pas te croire ». Non, comment elle m'a dit, elle m'a dit « c'est plus facile de, pas chicaner mais tsé elle m'a dit si tu me l'avais dit avant, ça aurait été moins difficile pour toi de faire la fausse couche, tu aurais pu m'appeler tout de suite et puis on aurait pu en parler » alors que là il fallait que j'annonce que j'étais enceinte et puis j'avais fait une fausse couche en même temps.

Forte de son expérience, Marie-Lune annonce sa deuxième grossesse à sa mère le jour même où elle fait le test de grossesse. Le soir, toute la famille est réunie pour fêter son anniversaire. Sa mère insiste pour qu'elle en fasse la déclaration à tous. Marie-Lune obtempère, mais perd le bébé quatre jours plus tard. Pour cette grossesse, elle souhaite reprendre le contrôle de l'annonce et attendre le plus longtemps possible pour ne pas avoir à revivre la joie puis la déception et la tristesse de tout le monde, en plus des siennes. Elle a toutefois prévenu rapidement sa sœur et deux amies dont elle est proche. Après plus de deux mois de grossesse, elle le dit à sa mère puis à son père. Tous les deux sont « émus » et « contents ». Elle ne parle pas plus longuement de ses parents. Cette première entrevue se termine par son souhait que « la grossesse va se dérouler normalement et puis que moi, je vais être enceinte aussi le plus longtemps possible », comme un écho à sa crainte de faire de nouveau une fausse couche.

La deuxième rencontre a lieu à la vingt-deuxième semaine de grossesse. Marie-Lune a eu sa deuxième échographie et mentionne qu'elle ne veut pas connaître le sexe du bébé. En effet, elle ne souhaite pas inscrire son enfant dans un genre en particulier. Elle s'agace des spéculations faites par leurs familles et des stéréotypes de genre qui les accompagnent.

bon déjà là tout le monde le sait qu'on ne veut pas savoir le sexe, mais là tout le monde spécule à savoir est-ce que c'est un gars, est-ce que c'est une fille, ils regardent la bédaine « oh je suis sûr que c'est un gars, donc là il va jouer au hockey, il va faire ça ». Et puis ça m'énerve ben gros, tsé.

De son côté, Marie-Lune pense qu'elle attend une fille qui sera musclée, car l'échographie a montré un bras qui a l'apparence d'un gros biceps. Le choix de Marie-Lune de ne pas connaître le sexe du

bébé permet de réduire les cadeaux que les membres de la famille pourraient faire, en les contraignant à acheter des objets neutres et non genrés. Cela ennuie d'ailleurs sa belle-mère, ce qui lui procure un certain plaisir. Marie-Lune est en effet fâchée contre cette dernière qui vérifie ce qu'elle mange et lui passe de nombreux commentaires sur ce qui est bon ou pas pour le bébé. Marie-Lune se sent contrôlée, insultée par cette intrusion et ce manque de confiance dans sa façon de prendre soin d'elle et du bébé. Bien que son conjoint partage son exaspération, il s'interpose peu et reste passif face à sa mère.

Le suivi avec la sage-femme satisfait toujours autant Marie-Lune. Elle adore les locaux qu'elle décrit comme « chaleureux, vraiment accueillants, apaisants, vraiment super ». Elle se sent rassurée par l'expérience et le calme de la sage-femme. Les rencontres qui durent deux heures lui permettent de poser toutes ses questions et d'explorer ses craintes, notamment celles en lien avec l'accouchement. Marie-Lune est très angoissée par la douleur, d'autant plus qu'elle ne souhaite pas avoir recours à la péridurale. Elle craint de devenir agressive durant l'accouchement. Elle s'imagine être « dans une semi-folie » qui lui fera perdre totalement le contrôle. Elle redoute de dire des choses dures à son conjoint et de l'impact que cela pourrait avoir sur leur couple dans l'après-coup. Elle ne se sent pas très rassurée par celui-ci qu'elle qualifie de « gars très très très sensible ». Il pourrait mal réagir à sa douleur à elle et ne plus être soutenant. Marie-Lune appréhende également le fait que quelqu'un d'autre va avoir du contrôle sur sa vie :

il y a aussi le fait que ben c'est le moment qui change ta vie aussi, l'accouchement là. Tu sais, j'ai beau être enceinte là, oui, j'ai un bébé mais il n'est pas là avec nous là. Tu sais, je peux sortir, je peux, tu sais, j'ai quand même mon rythme, même si mes nuits sont entrecoupées, au moins j'ai mon rythme de vie à moi, alors que le bébé ça va changer beaucoup de choses. On dirait que tout ça, pour moi, c'est comme un gros amalgame de plein d'affaires là.

Marie-Lune finit l'entrevue en évoquant son doctorat. Elle souhaite déposer sa thèse avant l'arrivée du bébé. Cet objectif fait en sorte que le bébé a moins de place dans sa vie actuellement. « Ben il a une place le bébé mais il n'est pas, ce n'est pas, ben je ne veux pas dire que ce n'est pas la priorité mais ce n'est pas la seule priorité en ce moment mettons » explique-t-elle. Cela fait en sorte qu'elle oublie parfois qu'elle est enceinte et que c'est son corps qui le lui rappelle, parce que « [son] corps, c'est un peu le bébé ». Il vient « modifier [son] cadre de vie » en l'obligeant à faire des pauses et

des siestes, à adopter un rythme de vie plus lent. Elle conclut en expliquant que le bébé est « beaucoup présent au niveau physique », tel un agacement aux contraintes imposées.

Marie-Lune est à trente-huit semaines de grossesse lors de la troisième rencontre. Cette entrevue est deux fois plus longue que les précédentes. Depuis le troisième trimestre, Marie-Lune a des douleurs pelviennes qui restreignent ses activités. Elle a déménagé dans un appartement plus grand et a terminé son doctorat. Elle espère que le bébé n'arrivera pas trop en avance, car il lui reste des demandes de bourses postdoctorales à faire, mais en même temps elle a hâte de le voir. « Ce serait bien qu'il sorte », dit-elle. Marie-Lune évoque ses rêves, nombreux depuis le début de la grossesse. À deux reprises, elle rêve qu'elle attend une fille. Elle relate un rêve sur l'accouchement où elle se demande : « est-ce que ça va passer, est-ce que le bébé va passer ? » Elle fait également des rêves en lien avec sa peur de « perdre la vie sans bébé », sa vie de jeune femme sans contraintes :

quand le bébé va naître là, je vais être responsable de lui à 100 % là, ça fait que je vais être, je ne peux pas dire limitée là parce que je ne pense pas que ça va me limiter mais tsé dans le sens que je ne serais pas aussi libre de mon temps. Tsé, mon horaire va être géré par quelqu'un d'autre, enfin du moins au début là. Ça fait qu'il y a ça aussi beaucoup là, ça c'est un truc qui est, oui j'y ai pensé beaucoup en fait. Et puis je dirais que ça m'a pris neuf mois pour me faire à l'idée. Mais oui, il y a beaucoup ça. Et puis, ben on est des grands voyageurs aussi, mon chum et moi. C'est aussi, ben est-ce qu'on va être capable de voyager autant, est-ce que, est-ce qu'on va pouvoir continuer à vivre comme on vit ?

Dans cette rencontre, Marie-Lune aborde son désir d'enfant qui a mis du temps à se manifester. Longtemps, elle s'est posé la question, mais elle reportait sans cesse sa décision. « Moi ça m'a pris longtemps avant de savoir si je voulais des enfants ou pas ou je savais que j'en voulais mais c'était toujours dans 10 ans, dans 10 ans là ». Alors que son conjoint manifestait son désir d'enfant depuis plusieurs années déjà. Lorsqu'elle est tombée enceinte, elle n'a pas tout de suite réalisé tout ce que cela impliquait, notamment par rapport à l'identité de mère. « J'ai cheminé dans l'idée de mère, tsé de devenir mère ou de devenir mère et puis d'avoir, tsé d'avoir quelqu'un qui est dépendant de moi aussi là. Parce que ça, ça n'arrive pas souvent dans ma vie là ! » Avant d'être enceinte, Marie-Lune avait une vision assez négative du rôle de mère.

Être mère pour moi on dirait que c'est quelqu'un qui est vieux, qui est, je ne sais pas, qui n'est pas, qui a comme plus de personnalité ou que, tu sais qui fait tout pour son

bébé là. Et puis qui fait juste ça. Ça fait que ce n'était pas super le fun ma vision de c'est quoi être une mère tsé. [...] Moi j'avais en tête la mère qui s'oublie et puis la mère, bref qui est juste mère là, qui n'est plus femme, qui n'est plus professionnelle, etc.

Cette vision semble liée à l'image qu'elle a de sa mère qui « s'est beaucoup sacrifiée » pour ses enfants, qui a « mis sa carrière et beaucoup d'aspects d'elle en veilleuse ». Marie-Lune estime que sa mère « n'a pas été capable de concilier différents aspects d'elle-même ». Lors de son séjour en Europe, elle a rencontré d'autres modèles de mères qui l'ont dans un premier temps inspirée. Ses amies retournaient travailler après trois mois de congé maternité et elle se disait qu'elle ferait de même : « Je me disais oh après trois mois de maternité, je vais être écoeurée, je vais retourner travailler ». Mais après neuf mois de grossesse, Marie-Lune explique que sa vision a changé. « Le côté mère a pris le dessus » et elle n'est plus du tout séduite par le modèle européen qu'elle appréciait tant. « Mais en même temps, je sais que je ne veux pas abandonner le côté professionnel là, ça doit être pour ça que je fais des demandes de bourse jusqu'à tant que je sois couchée là » nuance-t-elle tout de même. La peur de la perte d'une partie d'elle-même semble au cœur de son questionnement. « J'avais peur de changer de personnalité parce que j'allais avoir un bébé ».

L'autre thématique importante de cette dernière entrevue est l'accouchement. Marie-Lune a réussi à maîtriser son angoisse d'accoucher. Pour elle, cet événement est un symbole : c'est par lui qu'elle va devenir mère. Marie-Lune veut tester ses limites afin que ce rituel la fasse « se découvrir comme mère ». Sa vision de l'accouchement rejoint celle qu'elle a au sujet de la mort. Selon elle, ce sont les deux événements majeurs de la vie et il est fondamental de les vivre pleinement : « il faut qu'on puisse les vivre, il faut qu'on les sente, il faut qu'on voie qu'est-ce que ça nous fait et puis comment ça nous transforme ». Cela implique que son accouchement soit le plus naturel possible, même si elle est consciente que des complications peuvent survenir. Le problème est que le suivi avec sa sage-femme suppose un accouchement à l'hôpital, celle-ci n'étant pas affiliée à une maison de naissance. Marie-Lune refuse un accouchement médicalisé, même en présence de sa sage-femme. Elle parle longuement avec son conjoint à ce sujet, fait des recherches et prend finalement la décision d'accoucher à la maison, avec sa sage-femme. Personne dans son entourage n'est au courant de leur choix, car ils anticipent les jugements et les discussions sans fin autour de cette question. Marie-Lune se sent en confiance avec sa sage-femme. Elle apprécie de pouvoir être au cœur de toutes les décisions concernant sa grossesse et son bébé. La sage-femme lui explique les

bénéfices et les risques potentiels de chaque intervention, mais la décision finale lui revient. Elle trouve fondamental « d’avoir son mot à dire ».

Marie-Lune trouve difficile d’attendre l’arrivée du bébé, car « pour la première fois de [sa] vie, [elle] n’a pas le contrôle de son horaire. Ça n’arrive jamais ! » Son image pour évoquer sa sensation est éloquente :

J’ai l’impression tsé que c’est comme un, ça l’air négatif de dire ça mais une bombe là si on veut mais pas une bombe là qui fait mal. Tsé mais une bombe que tu ne sais pas quand est-ce qu’elle va se déclencher parce que tu n’as pas la minuterie...

À la fin de la rencontre, Marie-Lune évoque sa mère qu’elle ne considère pas comme une personne-ressource durant sa grossesse. Ce rôle-là est plutôt assigné à sa sœur, mère de deux enfants. Marie-Lune s’intéresse au vécu de sa sœur durant ses grossesses et ses accouchements. En revanche, elle refuse de parler de cela avec sa mère, car « elle mêle les affaires ». Elle ajoute : « c’est comme triste aussi des fois de savoir que ta mère, elle ne se rappelle pas nécessairement de ta naissance. Ou que je ne la crois pas quand elle me raconte ma naissance ». Pas un mot sur son père, qui aura été évoqué une seule et courte fois lors de la première entrevue.

Marie-Lune conclut la rencontre en abordant ses craintes par rapport à l’accouchement : « j’espère que le projet d’accouchement à la maison ça va fonctionner. J’espère aussi que le bébé va être en santé là quand il va naître là. J’espère que ça va bien aller. Et puis j’espère que moi aussi je vais bien aller tsé ». Que des choses qu’elle ne peut pas contrôler.

5.5 Justine : le besoin de mettre des limites

Justine est une enseignante de trente-cinq ans, mère d’un garçon de trois ans. Elle est en couple depuis six ans avec Paul qui travaille dans les médias. Justine est l’aînée d’une fratrie de trois enfants. Son frère vit à Montréal et elle est très proche de sa belle-sœur. Sa sœur cadette est mariée au frère cadet de Paul. Justine parle beaucoup, fort et vite durant les trois entrevues. Son discours est elliptique. Elle passe d’un sujet à un autre, sans terminer sa première idée, pour finalement y revenir après une multitude de détours.

Justine est enceinte de onze semaines lors de la première entrevue avec la chercheuse. Elle amorce la rencontre en abordant ses symptômes physiques qu'elle compare avec ceux de sa dernière grossesse. Elle se sent plus fatiguée et plus nauséuse. Elle poursuit sur l'aspect psychologique :

Au niveau psychologique, j' dirais que, un peu comme la dernière fois, mais peut-être différemment aussi, en tout cas euh... présentement, c'est comme si... je l'sais que j'suis enceinte... mais c'est comme si je l'étais pas en même temps. Tsé, j'le réalise pas vraiment.

Elle explique qu'elle doit faire plusieurs tests de grossesse à la suite pour s'assurer d'être bien enceinte. Cette fois-ci, elle en a fait quatre. Justine revient sur sa première grossesse qui s'est soldée par une fausse couche. Elle est tombée de nouveau enceinte le mois suivant, sans avoir eu le temps de réaliser l'impact que cette perte avait sur elle. Selon elle, c'est ce qui l'empêche d'investir pleinement ses grossesses, car elle met « un mur de protection » qui s'estompe à chaque échographie. Durant la rencontre, elle revient à plusieurs reprises sur des histoires de fausses couches. Sa belle-sœur, enceinte de son troisième enfant, a fait une fausse couche la semaine passée, alors qu'elle était au téléphone avec Justine. Cela a créé une angoisse chez elle, car elle n'est « pas encore à douze semaines de grossesse ». Elle évoque aussi une voisine qui a perdu son bébé. Elle relate l'histoire de façon dramatique, intense et avec force détails. Elle fait le lien avec sa propre fausse couche qui, à l'inverse, se serait déroulée simplement et sans émotion, tel un non-événement. Malgré cela, la peur qu'il arrive quelque chose à son bébé est palpable.

c'est comme si je me gardais vraiment une réserve. Une réserve de pouvoir me dire « Ok, t'as le droit d'être contente ! » et tout ça. Et de dire aussi .. j' parlais avec une de mes amies l'autre fois .. puis on, a dit ah, ouen ben, on s'dit un peu tsé qu'est-ce qu'on dit pas nécessairement à tout le monde ou quoi de tabou là mais.. tsé tu te dis « J'vais-tu venir briser l'équilibre de ma famille ? » tsé « Si jamais j'ai un enfant qui a quelque chose ». En même temps j'me sens coupable de penser ça, mais tsé tu te dis « Tout d'un coup que... ». Moi j'sais que mon chum j'pense qu'il serait moins prêt à ça, moi je sais pas. Tsé c'est toutes des choses qui peuvent arriver.

Plus loin dans l'entrevue elle ajoute :

J'veux pas être négative et tout ça, mais tsé j'espère qu'y'aura rien, que ça va juste aller bien pis qu'on.. [arrêt] pis ça, on va juste être comme une famille avec un enfant de plus, pis que ça va être juste une richesse de plus et tout ça là.

Justine aborde son désir d'avoir un deuxième enfant. Elle a longtemps pensé qu'elle reproduirait le schéma familial en ayant trois enfants, comme ses parents. Depuis la naissance de leur fils, Justine a plusieurs fois exprimé son désir d'agrandir la famille, mais son conjoint reportait le projet. Finalement, alors qu'elle avait accepté l'idée que cela irait à plus tard, son conjoint a insisté pour avoir un autre enfant. Justine est tombée enceinte dès le premier essai, tout comme lors de sa première grossesse. Elle s'interroge sur sa capacité à aimer un autre enfant autant qu'elle aime son fils. Elle craint que celui-ci perde sa place. Elle préférerait d'ailleurs avoir une fille afin que son fils conserve un statut unique. Elle raconte qu'à sa première grossesse les médecins lui avaient annoncé qu'elle attendait une fille. Quelques semaines plus tard, lorsqu'ils ont finalement constaté qu'elle portait un garçon, Justine s'est sentie très triste.

Justine parle longuement de son travail d'enseignante qu'elle aime beaucoup. Elle est toutefois déçue d'avoir dû changer plusieurs fois d'école au cours de sa carrière pour suivre son conjoint amené à se déplacer pour son travail. À chaque fois, elle perd son ancienneté et doit se réinstaller dans une nouvelle classe, avec de nouveaux collègues, etc. Elle fait le lien avec le déménagement qu'ils doivent entreprendre, car leur logement à Montréal est trop petit pour accueillir un enfant de plus. Pour Justine, quitter son quartier qu'elle adore est un deuil. Elle va devoir créer de nouveaux repères et de nouvelles relations de voisinage, ce qui l'inquiète. D'autant plus que son conjoint change d'horaire de travail et qu'elle sera seule le soir pour s'occuper de son fils et de son bébé.

À plusieurs reprises, Justine évoque son premier accouchement de façon très ambivalente. Elle le définit comme « un très beau moment », « une belle expérience » et en parle avec le sourire. Pourtant, ce qu'elle décrit est un moment qui semble avoir été difficile et envahissant. En effet, elle relate que, contrairement à ce qu'indiquait son plan de naissance, une dizaine de médecins, internes et résidents étaient présents et « qu'à un moment donné, c'était peut-être un petit peu trop ». De plus, la poussée a duré trois heures et tous les moyens ont été utilisés pour sortir le bébé :

Tsé même si à l'accouchement y'ont pris euh la ventouse, les forceps, la ventouse, que j'ai poussé pendant trois heures, que après ça euh, j'ai jamais été aussi enflée de toute ma vie, parce que moi à la place d'enfler avant, je me suis mise à enfler après, enfler, enfler, que je voyais plus mes genoux, mes pieds, en tout cas c'était vraiment enflé [respire]. Puis que j'avais de la misère à marcher pis j'me suis assise sur un petit beigne là pendant au moins un mois et quelques [rire]. Puis hey que j'étais maganée ! [...] Malgré ça, on dirait que c'était... ça a été un beau moment !

Elle se sent rassurée par le milieu hospitalier et elle ne souhaite pas avoir d'accompagnante à la naissance. Elle en profite au passage pour décrire deux histoires dramatiques d'accouchements mettant en scène une sage-femme et une accompagnante à la naissance.

Justine termine cette première rencontre en revenant sur le fait qu'elle ne se sent pas enceinte. Elle a acheté un livre pour son fils qui aborde l'arrivée d'un bébé dans la famille, mais elle ne lui a pas encore donné. Elle veut d'abord s'assurer que tout va bien pour le bébé. Elle conclut en disant : « tsé coudon, si ça arrête, ça arrêtera. Fait que tsé d'd'une certaine façon oui on est conscient que j'suis enceinte, mais [pause] ».

La deuxième rencontre a lieu alors que Justine est enceinte de vingt semaines. Elle résume tous les soucis qu'elle a eu dernièrement : le changement d'horaire de son conjoint, les trois fausses couches de sa belle-sœur, une inondation dans sa salle de classe, son sentiment de ne pas être enceinte, le déménagement imminent, sa fatigue, une chute qu'elle a faite, etc. Tous ces événements ont fait en sorte qu'elle attendait l'échographie de vingt semaines avec impatience. Les résultats étant bons, Justine souffle : « Maintenant qu'il y a plein d'affaires réglées par rapport à ma grossesse, je rentre dans une autre ère ». Ère où elle se sent plus rassurée, mais également où les autres l'agacent :

j'suis aussi dans une phase où on dirait pas que les gens m'énervent [rire] j'sais pas si c'est parce que j'suis enceinte mais des fois j'trouve que les gens autour de moi, pis c'est des personnes super bien intentionnées et tout l'kit, mais euh, des fois j'ai l'impression que ça m'bouscule. Comme si j'avais pas le temps de me faire mes propres opinions, vivre mes propres choses.

Elle cite comme exemple le choix de sa maison où toute sa famille et celle de son conjoint donnaient leur opinion, ce qui entravait leur processus de réflexion. Justine a la sensation de faire « un bilan de vie ». Elle analyse sa famille, leur relation, et constate qu'il y a des choses qu'elle veut changer, maintenant qu'elle va avoir son deuxième et dernier enfant. Elle réalise qu'elle et son conjoint laissent beaucoup de places aux autres en acceptant toutes sortes de choses pour faire plaisir, mais sans penser à ce que eux veulent vraiment. Elle souhaite penser plus à elle : « j'ai le goût de me retrouver moi en tant que [arrêt]. Tu sais oui d'être une mère, d'être une blonde mais d'être, d'être moi-même aussi ». Justine évoque la relation qu'elle a avec sa mère et qui est en train de changer. Avant, elle l'appelait presque tous les jours et lui racontait « tout, tout, tout, vraiment

tout ». Mais elle réalise que sa mère est anxieuse et que ses inquiétudes débordent sur elle. Alors maintenant, elle choisit les sujets qu'elle aborde avec elle.

Comme lors de la première rencontre, Justine relate son accouchement. Elle nomme de nouveau qu'il y avait plein de monde dans sa chambre « mais comme tout le monde était très sympathique, c'était pas si grave ». Que malgré cela, « ça a été quand même un assez beau moment ». Toutefois, à la fin de son élaboration, elle conclut qu'ils ont peut-être été trop ouverts et qu'elle « changerait ça un peu ». Cette réflexion autour de son accouchement ramène un autre souvenir de sa précédente grossesse. Lors d'une consultation en gynécologie, plusieurs praticiens ont tenté de faire l'examen :

là j'sais pas, j'vais les dire en ordre là disons, [tape sur la table] l'externe, le résident, le médecin, le boss. Là tsé eux autres y'ont toute des grades bon fait que toute, tout l'monde m'avait examinée parce que l'premier avait pas été capable fait que y'a appelé le deuxième plus haut gradé, le troisième wawawa jusqu'à arh! Peut-être que là si j'avais à revivre quelque chose comme ça.. ben là j'dirais.. j'dirais stop un peu plus vite là. Je sais que je suis ouverte à aider du monde, des stagiaires [rire] pis toute ça, mais un moment donné de faire l'examen gynécologique, j'sais pas combien d'fois pis qu'ça marche pas...

La chercheuse lui reflète alors son besoin de mettre des limites. Justine acquiesce tout en évoquant sa crainte « d'avoir l'air méchante ». Elle associe alors sur sa belle-mère et parle d'elle pendant une douzaine de minutes. Justine se sent envahie par cette femme extravertie. Sa sœur, qui vit avec le frère de son conjoint, partage également ce sentiment, mais semble mieux outillée pour mettre une certaine distance. En sa présence, Justine se sent « très très mal intérieurement » même si elle sait que sa belle-mère l'apprécie beaucoup et n'a pas de mauvaises intentions à son égard. « C'est une très bonne personne, mais il y a quelque chose chez elle, je sais pas quoi, qui m'envahit, qui entre dans ma bulle » explique-t-elle. Justine est d'ailleurs très contente que la rencontre avec la chercheuse ait lieu en même temps que la visite de sa belle-mère, car cela lui donne une excuse pour ne pas la voir. Justine aimerait mettre des limites, préserver son espace, mais cela lui est difficile, car elle n'est « pas habituée de faire ça ». Elle tente alors de « trouver des façons polies de dire les choses ». Cela crée des tensions avec son conjoint qui aimerait que la relation entre elles soit plus harmonieuse. De son côté, Justine apprécierait qu'il l'appuie, mais « il est tellement discret, tellement gentil, très zen ». Elle le compare à son frère qui est capable de s'opposer à sa mère. Justine se demande alors si leur difficulté à mettre des limites ne provient pas du fait qu'ils soient

tous les deux les aînés de leur fratrie. Elle suppose que ses parents « ont fait quelque chose différemment » qui fait qu'elle a moins confiance en elle que son frère et sa sœur. Justine et son conjoint sont plus perfectionnistes, plus exigeants envers eux-mêmes et ont de la difficulté à s'affirmer :

J'me dis c'est ben beau peut-être, vouloir laisser de la place aux gens, se faire aimer et tout ça mais un moment donné... mais là tsé c'est sûr que il est jamais trop tard pour le faire mais c'est quand même de trouver la façon de le faire. J'me suis rendu compte dans les dernières semaines que des fois mon dieu c'était compliqué pour se protéger nous autres à place d'y aller [frappe sur la table] directement pis de dire « ben là on peut pas » ou « on est trop fatigué » ou ci ou ça. Mais tsé tout notre euh, pis c'tait pas des mensonges pas du tout qu'on disait, mais tout organiser notre affaire pour que ça marche pour pas que ça fasse de la peine tout ça c'était comme compliqué des fois ! Mais dans l'fond, on devrait peut-être juste dire « ben non ! »

Justine termine la rencontre en abordant sa vie professionnelle. Elle explique de nouveau qu'elle s'est adaptée à la carrière de son conjoint et que la sienne a été mise au second plan. Elle se définit comme une personne ambitieuse et estime qu'elle devrait être rendue « à un autre niveau », notamment lorsqu'elle se compare à ses amies. Elle reste consciente qu'avec deux enfants et un conjoint qui travaille le soir, il ne sera pas facile pour elle de donner plus de place à sa carrière.

Lors de la troisième rencontre, Justine, qui est à trente-huit semaines de grossesse, paraît plus fébrile. L'entrevue, plus courte, mais plus intense émotionnellement que les précédentes, tourne essentiellement autour de l'accouchement. Justine utilise souvent des répétitions d'adverbes pour marquer l'intensité, notamment « vraiment » qu'elle emploie à plus de quarante reprises. Justine se prépare à l'accouchement : sa valise est prête, la maison aussi. Malgré cela, elle aimerait retarder le moment, car elle commence à peine à prendre du temps pour elle. Comme à chaque entrevue, Justine relate son accouchement et l'utilisation des forceps et de la ventouse. Même si cela reste « un bel accouchement » selon elle, elle appréhende une certaine répétition des douleurs qui s'en sont suivies et des difficultés d'allaitement. La perte de contrôle inhérente à ce moment l'angoisse : « ce n'est plus moi qui décide ! », « c'est comme si tu n'avais plus le contrôle ». Elle relate d'ailleurs l'expérience d'une amie qui « était super concentrée dans son accouchement et puis à moment donné, elle avait comme laissé aller et puis elle avait perdu le contrôle de, ça s'est mis à faire mal et puis tout ça ». La prise en charge par le milieu hospitalier semble l'apaiser :

c'est comme toujours une petite peur mais je sais que le jour où ça arrive, moi c'est un peu comme ça, probablement que c'est de l'anxiété aussi, je prévois comme un peu tous les scénarios mais quand c'est le, tu sais comme à mon fils, on s'est rendu à l'hôpital, bing bong là, on contrôle tu sais total de l'affaire et puis tu sais c'est correct, je suis prête, j'embarque dedans.

Justine s'inquiète aussi de la présence possible de sa belle-mère le jour de la naissance du bébé. Elle doit revenir de voyage autour de la date prévue de l'accouchement et il a été convenu qu'elle passerait une nuit chez Justine avant de repartir chez elle. Justine craint que l'accouchement ait lieu cette fameuse nuit. Elle ne peut pas imaginer avoir des contractions avec elle à ses côtés, tout comme elle refuse l'idée qu'elle s'occupe de son fils pendant qu'elle est à l'hôpital. Lorsqu'elle réalise l'intensité de sa réaction, elle s'exclame : « voyons j'ai un problème là, faudrait que j'aille voir un psychologue ! »

Justine a passé les dernières semaines à aménager la chambre de sa fille. Elle a pris le temps de la décorer à son goût, avec l'aide de son conjoint. Elle passe aussi beaucoup de temps avec son fils, qu'elle prépare à l'arrivée du bébé. Elle lui a fait choisir des jouets et des décorations.

À la fin de l'entrevue, Justine évoque sa peur d'avoir « oublié » comment accoucher et allaiter. Elle espère qu'elle ne sera pas laissée à elle-même et que le personnel hospitalier ne prendra pas pour acquis qu'elle a moins besoin d'aide puisqu'il s'agit de son second accouchement. Elle termine en évoquant encore une fois en détail son accouchement précédent :

j'ai poussé pendant 3 heures et puis ils ont pris tout ce qu'ils pouvaient prendre pour sortir le bébé là. Bon ça a fait que j'ai eu mal à l'entrejambe pendant plusieurs semaines (rire). Vraiment, vraiment, beaucoup là (rire). [...] je suis restée pas mal dans ma chambre, je marchais un petit peu mais après coup, je me rends compte quand j'entends d'autre, je dis « eh oui j'étais amochée de l'entrejambe, moi, tsé, oui, oui, oui, oui, oui ». Mais dans ma tête tout le monde c'était comme ça, mais non ce n'est pas tout le monde comme ça !

Justine semble enfin pourvoir verbaliser que son accouchement n'a pas été un si beau moment et que, malgré sa peur de la répétition, les événements peuvent se dérouler autrement. Peut-être un début de limite ?

CHAPITRE 6

RÉSULTATS – ANALYSE THÉMATIQUE

Dans ce chapitre, nous ferons une analyse thématique de nos résultats. L'objectif est de faire ressortir les similitudes entre les participantes ou les différents agencements possibles quant à notre question de recherche.

Les résultats de notre recherche sont présentés selon les thèmes organisateurs générés lors de l'analyse thématique des données. Ils seront appuyés par des citations des participantes, ainsi que par des références théoriques lorsque nécessaire. L'analyse est faite sur ce que disent les participantes, mais aussi sur la manière dont elles le disent, comme évoqué dans la partie méthodologie.

Toutes nos participantes évoquent d'une manière ou d'une autre des représentations de mort en lien avec le bébé. D'un point de vue descriptif, on constate que ces représentations sont plus nombreuses lors du premier trimestre de grossesse. Les participantes abordent leur peur de perdre le bébé. Bien sûr, cela s'appuie sur une réalité tangible puisqu'une grossesse sur cinq se solde par une fausse couche (CHUSJ, 2020) qui survient la plupart du temps lors du premier trimestre. Il est donc normal que cela soit présent dans les discours des femmes. Mais au-delà du contenu explicite, ces représentations de la mort du bébé peuvent avoir d'autres significations, notamment la peur d'une répétition de leur histoire lorsqu'elles ont déjà été confrontées à un arrêt précoce d'une grossesse ou une manifestation d'une porosité à l'angoisse des autres. On constate également une temporalité dans ces représentations. Très présentes lors du premier trimestre, elles se transforment au cours de la grossesse. Elles prennent différentes formes.

6.1 Angoisse de la possibilité de la perte

6.1.1 La mort du bébé : un risque concret lors du premier trimestre

Comme nous l'avons vu, le risque de faire une fausse couche est élevé. C'est d'ailleurs la complication la plus fréquente lors d'une grossesse et la majorité survient dans les douze premières semaines (Makrydimas *et al.*, 2003; Oster, 2019; Tong *et al.*, 2008). De plus, la probabilité de faire

une fausse couche passe de 4% à 25% pour les femmes ayant déjà perdu un bébé (Regan *et al.*, 1989). On s'attend donc à ce que les femmes enceintes fassent part de leur inquiétude à ce sujet, notamment lors du premier trimestre. Effectivement, toutes nos participantes évoquent ce risque. Bien sûr, elles le font chacune à leur manière et en fonction de leur histoire personnelle, nous y reviendrons.

Même si la possibilité de faire une fausse couche lors du premier trimestre est abordée, il n'en reste pas moins qu'il peut être difficile de nommer la mort du fœtus. C'est le cas de Justine qui présente le risque de perdre le bébé ainsi :

Mais euh... d'un autre côté aussi, y en a qui choisissent de même pas l'annoncer en douze semaines. Tsé, nous on se dit ben on l'annonce, on fait profiter de cette joie-là quand même pis ... tsé coudon, si ça arrête, ça arrêtera. (Justine)

On note l'utilisation du pronom démonstratif « ça » pour évoquer la grossesse ou la vie du bébé. Cela lui permet de mettre à distance l'idée de la mort en tentant de neutraliser la charge émotionnelle.

Marie-Lune, qui a fait deux fausses couches, utilise le même procédé :

Ok je suis enceinte là, je n'invente pas mes symptômes. Ok, je suis enceinte mais bon il y avait l'inquiétude de est-ce que ça va rester à cause de mes deux fausses couches précédentes. (Marie-Lune)

L'utilisation du « ça » est une allusion qui lui permet d'évoquer le bébé sans le dire explicitement. Elle peut ainsi mettre à distance l'investissement objectal à l'aide d'un pronom démonstratif neutre, déshumanisé.

Sylvie, dont c'est la première grossesse, englobe toutes les possibilités de perdre le bébé dans un « mais » qu'elle suspend. Cette figure de style, l'aposiopèse, est « une interruption brusque d'une construction, traduisant une émotion, une hésitation, une menace » (Robert *et al.*, 1993, p. 99). Il y a une résistance à évoquer ce que sous-entend ce « mais » et elle laisse ainsi à son interlocutrice le soin d'en trouver le sens.

Donc euh, t'es contente mais t'oses pas trop être...contente parce que... Parce que y'a le « mais »..., y'a tout le temps quelque chose qui s'passait au début la... Donc euh...ouais, c'est ça. (Sylvie)

De plus, elle utilise le pronom personnel « tu » pour parler de sa propre expérience. Cette énallage, qui « souligne l'emploi inattendu d'une forme grammaticale (tiroir verbal, mode ou personne) au regard du préconstruit grammatical et référentiel » (Rabatel, 2008, p. 16), permet un dédoublement imaginaire de la personne qui parle. « *Tu* ne désigne pas l'autre dialogal, mais actualise langagièrement un autre à qui *je* s'adresse, même si ce *je* et ce *tu*, dans le monde réel, construisent référentiellement la même personne » (Détrie, 2008, p. 91). Ce mécanisme permet à Sylvie de trouver la bonne distance avec soi. « *Tu* est alors l'outil permettant la subjectivation de soi, ce que *je* est inapte à réaliser » (Détrie, 2008, p. 98).

Sylvie ajoute, quelques minutes plus tard :

Donc euh...ben j'ai, j'ai, j'voulais pas l'dire avant les trois mois, mais en fait euh, en tout cas, j'sais pas si c'est, ça vous intéresse là mais euh... (Sylvie)

On voit son hésitation à évoquer les raisons qui la poussent à en parler ou non à son entourage avant que les trois premiers mois de grossesse soient passés. Son discours se désorganise et elle finit par demander à la chercheuse si cela l'intéresse, alors qu'elle participe à une étude dont le thème est la grossesse. Elle a probablement besoin d'un encouragement de la part de la chercheuse, de sentir que ce qu'elle a à dire a un intérêt ou que son expérience est partageable et entendable par son interlocutrice.

Pour certaines participantes, il y a moins de difficulté à nommer le risque clairement. C'est le cas de Marie-Lune qui dès les premières minutes de l'entrevue explique :

Et puis quand j'ai fait le test, ben j'étais très contente. Mais en même temps je dirais que j'étais contente mais j'avais hâte que le premier trimestre se termine pour être sûre que les risques de fausses-couches soient minimisés le plus possible. Donc je dirais que jusqu'à 8-9 semaines, j'étais contente là mais je vérifiais toujours s'il n'y avait pas un risque de saignement ou un truc comme ça donc, donc c'est ça. (Marie-Lune)

Sa crainte de faire une fausse couche, expérience qu'elle a vécue à deux reprises, teinte d'ambivalence son ressenti. Elle utilise toutefois le passé, comme si cette peur ne faisait plus partie de ses préoccupations maintenant qu'elle est à 16 semaines de grossesse. Mais la dernière phrase énoncée lors de la première entrevue de Marie-Lune, exprimée avec une anaphore dans la répétition de la conjonction « et puis », étonne dans sa formulation :

Ben par rapport à la grossesse en fait, j'espère que le bébé va être en santé. Et puis que la grossesse va se dérouler normalement et puis que moi, je vais être enceinte aussi le plus longtemps possible. Et puis être en forme. (Marie-Lune)

La formulation « Et puis que moi, je vais être enceinte le plus longtemps possible » revêt un double sens. À la première lecture, teintée de tout le discours précédent, nous l'avons entendu comme le souhait de ne pas faire une troisième fausse couche. Ce n'est que plus tard, à la suite de plusieurs relectures, que nous avons réalisé que cela pouvait également signifier une crainte d'un accouchement prématuré. Mais dans les deux cas, cela évoque un risque pour la vie du bébé, donc une crainte encore présente. La suite du discours « et puis être en forme » peut également être entendue de deux manières distinctes. On perçoit l'espoir d'avoir de l'énergie, mais également celui de rester en forme, ronde, donc enceinte.

Tout comme Marie-Lune, Anne-Marie aborde sa peur de faire une fausse couche dès le début de la première entrevue.

Fait que c'est ça, ça se passe bien. Mais ça se passe c'est sûr, un peu stressée parce que les deux, on se demande si toute va être correct cette fois-ci. Mais sinon, la grossesse comme telle euh, se passe super bien euh... dans, à la maison ça s'passe super bien, y'a pas de... tsé c'est... [hausse la voix] Ça se passe bien mis à part le stress de r'tomber ou de r'faire une autre fausse couche-là. Mais euh sinon euh autour autour d'la grossesse là, j'ai pas trop de symptômes, j'ai pas de euh [hausse la voix] si j'étais pas stressée, j'dirais que c'est probablement [rire] une super belle grossesse. Fait que, fait que ça se passe euh non, ça s'passe pas mal bien. (Anne-Marie)

Anne-Marie en est à sa septième grossesse et elle a fait six fausses couches auparavant. On comprend que la menace d'une autre interruption de grossesse plane. Son discours est hésitant et alterne entre « ça se passe bien » et « mais », annulant systématiquement la tentative d'exprimer que tout va bien. La gradation dans l'énonciation de sa crainte reflète une difficulté à dire qui s'élabore au fil du discours. En effet, Anne-Marie commence par dire « mais ça se passe c'est sûr,

un peu stressée », puis « on se demande si toute va être correct cette fois-ci » pour finir par exprimer clairement l'objet de sa peur : « le stress de r'tomber ou de r'faire une autre fausse couche ». Pour minimiser son sentiment, elle répète à cinq reprises que ça se passe bien, telle une incantation dans une volonté de s'en convaincre, mais on ne peut que ressentir l'immensité de son angoisse.

La fin du premier trimestre est considérée comme un soulagement par les participantes. Selon elles, le risque de faire une fausse couche devient minime et elles ont concrètement raison puisque le risque passe de 11% à 6 semaines à 2% à 11 semaines (Oster, 2019, p. 70).

j'avais hâte que le premier trimestre se termine pour être sûre que les risques de fausses couches soient minimisés le plus possible. (Marie-Lune)

Fait que.. Fait que là, pour la prochaine étape, c'est comme ben, là j'rentre dans des statistiques normales tsé [rire] (Anne-Marie)

j'ai envie d'en profiter en fait, j'pense que j'en profite plus que j'en profitais, au premier trimestre parce que, au premier trimestre j'tais très inquiète...Puis là les inquiétudes sont euh...sont, derrière, en tout cas la PLUPART! [En riant] Pour ce qui est de, de, de faire des fausses couches puis des choses comme ça. (Sylvie)

6.1.2 La mort du bébé : une peur de la répétition

Si toutes les participantes abordent à leur façon la peur de faire une fausse couche, il n'est pas étonnant de noter que l'expression est plus marquée chez celles ayant déjà vécu plusieurs fois un tel événement. C'est le cas de Marie-Lune, qui a fait deux fausses couches précédemment, et d'Anne-Marie qui en a fait six. Elles nomment plus facilement leur crainte de la répétition qui entrave leur envie de se réjouir trop rapidement de leur grossesse.

Ben en fait, en fait, moi j'ai fait deux fausses couches précédemment. En fait, ça ne fait pas longtemps que j'essaie de tomber enceinte, ça fait moins d'un an en fait. Mais j'ai fait deux fausses couches là, une après l'autre en respectant les trois mois de délais. Donc en janvier, comment dire, j'ai identifié tout de suite que je n'avais pas mes règles donc je devais être enceinte mais je ne voulais pas être contente trop rapidement. Et puis je ne voulais pas faire le test non plus trop rapidement parce que j'avais fait deux fausses couches avant et puis les fausses couches avaient été assez rapides dans le processus. Ça s'est déroulé à peu près une semaine après que j'ai fait le test. Et puis quand j'ai fait le test, ben j'étais très contente. Mais en même temps je dirais que j'étais contente mais j'avais hâte que le premier trimestre se termine pour être sûre que les risques de fausses couches soient minimisés le plus possible. (Marie-Lune)

Marie-Lune ne veut pas s'investir « trop rapidement » dans cette grossesse. Elle le répète à deux reprises. D'autant plus que les fausses couches ont été « rapides ». Il y a un désir de ralentir, de prendre le temps. Elle retarde le moment de faire le test, même si elle sait qu'elle est enceinte et que cela ne serait qu'une simple confirmation. Or, les fausses couches étant survenues une semaine après avoir fait un test, elle retarde ce moment, comme pour conjurer le sort. Mais elle semble également avoir besoin de se déposer. A-t-elle eu le temps de penser à ses deux fausses couches ? A-t-elle pu mettre des mots sur son expérience afin d'en faire sens dans l'après-coup ? C'est peut-être ce qu'elle recherche en participant à la recherche, en prenant cette fois-ci le temps d'en parler.

Un peu plus tard dans la première entrevue, elle explique qu'elle n'a plus ressenti la joie éprouvée lors de sa première grossesse.

Je dirais que l'émotion je l'ai eue la première fois que j'ai fait le test de grossesse, en juin. Quand j'ai fait la première fausse couche. Et puis on dirait qu'après ça, c'était plus oui, je m'attendais à voir, tu sais, je m'attendais à avoir peut-être une grosse émotion, pleurer, à être super contente mais finalement c'est, j'étais plus un petit peu ben soulagée, je dirais. Ok je suis enceinte là, je n'invente pas mes symptômes. Ok, je suis enceinte mais bon il y avait l'inquiétude de est-ce que ça va rester à cause de mes deux fausses couches précédentes. Et puis la joie que j'ai eue lors du premier test de grossesse là, que j'ai fait en juin avant ma première fausse couche, je ne l'ai pas retrouvée là à celle-ci. (Marie-Lune)

L'angoisse de perdre encore une fois le bébé supplante alors la joie d'être enceinte. Il y a une sorte d'innocence, de naïveté perdue. On verra plus loin que la joie et les émotions positives reviennent lors d'une échographie réalisée avec la sage-femme, lorsque l'image, le réel, vient matérialiser le bébé.

Anne-Marie n'aborde pas la joie ressentie lors de la première grossesse, mais parle ouvertement de la tristesse provoquée par l'arrêt de chaque grossesse. La peur de la répétition est encore plus prégnante chez elle et on le comprend aisément compte tenu de son histoire.

Puis c't'un moment pour moi qui est très très euh... déstabilisant parce qu'aussitôt que j'tombe enceinte pour moi c'tait comme... beaucoup de difficultés à être contente, j'suis très très heureuse [soupir]. Mais en même temps, c'est encore la roue... d'un autre deuil potentiel qui commence pis tsé, ça t'tente jamais de t'rendre là mais pour moi, l'expérience c'tait, tsé six fois sur six, c'tait comme, tsé, ça, ça, finissait mal dans l'fond. (Anne-Marie)

Dans cet extrait, le discours d'Anne-Marie se désorganise. On note les hésitations et la confusion, notamment avec un mélange entre le présent et l'imparfait dans sa conjugaison des verbes. Elle a du mal à se positionner dans le temps, son expérience présente se télescopant avec celles passées. Elle tente de tenir à distance l'idée d'une autre mort fœtale possible, mais le poids émotionnel de ce qu'elle a vécu reste actuel.

Lors du premier trimestre, Anne-Marie verbalise à deux reprises sa difficulté, voire son incapacité, à penser sa grossesse autrement que comme un risque de perdre le bébé.

D'ici jusqu'à, jusqu'à tant que j'aie le bébé dans mes bras, j pense que, j'ai un p'tit peu du mal à croire que.. j'vas arriver euh [rire] à terme. (Anne-Marie)

Jj'j'y crois pas encore là. J'vas y croire quand j'vas avoir le bébé dans les bras (Anne-Marie)

La survie du bébé ne sera confirmée que lorsqu'il sera en dehors du ventre maternel, ventre qui est considéré comme un endroit dangereux. Nous aborderons au point 8.5 l'angoisse d'être une mère mortifère durant la grossesse.

Pour Anne-Marie et Marie-Lune, l'angoisse de la répétition est très grande : « L'absence de joie s'accompagne d'une tension extrême à la crainte de la récurrence » (Squires, 2004, p. 276).

Justine, quant à elle, a fait une fausse couche au tout début de sa première grossesse. Enceinte de son deuxième enfant, elle revient sur son expérience dès le début de l'entrevue :

Au niveau psychologique, j' dirais que.. un peu comme la dernière fois.... mais peut-être différemment aussi, en tout cas euh... présentement, c'est comme si euh.. je l'sais que j'suis enceinte... mais c'est comme si je l'étais pas en même temps. Tsé, j'le réalise pas vraiment. Donc y a pas beaucoup d'accent mis là-dessus [respire]. On a choisi c't'été euh finalement tsé c'tait comme, on savait pas trop, mais on a choisi d'avoir un autre bébé, pis finalement ça hum... ça euh.. tsé ça a fonctionné du premier coup, bon tant mieux, tout ça [respire]. Donc euh j'avais fait une fausse couche, mais j'métais juste dit « ah ben tsé ça marche tsé, c'est correct » pis euh j'avais même pas été menstruée une deuxième fois, j'tais retombée enceinte tout de suite pis bon. Mais après-coup, avec le recul, j'me rends compte que [respire] cette fausse couche-là, tsé des fois on, moi j'pensais que ça avait pas eu de conséquence parce que tsé euh j'm'étais dit « ah », pis c'est vrai, j'ai, j'ai pas comme pleuré ou quoi ; mon sentiment ça a vraiment

été [respire] ça fonctionne [respire]. Mais à la première grossesse, j'vois que j'me suis toujours mis comme une espèce de, de réserve. J'capable de l'voir maintenant. J'me rappelle tsé mon frère me disait « Voyons! Tu devrais vivre ça plus » ou, mais je pense que j'me mettais vraiment comme une espèce de p'tit mur de protection [respire] pis après ça ben plus tard là tsé, ça commence à plus paraaître, c'était correc [accélère] chaque échographie venait me rassurer comme un peu. Puis, là encoore, j'ai plus tendance à, à m' m' trouver comme grosse ou ààà, euh .. tsé comme.. oui, j'sais qu'j'ai changé tsé physiquement là, moi la première chose qui change c'est mes seins pis ça double tout de suite tsé! (Justine)

Dans son discours, Justine ne considère pas cette fausse couche comme étant une première grossesse. Elle n'a pas eu le temps de l'investir comme tel puisqu'elle a découvert qu'elle était enceinte en faisant une fausse couche. Le gain et la perte se sont donc heurtés temporellement. L'arrivée rapide d'une deuxième grossesse ne lui a pas laissé le temps de réaliser et de penser cette perte et a probablement renforcé l'activation des mécanismes de défense tel le déni de la perte. Or, elle réalise dans l'après-coup, avec cette nouvelle grossesse, qu'elle a minimisé l'impact de cette fausse couche et que sa non-élaboration l'empêche d'investir pleinement son état. Elle se garde « une réserve », car la trace d'une perte possible demeure. Elle y revient au milieu de l'entrevue :

tsé comme première grosseeese, j'me rappelle j'avais lu qu'il fallait que ce soit la première urine, pis tsé y'était genre la nuit pis là j'avais envie [rire]. Puis là j'la, j'lavais faiiit pis euh.. la première fois ben c'est ça, c'était.. comme .. : « chéri, j'suis enceinte! » pis mon chum ben content, tout ça, quasiment les larmes aux yeux et ta ta ta [respire]. Pis là finalement j'avais fait une fausse couche. Pis la deuxième fois, quand là j'ai vraiment été enceinte de T. pis j'lai fait [le test] .. euh là j'avais eu co', j'étais juste rev'nue m'coucher : « J't'enceinte! » « Ok! » [rire] On s'était rendormi comme si là y fallait pas être vraiment euh...

L1: Contents?

L2: Con' ben oui mais tsé en même temps tsé c'est vraiment ça que ça avait fait : « Ah j'suis enceinte! » « Ah ok! ». Pis [respire] là c'est comme si on avait laissé ça comme ça [respire]. Euh.. cette foi-ci hum ... euh.. j'tais un peu euh.. j'j'ri' j'tais un peu comme euh ... tsé ils disent on euhf.. il faut que ça dure cinq secondes pis ta ta ta ta ta... (Justine)

Le débit de Justine est très rapide, l'obligeant à prendre des inspirations en milieu d'une phrase à plusieurs reprises. Elle enchaîne les sujets sans transition, sans pause. Il semble y avoir une urgence à dire, à tout dire, avec en même temps, une impression de ne pas laisser ni de temps, ni d'espace pour penser ce qui est dit. Lorsque la chercheuse termine sa phrase à sa place, elle cesse son élaboration sur ce sujet et l'annule avec « oui mais », se désorganise, essaye d'exprimer son ressenti

à deux reprises (« J'tais un peu... j'tais un peu comme... ») sans y parvenir, puis finalement enchaîne sur les technicalités des tests de grossesse et ne reviendra plus sur son expérience dans cette entrevue. Malgré son discours logorrhéique, elle tente de mettre en mots son expérience, mais les mécanismes de défense à l'œuvre sont trop importants pour lui permettre de faire le récit de son vécu de façon plus émotionnelle.

La crainte de la répétition de la perte empêche les participantes ayant subi une perte fœtale de se projeter dans le futur, « comme si elles cherchaient à s'immuniser contre un événement dont elles redoutent l'issue. Elles luttent contre le désir de s'attacher à cet enfant qui pourrait se dérober à nouveau » (Soubieux, 2013, p. 124). Pourtant, en participant à la recherche, elles tentent probablement une élaboration de la perte. Comme le dit André Green, « le moment où ça se passe, n'est pas le moment où ça se signifie » (Green, 2004, p. 135). La signification se fait en rétrospective et c'est ce que semblent mettre en œuvre les participantes.

6.1.3 La mort du bébé : une porosité à l'angoisse des autres

L'entourage d'une femme enceinte n'est jamais complètement indifférent à son état. La grossesse suscite bien des réactions chez le conjoint, la famille ou les amis. Si la grossesse, à travers la transparence psychique, provoque la remémoration de souvenirs infantiles, l'apparition de fantasmes oubliés et d'angoisses primitives chez la parturiente (Bydlowski, 2008, 2010; Bydlowski et Golse, 2001), elle semble également avoir des répercussions chez les autres. Au contact de la femme enceinte, les bons et les mauvais souvenirs affluent, les expériences veulent être partagées, les angoisses perlent. De nombreux conseils sont donnés que ce soit sur l'alimentation, les activités physiques ou l'allaitement (Kenworthy Teather, 1999). De son côté, la femme enceinte n'est pas insensible aux réactions suscitées. Elle peut s'en défendre, comme c'est le cas de Claire, de Sylvie, d'Anne-Marie et de Marie-Lune, ou s'en servir comme d'une projection de ses propres angoisses de mort telle Justine.

Fisher, Hauck, et Fenwick (2006) identifient le fait de se faire raconter « des histoires d'horreur » d'accouchements comme un des facteurs de la peur prospective de l'accouchement. Melender (2002) et Tsui *et al.* (2007) établissent que le fait de se faire raconter des « histoires négatives » est l'un des facteurs les plus importants expliquant l'anxiété durant la grossesse. Dans une méta-

analyse, Rondung, Thomtén, et Sundin (2016) démontrent que les informations provenant de la famille et des amis sont une source importante dans le développement de la peur de l'accouchement.

Nous retrouvons ces éléments dans le discours de nos participantes. Sylvie parle « d'histoires à faire peur », Marie-Lune « d'histoires d'horreur » et Justine des « moins belles histoires ».

Pis, j'ai plus confiance en mes capacités pis, j'ai lu beaucoup des livres euh, j'ai lu un livre, c'est « Au cœur de la naissance », c'est des récits d'accouchements mais POSITIFS là (L1 : MM), pas des histoires à faire peur là! (Sylvie)

J'ai VRAIMENT hâte là de, t'sé j'entends tellement les gens dire c'est incroyable, c'est une expérience t'sé j'ai hâte de de vivre ces moments-là, mais c'est sûr que ça me fait peur... parce que, ben y'a la douleur euh, c'est l'inconnu, j'ai jamais vécu ça euh, pis, c'est sûr bon les récits euh, les récits à faire peur d'accouchements des autres ça j'essaie des mettre de côté-là! Mais hum, des fois ils reviennent [Rires]! (Sylvie)

Sylvie tente de mettre à distance ces récits angoissants qu'on lui a racontés. Elle utilise la répression comme mécanisme de défense en évitant délibérément de penser à ces histoires. Face à l'échec de la répression, elle utilise alors l'humour pour minimiser les tensions ressenties.

Marie-Lune aborde son souhait d'accoucher à son domicile. Elle explique à la chercheuse qu'elle ment à son entourage pour ne pas avoir à justifier son choix. Malgré cela, elle ne peut éviter les « histoires d'horreur » d'accouchements à la maison.

On n'en a pas parlé, il n'y a personne qui le sait là, dans le sens qu'on veut limiter les discussions et puis parce que juste à dire qu'on est avec une sage-femme, tout le monde nous dit « et vous allez accoucher où ? » et puis là on dit à l'hôpital. Et puis là tout le monde nous dit, oh ça me rassure parce que là et puis là ils partent avec des histoires d'horreur, t'sais. Alors on est content de ne pas l'avoir dit mais malgré les histoires d'horreur qu'ils racontent là, on est convaincu de notre choix (Marie-Lune)

Ces histoires de naissance, qu'elles soient positives ou négatives, se racontent en tout temps et sont une représentation que « la culture donne à cet événement magnifique, merveilleux et inquiétant qui consiste à donner la vie » (Rochette, 2002, p. 33). Les femmes enceintes qui entendent ces récits y réagissent forcément, mais chacune à leur manière, selon leur histoire et leurs enjeux. Et si cela augmente leurs craintes, comme nous l'avons vu, cela peut également être utilisé comme un miroir à leurs propres angoisses ou à leur besoin d'élaboration de leur histoire. C'est le cas de

Justine, qui évoque également ce qu'elle a entendu de négatif au sujet des accouchements. Cela va lui permettre de faire le lien avec sa propre expérience qui s'est révélée être traumatisante et sa crainte d'une répétition pour l'accouchement à venir.

Tsé on entend beaucoup les, souvent, les moins belles histoires. Pourtant y'a beaucoup de beaux accouchements, mais tsé dans l'fond si j'pense aux accouchements là.. que j'ai entendu parler là, tsé tout le monde va comme raconter ce que y'a pas... Ben tout le monde a besoin de raconter son accouchement, tsé j'sais pas combien de fois. Pis ça les gars y l'comprennent peut-être moins. Mais combien de fois on raconte tsé après-coup, c'est comme si on voulait le revivre, parce qu'on est comme à l'extérieur de nous un peu ou je sais pas [respire]. Pis tsé on r'raconte ça fait qu'on s'rencontre entre filles « Ah oui » pis là ta ta ta ta, mais souvent c'est, y'a des histoires un peu euh [renifle]... (Justine)

Justine utilise l'annulation rétroactive (Chabrol et Callahan, 2018) en expliquant dans un premier temps que les histoires d'accouchement qui se racontent sont souvent négatives puis en niant cette proposition en affirmant qu'il existe de beaux accouchements dont on ne parle pas. Elle illustre ici un conflit intérieur entre l'anxiété ressentie par les « moins belles histoires » et son désir de s'apaiser avec l'idée qu'il y a « beaucoup de beaux accouchements ». Elle met en parallèle ces deux énoncés en leur attribuant le même adverbe « beaucoup ». Mais le procédé d'annulation rétroactive échoue, car la proposition angoissante triomphe. « Tout le monde » raconte ce qui n'a pas bien été. Devant l'échec du mécanisme de défense, Justine arrête brutalement son élaboration, la laisse en suspens avec une aposiopèse, mais reprend son discours en répétant « tout le monde », mais en modifiant la suite de la proposition. La locution « tout le monde » est d'abord associée au fait de raconter des histoires négatives puis au besoin de raconter son accouchement. Finalement, dans un effet de spirale, Justine termine en disant que « souvent, c'est, y a des histoires un peu... » et suspend de nouveau son élaboration. Cela illustre l'intensité de son angoisse lorsqu'elle associe le fait de raconter son accouchement au fait de raconter ce qui n'a pas bien été lors de l'événement. Les histoires négatives des autres semblent faire écho à son propre accouchement, ce dont elle tente de se défendre avec force. Justine va d'ailleurs raconter à chaque entrevue son premier accouchement en des termes descriptifs violents et envahissants, tout en utilisant la dénégation de façon systématique pour maintenir l'illusion que « c'était un très beau moment ». Voici le récit qu'elle en fait lors de la première entrevue :

Je suis tombée dans cette clinique-là.. pis je... mais je suis contente! Autant que j'ai entendu des gens qui trouvaient que c'était trop médical, trop ci, trop ça, moi j'suis tombée quand même sur des gens assez humains ... Fait que euh.... Puis pour moi c'est un très beau moment. C'est ça, des fois je m'en souviens là tsé, les jours qu'on a passés à l'hôpital là.. c'est vraiment euh.. tsé un beau, des beaux moments. Puis on était resté plus longtemps parce que.. T. avait une jaunisse, mais c'est comme si dans notre chambre on s'est créé notre petit monde. Puis tsé, dès la deuxième journée, dès la première ouais deuxième journée tsé, toute notre famille est venue de Québec pis tout ça. Un après l'autre pis euh, je l'sais pas! Tsé même si à l'accouchement y'ont pris euh la ventouse, les forceps, la ventouse, que j'ai poussé pendant trois heures, que après ça euh, j'ai jamais été aussi enflée de toute ma vie, parce que moi à la place d'enfler avant, je me suis mise à enfler après, enfler, enfler, que je voyais plus mes genoux, mes pieds, en tout cas c'était vraiment enflé [respire]. Puis que j'avais de la misère à marcher pis j'me suis assise sur un petit beigne là pendant au moins un mois et quelque [rire]. Puis hey que j'étais maganée, mais malgré ça.. puis tsé que j'marchais pas dans, dans l'hôpital [rire], j'restais dans ma chambre, j'allais disons, j'm'achetais un petit quelque chose ou j'mangeais un petit quelque chose, je revenais là [respire]. Pis que l'allaitement au début tsé c'était quand même quelque chose.. Malgré ça, on dirait que c'était.. tsé ça a été un beau moment là! (Justine)

Justine utilise une fois de plus l'annulation rétroactive en compensant ses propos négatifs sur son accouchement avec « ça a été un beau moment là ! ». Son ambivalence est perceptible dès le début lorsqu'elle annonce « mais je suis contente » avant même d'avoir émis des récriminations. Justine a recours à des figures de construction impliquant des répétitions lexicales qui provoquent « un supplément de force expressive » (Henri, 2016, p. 53), notamment lorsque, dans une saturation sémantique, elle répète six fois dans la même phrase qu'elle a « enflé », faisant même une épizeuxie en le répétant sans conjonction de coordination. Toujours dans un but de renforcer son discours, tel un plaidoyer, elle emploie une anaphore en faisant débiter chaque souvenir négatif par « puis » : « puis on est resté longtemps », « puis j'avais de la misère à marcher », « puis j'étais maganée », « puis je marchais pas », « puis l'allaitement ». Une fois l'interlocuteur convaincu de la terrible expérience qu'elle a vécue, elle conclut en annulant le tout par « malgré ça, on dirait que c'était... tsé, ça a été un beau moment ! ». On constate qu'il lui est impossible, lors de la première entrevue, de s'approprier subjectivement le versant négatif de son accouchement. Lors des deux autres rencontres, elle élaborera son expérience et parviendra à mieux articuler la crainte de la répétition pour l'accouchement à venir.

Justine, nous l'avons vu, a appris qu'elle était enceinte pour la première fois lorsqu'elle a fait une fausse couche. Cette expérience de la perte n'a pas eu de temps pour être pensée comme telle. C'est

seulement dans l'après-coup, alors que Justine est enceinte pour la troisième fois, qu'elle réalise que cette fausse couche a eu un impact.

Mais après-coup, avec le recul, j'me rends compte que [respire] cette fausse couche-là, tsé des fois on, moi j'pensais que ça avait pas eu de conséquence parce que tsé euh j'm'étais dit « ah », pis c'est vrai, j'ai, j'ai pas comme pleuré ou quoi ; mon sentiment ça a vraiment été [respire] ça fonctionne [respire]. Mais à la première grossesse, j'vois que j'me suis toujours mis comme une espèce de, de réserve. J'capable de l'voir maintenant. (Justine)

Bien qu'elle soit capable de nommer que la fausse couche a eu des répercussions sur sa façon d'investir la grossesse qui a suivie, elle paraît encore très angoissée par la possibilité que l'événement se produise de nouveau. Mais son processus d'élaboration psychique restant partiel, elle utilise la projection comme mécanisme de défense. Elle « expulse de soi et localise dans l'autre, des sentiments, des désirs, qu'[elle] méconnaît ou refuse en [elle] » (Laplanche et Pontalis, 1998, p. 344). Elle va alors faire appel aux expériences de perte d'autres femmes afin de projeter à l'extérieur ce qui l'angoisse.

Et y'a peut-être deux semaines, j'ai croisé une voisine en face qui est une enseignante aussi. Puis j'lui dis : « Pis, t'aimes toujours ton autre école, ta nouvelle école ? » Parce qu'elle aussi avait changé quelques fois d'école. Elle dit : « Oui! ». J'dis : « Ah, moi j'suis retiréée », tsé tout ça, « J'suis enceinte ». Pis elle, tout suite a dit : « Ah ben moi j'ai fait une fausse couche ». Pis elle, tu sentais que ça l'affectait encore énormément [appui sur ce mot] et sa fausse couche elle datait du printemps passé [respire]. Tu sentais quasiment qu'elle avait le goût de pleurer en me l'disant. Pis euh... elle avait fait sa co [coupure] elle avait perdu du sang à onze semaines. Bon quand elle m'a dit ça, moi j'étais à dix semaines. (Justine)

Justine se dissocie de la réaction émotionnelle de sa voisine par l'expression : « pis elle, tu sentais que ça l'affectait énormément », sous-entendant que cela n'a pas été son cas. De la même manière, elle n'a pas pleuré lors de sa fausse couche alors que sa voisine est encore émotive plusieurs mois plus tard. Malgré cette mise à distance, le processus échoue puisqu'elle termine en ramenant l'expérience de sa voisine à son propre vécu. En comparant le moment où la fausse couche de sa voisine est arrivée au nombre de semaines de grossesse où elle se trouve, elle exprime indirectement qu'elle a ressenti une crainte à la possibilité que cela lui arrive également. Finalement, l'histoire de sa voisine l'a ramenée à sa réalité subjective.

Dès le début de la première entrevue, Justine glisse rapidement que sa belle-sœur a fait trois fausses couches les unes après les autres. Elle change de sujet et aborde le fait qu'elle doit faire du rangement à son lieu de travail pour finalement revenir sur ce que provoquent chez elle les fausses couches de sa belle-sœur.

Fait que j't'allée mettre ça dans des boîtes et tout ça [respire], mais en faisant ça j'avais toujours le sentiment que, elle venait de faire une fausse couche, et que moi je n'étais pas à douze semaines et que moi aussi je pouvais en faire une dans l'fond. Euh... bon! Fait que finalement ben, j'suis rendue presque à douze semaines pis euh... j'veux dire... euh, c'est samedi prochain j'pense, pis tsé, j'ai pas fait de fausse couche, là [respire]. (Justine)

Justine semble avoir besoin d'utiliser les expériences des autres pour entrer en contact avec ses propres angoisses. Les histoires négatives qu'elle a entendues lui servent de support à l'élaboration de son vécu. Cela est flagrant lorsqu'elle évoque une amie qui a dû garder en elle le fœtus mort pendant plusieurs semaines.

fait que bon elle était quand même allée chez le docteur pis le docteur dit : « Non non c'est correct ». Y'avait fait un examen [respire]. À dit : « Pouvez-vous quand même vérifier, une échographie? » ou quoi là. La, la semaine suivante elle avait la clarté nucale. Ben, j'sais pas, elle voulait qu'ils vérifient quand même [respire] pour qu'ils se rendent compte que le bébé avait arrêté de grandir genre à cinq semaines. Pis que là elle était à onze semaines [dit très subtilement]. Puis là finalement, y'ont décidé de laisser ça aller pour que ça sorte euh tout seul et toute le kit. Et ça a pris énormément, énormément, énormément de teemps et de médicaments et de toute le kit. Fait que finalement tsé peut-être qu'ils auraient été aussi bien de faire quelque chose parce que là, prrolonger [rire] son affaire pour finalement que ... a perde le bébé, genre en camping je sais pas combien de temps, deux mois plus tard ou je sais pas trop, un mois [respire]. /.../ Tandis que moi quand j'ai fait ma fausse couche, j'ai plus fait comme: « Ah j'étais enceinte, ah j'le suis plus, ah ben ça marche! » C'est tout! Tsé je, j'c'était pas comme ça là, comme elle. Pis euh, euhf, j'avais appelé puis ils avaient dit : « Ah vous faites rien ». Puis là, j'avais appelé à deux, trois places pis j'étais restée chez nous, puis personne m'avait vuue. Une fois j'avais vu un médecin que, deux deux semaines plus tard parce que j'avais mal au genou [respire]. Puis euh j'lui avais dit que j'avais fait une fausse couche pis tout ça, puis elle dit : « Ben vous êtes venue pour un problème de genou! » Fait que elle m'a pas écoutée pour ma fausse couche [rires] (Justine)

Lorsqu'elle relate cette histoire, Justine est elle-même à onze semaines de grossesse. Lorsqu'elle module son ton de voix pour évoquer cette similitude temporelle, fait-elle un lien avec sa propre

grossesse ? Sa description de l'événement est intensifiée par l'utilisation d'une épizeuxie avec la répétition du mot « énormément ». Justine exprime à quel point le processus a été long et intense pour expulser le bébé. On perçoit son angoisse qu'elle va décharger dans un rire alors que rien n'est drôle dans son discours. Or, « certains rires peuvent s'entendre comme la marque de l'effroi, [...] du côté de la souffrance psychique et des carences de représentation » (Llopis-Salvan, 2017, p. 77). Le rire peut également dévoiler un défaut de mentalisation. Il devient ainsi un moyen rapide d'expulser une surcharge. « Il a, d'un point de vue économique, une fonction anti-traumatique de protection d'un psychisme menacé » (Baruch, 2017, p. 146). Justine tente de se défendre des angoisses que cette histoire provoque en elle, car cela raisonne avec sa propre expérience qu'elle décrit juste après. Bien qu'elle prenne bien soin de préciser que sa fausse couche n'a rien à voir avec celle de son amie (« c'était pas comme ça là, comme elle »), elle évoque une situation analogue où elle n'a pas été écoutée et où personne n'a vérifié qu'il ne restait rien en elle de ce fœtus mort. Cela provoque de nouveau un rire chez Justine, rire défensif qui évoque la peur, tout comme le rire émis lors de la narration de l'histoire de son amie.

Lors de la deuxième entrevue, Justine va encore utiliser une histoire entendue dans son entourage pour justifier ses propres angoisses :

Fait que y'avait comme tout ça aussi au départ euh... vu que j'avais trente-cinq ans, maintenant j'ai trente-six, est-ce qu'on fait l'amniocentèse ou pas. Puis finalement, la clarté nucale était belle [court respire] donc on a décidé de euh de pas l'faire. Mais tsé toutes ces décisions-là, parce que moi j'avais une cousine qui avait eu un bébé euh qui est mort après euh [aspire] deux trois mois de naissance là [renifle] c't'un accident on va dire d'la nature là, tsé y'avait eu comme plein d'affaires de bébés pis tout ça. Mais tu sais quand même t'as ça dans 'tête. (Justine)

À la fin, son discours se désorganise. À quoi fait-elle référence lorsqu'elle dit qu'il « y'avait eu comme plein d'affaires de bébés pis tout ça » ? Elle semble être envahie par ces histoires négatives qui lui restent en tête et qui reflètent sa propre crainte par rapport à sa grossesse et à son bébé. Justine tente d'exprimer ses sentiments, de faire des liens entre son histoire et celle des autres. Ces va-et-vient semblent être « des tentatives, inconscientes, du sujet de remettre en jeu ce qu'il n'a pas pu résoudre » (Francisco, 2017, p. 87).

Claire, qui fait un stage dans un service d'obstétrique, trouve aussi un écho à ses angoisses dans les expériences dramatiques auxquelles elle a pu être confrontée dans son travail.

J'vois ça un peu comme euh [silence] faire confiance à notre corps, faire confiance à, ça fait un peu ésotérique là, mais c'qui doit arriver doit arriver ou plutôt lâcher le contrôle là parce que ... on peut bien manger, faire attention mais... on peut pas vraiment contrôler comme, comment la grossesse va se passer, si ça va bien se passer ou non là. J'pense à mon travail là, y'a plein de choses inexplicées qui arrivent des fois puis, c'est juste triste, puis on peut rien faire là. Y'avait rien à faire là vraiment pour empêcher ça puis euh... ça, c'est ça, je sais pas si le travail m'a rendue un p'tit peu plus anxieuse par rapport à ma grossesse là, voir des femmes que j'ai vues qui ont perdu des bébés, pis que le cœur s'est arrêté de battre, bon euh, on sait pas pourquoi. Ça, ça m'a peut-être un p'tit peu marquée mais euh... c'est euh... j'saurais pas comment le définir autrement là, faire confiance... hum... laisser aller, lâcher prise...[silence] (Claire)

Claire décrit la grossesse comme un événement incontrôlable qui la rendrait impuissante : « c'qui doit arriver doit arriver », « on peut pas vraiment contrôler », « y a plein de choses inexplicées qui arrivent », « on peut rien faire », « y avait rien à faire là vraiment », « on sait pas pourquoi ». Cette crainte de l'impuissance chez la femme enceinte est relevée par plusieurs auteurs (Fisher *et al.*, 2006; Soet *et al.*, 2003). Mais le discours de Claire va au-delà de l'impuissance et sonne comme une fatalité, notamment lorsqu'elle utilise la tautologie « ce qui doit arriver, doit arriver ». Cela lui permet probablement de réduire l'angoisse : puisqu'elle ne peut rien faire pour lutter contre un coup du destin, il lui reste l'acceptation, le « laisser aller, lâcher prise ». Elle amoindrit l'effet qu'a eu sur elle la confrontation avec des réalités tragiques : « ça m'a peut-être un p'tit peu marquée ». Pour Claire, les histoires négatives lui permettent de renforcer son procédé défensif en expulsant à l'extérieur toute cause pouvant mener à la perte du bébé.

Comme nous venons de le voir, les femmes enceintes peuvent se servir des histoires négatives des autres pour exprimer leurs propres angoisses. Néanmoins, il arrive que l'entourage projette ses propres peurs sur la femme enceinte et que celle-ci s'en défende avec vigueur. C'est le cas de Claire, dont la belle-mère a perdu un bébé.

Pis ma belle famille aussi est super heureuse puis donc, ça c'tait bien, mais en même temps, j'ai commencé surtout de la part de ma belle famille, à avoir beaucoup de conseils. Y sont très protecteurs, puis [respire] ils veulent que je fasse attention. Y'ont beaucoup peurs euh, beaucoup de peurs euh, anxieuses disons, euh. Ma belle-mère elle-même a déjà perdu un bébé et, un des jumeaux en fait. Fait qu'a l'a peur qui arrive

quelque chose donc des fois, je trouve ça un p'tit peu dérangent, un peu agressant, comme euh [hésitation] c'est sûre, c'est l'fun avoir de l'attention quand on est enceinte, puis que les gens pensent à nous, fassent attention à nous, mais des fois, j'trouve ça un peu trop là, comme trop protecteur ou trop de conseils que je vais recevoir. (Claire)

Claire se sent envahie par les conseils de sa belle-famille et cela se ressent dans les adverbes qu'elle utilise et qui expriment une intensité : « beaucoup de conseils », « beaucoup peur », « très protecteurs ». Elle comprend la raison de la peur de sa belle-mère et tente de minimiser l'effet que cela a sur elle (« un p'tit peu dérangent », « un peu agressant »). Cette tentative échoue puisqu'elle effectue une gradation et termine en exprimant le fait que ces comportements sont excessifs et dépassent sa limite : « trop protecteurs, trop de conseils ». Elle utilise d'ailleurs l'annulation rétroactive. La première partie de la proposition va être déniée par la seconde : « c'est l'fun d'avoir de l'attention quand on enceinte, puis que les gens pensent à nous, mais des fois j'trouve ça un peu trop ». On voit ainsi son ambivalence face aux comportements de sa belle-famille. Elle les comprend et n'est pas insensible au fait qu'ils ont perdu un bébé, mais malgré cela elle se sent agressée par leurs réactions. Elle en donne d'ailleurs des exemples :

C'tait, les conseils qu'on me donnait, c'tait, c'tait comme si j'existais pus, c'tait, c'tait au fond pour le bébé et puis, euh laisse-moi te dire, ça allait être un exemple, euh, [soupir] euh ... bon, ma belle-famille est plus anxieuse, tsé, y'ont peur des sources de chaleurs, par exemple. Comme, y sont venus dernièrement, pis y voulaient pas que j'aïlle proche du four. C'est vraiment un p'tit côté anxieux là [soupir]. Ou, y veulent pas que je soulève des choses lourrrdes. Ou quand quelqu'un, qu'une de mes nièces vient pour me serreeer euh, y vont, y vont dire fait attention, fait attention euh, serre pas trop Claire, pis c'est moi au fond qui les serre. C'est, c'est euh, des, des conseils un peu là, de comment en ce moment faire attention pour pas qu'y arrive rien au bébé. Donc, [rire] j'me sens un peu comme euh, un contenant, comme je contiens quelque chose de très précieux pour moi aussi, mais euh, j'sais pas, y'avait quelque chose qui me dérangent dans [hésitation] que j'apprends à gérer, mais euh [soupir]... (Claire)

La peur de la mort plane et cela se répercute sur Claire. Elle se sent alors considérée comme un contenant dangereux pour son bébé, niée dans son individualité (« c'tait comme si j'existais plus »). À trois reprises, Claire soupire, par exaspération ou par lassitude. Ces comportements l'affectent. Elle fait d'ailleurs une double négation dans la formulation « c'est, c'est euh, des, des conseils un peu là, de comment en ce moment faire attention pour pas qui arrive rien au bébé ». Inconsciemment, Claire dit que ces conseils pourraient faire en sorte qu'il arrive quelque chose au bébé. Cette phrase est suivie d'un rire défensif. « Le moi recourt au rire si ses fonctions défensives

se trouvent en danger d'être débordées par cette énergie libérée échappant à son contrôle. Ses fonctions pare-excitantes se mettent alors en œuvre pour déclencher cette expulsion » (Baruch, 2017, p. 148). Claire semble ainsi évacuer une énergie destructive qui peut-être ne lui appartient pas en totalité.

Tout comme Claire, Marie-Lune subit les conseils de sa belle-famille, notamment par rapport à son alimentation.

Mais là entre autres, l'aspect alimentation, dans la famille à mon chum, ils vérifient c'que je mange et puis on est tout le temps en train de parler de qu'est-ce que je mange, t'sais. Donc je trouve ça très, très lourd parce que je m'alimente très bien mais en même temps même si j'ai le goût de manger une poutine de temps en temps là... ça change rien là. J'ai le droit d'en manger dans ma vie normale mais j'ai le droit d'en manger enceinte, mon bébé ne va pas virer malade pour autant là. (Marie-Lune)

Marie-Lune s'indigne de cette intrusion de sa belle-famille dans son alimentation au prétexte qu'elle est enceinte. Elle affirme son « droit » à manger ce que bon lui semble, qu'elle soit enceinte ou non.

Anne-Marie, qui a fait six fausses couches, se défend des craintes de son conjoint qu'il arrive quelque chose au bébé dont elle serait responsable.

Y'a un p'tit côté contrôlant par exemple. En termes de ... tsé, là là le temps des fêtes arrive fait que on parle beaucoup d'l'alcool ou de... pis si j'prends un verre de vin là y'é: ben là! Euh... un verre de vin mon amour, c'est pas ça qui va rendre le bébé euh ... tsé [renifle] Fait que, ça... (Anne-Marie)

On note sa difficulté à nommer ce qui pourrait arriver au bébé, car elle a recours à une aposiopèse. Elle suspend sa phrase, refusant d'aller plus loin dans son élaboration, tenant ainsi à distance les angoisses qui pourraient survenir.

Les femmes enceintes sont soumises aux nombreux conseils de leur entourage (Dunn *et al.*, 2003; Gross et Bee, 2004; Kenworthy Teather, 1999) visant souvent le bon développement du fœtus. Ces conseils reflètent la peur des autres quant à la possibilité qu'il arrive quelque chose au bébé et peuvent faire raisonner les propres angoisses des parturientes. Nos participantes manifestent leur

opposition à être contrôlées et surveillées et tentent de résister à ses projections dont elles sont l'objet. D'autant plus que cela semble leur renvoyer leur incapacité à prendre soin correctement de l'enfant qu'elles portent, voire qu'elles pourraient être potentiellement dangereuses.

6.2 La perte du bébé : une représentation qui évolue dans le temps

Nous avons évoqué les différentes formes que peuvent prendre les représentations de la mort du bébé dans le discours de femmes enceintes. Il est intéressant d'observer que ces représentations évoluent selon le trimestre de grossesse.

6.2.1 Premier trimestre : entre peur de la perte, difficulté à se représenter enceinte et sentiment d'étrangeté

Nous l'avons vu, les craintes de faire une fausse couche lors du premier trimestre sont très présentes. « Le premier trimestre en effet – et cela toute femme le sait dans son for intérieur – est encore une période d'incertitude. Si la femme se dit “je suis enceinte” et se vit comme telle, elle ne peut s'empêcher de se demander si cette grossesse arrivera à terme » (Szejer et Stewart, 1994, p. 125). À la peur de la perte, s'ajoutent la difficulté à se représenter enceinte et le doute quant au fait d'être enceinte. « On sent un balancement entre vie et mort, entre répétition et différenciation. Mais l'évocation en est imprécise : une sorte de pressentiment. La représentation de l'enfant n'est pas encore forgée, la représentation de soi enceinte encore hésitante » (Spiess, 2002, p. 47).

Justine explique qu'elle doit faire plusieurs tests de grossesse pour s'assurer qu'elle est bien enceinte.

Moi tsé quand j'sais que j'suis enceinte là, tsé j'pourrais aller m'acheter des tests de grossesse au Club Price [rire]. Dans le sens que j'en veux plus qu'un [rire]. Donc! j'en ai fait un pis y'était ... y'était tu négatif le premier? Y'était comme négatiff ou en tout cas. Puis quelques jours plus tard, là je pense que j'en ai fait quatre au total. Là, les trois autres étaient positifs. Maiiis tsé on dirait que... tsé c'est trop pâle, trop foncé, wawawa, tsé c'est toujours, tsé j'veux confirmer pis c'est tu sûr? (Justine)

Justine commence par énoncer qu'elle « sait » qu'elle est enceinte. Or, elle ressent le besoin de multiplier les tests afin d'en avoir la certitude. Que cherche-t-elle réellement ? Car peu importe que le résultat du test soit positif ou négatif, elle réitère l'expérience à quatre reprises. Comme si ce n'était jamais assez « sûr », que le doute persistait. On se rapproche ici d'une dénégation qui serait

« déterminée par le refus inconscient de reconnaître qu'un élément perçu ou admis dans son existence puisse se rapporter à un état du sujet » (Dayan *et al.*, 1999, p. 44). Justine va d'ailleurs mentionner plusieurs fois durant l'entrevue qu'elle ne se sent pas vraiment enceinte.

présentement, c'est comme si euh... je l'sais que j'suis enceinte... mais c'est comme si je l'étais pas en même temps. Tsé, j'le réalise pas vraiment. (Justine)

Pis de toute façon, si je compare à l'autre grossesse c''tait un peu pareil... Ben d'un autre côté... mais euh... en tout cas c't'ait un peu pareil dans le sens que je.... c'est comme, c'est comme si j'étais enceinte pis pas enceinte en même temps... C't'un, c'est vraiment un peu ça. (Justine)

En tout cas, c'est comme plein plein de choses, mais... en même temps... j'realise plus ou moins tsé que j'suis enceinte. C'est comme, c'est comme bizarre! (Justine)

Elle sait qu'elle est enceinte, mais ne parvient pas à l'intégrer totalement. Ce conflit psychique est manifeste et reflète son ambivalence du désir d'enfant. En effet, la dénégation peut être comprise comme un symptôme d'un conflit intrapsychique inconscient. « Dans la métapsychologie freudienne, la dénégation est un moyen de prendre connaissance du refoulé. Le contenu représentatif est maintenu à l'écart de la conscience, en même temps qu'apparaît une sorte d'admission intellectuelle du refoulé. La pensée se libère alors des limitations du refoulement » (Bayle, 2005b, p. 197). À la fin de la première entrevue, après de nombreux détours et digressions, elle parvient à exprimer de façon confuse sa crainte de perdre le bébé. Elle explique qu'elle a acheté un livre pour son fils évoquant l'arrivée d'un petit frère ou d'une petite sœur, mais qu'elle ne parvient pas à le lui donner.

Mais euh, tsé un petit livre qui explique là qui va y avoir un petit frère ou une petite sœur, bon tout ça. Pis c'est drôle, je l'ai acheté, mais j'y donne pas! On dirait que j'me suis dit : bon ben j'vais y donner euh [respire] ... tsé j'sais pas moi, après la clarté nucale ou quand je vais avoir mon premier rendez-vous tsé. Puis j'sais déjà moi à mon premier rendez-vous la première fois, j'avais pas entendu le cœur. Fait que tu sais, je l'sais que ça se peeeut que je l'entende pas, que ça va aller à l'autre fois d'après... ou à la clarté nucale euh. Parce que je sais pas comment j'tais faite, c'était plus comme basculé vers l'arrière, ça avait été comme euh [respire] ou j'sais pas si elle avait pas cherché assez longtemps ou pas. Mais tsé, on avait pas, on l'avait pas entendu. Je sais que ça se peut que je l'entende paaas! Fait que tsé [pause] Même, j'parle de ça, pis c'est comme si je parlais de j'sais pas qui là [rire] tsé c'est, c'est comme, c'est ça! Je sais que c'est peut-être pas comme ça pour tout le monde là, mais pour moi c'est comme ça [sourire] (Justine)

De façon désorganisée, Justine verbalise sa peur de ne pas entendre le cœur du bébé lors de sa première rencontre avec la gynécologue. Cela signifierait alors l'absence de certitude quant à son état de grossesse. C'est pourquoi elle ne veut pas donner le livre à son fils. Elle doute de sa grossesse, elle doute que le bébé soit en vie. Elle est toutefois incapable de le verbaliser clairement. Elle termine par un mouvement défensif, en tentant de se mettre à distance de ses propos : « j'parle de ça, pis c'est comme si j'parlais de chez pas qui là ». Elle enchaîne avec un rire et un sourire, acceptant la singularité de sa réaction. On la sent soulagée d'avoir utilisé la rencontre avec la chercheuse pour tenter de mettre en mots sa crainte face à la possibilité de perdre le bébé.

Sylvie et Marie-Lune évoquent leur sensation de ne pas vraiment être enceinte et font le lien avec l'absence de symptômes. Comment s'assurer de porter la vie alors que rien ne le confirme physiquement ?

Ben, c'est très difficile euh... jusqu'à temps que j'vois l'échographie pis j'entende le cœur, c'tait comme irréal. J'avais, j'avais d'la misère à... Pis j'ai pas beaucoup de symptômes donc c'tait difficile pour moi de... de de de m'assurer que j'tais vraiment enceinte là... Donc euh, de de l'croire, pis c'est abstrait c'est ma première grossesse aussi donc euh... j'savais pas trop à quoi m'attendre. (Sylvie)

Je dirais que, au plan physique, j'ai eu de la fatigue, beaucoup de fatigue dans le premier trimestre, mais c'est tout. Je n'ai pas eu de nausées, de dégoût alimentaire, d'odorat amplifié là. Donc au niveau physique c'était comme si je n'étais pas vraiment enceinte. (Marie-Lune)

De plus, « la représentation de l'enfant à naître n'est pas encore forgée dans le psychisme, et c'est l'image de soi qui se trouble chez la femme à partir des manifestations somatiques et psychiques qui s'imposent à elle » (Spiess, 2002, p. 44).

Les participantes décrivent une sensation de malaise, d'étrangeté. Sylvie évoque un sentiment « d'irréalité ». Marie-Lune dit que « c'est bizarre ». Durant les premiers mois de grossesse, les femmes s'interrogent sur leur ressenti dans leur corps, dans un mouvement centré sur soi. « C'est sur soi, sur l'éprouvé de soi enceinte, et non sur l'enfant à naître, que porte le premier questionnement de la femme, et c'est fréquemment à partir de perceptions ou de manifestations corporelles vécues comme étranges, imprévues, et du sens qu'elle leur attribue, que trouvent à se dire ses interrogations et ses inquiétudes » (Spiess, 2002, p. 47).

En fait, ben en fait ce qui m'habitait à ce moment-là c'était, mais j'ai comme, c'est bizarre, je n'avais pas vraiment l'impression encore que le bébé était dans mon corps.
(Marie-Lune)

Justine a le sentiment de n'être qu'elle. Elle n'admet pas encore que l'intérieur de son corps abrite un autre en devenir.

j'ai pas l'impression que j'suis enceinte. Fait que euh... tsé c'est euh... tsé, même si mon chum l'autre fois il voulait comme me toucher le ventre, on dirait que j'avais comme pas le goût. Tsé comme si euh... j'me sentais plus comme si j'avais un bourrelet ou tsé euh... Pis tsé des fois là, j'j' tsé j'plus j'me dis faut peut-être ... j'me dis ah ben... t'as besoin de faire moins attention, j'l'sais pas [respire] mais... tsé j'me sens pas euh.. comme, si... si j'touche, ben c'est moi! J'me dis tsé j'sentirais-tu quelque chose déjà? Non! tsé. Mais euh... tsé j'ai comme pas euh... C'est ça, c'est comme bizarre! C'est comme si y'avait comme quelque chose encore autour de ça de ... tsé c'est pas comme quand t'as un gros veentre pis que euh je sais pas. C'est, c'est un peu [pause] (Justine)

Le discours de Justine est confus, hésitant, avec de nombreux arrêts et une fuite des idées. On perçoit l'angoisse éprouvée par cet état de grossesse. Justine a besoin d'assimiler et de s'approprier « une image de soi mouvante » et cela requiert « une maturation qui chemine progressivement en prise avec les changements psychologiques » (Pascal *et al.*, 2011, p. 139).

D'ailleurs, ce processus d'appropriation et d'assimilation est saillant chez Marie-Lune. À huit semaines de grossesse, elle a eu un accident de voiture à la suite duquel on lui a fait une échographie pour s'assurer que le bébé était correct.

En fait, je veux juste savoir s'il est vivant, s'il est en santé, s'il est correct. Et puis c'est tout. Ça ne me dérangeait pas de, en fait je ne voulais pas tant le voir que ça, je voulais juste que quelqu'un me dise ah ben votre bébé est en santé, il lui est rien arrivé, il est correct, tu sais. (Marie-Lune)

Marie-Lune exprime qu'elle n'a pas encore le désir de la rencontre avec son bébé, mais elle souhaite s'assurer qu'il est vivant. Elle n'est pas encore prête à se confronter à la réalité physique, car elle n'est pas rendue là dans le processus d'intégration qu'un autre se développe en soi. La réalisation concrète de la grossesse peut suivre un rythme différent de l'appropriation subjective de l'événement.

Pour Claire, c'est la sensation d'être « envahie », « parasitée » qui domine.

c'est, ça va un petit peu mieux, mais c'était très présent là de me sentir là, un peu le mot qui me venait, c'était parasitée là un peu (Claire)

y'a un attachement, mais en même temps euh, un sentiment d'être envahie un peu, ça contrôle un peu ma vie en ce moment puis euh (Claire)

Claire a recours à l'amoindrissement par le discours en utilisant des figures d'atténuation tel l'euphémisme, en répétant « un peu » afin d'adoucir le référent. Elle tente ainsi de minimiser la représentation inquiétante qu'elle énonce. Or, cela provoque l'effet inverse sur le chercheur que nous sommes. En effet, « la valeur illocutoire observée ne vaut que par anticipation de l'effet perlocutoire escompté : la figure agit au deuxième degré. Le mieux est l'ennemi du bien : l'inadéquation trop appuyée entre les mots et la réalité vécue déclenche une inférence qui rétablit le sens caché de l'énonciation, et, ipso facto, le met en valeur » (Jaubert, 2008, p. 109).

Que ce soit par la sensation de ne pas être enceinte ou par le sentiment d'être envahie, on constate que « l'annonce d'une grossesse provoque des sentiments d'étrangeté et d'ambivalence, et les femmes témoignent d'un vacillement initial devant l'accès à la maternité » (Spiess, 2002, p. 44). À cela s'ajoute la peur de faire une fausse couche et l'absence de preuve physique de leur état de grossesse. Ainsi le premier trimestre s'inscrit entre la peur de la perte, la difficulté de se représenter enceinte et une certaine étrangeté.

6.2.2 Deuxième trimestre : rencontre avec le fœtus, objectalisation du bébé et peur de l'anormalité

Le deuxième trimestre est marqué par un événement majeur : la rencontre visuelle avec le fœtus à travers l'échographie. Au Québec, trois échographies sont généralement proposées dans le suivi d'une grossesse normale. La première se situe autour de la douzième semaine de grossesse et permet la datation, l'identification de grossesse multiple et la mesure de la clarté nucale utile pour le dépistage des trisomies. La seconde échographie dite morphologique a lieu autour de la vingtième semaine. Elle a pour but de dépister les anomalies fœtales. La dernière est réalisée autour de la trentième semaine de grossesse afin de mesurer le bébé et vérifier sa croissance.

L'échographie est un moment marquant de la grossesse. Si pour les médecins elle représente un outil incontournable de dépistage anténatal, pour la femme enceinte, elle signe la première rencontre visuelle avec le bébé. Nous l'avons vu, le premier trimestre est marqué par le doute. Doute d'être enceinte, doute de mener la grossesse à terme. Or, l'échographie vient confirmer l'état de grossesse. L'image sur l'écran est la preuve de son existence. Pour Sylvie, les échographies sont rassurantes. Elles démontrent la normalité du fœtus et lui permettent d'investir progressivement la grossesse.

C'est sûr qu'il échographie a beaucoup aidé. Là j'ai vu que tout était normal, y'avait pas d'écoulement placentaire fait que ça ça ça m'a beaucoup beaucoup rassurée, pis après ça c'est sûr à chaque visite euh au médecin ou euh après ça la sage-femme, on écoutait l'cœur pis là tout était beau, fait que, plus ça allait j'me disais « Ben coudonc c'est parti! » (Sylvie)

Pour Justine également, l'échographie est un moyen de mieux investir la grossesse. Dans un discours toujours dense et digressif, elle parvient à nommer que l'échographie lui a permis de cesser de « se garder une réserve tout le temps ».

Parce que dans l'fond j'étais à vingt semaines, on est allé faire euh les échographies.. puis euh... /.../ Euh.. tu sais j'me gardais quand même une réserve tout l'temps. /.../ euh... fait que quand on est arrivé la semaine passée ... à l'échographie, y'ont fait, on a fait l'écho cardiaque, puis une écho normale /.../ pis finalement, l'écho cardiaque était correcte pis l'autre écho... T'sais on a eu l'temps de beaucoup l'voir le bébé là parce que l'écho cardiaque ça dure quasiment comme quarante-cinq minutes. /.../ pis... c'est comme si maintenant tsé y'avait plein d'affaires réglées par rapport à ma grossesse pis là j'rentrais dans une autre euh tsé dans une autre ère on peut dire. (Justine)

L'échographie constitue donc « l'objectivité du fœtus » (Nishizaka, 2011). À cette objectivité, s'ajoute l'expérience subjective de la femme. « Énigmatique, mais de tout temps fantasmé, l'enfant du dedans se retrouve partiellement extériorisé sous la pulsion scopique de l'échographie prénatale » (Viaux-Savelon, 2013, p. 22). Les images de l'échographie, en concrétisant la grossesse et en rassurant sur la présence du bébé, semblent permettre un investissement objectal.

Après la première échographie, on dirait qui, que le bébé a commencé à exister un p'tit peu plus là. Puis euh, j'm'étais acheté aussi un journal ou euh, où j'écris dedans euh [silence], comme si je lui parle, pis j'lui raconte euh, c'qui se passe puis euh, euh, puis j'ai commencé à prendre des photos là, une fois par mois de l'évolution de la grossesse. (Claire)

Claire change de temps en passant du passé au présent dans la même phrase. Elle s'était probablement acheté un journal dans lequel elle n'écrivait pas. L'échographie, rendant l'existence du bébé plus tangible, lui permet de vouloir entrer en relation avec lui par le biais de l'écriture. Elle utilise néanmoins une atténuation un précisant que le bébé existe « un petit peu plus ». Elle précise un peu plus loin dans l'entrevue que l'image a provoqué chez elle un premier élan vers le bébé, mais accompagné d'ambivalence.

À la première échographie, on a senti que euh, euh, un premier élan vers le bébé là, à douze semaines l'échographie du dépistage. Pis là, on a ressenti une première joie euh, quand on a vu l'enfant sur le moniteur on a ressenti beaucoup d'amour pour lui. Après y'a eu l'autre mouvement, ben là, on, ben là j'parle on, mais moi j'ai eu un mouvement de, de beaucoup de peur, de crainte, quand j'ai senti tout c't'amour là, de la place que ça allait prendre, puis euhhh, après j'étais dans l'ambivalence là. Puis là ben dernièrement, ben là c'est euh, c'est euhhh, comment dire, [silence] c'esssst encore des fluctuations, des craintes, des joies, des peurs aussi [respiration] (Claire)

Claire utilise le « on » pour associer son conjoint à la joie ressentie. Mais cela peut également être entendu comme une façon de dépersonnaliser son propos, de le mettre à distance. D'ailleurs, elle va elle-même le souligner lorsqu'elle fait référence à l'ambivalence, passant du « on » au « je », s'appropriant ainsi la totalité de ce ressenti qui domine. En effet, elle conclut par une énumération des sentiments ressentis dans laquelle les « joies » sont contenues entre des « craintes » et des « peurs ».

Pour Marie-Lune, entendre battre son cœur et celui de son bébé à l'unisson provoque une vive émotion. « Ces battements, distincts de ceux de son propre cœur, et plus rapides, sont toujours pour la femme une source de profonde émotion. Cette vie nouvelle qu'elle sentait, maintenant elle l'entend. Ce son qui lui parvient, comme une preuve supplémentaire de cette vie qui se développe à l'intérieur de son ventre, lui procure un choc particulier » (Szejer et Stewart, 1994, p. 142). À cet instant, « l'enfant imaginaire » (Soulé, 1982) situé dans le préconscient et issu du désir de grossesse, s'implante dans son corps.

Et puis aussi c'est le fait que, en fait ce qui m'a le plus émue, c'est le fait qu'on entende mon, c'est comme si on entendait mon cœur à moi ou du moins, oui mon cœur à moi et puis le cœur du bébé aussi. Donc il y avait le cœur du bébé qui était fort mais il y avait mon cœur en back ground. Donc ça, ça a vraiment été super émouvant parce que

là c'est la première fois que je réalisais qu'il est vraiment dans mon corps, tu sais. Ça fait que ça c'est vrai c'est ce qui a été le plus émouvant. (Marie-Lune)

Elle réalise que l'enfant se loge dans son ventre, qu'elle le porte en elle. On assiste ainsi au début du processus d'objectalisation du fœtus (Bydlowski et Golse, 2001; Missonnier, 2015; Pines, 1972; Raphael-Leff, 2018; Stern et Cupa, 1997). Ce processus « réfère à un processus qui va de l'investissement narcissique extrême (qui tend vers un degré zéro de l'objectal) à l'émergence progressive d'un investissement (pré)objectal » (Bayle, 2005a, p. 329). Marie-Lune reconnaît pour la première fois, à travers ces deux cœurs qui battent, la différence entre elle et son bébé. Elle réalise qu'elle contient l'enfant à venir.

Anne-Marie, qui a fait six fausses couches, voit pour la première fois le cœur de son bébé. Soulagée et heureuse, elle s'empresse de le dire à ses proches par messages texte.

Ben là c'est sûr, quand j'ai vu le p'tit cœur, j'ai juste mis sur le texte de mon téléphone [rire]: c'est beau, on a vu le p'tit cœur! On a vu le p'itit cœur! J'ai dû envoyer à peu près quinze messages (Anne-Marie)

L'échographie établit alors une relation sociale entre la femme, le fœtus et le réseau familial et social. L'image permet de montrer à l'extérieur ce qui est caché à l'intérieur. « En fait, pour un moment, le *scan* éclaire une relation construite avec une image qui s'établirait normalement "dans le noir", en ressentant intérieurement les mouvements du fœtus » (Gagnon, 2018, p. 271).

L'échographie permet la rencontre avec le fœtus, lève le doute sur sa présence et permet ainsi l'investissement de la grossesse. Mais le début de l'objectalisation du bébé s'accompagne de craintes concernant sa normalité. « Les images font effraction là où auparavant il n'y avait pas de représentation concrète du fœtus en développement. Elles ont l'effet d'une transgression et imposent un réel jusque-là voilé, ce qui leur confère une puissance anxiogène » (Viaux-Savelon, 2013, p. 23). Plusieurs études démontrent en effet la présence d'une anxiété spécifique à la grossesse. Huizink, Mulder, de Medina, Visser, et Buitelaar (2004) ont créé un modèle à trois facteurs de l'anxiété de grossesse : la peur de l'accouchement, la peur d'avoir un enfant handicapé et l'inquiétude par rapport à son apparence physique. Dunkel Schetter (2011) évoque également une anxiété propre à la grossesse. Reeves, Pelletier, Schauder, Thériault, et Wendland (2016) identifient les facteurs de stress propres à la grossesse et ce à chaque trimestre. Selon cette étude,

le premier trimestre est marqué par la peur de perdre le bébé. Au deuxième trimestre, cette peur diminue et est remplacée par la crainte des malformations. Quant au troisième trimestre, c'est l'anxiété par rapport à l'accouchement qui prédomine.

Pour Missonnier, « le (re)devenir parent pendant la grossesse s'accompagne, depuis que l'homme est homme, de mille et une interrogations sources d'incertitudes. De plus, aujourd'hui, le diagnostic anténatal amplifie singulièrement cette incertitude en avançant dans le temps le questionnement sur la normalité médicale de l'enfant » (Missonnier, 2009, p. 1315).

Nous retrouvons ces interrogations chez nos participantes. Ainsi, Justine évoque le risque de malformation sans toutefois clairement le nommer.

Mais... tsé tu te dis « J'vais-tu venir briser l'équilibre de ma famille? » tsé « Si jamais j'ai un enfant qui a quelque chose ». En même temps j'me sens coupable de penser ça, mais tsé tu te dis « Tout d'un coup que... ». Moi j'sais que mon chum j'pense qu'il serait moins prêt à ça, moi je sais pas. Tsé c'est toutes des choses qui peuvent arriver.
(Justine)

Elle utilise d'abord une allusion pour faire référence au risque de malformation. Puis, elle se sert d'une aposiopèse: « tout d'un coup que... ». Justine évoque sans jamais vraiment le dire. Elle est dans l'implicite. « Le problème général de l'implicite, [...] est de savoir comment on peut dire quelque chose sans accepter pour autant la responsabilité de l'avoir dit, ce qui revient à bénéficier à la fois de l'efficacité de la parole et de l'innocence du silence » (Ducrot, 1974, p. 12).

Face à cette incertitude, Justine anticipe ce qui pourrait survenir. L'anticipation peut être définie comme « le mouvement par lequel l'homme se porte de tout son être au-delà du présent dans un avenir, proche ou lointain, qui est essentiellement son avenir » (Sutter et Pélicier, 1983, p. 19). Selon Missonnier (2006), cette anticipation est un mécanisme de défense adaptatif qui a pour objectif de se prémunir contre les effets des dangers réels ou imaginaires.

Le même mécanisme est à l'œuvre chez Claire. Tout comme Justine (et comme la plupart des femmes enceintes), elle vit de nombreuses incertitudes par rapport à sa grossesse et tente d'anticiper les problèmes.

Là j'me croise les doigts, j'suis très prudente là, très très prudente là euh, de pas me fatiguer ou de pas soulever des choses louuurdes ou euh... On dirait euh, c'est pas un acquis pour moi que ça va bien aller là. Donc j'fais vraiment attention euh. /.../ Mais j'suis vraiment, vraiment prudente [respiration] euh pour que tout s'passe bieeen, puis j'me, j'espère, j'espère souvent que tout va bien se passer [accélère le débit] puis c'est pluss, depuis la dernière fois qu'on s'est vu. Avant on dirait que c'était moins présent. (Claire)

On note les répétitions dans le discours de Claire (« très très prudente », « vraiment vraiment prudente ») ainsi que l'utilisation d'adverbe superlatifs qui renforcent l'affirmation énoncée.

Tout comme Justine et Claire, Anne-Marie évoque ses craintes d'une anomalie qui ont remplacé la peur du premier trimestre de faire une fausse couche.

Pis là, les craintes que j'peux avoir, c'est pas nécessairement de faire une fausse-couche à n'importe quel moment. C'est euh... ben là, est-ce que le bébé va être normal ? Là, y'a tu un risque de trisomie, y'a tu un risque de quelque chose euh... parce que j'ai quand même trente-huit ans tsé [petit rire] fait que... (Anne-Marie)

Elle anticipe alors sa réaction et celle de son conjoint le cas échéant. Les choses semblent plus compliquées à verbaliser. Anne-Marie utilise alors une gradation ascendante, illustrant la progression de sa pensée, la difficulté à nommer et l'angoisse sous-jacente.

Pis qu'est-ce qu'on fait si jamais euh, justement, y'a quelque chose, une anomalie, si jamais, bon y'a un risque de trisomie. (Anne-Marie)

Elle passe ainsi de « quelque chose » à « anomalie » pour finalement accepter de dire sa réelle crainte : le risque de trisomie. La question qui se pose alors : « qu'est-ce qu'on fait si jamais ? ». Anne-Marie est confrontée plus directement à cette question, car l'échographie morphologique révèle deux anomalies qui sont des marqueurs légers de la trisomie. Elle doit alors penser à l'éventualité d'une interruption médicale de grossesse.

Pis là j'me disais, j't'à vingt-deux s'maines... si jamais j'ai, y'a un problème pis qu'on décide qu'on fait avorter euh, c't'un accouchement rendu là là ... c'est pus... fait qu'à ça c'tait un p'tit peu plus euh... mais finalement ça été..c'tait correct. Fait que j't'tais très soulagée (Anne-Marie)

Le discours d'Anne-Marie se désorganise et l'angoisse est palpable. Elle tente de tenir à distance l'idée de l'avortement en utilisant le pronom « on » et en annulant la forme pronominale du verbe « se faire avorter ». Il lui est impossible de finir ses phrases. Elle accumule les aposiopèses pour finalement arriver à la conclusion soulageante : « c'était correct ».

Anne-Marie revient sur le processus décisionnel. Elle doit réfléchir à « ce droit de vie ou de mort sur son enfant » (Viaux-Savelon et Rosenblum, 2014), mettre dans la balance la vie avec un handicap et la mort de l'enfant porté. Elle se tourne alors vers son conjoint, qui va la soutenir dans cette réflexion et dans sa décision.

Parce que lui y'a un côté plus ra'plus rationnel pis y comprend mon côté plus émotif [rire]. Fait qu'on a vraiment échangé pis tsé, y'a comme un peu remis les choses en perspective [renifle] pis là on n'a parlé pis là on s'disait, si jamais on a un enfant trisomique on veut tu vraiment l'garder puis tsé. Y dit mettons te, t, on vit un deux ans de deuil qui va être ben difficile, on dit ça, ça va tu être plus facile à vivre que un vingt ans, si on vit avec un enfant trisomique pis qu'on en veut pas un tsé pendant quarante ans ou toute une vie là. (Anne-Marie)

Le deuxième trimestre est marqué par la rencontre avec le fœtus à travers l'échographie. Si cela entraîne une objectalisation du bébé, on constate également que surviennent des incertitudes quant à la normalité du bébé et une anticipation de ce qui pourrait arriver, avec notamment une question implicite sous-jacente : que faire si une anomalie est détectée ? Cette anticipation amène à la femme enceinte à devoir imaginer, ne serait-ce qu'un instant, la possible décision d'une interruption médicale de grossesse.

6.2.3 Troisième trimestre : les craintes de l'accouchement

Le troisième trimestre prépare à l'accouchement et à la rencontre avec le bébé réel. Kestenberg (1976) évoque une phase d'expulsion qui prépare la mère à faire le deuil de l'enfant interne. « Cette période est marquée par des oscillations de l'humeur allant du plaisir face à la perspective que son bébé va devenir réalité, à la peur consciente ou inconsciente qu'elle pourrait mourir en travail [...], qu'elle pourrait perdre le bébé, que son enfant pourrait être anormal, prématuré » (Abdel-Baki et Poulin, 2004, p. 14). On retrouve ces craintes chez toutes nos participantes. Sylvie décrit très bien le conflit qu'elle vit par rapport à l'accouchement. D'un côté, elle souhaite ardemment la rencontre avec son bébé, et de l'autre craint le moment de l'accouchement.

Ben c't'un peu euh, un mélange, [Petit rire] de sentiments contradictoires! Y'a un côté de moi qui a VRAIment hâte, t'sé j'suis excitée, j'ai hâte de VIVRE ça, j'ai hâte euh, de connaître l'intensité de, de rencontrer mon bébé, un gars une fille, je sais pas c'est ça, ça j'ai VRAIment hâte là de, t'sé j'entends tellement les gens dire c'est incroyable, c'est une expérience t'sé j'ai hâte de de vivre ces moments-là, mais c'est sûr que ça me fait peur... parce que, ben y'a la douleur euh, c'est l'inconnu, j'ai jamais vécu ça euh, pis, c'est sûr bon les récits euh, les récits à faire peur d'accouchements des autres ça j'essaie des mettre de côté-là! Mais hum, des fois ils reviennent [Rires]! (Sylvie)

Elle aborde également sa peur d'accoucher prématurément et les conséquences que cela pourrait avoir sur le développement de l'enfant.

Donc euh...ouin, c'tait vraiment l'ACCOUchement prématuré, d'avoir un bébé prématuré ça ça, avec tout c'qui peut v'nir avec là! C'est ça qui euh...j'travaille avec une clientèle euh en déficience intellectuelle avec toutes sortes de, de de de syndrooomes, toutes sortes d'affaires fait que là t'sé j'pensais beaucoup à eux là ! Pis euh, j'me, y'en a gros là-dedans que c'tait des bébés prématurés fait que j'avais, j'avais une p'tite pensée pour ça là, je me disais euh, ben bref je sais toujours pas... il va arriver comme il va arriver l'bébé là! (Sylvie)

Sylvie fait le parallèle entre l'accouchement prématuré et ses patients ayant une déficience intellectuelle. Elle a cependant du mal à rendre explicite le lien qu'elle fait avec son bébé. L'angoisse prend le dessus, le discours se désorganise et elle y met un terme en concluant que le bébé « va arriver comme il va arriver ».

Avec un mécanisme similaire, Justine évoque sa peur que le bébé ne soit pas en bonne santé, mais annule rétroactivement immédiatement cette pensée.

C'est comme toutes les petites inquiétudes qui embarquent, tu sais, tout d'un côté que le bébé il ne serait pas en santé, ben non il va l'être ! (Justine)

Marie-Lune parle de la santé du bébé, mais aussi de la sienne. La confrontation à la douleur des contractions l'inquiète. C'est d'ailleurs une peur très fréquente chez la femme enceinte (Geissbuehler et Eberhard, 2002; Gosselin *et al.*, 2016; Hofberg et Ward, 2003).

Et puis je me, t'sais, j'espère aussi que le bébé va être en santé là quand il va naitre là. J'espère que ça va bien aller. Et puis j'espère que moi aussi je vais bien aller tu sais. Oui des craintes par rapport à l'accouchement, des craintes normales là, est-ce que je

vais être capable d'accepter la douleur, est-ce que ça va se faire dans un délai raisonnable là. (Marie-Lune)

Les peurs par rapport à l'accouchement peuvent également se refléter dans les rêves (Ablon, 1994). Marie-Lune indique qu'elle rêve beaucoup de l'accouchement durant ce troisième trimestre.

Et puis, et puis il y a eu des rêves aussi en lien avec l'accouchement. Genre est-ce que ça va passer, est ce que le bébé va passer. Mais c'est vraiment des métaphores vraiment « weird » là. Donc je dirais que c'est pas mal ça. Oui, je dirais que c'était pas mal ça mes rêves. (Marie-Lune)

Ce rêve peut évoquer « l'angoisse d'un envahissement permanent par le bébé » (Pascal *et al.*, 2011, p. 145) si le bébé ne peut pas sortir, si le passage du dedans au dehors est impossible. On peut également l'entendre comme une peur d'un dommage corporel que ce passage engendrera. Le rêve dénote le travail psychique de symbolisation et permet une élaboration par rapport aux angoisses liées à l'accouchement.

Dans un premier temps, Sylvie a un discours rassurant sur l'accouchement en général.

J'avais envie vraiment de d'un p'tit cocon, quelque chose de...de, de tranquille de calme...pis euh, de naturel parce que en fait j'pense que, on est quand même pas les premières qui vont accoucher là ??? Fait que ça va euh, pis on n'est pas les dernières non plus, fait qu'c'est quelque chose qui est supposé être normal! (Sylvie)

Ce discours semble être une façon de se rassurer. « En répétant qu'il s'agit d'une expérience qu'affrontent toutes les femmes et qui désormais est définitivement soustraite au danger d'y laisser la vie : il est aisé toutefois de lire à travers cette formulation l'affleurement d'un fantasme de mort sous la forme de la dénégation » (Ferraro *et al.*, 1990, p. 220). D'ailleurs, un peu plus tard dans l'entrevue, Sylvie évoque avec intensité la façon dont elle perçoit l'accouchement, laissant percevoir toute l'angoisse que cela représente.

Tsé l'Accouchement là c'est c'est c'est, c'est animal là! Tsé! Pis...y'a du Sang, pis y'a toutes sortes d'affaires là fait que... /.../ Pis des fois j'essaie de, j'essaie de m'préparer, pis là j'dis : « Là, il va avoir du SANG, pis là! » [Rires] Sortir des affaires! Fait que là, pis il paraît qu'après on peut peu se r'tenir de faire pipi! [Rires] Fait là, j'vas faire pipi dans mes culottes!! /.../ Fait que, pis il paraît qu'y'a des odeurs [chuchotant] fait que!

[Rires] Ahh, mais moi j'suis très sensible aux odeurs moi euh, ça ça, même, enceinte c'est pire mais pas enceinte c'tait...ç't'assez incroyable. (Sylvie)

Le fantasme de l'accouchement de Sylvie fait écho à un corps qui se vide (sang, urine), « en particulier l'écoulement du sang, clef signifiante dans la vie de la femme, véhicule des fantasmes de blessures corporelles : mais il est là pour signifier également la ré-ouverture du corps, qui n'est plus rempli, ré-ouverture qui se greffe sur la perte réelle du fœtus accompagné du deuil, même s'il n'est jamais absolu, de l'enfant imaginaire » (Ferraro *et al.*, 1990, p. 221).

Le thème de l'accouchement est omniprésent dans la troisième entrevue de Claire. Elle répète ce terme à quarante-huit reprises. Elle explique plusieurs fois qu'elle se prépare à cet événement et qu'elle accumule des forces.

Donc, j'suis vraiment euh pantouflarde ces temps-ci là, j'je reste sur, assis sur le sofa, je, j'bouge pas beaucoup, j'fais pas grand-chose pis euh, on dirait j'accumule des forces là pour l'accouchement là, j'suis vraiment euh très au repos pis ça commence presque qu'à faire en sorte que j'ai hâte d'accoucher [rire] parce que je commence à m'ennuyer. (Claire)

J'en suis rendue à la préparation euh, à ma ma préparation à moi là j'dirais euh, accumuler des forces, de l'énergie, me reposer avant que, que le grand jour arrive là. C'est, c'est vraiment ça qui est présent présentement c'est l'accouchement. (Claire)

Pour Claire, l'accouchement est un moment angoissant, notamment par rapport à l'inconnu, à la douleur, mais surtout par rapport à l'arrivée du bébé dans sa vie. Elle va en effet plusieurs fois mentionner son désir de retarder le moment de l'accouchement, de garder son bébé en elle le plus longtemps possible.

Que le bébé est positionné euh dans l'bassin et puis euh donc en ce moment, j'suis beaucoup dans à essayer de retarder le [sourire gêne], l'accouchement là, essayer que, que ça arrive à quarante semaines comme prévu. C'est ce que j'aimerais là idéalement. [...] j'pas obligée d'être au repos en tant que tel [hausse la voix] parce que si la p'tite viendrait se serait correct. Mais là j'essaie de... de la garder en-d'dans le plus longtemps possible quand même pour elle pis pour nous. (Claire)

C'est plus euh l'accouchement en tant que tel là qui prend d'la place là puis... comme dans, j'me sens vraiment dans dans les, dans un mode préparation à l'accouchement

puis euh, essayer de retarder ça puis en même temps être prête aussi psychologiquement.
(Claire)

À chaque fois que je vais me coucher j'je dis est-ce que ça va arriver cette nuit [sourire]
puis euh... j'préfèrerais que ça arrive plus tard euh.. (Claire)

Par moment, j'aimerais juste repousser... on dirait, plus ça arrive, plus j'peux pas croire
que ça arrive là [sourire gêne] donc euh c'ça [soupon] que, que, j'ai d'la misère à
imaginer puis des fois j'fais des blagues, puis j'dis, est-ce que je suis vraiment obligée
d'accoucher pis faut qu'à sorte un moment donné hein, mais euh, ça... ça va être
quelque chose. (Claire)

Elle ne se sent pas prête à rencontrer son bébé et cela l'angoisse. « La perspective de
l'accouchement ébranle alors cette relation fantasmatique privilégiée et intense avec l'enfant
imaginaire et toutes ses virtualités. La femme doit maintenant s'engager dans une confrontation
avec un nouveau-né particulier » (Bayle, 2005a, p. 317).

Justine évoque également un désir de retarder le moment de la rencontre.

Ça fait que c'est ça donc je suis, c'est ça je ne sais pas comment, mentalement je suis
plus, tu sais j'ai hâte mais en même temps, moi je ne réalise jamais vraiment. C'est
comme quand, on dirait que là je suis rendue là, et puis même des fois tu sais je me dis
oh non pas cette nuit, tu sais on dirait que je ne suis pas prête. (Justine)

Pour Marie-Lune, l'idée de l'accouchement s'accompagne de la sensation de devoir faire un deuil
de l'état de grossesse.

En fait, c'est triste aussi là de voir que ça va se terminer là, il y a tout le temps cet
espèce de, ben de deuil de la bedaine là qui disent là. Donc ça c'est sûr que ça va être
là aussi. (Marie-Lune)

L'accouchement scelle la fin de la grossesse. Cela amène la question de la perte et du deuil, de
l'incomplétude (Spiess, 2002). « La délivrance psychique impose le retour à la solitude
fondamentale du soi, la séparation d'avec l'autrui-en-soi, comme en témoigne la sensation, parfois
douloureuse, de vide à l'intérieur du ventre ». Marie-Lune précise aussi que l'accouchement a pour
elle une valeur symbolique. Elle fait le lien entre donner la vie et la mort.

Tu sais c'est un peu comme un rituel un peu. Et puis, ben en même ben les, c'est sûr que les lectures m'ont beaucoup aidée aussi à ce niveau-là. Mais je trouve que ça va avec la mort aussi tu sais. Et puis, en fait ça fait longtemps que je me suis questionnée beaucoup sur la mort, j'ai fait des travaux dans le cadre de mes études de BAC et puis de maîtrise là-dessus, sur la mort et puis comment l'expliquer aux enfants et puis en tout cas tout ça. Et puis il y a des personnes qui sont décédées dans ma famille comme mon grand-père et puis tu sais j'avais beaucoup lu là-dessus à ce moment-là, et puis en fait je pense que mon questionnement sur l'accouchement, ça vient aussi de mon questionnement sur la mort, tu sais. Dans le sens que c'est ça la vie c'est tu nais et puis tu meurs. Donc on ne peut pas, c'est ça mais on ne peut pas juste prendre des médicaments pour ces deux événements-là qui sont majeurs. Tu sais, il faut qu'on puisse les vivre, il faut qu'on les sente, il faut qu'on voit qu'est-ce que ça nous fait et puis comment ça nous transforme là. Ça fait que je dirais que c'est plus à ce niveau-là, la symbolique là. C'est pour ça que c'est important. Oui. (Marie-Lune)

« Tout être humain sait que donner la vie c'est ouvrir la voie vers la mort » (Vacher-Vitasse, 2018). C'est cela que Marie-Lune évoque lorsqu'elle dit « tu nais, puis tu meurs ». La naissance et la mort sont les deux bornes de l'existence. De plus, dans le moment même de la naissance se joue une lutte entre vie et mort, lutte que le corps maternel doit soutenir pour que la séparation ait lieu. « Se séparer pour vivre, pour naître. Sans séparation, les deux, mère et enfant, seraient condamnés à la mort : dans ce sens la naissance évoque toujours son contraire et le don de la vie implique son arrachement à la mort » (Ferraro *et al.*, 1990, p. 219).

6.3 Les représentations de mort du bébé : une conséquence de la grossesse vue comme un risque (médicalisation de la grossesse)

Comme nous venons de le voir, la grossesse peut être perçue comme un événement à haut risque par l'entourage qui projette alors ses craintes sur la femme enceinte. Cette perception est également présente dans le milieu médical. En effet, comme constaté dans notre revue de littérature, la grossesse s'est médicalisée depuis le XXème siècle, répondant ainsi aux représentations des sociétés occidentales « imprégnées de modèles sociaux et culturels dominants dans lesquels la maladie et la mort apparaissent plus intolérables que jamais » (Despres, 2010, p. 142). Le champ de la périnatalité n'est pas exempt de telles représentations. C'est peut-être même une des disciplines médicales où la notion de risque est la plus développée (Akrich et Pasveer, 1996; Ben Soussan, 2004; Champenois-Rousseau, 2010; Davoudian, 2014; Despres, 2010; Fillion, 2012). « Car, même si moins de 10 % des grossesses et des naissances sont « à risque », il n'y a pas de période de la vie où la femme est plus en contact avec des professionnels de santé : au cours d'une

grossesse se déroulant normalement, le suivi médical implique en moyenne sept à huit professionnels médicaux » (Dugnat *et al.*, 2008, p. 19). L'impact de cette médicalisation se retrouve dans le discours des femmes enceintes.

6.3.1 La représentation du risque

Despres (2010) identifie une typologie des représentations du risque par les femmes enceintes pendant leur grossesse selon leur degré d'incertitude : une incertitude envahissante, une insécurité contrôlée par les techniques médicales, une gestion du risque et le déni du risque. Ces typologies ne sont pas figées et peuvent évoluer de façon dynamique durant la grossesse.

Dans la première catégorie, les femmes sont très anxieuses par rapport au déroulé de la grossesse. Elles craignent pour la vie de leur bébé. Il s'agit souvent de femmes ayant fait plusieurs fausses couches ou qui ont eu de la difficulté à tomber enceinte. Elles présentent des attentes importantes envers le corps médical, demandant sans cesse à être rassurée. « Bien que les examens effectués tout au long de la grossesse apportent un certain soulagement, le doute surgit à nouveau et, avec lui, l'angoisse. Il faut alors un nouveau test, un nouvel examen qui rassurera quelque temps » (Despres, 2010, p. 144). C'est le cas d'Anne-Marie qui a fait six fausses couches et pour qui il est impossible de considérer sa grossesse comme « normale » et qui réclame un suivi de grossesse serré que le médecin lui refuse une fois le premier trimestre passé.

Fait qu'au moins euh, b'j'j' étant donné que j'j'étais plus à risque comme au début, avec la clinique de fertilité ben là j'ai été suivie de très près. Fait que ça aussi ça été euh ça été bon. Mais quand chus r'tombée dans l'système normal après euh... c't'un p'tit peu euh.. c'pas évident, c'est pas évident /.../ Y comprennent pas là. Pourquoi t'es stressée là? R'garde, ta grossesse est norm'p'c'p'c'est carrément ça qu'a m'a dit! A dit r'garde là, ta grossesse est normale là. A dit y'a rien, y'a pas d'... J'dis oui mais c'est parce que moi dans ma tête là... c'est impossible pour moi d'avoir une grossesse normale tsé. (Anne-Marie)

Anne-Marie balbutie et doit s'y prendre à deux reprises pour nommer que sa grossesse est « normale » selon le médecin. Entre les deux, elle s'indigne : « c'est carrément ça qu'a m'a dit ! » soulignant ainsi son mécontentement, mais surtout son incapacité à accepter la possibilité d'une grossesse normale. Elle utilise ensuite une aposiopèse : « A dit y'a rien, y'a pas d'... » qui traduit son émotion et sa difficulté à nommer et à penser l'absence de problème de sa grossesse. Malgré

le discours médical rassurant, Anne-Marie reste avec une incertitude envahissante. Les tests qu'elle passe durant sa grossesse sont toujours ambivalents, la rassurant et l'inquiétant à la fois.

quand on a fait les tests prénataux, toute était super beau [renifle] pis quand on a fait euh la, la, l'échographie morphologique là, y'ont vu deux p'tites anomalies pis euh, comme j'ai en haut de trente-cinq ans, ben là, y.. ils disaient ben là, on les soulèvent, ça peut être des marqueurs de trisomie mais tsé, c'est des marqueurs légers, des marqueurs soft. On les soulève parce que j'ai plus que trente-cinq ans, sinon euh... normalement, on les soulèverait même pas. Là ça crée un doute évidemment. (Anne-Marie)

Anne-Marie doit alors décider de faire ou non une amniocentèse, ce qui crée un stress important par rapport à la perte possible du bébé.

Puis c'tait, ça, ça été un p'tit moment un peu plus euh [renifle] difficile parce que c'tait comme... ça m'tentait pas là. Ça m'tentait pas de prendre le risque. J'me suis dit si l'bébé... J'me disais, si jamais j'fais une fausse-couche parce que j'ai fait une amnio, mais que ça aurait été correct... j'm'en s'rais voulu tsé vraiment là. (Anne-Marie)

La connaissance médicale et les explications données ne sont pas rassurantes, car le risque demeure quelque soit la décision prise. En effet, si elle ne fait pas l'amniocentèse, elle prend le risque d'avoir un enfant trisomique, mais si elle décide de faire le test, il y a un risque de provoquer une fausse couche.

Mais quand j'ai vu l'médecin [sourire] euh... la façon qu'y nous a faite les calculs, y'a dit : Bon ben là t'as un marqueur euh ça augmente les chances de 30%, le deuxième marqueur ça les augmente de 50% fait que là ça t'fait [respire] t'as, tsé c'est simple là, c'est statistique là... C'est juste..., c'est comme ok, j'comprends les statistiques tu peux m'les expliquer [rire fort] c'est juste des probabilités-là. Fait que là, ok, c'est beau mais c'est qu'ça devient quoi. Fait qu'là on... y nous l'dit [renifle] euh... fait qu'là on était p'ben pas sûr tsé. L'amniocentèse on devrait tu, on devrait tu pas. Ben ça c'est ta décision là. Là c'est comme euh... t'as les stats là, genre décide. Ok! Là c'était émotif pour moi (Anne-Marie)

Le discours d'Anne-Marie se désorganise lorsqu'elle aborde le choix qu'elle doit faire et la responsabilité qui lui incombe. Le rationnel et la froideur des chiffres et des statistiques donnés par le médecin se heurtent à l'émotion que suscite la décision qu'elle doit prendre. On est au cœur de la définition même du risque. En effet, « le risque est d'abord le résultat d'une construction sociale, il n'y a pas de risque en soi, il n'y a que des façons, toujours spécifiques historiquement et

culturellement, d'appréhender les situations d'incertitude » (Lascoumes, 1993, p. 23). Le milieu médical aborde le risque d'un point de vue statistique, alors que la future mère ne peut qu'y ajouter de l'émotionnel puisqu'il s'agit de l'enfant qu'elle porte en elle.

Justine présente également les caractéristiques de cette première catégorie. Elle est déjà mère d'un enfant, mais elle a déjà fait une fausse couche lors de sa première grossesse et reste très envahie par les histoires négatives entendues.

Vu que j'avais trente-cinq ans, maintenant j'ai trente-six, est-ce qu'on fait l'amniocentèse ou pas. Puis finalement, la clarté nucale était belle [court respire] donc on a décidé de euh de pas l'faire. Mais tsé toutes ces décisions là, parce que moi j'avais une cousine qui avait eu un bébé euh qui est mort après euh [aspire] deux trois mois de naissance là c't'un accident on va dire d'la nature là, tsé y'avait eu comme plein d'affaires de bébés pis tout ça. (Justine)

Comme Anne-Marie, Justine entretient une relation ambivalente avec le suivi médical de sa grossesse qui la rassure autant qu'elle l'inquiète.

C'est sûr que de nos jours, on, y'a plus de connaissances scientifiques donc, tsé ça peut être rassurant... Mais en même temps des fois ça peut inquiéter pour rien dans le sens que... tsé j'ai autant des amies qui sont, qui ont été avec des accompagnantes, des sages-femmes, que d'autres personnes que c'était à l'hôpital pis que, qui se sont fait dire des choses pis que c'était pas ça, pis qui ont fait des tests de plus, pis ça a généré du stressss. (Justine)

Cette ambivalence se retrouve dans le lien qu'elle entretient avec le médecin qui la suit pendant sa grossesse. Justine projette sur elle ses propres insécurités et semble autant agacée que rassurée par la promptitude de son médecin à faire des tests et donc sa faible tolérance au risque.

Fait que c'est sûr que j'ai compris que si je dis une affaire, elle va me faire envoyer tout de suite un test ... pas qu'elle est insécure, mais tsé elle va quand même aller vérifier beaucoup les choses. (Justine)

Elle utilise une dénégation pour signifier, contrairement à ce qu'elle semble dire, que son médecin est insécure, car elle ne prend aucun risque.

Tu sais, je sais aussi que c'est le genre de médecin que si j'y dis ah, j'ai des pertes ou quoi, bon a va m'envoyer [rire] tout suite. Tu sais c'est comme une personne qui veut s'rassurer aussi (Justine).

Par la projection, Justine fait alors porter à sa médecin l'insécurité et le désir d'être rassurée. En effet, Justine aborde à de nombreuses reprises les tests effectués et le soulagement ressenti. Puis surgit une nouvelle angoisse par rapport à la grossesse. Finalement, Justine reste toujours en suspens face à un risque potentiel.

c'est comme si je me gardais vraiment une réserve. Une réserve de pouvoir me dire ok, t'as le droit de ... d'être contente! et tout ça. /.../ mais... tsé tu te dis « j'vais-tu venir briser l'équilibre de ma famille? » tsé « si jamais j'ai un enfant qui a quelque chose ». En même temps j'me sens coupable de penser ça, mais tsé tu te dis « tout d'un coup que... ». (Justine)

Pour les femmes comme Anne-Marie et Justine présentant une incertitude envahissante durant leur grossesse, la prise en charge médicale rassure tout autant qu'elle nourrit l'anxiété liée à la crainte de perdre le bébé.

La deuxième catégorie regroupe les femmes présentant une insécurité contrôlée par les techniques médicales. « Elle concerne des femmes inscrites dans une logique du risque mais qui cherchent à le maîtriser grâce aux moyens techniques disponibles » (Despres, 2010, p. 145). L'avis médical est nécessaire pour être rassurée et ces femmes sont elles-mêmes demandeuses de tests prénatals. C'est le cas de Claire qui trouve dans le suivi anténatal un contenant à ses angoisses.

J'ai hâte d'ailleurs que les cours prénatals commencent pour euh être un peu, ben, p't-êtré rassurée là qu'on fait la bonne chose, euh qu'on est bien préparé. (Claire)

Claire rappelle même à sa médecin les tests qui doivent être faits, ce qui amenuise sa confiance envers elle. Elle a besoin de se sentir en sécurité et cela passe par l'encadrement médical.

Dernièrement, bon, j'sais pas si c'est un oubli, mais ça a été un peu plus long que prévu pour les tests [silence] les tests pour voir euh, pour mon niveau euh de, pour le diabète, tout ça là, avec les tests de sang [soupir] puis euh, c'est moi qui lui avait rappelé, donc, j'étais comme un peu déçue, j'sentais comme, j'ai pas, euh, j'ai envie d'être en totale confiance, pas avoir à sentir que je dois euh, qu'y'avait oublié quelque chose là (Claire)

Elle préférerait avoir un suivi plus spécifique à son état de grossesse, mais se sent toutefois rassurée par la possibilité d'être prise en charge par un gynécologue au besoin.

Maintenant c'est un médecin omnipraticienne un médecin généraliste. Si jamais y'aurait un problème, elle me transférerait à un gynécologue, mais c'est un médecin de famille comme euh euh... ça se passe bien. (Claire)

Certaines femmes passent d'une catégorie à une autre au cours de la grossesse. C'est le cas de Sylvie qui, au départ, souhaite avoir un suivi médical, car elle doute de ses capacités à avoir un enfant. En effet, les médecins lui avaient annoncé que cela était impossible en dehors d'une fécondation in-vitro, car ses trompes étaient bouchées. Or, elle est tombée enceinte de façon naturelle. Durant le premier trimestre, elle reste toutefois sceptique quant à sa capacité à mener la grossesse à terme. Elle a besoin d'être rassurée par le suivi médical, mais évoque déjà la possibilité d'un accompagnement avec une sage-femme.

Donc euh, c'est sûr j'ai mon suivi médical pendant c'temps-là. C'est sûr j'aimerais garder les, ben les deux, j'aimerais tout avoir... [Rires] ...t'sé tant, tant qu'à y être, mais c'est sûr que j'vais garder mon suivi médical là... parce que j'suis un p'tit peu anxieuse là, c'est ma première grossesse donc euh... on veut être sûrs que tout soit correct. (Sylvie)

La gestion du risque passe alors par la surveillance médicale. Sylvie n'a pas encore assez confiance en ses capacités pour faire face avec une certaine sérénité au déroulement de sa grossesse. Cependant, au fur et à mesure que le temps passe, Sylvie gagne en confiance et se dirige vers un suivi avec une sage-femme et un accouchement en maison de naissances. Sa trajectoire la dirige vers la troisième catégorie de femmes, celles ayant une gestion raisonnée des risques. Elles « conçoivent qu'il puisse y avoir des événements imprévus, mais elles jugent qu'ils sont marginaux, au sens où il ne faut pas centrer la prise en charge sur eux » (Despres, 2010, p. 145). Sylvie soulève que la grossesse n'est pas une maladie.

Fait que...t'sé j'suis pas MALade j'suis juste ENceinte fait que, j'avais envie d'sortir de là pis... (Sylvie)

Elle accentue la première syllabe de chacun des termes « malade » et « enceinte » soulignant ainsi leur antagonisme alors que ce ne sont pas deux antonymes, car ils ne s'opposent pas directement

l'un à l'autre. L'ajout de l'adverbe « juste » devant « enceinte » vient normaliser la situation de la grossesse. Elle se dégage alors du suivi médical, sans pour autant faire fi de l'avis de sa médecin. Il n'y a pas un déni du risque, mais une volonté d'avoir un minimum de surveillance.

Fait que c'est ça j'ai quand même, demandé l'avis au médecin, voir qu'est-ce qu'elle, qu'est-ce qu'elle en pensait, savoir si c'était une bonne idée ou trop à risque ou je sais pas trop, pis en fait euh, c'était mon choix, fait que, fait que j'ai choisi ça, pis j'tais très contente de l'faire. (Sylvie)

Marie-Lune présente également une gestion raisonnée des risques. Tout comme Sylvie, elle estime ne pas faire partie des grossesses à risque et ne voit donc pas l'utilité d'avoir un suivi à l'hôpital. Après une première rencontre pour un suivi médical, Marie-Lune est déçue.

Mais moi, je ne pense pas que je suis une femme à risque là, donc j'ai trouvé que c'était vraiment une perte de temps. Et puis c'était vraiment frustrant parce que moi les informations que j'aurais aimé avoir, je ne les ai pas eues /.../. (Marie-Lune).

Malgré sa crainte de l'accouchement et de la gestion de la douleur, elle va se renseigner sur la possibilité d'un suivi avec une sage-femme. Estimant les risques équivalents, elle optera dans un premier temps pour un accouchement en maison de naissance, puis décidera finalement d'accoucher à domicile.

Et puis en lisant les trucs, je me suis dit ben il n'y a pas plus de risques d'accoucher à l'hôpital que d'accoucher à la maison. (Marie-Lune)

Malgré le fait qu'elles se distancient d'un suivi médical, Sylvie et Marie-Lune considèrent l'hôpital comme l'endroit où elles seront transférées en cas de problème.

Pis quand y'a quelque chose ben nous autres, ils nous réfèrent à l'hôpital. Pis on va voir le médecin qui est de garde là. (Sylvie)

Du moins en termes de sécurité, tu sais, les sages-femmes, ils ne prendront aucun risque, on le sait, on n'habite pas loin de l'hôpital, on est en ville là. (Marie-Lune)

Et puis, c'est ça, et puis en fait on a beaucoup discuté aussi des risques là avec elle, à savoir ben comment le transfert vers l'hôpital se fait, dans quelles circonstances, etc. et puis en fait c'est très rare qu'il y a des transferts par ambulance qui se font de la maison à l'hôpital. (Marie-Lune)

Elles se préparent à d'éventuelles complications, mais qu'elles jugent suffisamment peu probables pour se déprendre partiellement d'un suivi médical. Mais elles n'hésitent pas à s'y référer en cas de problème.

Fait que mais j'tais allée faire passer des tests pour s'assurer que, qu'j'allais pas accoucher dans les prochains jours là! Pis en fin de compte tout était correct...fait que ça ça m'a rassurée beaucoup d'avoir euh une espèce de PREUVE euh MÉDICALE que, que ça allait pas déclencher euh...un accouchement dans les jours qui suivent. (Sylvie)

Aucune de nos participantes ne correspond à la dernière catégorie selon Despres (2010) qui consiste en un déni du risque. Dans ce cas, « la conception de la grossesse comme événement naturel va jusqu'à un sentiment de toute-puissance, une croyance dans la capacité du mental à contrecarrer les situations non désirées » (Despres, 2010, p. 147).

La perception des femmes enceintes par rapport au risque de la grossesse influence la façon dont elles perçoivent le suivi médical. Certaines femmes ont besoin d'une prise en charge médicale totale, plus ou moins efficace en termes de réassurance selon les profils, alors que d'autres s'orientent vers une démedicalisation de la grossesse. Dans tous les cas, on observe une réaction des femmes enceintes face aux médecins, à l'expertise qu'ils représentent et qui fait autorité.

6.3.2 Un « savoir faisant autorité » difficilement partageable

Le « savoir faisant autorité » est défini par (Jordan, 1992, 1997), anthropologue ayant beaucoup travaillé sur la naissance, comme « savoir, qui à l'intérieur d'une communauté, est considéré légitime, conséquent, officiel, digne objet de discussion et approprié » (Jordan, 1997, p. 58). St-Amant (2013) précise dans sa thèse que ce savoir réside dans une adhésion consensuelle de la communauté et est difficilement questionnable. « Sa valeur tient au fait qu'il compte aux yeux de la majorité » (St-Amant, 2013, p. 36). En ce sens, le savoir médical est considéré comme un savoir faisant autorité. Nos participantes ne remettent pas en cause ce savoir. En revanche, elles déplorent toutes, à leur manière, un manque de partage du savoir.

Marie-Lune évoque de la déception face aux infirmières qui n'ont pas pris le temps de répondre à ses questions.

Mais moi, je ne pense pas que je suis une femme à risque là, donc j'ai trouvé que c'était vraiment une perte de temps. Et puis c'était vraiment frustrant parce que moi les informations que j'aurais aimé avoir, je ne les ai pas eues parce que les infirmières n'ont pas répondu à mes questions et puis elles n'ont pas eu le temps de répondre à mes questions. Donc c'était vraiment une déception plus qu'autre chose. (Marie-Lune).

Au premier trimestre, Claire souligne l'information minimale qui lui est transmise par sa médecin.

... pis euh... bon, quand j'ai des questions, a va y répondre mais pas élaborer ben, ben plus là, a va pas m'donner beaucoup d'informations là. Donc, c'est plus moi qui essaie d'initier... la, la discussion avec elle à c'niveau là, là... mais euh... ... quand même j'suis satisfaite, c'est correct [silence] hum... ouen (Claire)

Claire semble terminer par une dénégation qui signifie qu'elle n'est pas entièrement satisfaite et que ce manque d'échanges avec sa médecin est un irritant. Au deuxième trimestre, elle exprime plus clairement sa déception.

Parce qu'un médecin, c'est sûr, j'trouve ça un p'tit peu décevant comment euh, ça dépend d'un médecin à l'autre là, j'ai euh au niveau des suivis, j'ai peu d'information par exemple. Là j'ai appris à poser des questions, mais tsé, comme a voit une patiente aux quinze minutes c'est très rapide. Pis on a pas l'temps vraiment d'échanger sur c'qui s'en vient tsé, pis y'a tellement de, de choses que j'aimerais savoir puis euh, donc ça m'laissait un p'tit goût un peu amer là. (Claire)

Claire mentionne qu'elle a besoin d'avoir plus d'information. Elle tente de minimiser sa déception en utilisant l'adjectif « petit » (« un p'tit goût ») et l'allocution « un peu » (« un peu amer »). Un peu plus loin dans l'entrevue, elle nomme plus clairement son émotion face au silence de la médecin.

Comme une chose qui moi m'agaçait beaucoup, c'est bon à chaque fois que j'y vais elle prend ma hauteur utérine, mon poids, mon, toute ces infos-là, mais a m'donne jamais le, c'que ça donne. Tsé elle l'prend pis [sourire] elle l'note. Donc un moment donné j'y'ai demandé. Parce que j'aime ça être au courant aussi, tsé de savoir euh parce qu'à chaque fois qu'elle prenait mon, mon hauteur utérine, faut que j'demande c'est combien, les battements, c'est combien tsé, moi ça faisait pas de sens qu'elle m'le dise pas tsé (Claire)

Claire ne comprend pas pourquoi sa médecin ne partage pas ses données. Cela provoque de la frustration et de la colère.

Anne-Marie aussi constate qu'il faut aller chercher l'information, car naturellement les médecins ne la partageront pas.

Et puis par rapport au système médical, ben je trouve qu'on, il faut bien se préparer, il faut se préparer des listes de questions et tout ça, sinon les formations, c'est sûr qu'on nous en donne pas tant que ça là. (Anne-Marie)

Sylvie quant à elle, souligne son besoin de savoir. Il lui est nécessaire de comprendre ce qu'il se passe et d'avoir toutes les informations qui la concernent.

Mes attentes, c'est qui m'disent euh, ce qui s' passe vraiment, j'veux avoir la vérité euh, j'veux euh, j'veux savoir c'qui en est euh... Bon quand ça va bien le problème se pose pas, mais quand ça va pas, j'veux...j'veux avoir toutes les informations, t'sé j'm'attends à être informée, ça, ça, ça, c'est quand ils répondent à mes questions...qui prennent le temps. Des fois euh, ils prennent pas beaucoup le temps la... (Sylvie)

Toutes les participantes expliquent ce manque de partage d'information par le fait que les médecins sont débordés et qu'ils n'ont pas assez de temps pour répondre à leurs questions.

Là, j'étais vraiment déçue. En fait, en fait, c'était décevant. Les infirmières étaient aussi pressées, désorganisées, bêtes même. C'était épouvantable. /.../ Je sais qu'ils sont débordés dans le milieu de la santé là mais c'est parce que ce n'est pas une raison là. Non, j'étais vraiment frustrée et puis en même temps, là elle me repesait et puis bon ils m'avaient pesé la première fois là, il y a comme deux semaines, ben je peux savoir, j'ai tu pris du poids. Tu sais, pourquoi pas là ma pression était correcte. Plein de trucs comme ça qu'elles auraient pu me dire mais non. Ça fait que là je me suis sentie garrocher en fait, barouetter un peu. (Marie-Lune)

Même si elle comprend la situation, Marie-Lune est déçue et frustrée par ce peu de temps qu'on lui accorde. Elle ne se sent pas considérée. Cela vient même gâcher le moment où elle entend le cœur de son bébé pour la première fois.

Ben c'est ça, après ça, là la stagiaire m'a dit bon moi je dois aller parler avec mon patron, je vais revenir. Mais moi je suis restée assise là pendant au moins 20 minutes toute nue sur le truc, à ne pas savoir s'ils m'avaient oublié ou s'ils vont revenir. Finalement, elle revient avec le médecin. Le médecin décide d'écouter le cœur. Bon il écoute le cœur mais j'ai eu comme eu comme zéro émotion, c'était tellement vite, c'était comme vous entendez c'est comme des gallons là et puis c'était comme super pas. /.../ ça fait que c'était comme bon ok, là c'est le cœur, ok c'est correct. C'est

comme vraiment décevant. Donc c'est ça. C'était la rencontre avec le médecin. (Marie-Lune)

Sylvie et Justine nomment à plusieurs reprises le manque de temps des médecins.

ben t'sé la sage-femme j'm'attends à ce qu'elle prenne le temps. Tandis qu'le médecin j'sais très bien qu'elle a pas l'temps. (Sylvie)

Mais ma médecin était super fine là mais c'est j'dis, j'les comprends y'ont juste pas l'temps. (Sylvie)

Hum... fait que est, est fine ... mais j'la sens comme pressée.. quand j'vais la voir. Euh... mais est très souriante et tout ça là, mais tsé, j'sens que ça roule là. Tsé y en ont pas juste une à voir [grande respiration]. (Justine)

Fait que mes attentes ce serait, ce, c's'rait que les gens soient à l'écoute et prennent le temps. (Justine)

Justine et Claire évoquent le côté « expéditif » des rencontres avec les médecins.

des fois je trouve que les médecins, ils deviennent expéditifs à moment donné. (Justine)

Mais euh, c'est vraiment expéditif comme rencontre hein, c'est pas [soupir] y prennent les mesures, c'est pas comme si euh, un moment donné euh on va parler beaucoup là, j'sais, peut-être qu'avec une sage-femme y'a un p'tit peu plus euh. [soupir] (Claire)

À la lumière de ces extraits, on constate que les femmes enceintes sont en demande d'informations concernant leur état et celui de leur bébé. Or, pour diverses raisons dont le manque de temps, les médecins ne répondent pas à cette demande. Cela provoque de l'insatisfaction du côté des futures mères. On comprend que ce désir de savoir répond à un besoin de calmer l'angoisse face au risque. Comprendre, c'est mieux contrôler ce qui se passe et c'est avoir un partage de pouvoir avec les médecins possédant ce savoir si précieux. Nous verrons plus loin comment nos participantes parviennent à reprendre du contrôle sur leur situation, notamment en se tournant vers un suivi moins médicalisé.

6.3.3 Enjeu autour du savoir : exemple de l'échographie

Nous ne possédons pas le point de vue des médecins sur la notion de risque pendant la grossesse et sur leur façon d'appréhender le partage du savoir avec les femmes enceintes. Il est toutefois possible de mettre en relief les attentes différentes des mères et des médecins par rapport à l'échographie. Lors de cet acte médical, les deux parties semblent avoir un but commun : s'assurer que le bébé va bien. Or, plusieurs auteurs parlent de « malentendu fondamental » (Gourand, 2011) ou de « quiproquo fondamental » (Grangé, 2015) dans cette situation. En effet, la démarche revêt d'autres objectifs différents selon le médecin et les parents. Pour le médecin, l'échographie sert à détecter une éventuelle pathologie. Cette recherche d'anomalies potentielles occupe tout le devant de la scène. Pour la mère, même si elle est également en attente d'un diagnostic, il s'agit avant tout de la rencontre avec son bébé. Gourand (2011) liste d'ailleurs les divergences existant entre l'expérience de la mère et celle du médecin. Pour ce dernier, l'échographie est un protocole, un examen « banal » qui a pour but de détecter une anomalie de façon objective en analysant des fragments d'images. En revanche, pour la mère, l'échographie est un désir de rencontre, un événement exceptionnel rempli d'émotions où elle espère que tout sera normal et où elle souhaite voir un tout : son bébé.

De ce décalage d'objectifs peut naître une incompréhension, voire une angoisse chez la future mère. Dans cet extrait, l'angoisse de Marie-Lune est clairement exprimée lorsque la prise de conscience du risque succède au plaisir de voir son bébé sur l'écran.

Donc c'était le fun, elle était très gentille la femme qui nous a fait l'échographie. Elle a pris plein, plein de photos du bébé. En fait, le bébé bougeait énormément donc ça a pris beaucoup de temps avant qu'elle puisse avoir les mesures qu'elle voulait. Donc c'était tant mieux pour nous là, on a pu voir et puis c'était vraiment, c'est vraiment un beau moment. En fait, c'était vraiment agréable. Et puis c'est un beau moment jusqu'à temps qu'elle sorte de la salle et puis qu'a dire bon je vais faire mes calculs pour voir s'il y a des risques là. Là, on stressait un petit peu. Là, on se dit ah ben qu'est-ce qu'il se passe. Et puis finalement, elle est revenue et puis elle nous a dit, non, non, tout est beau. Les risques sont minimes et tout ça. Et puis là, elle nous a donné des photographies là, de l'écho. (Marie-Lune)

Lorsqu'elle parle du long moment où elle peut observer son bébé, Marie-Lune emploie à trois reprises l'adverbe « vraiment » pour affirmer plus fortement le plaisir ressenti. Mais quand le médecin sort de la salle en expliquant qu'elle va calculer les risques, l'inquiétude se fait sentir.

Pour Anne-Marie, c'est le silence du médecin qui est insoutenable.

Comme euh... ben explique-moi c'que t'es en train d'faire [rire] tsé. Ben là, a m'disait on est en train de r'garder euh... le bras. Pis là à s'prom'nait pendant cinq minutes pis a checkait pour la longueur des bras. Mais commente! Tsé s'comme un peu plate là. Moi j'vois s' sur l'écran, le bébé qui part qui r'vient là, c'est tout là. Mais c'est comme...: Ah ben là on r'garde euh si euh... on va r'garder l'sex'voulez-vous savoir le sexe on va r'garder. Fait qu'là a dit rien. Pis là a tsé, a continue à chercher, chercher pis là a dit: Ah! ben là on l'voit! Mais tsé c'...[arrêt] commente un peu! Tsé j'étais un peu ben là... un autre déception-là c'est comme, c'est décevant! (Anne-Marie)

L'absence de commentaire devient inquiétante, parce qu'énigmatique. Marie-Lune a besoin que le médecin partage ce qu'il voit, ce qu'il comprend, car elle ne possède pas son savoir. Elle voudrait que le médecin contienne son angoisse et fasse la transition entre ce qu'elle voit, ce qu'elle imagine, ce qu'elle ressent. « La qualité du commentaire de l'image a donc une valeur essentielle. Le discours qui accompagne une image peut constituer un intermédiaire authentique entre le contenu de l'image et ce que l'observateur naïf peut en saisir » (Denis, 2011, p. 100).

Golse (2011b) s'est d'ailleurs questionné sur un possible changement de rôle de l'échographie. « Il ne s'agit aucunement de négliger la dimension diagnostique utile de cet examen, répété à plusieurs reprises avant la naissance de l'enfant, mais seulement d'insister sur le fait que la normalité n'est pas un diagnostic » (Golse, 2011b, p. 243). Il propose que l'échographie puisse être aussi une rencontre émotionnelle des parents avec le bébé, une aide à l'existence, à l'humanisation du bébé dans la tête des parents. Cela pose en filigrane la question de la médicalisation de la grossesse qui oscille entre réassurance et création d'angoisse. « Pour pouvoir rassurer, on fait donc des examens qui inquiètent. Il persiste souvent, longtemps après, des traces de ces inquiétudes, même quand tout est normal. Chaque examen pose la question : normal ou pas ? L'échographie prénatale n'est pas non plus une échographie comme une autre, elle confronte une démarche objectivante et un imaginaire. » (Gourand, 2011, p. 54-55). Et c'est cette demande que nos participantes semblent faire lorsqu'elles se distancent du milieu hospitalier pour se tourner vers le suivi avec une sage-femme.

6.3.4 Un savoir partagé et une écoute qui rassurent

Nos participantes mentionnent toutes l'importance de pouvoir poser leurs questions et d'être informées. Or, elles ne semblent pas trouver cet accueil dans le milieu hospitalier, mais plutôt avec la sage-femme ou l'accompagnante à la naissance. Marie-Lune, qui dit n'avoir rien ressenti lorsqu'elle a entendu le cœur de son bébé la première fois avec le médecin, se dit très émue lorsqu'elle l'a écouté avec la sage-femme.

En fait la fois où j'étais le plus émue, c'était chez la sage-femme quand on écoutait le cœur justement. La sage-femme est extraordinaire là. On est resté deux heures avec elle, on a, bon elle nous a donné beaucoup d'informations mais on a pu poser plein, plein de questions. On lui a expliqué que mon chum, il n'avait pas eu l'écoute du cœur à l'hôpital. Et puis de toute façon, ça faisait partie des trucs qu'elle faisait à la première rencontre. Donc c'était vraiment émouvant quand on a écouté le cœur, tu sais, et puis elle l'a laissé là super longtemps et puis elle aussi était émue, on aurait dit. (Marie-Lune)

Elle mentionne à deux reprises l'importance que la sage-femme prenne le temps, contrairement à l'hôpital où le suivi était qualifié d'expéditif. Elle ajoute :

On a vu la sage-femme déjà deux fois et puis c'est très humain comme contact. Quand on la voit, tu sais, on lui donne deux becs sur les joues et puis on reste avec elle pendant deux heures de temps. Nos rencontres durent deux heures, t'sé, et puis on a le temps de poser toutes, toutes, toutes les questions qu'on veut. /.../ Donc, il y a souvent une grande partie où on parle, on jase, on regarde donc comment ça va ma santé, comment ça a été depuis que je l'ai vu, tout ça. [...] Donc elle est très fine, apaisante, rassurante et puis oui, je suis vraiment hyper contente d'avoir la chance d'avoir une sage-femme là (Marie-Lune)

Marie-Lune utilise une fois de plus la répétition, notamment lorsqu'elle évoque la durée des rencontres, ou lorsqu'elle mentionne qu'elle peut poser « toutes, toutes, toutes » les questions. Ces répétitions soulignent l'importance que revêtent ces éléments pour la participante. L'ajout de l'élément « hyper » avant « contente » dénote un degré très élevé d'intensité.

Sylvie exprime aussi son besoin d'être écoutée et de poser toutes les questions qui la préoccupent.

j'pense qu'on a besoin euh, en tout cas moi j'ai besoin de, d'exprimer pis de de poser mes questions pis de, raconter, puis c'est ça l'écoute j'avais trouvé ça m'a fait du bien qui ait une écoute comme ça, ça aidé à c'que j'me sente en confiance. (Sylvie)

Pour elle, le partage du savoir est nécessaire. Elle perçoit le milieu médical comme un lieu où on ne prend pas le temps d'expliquer et où elle sera laissée dans l'ignorance, ce qui l'angoisse.

J'voulais euh une approche vraiment plus personnalisée pis vu qu'c'est mon premier puis euh, j'ai tendance à avoir dix millions d'questions pis d'm'en faire pour des p'tites choses fait que, j'avais besoin que t'sé d'établir un lien d confiance pis pouvoir poser TOOOUTES mes questions pis euh, c'est ça j'avais besoin vraiment de, de j'avais pas envie d'être lancée dans l'milieu médical pis là tu, tu sais rien, ils t'expliquent rien pis euh, en tout cas. (Sylvie)

Claire, qui a choisi d'avoir une accompagnante à la naissance, perçoit le milieu hospitalier comme un lieu tout-puissant qui lui ôterait tout contrôle.

Bon moi j'ai choisi d'avoir une accompagnante là, c'est pas pour rien, parce que je sentais le besoin d'être bien entourée justement. Par quelqu'un en qui j'ai confiance. Dans ce sens-là, avoir confiance en quelqu'un en qui j'peux m'appuyer. Puis quelqu'un qui élabore aussi. T'sais, quelqu'un qui m'explique les choses pis.. ça me permet de me sentir moi euh un minimum de contrôle, j'fais pas juste subir les interventions. Ça c'est important pour moi là. Parce qu'en milieu hospitalier, comment j'vois ça, souvent y'ont une phi, une certaine philosophie au niveau des interventions puis euh, j'ai pas envie d'ssubir comme euh, des interventions que moi j'trouve pas nécessaires mais c'est dur de juger. (Claire)

Claire évoque la sensation que le milieu hospitalier impose ses décisions et qu'elle ne pourrait que les subir. L'accompagnante à la naissance fait alors office de médiatrice qui prendra le temps de lui expliquer les options possibles, mais qui pourra éventuellement être son porte-parole et s'interposer entre Claire et les médecins.

Justine, qui présente une incertitude envahissante, a choisi un suivi en milieu hospitalier, mais entretient une relation ambivalente avec le corps médical. L'hôpital représente le seul endroit capable de gérer son angoisse. À l'opposé, la sage-femme incarne une prise de risque maximale. Comme nous l'avons vu, Justine utilise les histoires des autres pour projeter ses propres angoisses. Elle relate donc une histoire où une femme avec un suivi sage-femme a failli perdre son bébé :

Donc elle se disait, la prochaine fois ben tsé, peut-être que j'prendrai encore une sage-femme, mais il faudrait que ça soit à l'hôpital. Pis tsé là, a l'a comme eu confiance aussi au système médical parce que sinon elle a, elle aurait pas de bébéé ou euh... tsé j'veux dire euh... (Justine)

Pour Justine, le risque de perdre le bébé à l'accouchement est présent. Elle a besoin de la toute-puissance médicale pour se rassurer. Malgré cela, elle émet un regret de ne pas avoir eu une accompagnante à la naissance.

Fait que on dirait que j'me suis pas vraiment questionnée. Pis après-coup, j'ai entendu parler d'une amie qui elle avait pris une accompagnante, mais elle était quand même à l'hôpital, mais avec une accompagnante. Ça c'est quelque chose que j'aurais fait. Peut-être pas la sage-femme. (Justine)

Justine a beaucoup de difficulté à remettre clairement en question les interventions médicales. À chaque entrevue, elle relate son accouchement qui semble lui avoir fait violence :

Tsé même si à l'accouchement y'ont pris euh la ventouse, les forceps, la ventouse, que j'ai poussé pendant trois heures, que après ça euh, j'ai jamais été aussi enflée de toute ma vie, parce que moi à la place d'enfler avant, je me suis mise à enfler après, enfler, enfler, que je voyais plus mes genoux, mes pieds, en tout cas c'était vraiment enflé [respire]. (Justine)

Malgré cela, elle qualifie son accouchement comme étant « un assez beau moment » où « tout le monde était gentil » et en concluant qu'elle était « quand même assez satisfaite ». On perçoit qu'elle n'ose pas mettre de limite :

Peut-être aussi on était très ouverts, mais nous autres dans notre chambre les gens sont venus euh... euh tsé y'avait des résidents ou en tout cas j'sais pas tout leur grade, mais qui venaient nous... nous enseigner des affaires pis on était quand même ouverts à ça. Donc tsé y venaient. C'est sûr qu'à un moment donné j', c'était peut-être beaucoup, mais... tsé, on était comme sympathiques à ça ou peut-être qu'on avait la situation que [respire] tsé c'était l'fun de l'faire [respire]. (Justine)

On perçoit nettement dans cet extrait que Justine s'est sentie envahie par le personnel médical, mais qu'elle n'a pas osé s'interposer. De la même manière, lors du suivi de grossesse, plusieurs intervenants tentent de faire l'examen, mais n'y parviennent pas. Justine se sent alors comme un objet d'étude sur lequel s'essayent des apprentis médecins. Elle a mal, se sent gênée, mais n'ose pas exprimer ce qu'elle ressent.

Pis ah oui l'autre fois c'est vrai que j'avais dit par exemple que un moment donné j'avais eu euh... un examen à l'hôpital /.../ puis qu'y'avait eu par exemple le [pause] disons le, là j'sais pas, j'vais les dire en ordre là disons, [tape sur la table] l'externe, le

résident, le médecin, le boss. Là tsé eux-autres y'ont toute des grades, bon fait que toute, tout l'monde m'avait examinée parce que l'premier avait pas été capable fait que y'a appelé le deuxième plus haut gradé, le troisième wa,wa,wa jusqu'à ... arh! Peut-être que là si j'avais à revivre quelque chose comme ça... ben là j'dirais... j'dirais stop un peu plus vite là. /.../ je sais que je suis ouverte à aider du monde, des stagiaires [rire] pis toute ça, mais un moment donné de faire l'examen gynécologique, j'sais pas combien d'fois pis qu'ça marche pas parce que moi j'sais pas, c'tait plus basculé vers l'arrière pis ça ça faisait maal [respire] ben peut-être j'vais dire « humm tsé j'avais déjà eu ça » peut-être que ça m'dérange pas de tsé d'essayer d'être capable de dire « bon ben, j'vais attendre une personne avant d'en avoir trois quatre là ».

La référence aux « grades » des médecins évoque une hiérarchie militaire à laquelle on se soumet et qui fait autorité. Justine ne se sent pas la légitimité de mettre des limites face aux médecins qui possèdent le pouvoir. Durant la deuxième entrevue, Justine semble consciente de sa difficulté à dire non et à s'opposer :

J'me rends compte qu'on laisse beaucoup d'place aux autres dans... .. notre euh... comment j'pourrais dire donc... on ... euh... on nous laisse beaucoup d'emprrrise moi pis mon chum sur les autres. Tu sais on est du style à dire oui oui à tout. À vouloir faire plaisir à tout l'moonde ou euh, mais en même temps on devient des fois victimes de ça un peu.

Peut-être est-ce une des raisons pour lesquelles elle évoque la possibilité de faire appel à une intervenante à la naissance. Elle a besoin d'un tiers qui la protège de la toute-puissance médicale, qui s'interpose à sa place, afin qu'elle préserve l'image d'une bonne patiente, docile et obéissante.

Anne-Marie, qui bénéficie d'un suivi à l'hôpital classique, compare l'échographie qu'elle a eue au privé avec celle effectuée à l'hôpital. Elle se dit déçue du manque d'information reçue.

Alors que quand je l'ai faite ici à vingt s'maines, a s'prom'nait, puis tsé, a'r'gardait le, le... pis là euh, fallait lui d'mander : Ah ben là c'est quoi? Ça c'est quoi? ... Y'avait pas cette euh [clap bouche] ... ce même lien là dans l'fond là. (Anne-Marie)

6.3.5 Besoin de reprendre le contrôle et de se réapproprier la grossesse

Face à ces perceptions de la grossesse vue comme un événement à risque et face à un savoir faisant autorité peu partagé par le milieu médical, trois de nos participantes manifestent un besoin de se réapproprier leur grossesse. Nous avons constaté que cela s'exprime par une opposition entre ce qu'elles considèrent comme médical versus naturel ainsi que par un besoin d'avoir un certain

contrôle sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement. Pour Anne-Marie et Justine, qui présentent une incertitude envahissante et qui ont donc choisi un suivi entièrement à l'hôpital, ce besoin se fait moins sentir, même si, nous l'avons vu, elles émettent tout de même le souhait d'être plus informées. Marie-Lune, Claire et Sylvie évoquent le désir d'avoir un accouchement « naturel ».

Et puis c'est comme ça, c'est vraiment comme ça, que je comprends l'accouchement donc pour moi ça va être important de tout ressentir, tu sais de sentir les contractions, de me laisser aller, de travailler avec mon bébé pour qu'on s'aide mutuellement les deux pour, ben finalement pour qu'il naisse là. Donc c'est vraiment, c'est vraiment important pour l'accouchement que ce soit le plus naturel possible. (Marie-Lune)

Marie-Lune, par la répétition de l'adverbe « vraiment », indique l'importance que revêt un accouchement le moins médicalisé. Elle a besoin de ressentir ce qui se passe, de se sentir active dans le travail. Claire aussi évoque son besoin d'avoir du contrôle lors de l'accouchement :

Mais euh, elle élabore pas beaucoup, donc euh, j'me sens un peu plus avec elle comme si je ... suis une patiente, alors que c'est moi qui va accoucher. J' préfère sentir que j'me fais pas accoucher là donc euh... (Claire)

Claire utilise une expolition, figure de style qui consiste en une répétition d'arguments en des termes équivalents, mais sans y ajouter une nouvelle information. L'expolition, par une sorte de répétition, a force illocutoire de conviction. Elle ajoute que sa crainte est de subir des interventions médicales auxquelles elle n'aura pas eu le temps de réfléchir.

Ça aussi on a réfléchi longtemps puis euh, on, euh, j'aimerais avoir un accouchement le plus naturel possible puis euh, euh, comme j'me connais, j'suis quelqu'un qui, qui peut euh, qui a besoin de comprendre ou euh, disons [coupure nette] qu'que chus moins en confiance à l'hôpital ou avec les interventions médicales là avec c'que j'ai lu, pis c'que j'ai appris pis comment des fois, une intervention médicale en ent..traîne une autre, puis c'est un enchaînement des fois qui finit pus. (Claire)

Claire oppose ainsi un accouchement naturel où elle aurait le contrôle et un accouchement médicalisé où elle n'aurait pas son mot à dire quant aux interventions. Elle craint une cascade d'interventions sur lesquelles elle perdrait toute maîtrise.

Sylvie aussi met en contraste le milieu médical et un environnement plus naturel qu'elle qualifie de plus « humain ».

t'sé j'ai comme euh, j'suis partie du monde très médical pour m'en aller dans quelque chose plus euh naturel, humain, tout ça là, et ça, j'suis vraiment contente d'avoir fait ça, j'me sens tellement MIEUX ! (Sylvie)

Claire et Sylvie estiment qu'elles peuvent faire confiance à leur corps lors de l'accouchement, que c'est leur meilleur allié.

Fait qu'c'est c'est vraiment apprendre à laisser aller pis, à m'faire confiance, pis euh, mon corps il va savoir quoi faire là y'est pas con! (Sylvie)

Sylvie utilise une prosopopée, « une figure par laquelle on fait agir une chose personnifiée » (Robert *et al.*, 1993, p. 1805) en attribuant à son corps une intention et un caractère. Elle l'utilise alors comme un allié avec qui elle va travailler de concert lors de l'accouchement. En le personnifiant ainsi, elle lui donne une force et une certaine indépendance. Ils seront, pour ainsi dire, deux à accoucher et pourront faire équipe, sans avoir besoin de l'équipe médicale.

Claire considère également son corps comme une entité à part qui va se réguler et l'aider à accoucher.

tsé le corps est bien fait, si tu es à l'écoute du corps [respire] euh y'é euh ton ... si ton hémisphère gauche mettons em-empiète pas trop avec euh des inquiétudes ou que t'arrives à créer justement une bulle euh, par soi-même ton corps va, va libérer de l'endorphine. Bon j'pas sûre que ça, que ça empêche de ressentir [sourire] de la douleur mais euh, ça peut faciliter la progression du travail. (Claire)

Claire a l'impression que les médecins ne respecteront pas son rythme naturel et qu'ils lui imposeront leurs façons de faire et leur cadence :

Les interventions médicales sur le bébé euh, les retarder le plus possible, quand c'est possible là, euh pour laisser le temps euh, à l'allaitement et tout ça... Quoi d'autre? D'essayer d'accoucher dans la position de mon choix du moment [sourire] disons euh... le plus possible... Donc, c'est vraiment tous des points qui tournent autour de, du respect là de mes décisions euh... euh... une fois rendue euh là disons. Le plus naturel possible mettons. (Claire)

Pis là c'est comme pousse pousse pousse pis une fois qu't'es rendue à dix centimètres y vont euh beaucoup euh te, t'encourager à sortir le bébé, alors qu'il semble qu'y'a un réflexe qui vient naturellement. On peut attendre un p'tit peu donc [soupir]. Moi j'pas fermée ààà faire un effort physique pour pousser là c'est sûr, mais j'aimerais ça, tsé essayer de respecter le plus possible la montée de la poussée spontanée. (Claire)

Marie-Lune et Claire évoquent aussi leur souhait de pouvoir choisir et décider sans avoir à subir les décisions prises par les médecins. Marie-Lune estime que si on lui explique correctement les différentes options, elle sera apte à faire ses choix de façon éclairée.

ben en fait la différence c'est plus le, c'est plus qu'on est informé en fait de tout ce qu'elle fait ou de tout ce qu'elle va faire avec le bébé, une fois qu'il va être né, par exemple faire l'administration de la vitamine K, le truc qu'on met dans les yeux là pour la conjonctivite, la vitamine, ben il y a D, après il y a la vitamine D après. Ça fait qu'elle nous explique vraiment tout et puis on a le CHOIX là, on peut DÉCIDER /.../. Quand ta grossesse, elle n'est pas à risque ben c'est une grossesse normale, donc là tu peux prendre certaines décisions de manière éclairée, tu peux en discuter avec elle, et puis à chaque fois, tsé, ils ne vont jamais remettre mon choix en question. (Marie-Lune)

Claire estime que le fait d'avoir des explications lui donne du contrôle. En comprenant ce qui est fait sur son corps ou celui de son bébé, elle a moins la sensation de subir les interventions.

bon moi j'ai choisi d'avoir une accompagnante là, /.../ quelqu'un en qui j'peux m'appuyer. Puis quelqu'un qui élabore aussi. T'sais, quelqu'un qui m'explique les choses pis... ça me permet de me sentir moi euh un minimum de contrôle, j'fais pas juste subir les interventions. Ça c'est important pour moi là. Parce qu'en milieu hospitalier, comment j'vois ça, souvent y'ont une phi, une certaine philosophie au niveau des interventions puis euh, j'ai pas envie d'ssubir comme euh, des interventions que moi j'trouve pas nécessaires mais c'est dur de juge r... (Claire)

Claire, Marie-Lune et Sylvie adoptent une posture plus active par rapport à la grossesse et à l'accouchement. Le désir d'être informées, de comprendre et de pouvoir décider leur donnent du contrôle sur leur expérience. Cela semble faire écho à un besoin de rééquilibrer le pouvoir médical qu'elles perçoivent comme un savoir qui se partage peu et qui leur ôte leur compétence, leur autonomie et leur liberté sur leur propre corps.

6.4 Représentation de l'ambivalence du désir d'enfant

L'ambivalence, nous l'avons vu, est inhérente au désir d'enfant. Cette ambivalence peut, au premier abord, sembler incompatible avec l'amour maternel. Or, « l'amour maternel n'est nullement le corps pur et idéal, le sentiment simple, sans mélange et sans conflits, que l'on se plaît à imaginer. C'est au contraire un sentiment complexe, ambivalent et ambigu, où se mêlent étroitement l'amour et l'agressivité, l'investissement d'autrui et celui de soi, la reconnaissance de cet autrui et la confusion avec lui » (Racamier, 1978).

Cette ambivalence « signifie qu'au désir que l'enfant vive peut s'associer le désir inverse qu'il ne vive pas. Ce vœu de mort renvoie évidemment à la représentation inconsciente dont l'enfant est actuellement porteur » (Bydlowski, 2008, p. 83). Il est activement refoulé dans l'inconscient. Bydlowski (2008) indique que deux voies lui sont alors possibles : une transformation en idéalisation de leur objet (formation réactionnelle) afin de lutter contre les pulsions destructives ou une transformation en surprotection anxieuse. Dans notre recherche, nous avons identifié plusieurs façons dont cette ambivalence s'exprime chez nos participantes. Elle est parfois nommée clairement. À d'autres moments, elle s'incarne dans un discours plaintif autour de la grossesse, notamment au travers de plaintes somatiques, ou dans un discours sur les impacts dans leur vie de l'arrivée d'un enfant. On la retrouve également dans un sentiment d'envahissement ou, à l'inverse, dans une sensation de ne pas être enceinte. Elle peut également prendre la forme d'une agressivité projetée sur un autre objet ou se transformer en un sentiment de culpabilité exprimé à travers des craintes pour le bébé.

Durant la grossesse, la transparence psychique (Bydlowski, 2001; Bydlowski et Golse, 2001) permet aux représentations maternelles inconscientes un affleurement préconscient. Ces représentations « sont liées au narcissisme du sujet menacé par l'enfant à venir et aux relations d'objet établies pendant la toute petite enfance ; on sait bien à quel point se rejoue la préhistoire maternelle pendant la grossesse. Toutes sortes de sentiments sont ravivés : la rivalité, la culpabilité, la haine mais aussi l'amour, et tout cela va constituer ce que l'on appelle l'ambivalence » (Soubieux, 2004, p. 603). C'est ce que nous allons tenter de mettre en lumière dans cette partie.

6.4.1 Ambivalence du désir d'enfant

Claire est la participante chez laquelle l'ambivalence est la plus saillante et la plus consciente. Elle nomme elle-même cette ambivalence de façon précise. Dès le début de la première entrevue, Claire évoque que sa grossesse est un choc et qu'elle n'était pas planifiée. Ce sera d'ailleurs le thème dominant de cette rencontre.

Au début, parce que ce n'était pas une grossesse planifiée [silence] euh, c'était euh, un choc disons. /.../ Alors, mon copain et moi on était sous le choc, on était ébranlé, un peu déçu sur le coup, là on était euh, c'était pas planifié et puis on était pas certain de désirer même à ce moment-là, donc euh, c'était euh [hésitation] c't'était euh une nouvelle qui chamboulait un peu nos plans. (Claire)

Claire commence son discours avec une forte intensité. Cette grossesse est « un choc », répété à trois reprises, qui les ébranle. Puis, elle atténue son propos en utilisant la locution adverbiale « un peu » : ils sont « un peu déçus », ça chamboule « un peu » leurs plans. Ce qui apparaissait comme un non-désir dans un premier temps se teinte d'ambivalence lorsqu'elle évoque qu'ils ne sont « pas certains de désirer ».

Claire poursuit :

Déjà on parlait depuis quelques années. Est-ce qu'on désirait avoir un enfant, est-ce que [hésitation] euh, est-ce qu'on voyait notre vie avec une famille? [Silence] Puis on, on était pas certain. Donc, ça été un choc [élévation de la voix], çaaaaa, mais dès le début quand je l'ai su, quand même, ça m'a fait, euh [silence] euh, qu'on va le garder euh, comme j'ai pas eu d'hésitation là. Je me suis dit on va prendre le temps d'y réfléchir euh, pour voir euh, pour sentir au moins que c'est un choix qu'on fait, là, que c'est pas imposé, on va prendre le temps de penser par exemple à l'avortemeeeeent là, considérer toutes les options, mais je sentais pareil comme dès qu'on l'a su que, que [silence] comme en plus on est marié, on est ensemble depuis quelques années, on est ssssssstables donc, je sentais que... qu'onnnnnn, euh, qu'on allait mener... qu'on allait avoir [hésitation] cet enfant-là [silence]. (Claire)

Son discours se désorganise et devient plus confus. On note des hésitations et des silences. Claire a de la difficulté à exprimer son désir d'enfant. Elle commence en disant ne pas être certaine, mais ajoute dans la foulée ne pas avoir eu d'hésitation, pour finalement évoquer un possible avortement. Elle termine en disant « cet enfant-là », ce qui signifie qu'il est déjà subjectivé. En effet, elle ne dit pas « un bébé », mais « cet enfant-là ». On observe toute l'ambivalence se déployer autour du désir

d'enfant. Claire veut être sûre de son désir. Elle ne veut pas avoir un enfant pour des raisons de convenances sociales (être mariés, être stables, etc.), mais bien parce qu'elle le désire.

Mais euh [silence] oui, c'est un peu dur à accepter ça comme c'tait pas planifié ou je me disais, si l'aurais planifié ou désiré, ce s'rait peut-être moins pire cette ambivalence-là, parce que je, je, j'aurais déjà faite une place à lui dans ma tête mais là y'avait pas encore de place de faite. J'aurais aimé avoir eu la chance de le désirer avant (Claire)

J'vas sûrement avoir des nausées moi enceinte, parce que j't'un peu sensible au euh, changement, aux hormones. Comme j'prenais la pilule contraceptive. J'ai arrêté y'a un an, puis euh, euh, j'dois toujours la prendre en mangeant, sinon, j'ai des maux de cœur j'me disais, j'dois pas être enceinte, j'ai pas de maux de cœur. (Claire)

On apprend alors que cela fait un an qu'elle ne prend plus de contraception. On se demande alors s'il n'y a pas une contradiction entre le fait de dire que ce n'était pas planifié, pas désiré, imposé et le fait qu'elle a cessé de prendre la pilule. On note d'ailleurs la confusion dans les temps utilisés : « j'ai arrêté il y a un an » et « je dois toujours la prendre en mangeant ». L'utilisation du présent semble indiquer qu'elle la prend encore, or ce n'est pas le cas. On peut alors émettre l'hypothèse que son désir inconscient s'est concrétisé dans la réalité et cela lui donne l'impression que ça lui est imposé.

Claire ressent un premier mouvement vers son bébé lors de la première échographie :

À la première échographie, on a senti que euh, euh, un premier élan vers le bébé là, à douze semaines l'échographie du dépistage. Pis là, on a ressenti une première joie euh, quand on a vu l'enfant sur le moniteur on a ressenti beaucoup d'amour pour lui. Après y'a eu l'autre mouvement, ben là, on, ben là j'parle on, mais moi j'ai eu un mouvement de, de beaucoup de peur, de crainte, quand j'ai senti tout c't'amour là, de la place que ça allait prendre, puis euhhh, après j'étais dans l'ambivalence là. (Claire)

La rencontre visuelle à travers l'échographie lui permet de ressentir un premier élan vers son bébé. Elle parvient finalement à formuler son angoisse : tout cet amour ressenti ainsi que la place que cet enfant va venir prendre au sein du couple. « C'est une tautologie que de rappeler que tout objet particulièrement investi est conjointement celui dont la perte concrétise les sentiments d'angoisse du sujet, celui auquel, sans le savoir, on ne pardonnera pas de faire courir ce risque, et donc, celui dont on peut inconsciemment souhaiter la mort pour le punir, ou se punir, d'un trop-amour qu'il

suscite » (Aulagnier, 2003, p. 136). S'ajoute à cela, pour Claire, la crainte de perdre sa place dans le couple.

Marie-Lune évoque qu'elle n'a pas ressenti de fortes émotions lorsqu'elle a appris qu'elle est enceinte.

Ben quand j'ai appris que j'étais enceinte, je l'avais dit à mon chum et puis c'est tout, je dirais. Mais en fait, c'est un, c'est comme ... bizarre, j'ai l'impression que c'était comme..., c'était plus un fait, ah je suis enceinte. (Marie-Lune)

Le discours de Marie-Lune est généralement très structuré, avec peu d'hésitations. Ici, dans une rare fois, il est moins assuré. Elle hésite à trois reprises, indiquant la difficulté de faire face à une certaine ambivalence. Elle ajoute :

J'ai eu une montée d'émotion aussi cette même journée là. Une émotion incroyable là, de tristesse, j'avais les larmes aux yeux pour, en fait pour un rien là. (Marie-Lune)

Marie-Lune se sent triste la journée où elle apprend qu'elle est enceinte. Elle l'explique par une plus grande sensibilité, mais on peut se demander si, de façon inconsciente, cette tristesse n'est pas aussi une manifestation de son ambivalence par rapport à son désir d'enfant.

Marie-Lune aborde aussi son cheminement dans son désir d'enfant :

Tsé, je n'ai pas, tu sais dans le sens que moi ça m'a pris longtemps avant de savoir si je voulais des enfants ou pas ou je savais que j'en voulais mais c'était toujours dans 10 ans, dans 10 ans là. Sauf que dans 10 ans, un menné (moment donné), ça n'aurait plus fonctionné là. Tsé, donc mon chum, il était vraiment prêt à avoir des enfants là ça faisait déjà plusieurs années qu'il en voulait là. Donc, tsé, oui quand je suis tombée enceinte là, j'étais prête à en avoir mais tsé je n'avais pas réfléchi à la question, je ne m'étais pas posé la question de c'est quoi être enceinte, et puis tout ça. (Marie-Lune)

Pour Marie-Lune, le projet d'enfant est présent. « Le projet d'enfant est une idée consciente et souvent claire. Il est parfois planifié grâce à la contraception moderne. Il correspond aux valeurs et se construit à partir des idéaux de la famille ou du groupe social » (Bydlowski, 2008, p. 146). Elle a ce projet, mais en même temps, elle le reporte sans cesse. C'est le désir d'enfant qui apparaît

alors comme ambivalent. On le perçoit à travers une contradiction : elle évoque une dizaine d'années de réflexion sur le sujet pour finalement dire qu'elle n'a pas réfléchi à la question.

Justine évoque avec hésitation ce qui a amené le couple à avoir un deuxième enfant :

On a choisi c't'été euh finalement tsé c'tait comme, on savait pas trop, mais on a choisi d'avoir un autre bébé, pis finalement ça hum... ça euh.. tsé ça a fonctionné du premier coup, bon tant mieux, tout ça [respire]... (Justine)

Le couple « ne savait pas trop », ce qui dénote en soi une ambivalence quant au désir d'enfant. Pour Justine, le fait de tomber enceinte dès le premier essai semble avoir été rapide par rapport à son processus d'élaboration de ce désir. Lorsqu'elle dit « bon tant mieux, tout ça », cela ressemble à une dénégation, comme si elle aurait préféré avoir plus de temps pour rêver à cette grossesse, à ce désir d'enfant. Elle explique d'ailleurs qu'elle a eu du mal à inscrire cette grossesse dans la réalité, en multipliant les tests de grossesse.

Tsé j'pourrais aller m'acheter des tests de grossesse au Club Price [rire]. Dans le sens que j'en veux plus qu'un [rire]. Donc ! j'en ai fait un pis y'était ... y'était tu négatif le premier ? Y'était comme négatiff ou en tout cas. Puis quelques jours plus tard, là je pense que j'en ai fait quatre au total. Là, les trois autres étaient positifs. Maiis tsé on dirait que... tsé c'est trop pâle, trop foncé, wawawa, tsé c'est toujours, tsé j'veux confirmer pis c'est tu sûr ? Pis bon ! Puis euh... Ah oui même qu'on avait une fête de famiille, c'était la fête de ma grand-mère, pis dans le fond ça aurait été une belle occasion de comme le dire à tout le monde... puis euh... j'voulais comme pas le dire. Tsé, on dirait qu'il fallait que je reconfirme. (Justine)

Comme nous l'avons vu plus haut, il est bien sûr possible d'entendre cette insécurité comme la crainte de ne pas être enceinte. Mais « la grossesse n'est pas toute rose ou bleu clair, mais un alliage permanent d'amour et de haine, de désir de vie et de mort. [...] Rappelons que l'ambivalence maternelle est inhérente à la grossesse, plus ou moins consciente et élaborée » (Boige, 2004, p. 258-259). Dans cette perspective, cette insécurité peut aussi être le signe d'une ambivalence, du souhait d'être enceinte et de ne pas l'être en même temps.

Tout comme Justine, Sylvie ne croit pas à la possibilité d'être enceinte et fait un deuxième test pour s'en assurer.

Ben j'étais euh, j'étais extrêmement surprise, vraiment contente ! Mais en même temps, j'veux dire ça se peut pas, j'en ai fait un deuxième ! [Rires] Parce que y'a, y'a un problème avec le test sûrement... le deuxième était positif alors... (Sylvie)

Le cas de Sylvie est différent de celui de Justine, puisque dans son cas, il y avait un diagnostic médical stipulant l'impossibilité de tomber enceinte naturellement. On comprend son besoin de faire un deuxième test pour s'en assurer. Dans le cas de Justine, la répétition des tests de grossesse semble ainsi plus en lien avec l'expression d'une ambivalence.

Justine évoque aussi les événements de sa vie qui ont retardé cette deuxième grossesse et qui font qu'elle n'aura probablement pas trois enfants comme elle l'avait imaginé.

Ça a comme retardé les choses c'qui fait que je sais que je n'en aurai pas trois, mais tsé deux je suis quand même contente, même si y'a... y'a toutes les interrogations que j'ai là. (Justine)

Elle termine sa phrase en évoquant « toutes les interrogations », nuancant ainsi qu'elle est « quand même contente ». Elle utilise une atténuation avec le « quand même ». Les interrogations auxquelles elle fait référence sont multiples : impacts sur sa vie quotidienne de la venue de ce deuxième enfant, mais aussi sensation de ne pas être enceinte, comme nous allons le voir maintenant.

6.4.2 Sensation de ne pas être enceinte : entre dénégarion et étrangeté

Plusieurs participantes rapportent avoir la sensation de ne pas être enceinte lors du premier trimestre. « Lors du premier trimestre, le “je suis enceinte” entraîne une métamorphose du statut de femme, une rupture de l'équilibre antérieur pour aboutir à un nouvel équilibre incluant l'enfant. On observe peu de changements physiques en dehors des signes sympathiques de la grossesse. Une participation psychique accompagne ces signes sympathiques, traduisant l'ambivalence de la femme à l'égard de sa grossesse, mais aussi une volonté de matérialiser son état gravide qu'elle ne ressent pas encore. » (Vacheron et Mokrani, 2016, p. 111). C'est le cas de Justine, Sylvie et Marie-Lune.

J'avais, j'avais d'la misère à... Pis j'ai pas beaucoup de symptômes donc c'tait difficile pour moi de... de de de m'assurer que j'tais vraiment enceinte là... (Sylvie)

Sylvie a de la difficulté à nommer qu'elle ne se sent pas vraiment enceinte. Son bégaiement est une manifestation de la résistance qui s'opère. Elle attend un signe qui viendra confirmer intérieurement cette grossesse.

Y'en a qui disent que même à douze semaines on peut sentir bouger, [silence], j'attends toujours là ! [Rires] Je, je l'ai pas senti, ou je sais pas si c'est ça... (Sylvie)

Marie-Lune évoque aussi une sensation de ne pas être enceinte en lien avec l'absence de symptômes physique.

Donc au niveau physique c'était comme si je n'étais pas vraiment enceinte. Donc là ça paraît plus là, mais c'est comme des fois on y pense « oh c'est vrai je suis enceinte ». On dirait qu'il faut que je me rappelle. (Marie-Lune)

Mais alors que la grossesse avance et que « ça paraît plus », elle oublie parfois son état, tel un aller-retour entre un désir d'être enceinte et un désir de ne pas l'être.

De la même manière, Justine évoque une dénégaration de son état.

Présentement, c'est comme si euh... je l'sais que j'suis enceinte... mais c'est comme si je l'étais pas en même temps. Tsé, j'le réalise pas vraiment. (Justine)

Bien qu'elle sache qu'elle est enceinte, elle a parallèlement la sensation de ne pas l'être.

C'est comme, c'est comme si j'étais enceinte pis pas enceinte en même temps. (Justine)

Cet état de confusion par rapport à l'état de grossesse est le signe d'une certaine ambivalence, mais cela correspond aussi au processus de nidification psychique. « Parler de nidification psychique signifie par conséquent que l'enfant en gestation déclenche, dès le début de la grossesse, une réaction psychologique d'indifférenciation soi-autrui qui permet sa greffe psychique » (Bayle, 2016, p. 21). En effet, la grossesse est un état particulier, unique, où l'Autre est à l'intérieur de soi. « Il ne peut être moi, et c'est tout le sens du développement psychologique que d'aboutir à une telle différenciation du petit d'homme, après sa naissance. En se nichant dans le corps maternel, l'être humain conçu impose donc à la femme enceinte une situation hors du commun, proche de la folie : être soi et autrui, en même temps » (Bayle, 2016, p. 21). Ce sentiment d'étrangeté, de bizarrerie,

d'être à la fois soi et un autre participe à l'ambivalence. Il est évoqué explicitement par Marie-Lune et Justine.

En fait, ben en fait ce qui m'habitait à ce moment-là c'était, mais j'ai comme, c'est bizarre, je n'avais pas vraiment l'impression encore que le bébé était dans mon corps. (Marie-Lune)

Surtout que euh, je parle comme ça, mais que je... j'ai pas l'impression que j'suis enceinte. Fait que euh... tsé c'est euh... tsé, même si mon chum l'autre fois il voulait comme me toucher le ventre, on dirait que j'avais comme pas le goût. Tsé comme si euh... j'me sentais plus comme si j'avais un bourrelet ou tsé euh... Pis tsé des fois là, j'j' tsé j'plus j'me dis faut peut-être... j'me dis ah ben... t'as besoin de faire moins attention, j'l'sais pas [respire] mais... tsé j'me sens pas euh... comme, si.. .si j'touche, ben c'est moi ! J'me dis tsé j'sentirais-tu quelque chose déjà ? Non ! tsé. Mais euh... tsé j'ai comme pas euh... C'est ça, c'est comme bizarre ! C'est comme si y'avait comme quelque chose encore autour de ça de... (Justine)

On perçoit la difficulté à exprimer ce sentiment. Justine hésite, fait plusieurs aposiopèses indiquant ses hésitations et son émotion. Elle se touche et elle se dit « c'est moi ! », tout en sachant que ce n'est pas seulement elle. C'est ce que lui démontre son conjoint lorsqu'il veut lui caresser le ventre, ce qui provoque chez elle un sentiment de recul. De plus, elle tente de formuler une pensée de façon laborieuse, qui contient le fait qu'elle aurait « besoin de faire moins attention », suivi d'une aposiopèse « j'me sens pas... ». Tenterait-elle de dire qu'elle ne se sent pas enceinte et qu'elle a donc moins besoin de faire attention à son état et donc de moins prendre soin du bébé ? Justine parle également de sa crainte de ne pas entendre le cœur de son bébé lors de l'échographie.

Puis j'sais déjà moi à mon premier rendez-vous la première fois, j'avais pas entendu le cœur. /.../ Mais tsé, on avait pas, on l'avait pas entendu. Je sais que ça se peut que je l'entende paaas ! Fait que tsé [pause] Même, j'parle de ça, pis c'est comme si je parlais de j'sais pas qui là [rire] tsé c'est, c'est comme, c'est ça ! (Justine)

Ici aussi se mêlent le questionnement quant à l'état de grossesse (le bébé est-il vraiment là ?) et la sensation de ne pas être-elle.

Dayan (2004) explique qu'il existe des formes mineures de négation de grossesse tels la dénégation où la femme ne s'est pas rendu compte qu'elle était enceinte, l'annulation où la femme pense bien qu'elle est enceinte, mais refuse d'y croire, le refoulement lorsque la femme refuse de croire à sa

grossesse bien qu'elle sache qu'elle l'est. « Ces formes mineures ou partielles de négation de grossesse sont souvent le signe de l'ambivalence du désir, parfois de l'hostilité refoulée, ou du caractère insupportable de la représentation de l'enfant à naître, sentiments qui ne peuvent chez ces parturientes être admis à la conscience aisément » (Dayan, 2004, p. 356). C'est le cas de Claire, dont l'ambivalence du désir d'enfant est marquée et qui présente un « déni partiel » ou une dénégation de grossesse dont on observe plusieurs phases. Sa gestation psychique va ainsi comprendre différents temps tels que décrits par Bayle (2016). Le premier temps « est celui de la grossesse déniée, où s'enracine la conflictualité inconsciente du déni » (Bayle, 2016, p. 24).

J'ai fait le test de grossesse avec mon conjoint, c'est même lui qui m'a encouragée [rire] à aller faire le test de grossesse là parce que mes règles étaient en retard, mais moi j'étais un peu dans le déni, je me disais ah non, non, non, c'est pas possible, ça se peut pas. C'est juste que je suis un peu en retard, c'est, c'est impossible que je sois enceinte, mais là lui y commençait à s'inquiéter là-dessus aussi [rire] il m'a un p'tit peu poussée à sortir du déni. (Claire)

Claire a besoin de son conjoint pour sortir du déni, car dans un premier temps, elle refuse cette possibilité de grossesse et elle le répète à deux reprises. Elle utilise également une palilogie en répétant trois fois « non » pour bien accentuer son refus d'accepter la situation.

Le deuxième temps qui « correspond au choc de la révélation de la grossesse, est un temps d'adaptation, pouvant s'avérer difficile et fragilisant pour la femme, et qui prendra en compte la qualité d'accueil et de soutien dans l'environnement » (Bayle, 2016).

Au début, parce que ce n'était pas une grossesse planifiée [silence] euh, c'était euh, un choc disons. /.../ Alors, mon copain et moi on était sous le choc, on était ébranlé, un peu déçu sur le coup, là on était euh, c'était pas planifié. /.../ Donc, ça été un choc [élévation de la voix]. (Claire)

Claire est sous le choc lorsqu'elle réalise qu'elle est enceinte à la suite d'un test de grossesse. Elle a besoin de temps pour accepter cette nouvelle et souhaite attendre avant d'en parler à ses proches, alors que son conjoint aimerait partager la nouvelle plus rapidement.

on a attendu d'en parler parce qu'on était sous le choc tous les deux, puis on voulait pas en parler avant d'être mieux avec ça. Euhhh, puis lui, lui avait, lui avait, ah, c'est ça, ah, lui au début, il prenait ça aussi difficile mais rapidement, plus que moi, on dirait

y'a comme, euh, y'é devenu content. Pis y'avait l'goût de le dire à beaucoup de gens. Mais moi, je sentais que je voulais attendre. (Claire)

Le troisième et dernier temps « est celui de la construction du lien avec l'enfant à naître et du rôle maternel, à la fois en continuité et/ou en rupture avec la problématique inconsciente du déni (notamment à la faveur du travail thérapeutique) » (Bayle, 2016, p. 24). Claire peut parler de son ambivalence avec sa psychologue, même si la réception n'est pas facile au départ, nous le verrons plus bas. Elle profite également de ces entrevues de recherche pour aborder ses craintes. Tranquillement, le lien avec son bébé se tisse, d'abord avec l'échographie.

À la première échographie, on a senti que euh, euh, un premier élan vers le bébé là, à douze semaines l'échographie du dépistage. Pis là, on a ressenti une première joie euh, quand on a vu l'enfant sur le moniteur on a ressenti beaucoup d'amour pour lui. (Claire)

L'ambivalence perdure, mais on peut voir le travail que Claire effectue en tentant d'élaborer sa pensée, malgré les difficultés à nommer ses craintes et l'attachement qui se mélangent :

Je m'excuse si j'ai de la misère à élaborer, mais des fois on dirait c'est dur de... euh de, de conscientiser tout ça. Puis euh, surtout là comme dans une période plus concrète mais [soupir] ouais ça euh [murmure]... un peu dans mon expérience... euh oui [arrêt net]. Ben on dirait après l'échographie... j'sais pas, c'est comme si a s'est mise à exister davantage là... En dehors des préparatifs, c'est sûr y'a la p'tite puis est s'est mise à exister davantage euh... pis en même temps comme j'disais, y'a eu plus de craintes qui sont apparues... mais euh, plus d'attachement aussi, puis euh [racle la gorge] ...

L'ambivalence peut ainsi se matérialiser dans les dénégations de grossesse, la sensation de ne pas être enceinte et cette étrangeté ressentie à avoir un autre en soi, pas totalement fusionné ni complètement séparé.

6.4.3 Envahissement

La future mère peut ressentir un sentiment d'étrangeté lorsqu'elle n'a pas la sensation d'être enceinte. Ce sentiment d'étrangeté peut également se manifester quand elle se sent envahie de l'intérieur. « Le sentiment d'intégrité, déjà fragilisé par l'état de grossesse, peut être menacé et laisser place à un vécu de dislocation, d'inquiétante étrangeté. L'inquiétante étrangeté apparaît "lorsqu'on doute qu'un être en apparence inanimé soit vivant, lorsqu'on fantasme qu'un objet sans vie est en quelque sorte animé" (Freud, 1919/1988b). Et ce fœtus, qu'est-il, qu'est-il devenu pour

la mère, un automate, un alien, un parasite qui veut la dévorer, qui la surveille ? » (Soubieux, 2004, p. 605). Deux de nos participantes évoquent ce sentiment d’envahissement. Bien qu’il ne soit pas débordant, il reste néanmoins présent.

Claire, dont l’ambivalence est marquée, nomme la sensation d’être parasitée, de ne plus s’appartenir et de disparaître face à ce bébé qui prend trop de place.

Comme d’être enceinte, dès que je l’ai su ben [soupir] il fallait que je pense à lui tout le temps, tout le temps tsé, faut faire attention à lui, pis c’est comme si je sentais que euh [silence] ben, j’m, j’m, j’m’appartenais plus (Claire).

C’était très présent là de me sentir là, un peu le mot qui me venait, c’était parasitée là un peu. (Claire)

Claire hésite entre des amplifications et des minimisations (« très » et « un peu »). Elle tente d’atténuer l’impact du mot « parasité » en l’encadrant entre deux « un peu ». Les fantasmes « peuvent être de nature très archaïque et réactiver les attaques du ventre de la mère pour y voler son contenu ou pour le détruire. Le fœtus peut être vécu comme un parasite qui vit à ses dépens, parfois même comme un ennemi dangereux qui peut dévorer sa chair. Elle peut se sentir envahie de l’intérieur : “c’est l’enfant ou moi” » (Soulé et Soubieux, 2004, p. 304).

L’environnement de Claire agit comme un miroir à sa sensation d’envahissement intérieur.

Mais les conseils me dérangent beaucoup parce que je sentais, justement dans l’idée que le bébé prend beaucoup de plaaaaace. C’tait, les conseils qu’on me donnait, c’tait, c’tait comme si j’existais pus, c’tait, c’tait au fond pour le bébé. (Claire)

Les conseils reçus sont tournés vers le bien-être du bébé, ce qui amplifie sa sensation de ne plus exister.

Marie-Lune décrit les sensations ressenties par les mouvements fœtaux.

Oui, c’est assez spécial en fait la première fois qu’on peut le sentir là, c’est comme un, ben oui en fait j’allais, c’est comme un tambour là quand il fait des gros coups là. Mais non c’est agréable en fait. Je n’ai pas l’impression que c’est des coups méchants là. Tu

sais, j'ai l'impression que ses coups, ben c'est gentil mais au début j'avais l'impression qu'il me chatouillait l'intérieur avec ses petits doigts là. (Marie-Lune)

La manière de dire de Marie-Lune est empreinte d'ambivalence. Elle utilise plusieurs dénégations, « qui permettent d'évoquer une idée tout en la niant » (Krymko-Bleton, 2019, p. 144), en évoquant « mais non c'est agréable en fait » alors qu'elle n'avait pas indiqué auparavant que cela pouvait être désagréable et en ajoutant que ce ne sont pas « des coups méchants ». Elle poursuit en construisant une annulation rétroactive qui ne contient pas de termes contradictoires, malgré la présence d'un « mais ». Les coups du bébé sont gentils « mais » ... L'interlocuteur s'attend à une formulation à connotation négative, or Marie-Lune évoque des chatouilles, comme s'il était impossible de verbaliser clairement un sentiment d'agression ou d'envahissement.

Quelques minutes plus tard, elle mentionne que le bébé prend beaucoup de place.

Il commence à bouger beaucoup, ben il a toujours bougé beaucoup mais là, dans le sens qu'il prend beaucoup de place là dans mon ventre et puis je sens les coups beaucoup plus là qu'avant donc c'est ça. /.../ Ah oui, il est très là, là. Il est très là, il est très présent. (Marie-Lune)

Marie-Lune utilise une figure de répétition, l'anadiplose, que l'on retrouve « lorsque la fin de la séquence est répétée au début de la suivante » (Prak-Derrington, 2015, p. 44). Cette reprise de « il est très là » permet d'accentuer l'idée d'envahissement.

6.4.4 Discours plaintif autour de la grossesse

L'ambivalence du désir d'enfant peut également s'entendre dans le discours plaintif autour de la grossesse. Cela peut prendre alors plusieurs thèmes allant des plaintes et manifestations somatiques à l'impact sur le travail en passant par la réorganisation familiale et les transformations corporelles. Même si la grossesse est désirée par la future mère, « le développement du fœtus ne s'en impose pas moins à elle et toute sa vie s'ordonne pour un temps autour de celle d'un autre, qu'il s'agisse de ce qu'elle absorbe, nourriture ou médicaments, de la gestion de son temps et de ses forces, ou encore de la modification de son image corporelle » (Lechartier-Atlan, 2001, p. 445).

Les plaintes somatiques sont fréquentes au cours de la grossesse. Lors des premiers mois de grossesse, « c'est sur soi, sur l'éprouvé de soi enceinte, et non sur l'enfant à naître, que porte le

premier questionnement de la femme, et c'est fréquemment à partir de perceptions ou de manifestations corporelles vécues comme étranges, imprévues, et du sens qu'elle leur attribue, que trouvent à se dire ses interrogations et ses inquiétudes » (Spiess, 2002, p. 48). Il convient donc de ne pas réduire ces éprouvés à un plan purement somatique, mais de les entendre comme « un corps qui parle, qui s'hystérise. [...] Les symptômes des premiers mois demandent à être pris en compte au titre du malaise psychique qu'ils reflètent et à être reconnus dans leur qualité d'appels » (Spiess, 2002, p. 48).

Claire commence à avoir des symptômes dès qu'elle apprend qu'elle est enceinte. Elle s'interroge sur cette coïncidence et se demande s'il n'y a pas un aspect psychosomatique.

Maaaaais, j'ai pas eu de symptômes, comment dire avant, c'est bizarre là, avant que je le sache que je suis enceinte [respiration]. J'l'ai su, ça faisait peut-être euh, quatre semaines que j'l'étais euh, mais quand, dès que j'l'ai su, c'est drôle, le lendemain, j'ai commencé à avoir des nausées, pis là j'me disais, est-ce que c'est psychosomatique là, hein ? (Claire)

Là, j'apprends que j'suis enceinte, j'ai commencé à avoir des maux de cœur le lendemain [respiration] puis euh, c'tait, euh, bon rien de très intense là, pas de vomissements rien, mais ça me réveillait la nuit là, je, j'me réveillais comme trois fois dans la nuit, deux trois fois pour manger euh, chaque fois que j'mangeais ça passaiit, mais c'tait quand même dérangeant. (Claire)

« Ces réactions traduisent un conflit psychique, et les symptômes d'une maternité débutante révèlent une part de résistance, de "défense", devant un sentiment de menace de l'intégrité corporelle » (Spiess, 2002, p. 49). Les maux de cœur peuvent-être interprétés comme une lutte interne entre garder et rejeter, car « cet autre, même désiré consciemment et inconsciemment, même voulu, décidé, programmé, est d'abord un intrus, un étranger » (Aubert-Godard, 2002, p. 40).

Lors du premier trimestre, nos participantes évoquent également une certaine émotivité, des insomnies, de la fatigue et de l'irritabilité. Anne-Marie et Sylvie font part d'une certaine labilité émotionnelle.

Sinon, ça se manifeste pas de façon euh... trop euh... ben là, j'suis hormon'mes hormones sont un peu euh... débalancées fait que j'suis comme en.. syndrome pré-

menstruel euh régulièrement /.../ j'suis, j'ai, j'suis impatiente euh j'ai comme euh, ben j'fais plus d'insomnie en fait. (Anne-Marie)

Il semble difficile pour Anne-Marie d'expliquer son état. Son discours est hésitant et elle finit par justifier son impatience par le manque de sommeil, une raison concrète qui l'empêche de se pencher plus en profondeur sur les causes de ses changements d'humeur. Elle ajoute :

Mon chum euh, j'suis vraiment plus impatiente avec lui, moins tolérante [soupir] mais... c'est quelque chose que euh, des fois j'lui dis : j'suis vraiment désolée là, j'suis comme juste de mauvaise humeur [rire-gêne] j'ai pas d'raison [hausse la voix] j'suis juste pas de bonne humeur [rire]. (Anne-Marie)

Anne-Marie semble éprouver de la culpabilité à être de mauvaise humeur, comme son rire gêné l'illustre. Cette culpabilité peut être due, entre autres, à l'image de la femme enceinte épanouie et sereine que la société véhicule. D'autant plus qu'Anne-Marie a fait six fausses couches auparavant. Il doit être difficile pour elle de se plaindre d'une quelconque manière de sa grossesse.

Sylvie mentionne également ressentir des émotions changeantes.

Puis hum... hum, ben c'est sûr que les émotions hein sont un peu plus euh « whoouu! », t'sé j'pleure euh ça m'en prend pas beaucoup pour pleurer... (Sylvie)

Lors du premier et du deuxième trimestre de grossesse, nos participantes évoquent se sentir fatiguées et faire de l'insomnie. Justine compare avec sa première grossesse et est surprise de cette fatigue ressentie.

Ben, ça se passe différemment de mon autre grossesse un p'tit peu, dans le sens que, disons si je parle au niveau physique, ben présentement j'me sens plus euh... beaucoup plus fatiguée qu'à la première grossesse. (Justine)

Lors des premières minutes de la première entrevue, Justine va répéter à quatre reprises qu'elle est fatiguée.

Tandis que là, là, je, je le vois là que j'suis vraiment [appuie sur ce mot] euh plus fatiguée. Puis euh... à... l'autre euh. à T. [son fils], j'avais pas eu vraiment mal au cœur, tandis que là j'ai pas mal au cœur, mais j'ai comme un... pas des nausées, mais un fond de j'sais pas trop quoi de.. un fond de mal de cœur tsé qui fait que j'me sens

un peu moins bien. /.../ J'fais des, des choses euh tsé, j'm'occupe des choses ici, j'vois des amis, bon tout ça, mais j'me sens vraiment fatiguée ! (Justine)

Justine évoque également des maux de cœur, qu'elle a du mal à définir, annulant son idée pour la reformuler juste après. Un peu comme Anne-Marie précédemment, elle se rabat sur la fatigue, plus claire et moins sujette à discussion.

Marie-Lune indique que « au plan physique, j'ai eu de la fatigue, beaucoup de fatigue dans le premier trimestre, mais c'est tout ». Au deuxième trimestre, cette fatigue qui semblait peu la déranger au trimestre précédent la surprend et lui paraît plus intense.

La seule chose qui me surprend, c'est que je suis vraiment très fatiguée dans le deuxième trimestre. /.../ Je ne dors vraiment pas bien là. Ou je dors bien mais pour 3 heures et puis là je me réveille. Comme cette nuit, à 2 heures du matin, j'étais réveillée. Je me suis endormie à 6 heures, donc c'est souvent des nuits coupées comme ça ou je me réveille à 5 h 30 du matin et puis plus capable de me rendormir, donc c'est ça que je trouve le plus difficile là. (Marie-Lune)

Ben je me sens, je ne me sens pas super en forme dans le sens que je suis super fatiguée /.../, à partir de 5 heures du matin, j'ai bien de la misère à dormir, en fait, il y a comme une période là de 5 h à 7 h du matin où je ne dors pas vraiment. Et puis là je fais des siestes dans la journée. (Marie-Lune)

Marie-Lune ne s'interroge pas sur les raisons de ses difficultés à dormir. Elle les constate, les documente, mais ne va pas plus loin, contrairement à Claire qui leur donne une signification.

Puis aussi euh, avec l'aménagement [rire] on dirait j'dors un p'tit peu moins bien là. J'sais pas euh, au niveau physique, ça va bien [souponner] euh, y'a juste le sommeil là qui euh, est un peu plus perturbé, mais pas à cause de rien de physique là j'pense, c'est plus psychologique là, c'est euh, je jongle à comment on a va tout réaménager, comment on va réussir à, à placer les choses euh euh... (Claire)

Habituellement, j'ai pas de misère à dormir du tout mais là euh, comme pendant les vacances de Noël, des fois j'ai, j'ai fait de l'insomnie quelques nuits là, à jongler tout ça, comment on va y arriver avant que, avant son, sa, sa naissance. (Claire)

Claire, qui s'inquiète durant toutes les entrevues de la place que son bébé va prendre au sein de son couple, s'inquiète de l'aménagement de son appartement pour faire une place physique à son bébé. On entend en arrière-plan sa difficulté à lui faire une place psychiquement. D'ailleurs, elle bute sur

la dernière partie de sa phrase qui évoque la naissance, comme si cet événement était encore difficile à se représenter.

Les enjeux psychiques trouvent ainsi à s'élaborer à partir des expressions somatiques — qui présentent toujours quelque chose de surprenant, d'inattendu — et de la signification que leur accorde la femme. Celle-ci s'interroge, sans forcément l'avoir prévu, sur ce qu'il en est du désir engagé par cette grossesse. (Spiess, 2002, p. 48)

Au troisième trimestre, les plaintes somatiques sont plus en lien avec les transformations corporelles. Leur amplification peut amener certaines femmes à se sentir dépossédées de leur corps. Toutes ces modifications corporelles et ces désagréments délogent la femme enceinte « des rêveries du deuxième trimestre pour la ramener progressivement à anticiper l'accouchement et la rencontre avec le bébé » (Alvarez et Cayol, 2015, p. 118).

Claire manifeste une impression de ne plus posséder son corps.

Puis y'a aussi le euh, c'est comme si mon corps y'é un p'tit peu plus dur à déplacer là, de plus en plus. J'arrive plus à, à, me comment... pencher tsé, pour mettre mes bottes. [rire] Ça, j'trouve ça un peu euh... Comme la mobilité est un peu réduite, c't'un peu dérangerant [rire]. Un peu beaucoup là euh, comme si je j'possède plus vraiment mon corps. Ça j'trouve ça dérangerant, mais c'est tellement compensé par euh, le fait que euh c'est, c'est pour un p'tit bébé tout ça mais [sourir]... (Claire)

Elle commence par tenter de minimiser son propos en utilisant la locution adverbiale « un peu » pour finalement faire une épanorthose, c'est-à-dire « une figure de style qui consiste à revenir sur ce que l'on a dit, ou pour le renforcer ou pour l'adoucir [...] suivant qu'on le trouve trop faible ou trop fort » (Fontanier, 1977, p. 408). Dans le cas de Claire, « un peu beaucoup » accentue le fait qu'elle trouve cela dérangerant, au point qu'elle a la sensation de ne plus vraiment posséder son corps. Elle poursuit avec une double annulation rétroactive en utilisant deux fois la conjonction « mais ». C'est dérangerant, mais c'est compensé par le fait que c'est pour un bébé, mais... Le second « mais » reste en suspens et se perd dans un soupir. Cette façon de dire démontre l'ambivalence de Claire qui ne semble pas convaincue que tous ces désagréments soient compensés par le fait d'avoir un bébé.

Dans un autre extrait, Claire émet sa frustration et le souhait de retrouver son corps qui semble ne plus lui appartenir.

Donc euh, c'est super compliqué bouger, changer de position euh... me pencher, ça j'ai hâte de retrouver mon corps là c'est euh, c'est vraiment... ça vient frustrant un moment donné de, d'avoir d'la misère à faire, juste ramasser quelque chose par terre là, ou s'asseoir sur le sofa, trouver une position confortable. (Claire)

Elle indique son désir de se plaindre de cette grossesse qui l'entrave.

J'passerais mes journées à me plaindre de mes p'tits bobos aussi là physiquement là. Euh... les p'tites douleurs que j'ai, ou d'la misère que j'ai à faire mes choses. Ça ça vient frustrant aussi là [...] Pis me semble que j'ventilerai jamais assez là. J'répèterais la même affaire là, j'sais pas combien de fois là, ça fait mal, c'est pas l'fun par moment là. (Claire)

Pour Marie-Lune et Justine, les plaintes somatiques du troisième trimestre tournent autour de la sensation d'être enflée.

Et puis là depuis le troisième trimestre, ben là j'ai les mains plus enflées. J'ai de la misère à marcher là sur des longues périodes là. J'ai comme mal aux os, à l'os pelvien et puis tout ça. Donc c'est un petit peu plus difficile dans le sens que j'ai dû réduire mes activités. Et ça je ne m'en attendais pas parce que j'ai tellement eu une belle grossesse, tsé, que ça m'a un petit peu surprise. (Marie-Lune)

Marie-Lune s'étonne que la grossesse l'oblige à réduire ses activités. La transformation corporelle impose une transformation psychique. «La cohabitation sereine du deuxième trimestre se transforme en une cohabitation un peu contrainte [...] où la femme commence à sentir ses limites physiques et à comprendre que cette cohabitation ne pourra plus durer très longtemps» (Szejer et Stewart, 1994, p. 169).

L'enflure des jambes de Justine la déborde et cela s'entend très bien dans son discours :

Et puis comme par exemple, je suis extrêmement, extrêmement extrêmement enflée, ok. Vraiment, vraiment, les jambes là, tu sais moi je peux me peser et puis tu sais j'enfonce tout ça et puis ça reste imprimé, les pieds, très, très enflés. /.../ Parce que vraiment là, tu sais, je porte les bottes de mon chum, j'ai vraiment, à partir d'en bas de la bédaine, c'est comme les jambes là, tu sais, c'est vraiment, vraiment, vraiment pas

mes jambes. /.../ ce n'est pas une question de se dire oh je suis grosse, pas grosse, c'est que tu sais c'est vraiment pas agréable et confortable et tout le kit là. (Justine)

Afin de bien faire comprendre ce qu'elle ressent, elle utilise l'amplification avec la répétition des adverbes « extrêmement », « vraiment » et « très ». Cette palilogie permet d'accentuer l'intensité du discours, lui donnant un aspect dramatique, exagéré.

Face à ce corps qui se transforme, Justine, Claire et Sylvie sont ambivalentes. Elles doivent composer avec une image du moi corporel changeante. Cette ambivalence « de bon aloi, s'opposant à l'image idéalisée de la femme qui “attend l'heureux événement” proposé par les médias, suscite parfois des sentiments de dépréciation et de culpabilité » (Alvarez et Cayol, 2015, p. 106).

Pis euh des fois, j'trouve ça l'fun là la p'tite bedaine, hein tsé. Comme, comme quand les gens euh, c'est, ça peut être une fièretééé. Pis euh... m'mais en même temps, c'est sûr que. que euh... c'essst... j'me sens pas euh, moi, super belle hein. (Claire)

Claire ressent une certaine fierté de son état de grossesse, tout en n'appréciant pas son image de femme gravide. On décèle dans son hésitation à le formuler un certain malaise.

Justine aussi ne se sent pas très belle enceinte. Son corps, qui prend de l'expansion pour accueillir un bébé qui grandit, la fait se sentir grosse. Elle indique en ressentir de la culpabilité. Mais tout comme Claire, la nommer est difficile. Elle hésite, devient confuse.

Hum, puis euh.. euh.. là encoore, j'ai plus tendance à, à m' m' trouver comme grosse ou ààà, euh.. tsé commme.. oui, j'sais qu'j'ai changé tsé physiquement là, moi la première chose qui change c'est mes seins pis ça double tout de suite tsé ! [rire]... Pis là j'suis comme « ah ! » tsé parce qu'y en a qui sont contents [rire], mais moi bon [respire] j'en avais déjà, fait que tsé euh, j'me sens plus.. mais j'me sens .. j'ai, j'ai un peu.. Tu sais des fois j'me sens coupable de ça, mais j'ai plus le sentiment de me sentir comme moins belllle, moins... (Justine)

Sylvie aussi n'est pas à l'aise avec les transformations de son corps. En revanche, elle utilise le rire pour nommer son désappointement. Elle amoindrit sa réaction à l'aide d'un euphémisme en nommant « apprivoisement » ce qu'elle décrit précédemment comme un choc.

Les premières fois quand mon corps changeait pis là, j'allais magasiner [en riant] pis, pu rien qui faisait pis j'savais pu quelle POINTURE j'savais, t'sé j'avais vraiiment p,

pis là t'as le miroir là t'sé que tu t'vois là de haut en bas pis là tu fais : « HIIII! » [Rires].
Fait que ça j'ai [en riant], au début ça été euh [en riant], uuunn apprivoisement hein !?
(Sylvie)

Pis là ça fait juuste commencer, j'dis : « un ma'nné ça va être grand d'même ! ». La
bedaine ça allait mais c'est le reste que j'avais d'la misère ! (Sylvie)

6.4.5 Culpabilité : craintes envers le bébé

L'ensemble de nos participantes émettent des craintes pour le bébé qu'elles portent. Nous avons vu dans la première partie des résultats que ces peurs peuvent être l'expression d'un risque réel, notamment lors du premier trimestre, la crainte d'une répétition (fausse couche survenue antérieurement) ainsi qu'une porosité à l'angoisse des autres. Mais « au-delà de la signification évidente de ces craintes, il faut s'arrêter sur leur dimension inconsciente. Elles sont l'effet des pulsions de mort et manifestent l'agressivité latente qui vient doubler les autres sentiments à l'égard de l'être cher » (Vanden Driessche, 2011, p. 95). En effet, la crainte qu'il arrive malheur à leur bébé peut être une manifestation de l'ambivalence du désir d'enfant. « Derrière cette angoisse de mort exprimée dans le discours, on perçoit souvent, avec sa propre empathie, une angoisse latente de la mère devant ses propres mouvements de haine ou son ambivalence mal élaborée » (Boige, 2004, p. 258). Ses souhaits inconscients de mort s'accompagnent d'un profond sentiment de culpabilité qui s'exprime à travers ses craintes. Freud (1930/2019) écrit à ce sujet que « le sentiment de culpabilité est l'expression du conflit dû à l'ambivalence, de la lutte éternelle entre l'Éros et la pulsion de destruction ou de mort » (cité dans Sirol, 2004, p. 409).

Nous sommes ici au cœur de l'expression de l'ambivalence maternelle quant à son désir d'enfant. « Une analyse du désir inconscient de la mère pour l'enfant montrera toujours la participation d'un souhait de mort et d'un sentiment de culpabilité, l'inévitable ambivalence que suscite cet objet » (Aulagnier, 2003, p. 137). La tentative de contrôle de ces pulsions hostiles « va de l'angoisse habituelle au sentiment de culpabilité jusqu'aux manifestations franchement psychiatriques » (Sirol, 2004, p. 402). Chez nos participantes, qui ne présentent pas de difficultés majeures par rapport à la grossesse, nous observons essentiellement l'expression d'angoisses pour le bébé et, à quelques reprises, une affirmation franche de culpabilité.

Les craintes pour le bébé se manifestent de plusieurs manières. Les futures mères redoutent que le bébé ne soit pas « normal ». Anne-Marie nomme sa peur face à une possible trisomie :

Pis là, les craintes que j'peux avoir, c'est pas nécessairement de faire une fausse-couche à n'importe quel moment. C'est euh.. ben là, est-ce que le bébé va être normal ? Là, y'a tu un risque de trisomie, y'a tu un risque de quelque chose euh.. parce que j'ai quand même trente-huit ans tsé [petit rire] fait que... (Anne-Marie)

pis qu'est-ce qu'on fait si jamais euh, justement, y'a quelque chose, une anomalie, si jamais, bon y'a un risque de trisomie (Anne-Marie)

Face à ce risque, Anne-Marie aborde la possibilité de l'avortement :

Pis là j'me disais, j't'à vingt-deux s'maines si jamais j'ai, y'a un problème pis qu'on décide qu'on fait avorter euh, c't'un accouchement rendu là là c'est pus.. fait qu'là ça c'tait un p'tit peu plus euh.. mais finalement ça été.. c'tait correct. Fait que j't'tais très soulagée (Anne-Marie)

On perçoit une confusion lorsqu'elle hésite entre « j'ai » et « y'a un problème ». Elle met alors à distance la prise de décision avec l'utilisation du pronom impersonnel « on » et l'action d'avorter avec l'élimination du pronom personnel « se » du verbe pronominal « se faire avorter ». S'en suit une désorganisation du discours, une incapacité à dire et à penser cette décision de donner la mort qui la fait sauter directement à la conclusion soulageante « c'tait correct ».

Sylvie a eu des contractions à la vingt-cinquième semaine de grossesse. Cela a fait apparaître la crainte est d'avoir un bébé prématuré qu'elle associe avec le risque de déficience intellectuelle.

Donc euh... ouin, c'tait vraiment l'ACCOUchement prématuré, d'avoir un bébé prématuré ça ça, avec tout c'qui peut v'nir avec là! C'est ça qui euh... j'travailles avec une clientèle euh en déficience intellectuelle avec toutes sortes de, de de de syndroommes, toutes sortes d'affaires fait que là t'sé j'pensais beaucoup à eux là! Pis euh, j'me, y'en a gros là-dedans que c'tait des bébés prématurés fait que j'avais, j'avais une p'tite pensée pour ça là, je me disais euh, ben... bref je sais toujours pas il va arriver comme il va arriver l'bébé là! (Sylvie)

Sylvie relate ses inquiétudes au passé. En effet, lorsqu'elle expose les événements, elle est à trente-cinq semaines de grossesse. Mais elle termine son exposé par une phrase au présent qui indique que l'angoisse d'un possible problème est encore actuelle.

Pour Claire et Justine, l'angoisse d'une anomalie est présente, mais plus difficile à nommer. Claire se demande si le fait que son bébé bouge beaucoup est annonciateur d'un « problème ».

C'est agréable aussi là, malgré que moi [respire] en même temps j'étais un petit plus anxieuse à partir de ce moment là, fait que quand j'étais [mot coupé] beaucoup là. Là ça va un petit peu mieux, mais quand j'étais bouger beaucoup, parce que j'ai entendu des histoires là de femmes, en tout cas, pas l'fun là, qui sentaient bouger beaucoup pis... après y'avait un problème donc euh... j'm'inquiétais ben là, est-ce qu'elle bouge trop ou est-ce que ça va, est-ce que tout va bien au lieu de juste dire ah c'est l'fun, est bouge beaucoup j'étais. Y'avait une petite inquiétude qui venait avec, qui enlevait un peu la joie de la sentir là. (Claire)

Claire, qui vit une ambivalence marquée par rapport à son désir d'enfant, s'inquiète de sentir bouger son bébé. Pour commencer, elle utilise une annulation pour signifier que ce n'est pas agréable pour elle de sentir son bébé, car cela la rend anxieuse. La plupart des femmes enceintes s'inquiètent de l'absence de mouvements fœtaux. Pour Claire, qui se sent envahie par cette grossesse et qui appréhende la place que prendra le bébé dans sa vie, c'est tout le contraire.

Justine espère que son bébé « n'aura rien ». Puis elle suspend son élaboration et formule son souhait d'être « juste » une famille avec enfant de plus.

Tsé j'me dis euh j'veux pas être négative et tout ça, mais tsé j'espère qu'y'aura rien que ça va juste aller bien pis qu'on... [arrêt] pis ça, on va juste être comme une famille avec un enfant de plus, pis que ça va être juste une richesse de plus et tout ça là. (Justine)

Marie-Lune aussi émet le souhait que son bébé soit en bonne santé, comme si cela n'allait pas de soi.

Et puis je me, t'sais, j'espère aussi que le bébé va être en santé là quand il va naître là. J'espère que ça va bien aller. (Marie-Lune)

Les participantes évoquent également leurs craintes que le bébé meure. Ainsi, Claire mentionne qu'il arrive que le cœur du bébé cesse de battre de façon inexplicable.

J'pense à mon travail là, y'a plein de choses inexplicables qui arrivent des fois puis, c'est juste triste, puis on peut rien faire là. Y'avait rien à faire là vraiment pour empêcher ça puis euh... ça, c'est ça, je sais pas si le travail m'a rendue un petit peu plus

anxieuse par rapport à ma grossesse là, voir des femmes que j'ai vues qui ont perdu des bébés, pis que le cœur s'est arrêté de battre, bon euh, on sait pas pourquoi. (Claire)

Claire insiste sur le fait que lorsque cela arrive, « on ne peut rien faire », il n'y a pas de raisons, donc pas de coupable.

À un autre moment, Claire formule d'une façon particulière la possibilité de perdre son bébé et ce que cela lui ferait ressentir.

On dirait, c'est ça, j'm'attachais à elle, pis là j'imaginais un peu plus que si euh, c'est comme si elle existe là, pis si y'arrivait quelque chose là ben là, ça, ça m', ça s'rait une grosse perte. (Claire)

Claire utilise la conjonction de subordination « comme si » pour mettre au conditionnel l'existence de son bébé : « c'est comme si elle existe ». Puis, elle évoque par un euphémisme la possibilité de sa mort (« si y arrivait quelque chose »). L'euphémisme élude « par la suppression des sèmes déplaisants, la représentation franche d'une réalité brutale ou objet de tabous » (Jaubert, 2008, p. 107). Sa fonction est donc « d'adoucir ou d'embellir la représentation de réalités déplaisantes » (Kerbrat-Orecchioni, 1994, p. 67). Claire termine en hésitant ; elle commence un début de phrase qui l'impliquerait avec un verbe pronominal (« ça m'... ») pour finalement choisir une formulation moins engageante (« ce serait une grosse perte »). On peut se demander pour qui serait cette grosse perte.

Anne-Marie aborde également la peur de la mort de son bébé. Tout comme Claire et Justine, elle éprouve de la difficulté à mettre en mot cette réalité.

Y'a pas de euh si c'tait pas du stress rattaché au ben, à la la crainte de, de l'perdre éventuellement là [renifle], ça s'rait vraiment comme... une grossesse idéale. (Anne-Marie)

Sylvie ne nomme pas directement la peur de perdre le bébé, mais utilise la répétition de « beaucoup » pour accentuer la peur ressentie à cette possibilité.

Donc euh, beaucoup beaucoup beaucoup de stress en début de grossesse, pis j'ai eu des saignements en tout cas, ça été euh... beaucoup stressant, mais là j'ai eu ma première

échographie, puis euh j'ai vu mon médecin euh... hier, avant-hier ? Pis là tout va bien, le bébé est correct euh, donc euh j'commence à relaxer un peu... (Sylvie)

L'ambivalence des participantes s'exprime également à travers la culpabilité qu'elles ressentent que ce soit lorsqu'elles évoquent des pensées « négatives » envers le bébé ou lorsqu'elles pourraient mettre en danger le bébé par leurs décisions ou leurs comportements.

Justine se sent doublement coupable. Non seulement elle se sent coupable d'imaginer un éventuel problème à son bébé, mais elle porte également l'entière responsabilité de « briser l'équilibre de la famille » si son bébé présente un quelconque handicap.

Tsé tu te dis « J'vais-tu venir briser l'équilibre de ma famille ? » tsé « Si jamais j'ai un enfant qui a quelque chose ». En même temps j'me sens coupable de penser ça, mais tsé tu te dis « Tout d'un coup que... ». Moi j'sais que mon chum j'pense qu'il serait moins prêt à ça, moi je sais pas. Tsé c'est toutes des choses qui peuvent arriver. (Justine)

Anne-Marie aussi prend l'imputabilité du risque de l'amniocentèse.

J'me disais, si jamais j'fais une fausse-couche parce que j'ai fait une amnio, mais que ça aurait été correct... j'm'en s'rais voulu tsé vraiment là. (Anne-Marie)

Elle craint également qu'une action du quotidien, comme faire l'épicerie, puisse compromettre la grossesse.

Ben c'est plus euh.. ben c'est plus comme.. plus de l'anxiété euh.. Si jamais j'sais pas, j'fais quelque chose, j'fais l'épicerie, les sacs sont trop lourds, j'ai une p'tite crampe, j'fais oh, oh! Non ! (Anne-Marie)

Et les inquiétudes qu'elle ressent sont elles aussi source de culpabilité puisque cela peut nuire au bébé.

Tsé, même si tu te dis faut que j'arrête de stresser, faut que j'arrête d'y penser, c'est même probablement pas bon.. pour le bébé d'avoir cette inquiétude-là. Pis c'est... c'est pas possible là .. j'veux dire ça, ça s'enlève pas... (Anne-Marie)

Claire répète à deux reprises qu'elle est prudente. Elle fait attention à ce qu'elle fait, car cela serait potentiellement dangereux pour le bébé. Elle n'arrive pas à se défaire de l'idée qu'il pourrait arriver quelque chose au bébé par sa faute.

Là j'me croise les doigts, j'suis très prudente là, très très prudente là euh, de pas me fatiguer ou de pas soulever des choses louuurdes ou euh... On dirait euh, c'est pas un acquis pour moi que ça va bien aller là. Donc j'fais vraiment attention euh. Des fois j'aimerais ça être un p'tit peu plus insouciant là. (Claire)

Pour Sylvie, enceinte durant la pandémie de la grippe A (H1N1), la décision de se faire ou non vacciner a été une source de grande anxiété. Les craintes de prendre la mauvaise décision et de nuire à son bébé étaient au premier plan.

C'est juste que on est un p'tit peu euh, COBAYES! Alors je sais pas trop, t'sé on sait pas vraiment les effeets sur le fœtus, t'sé on sait pas euh. Fait que ben là j'me dis que ça c'est euh... pas grand-chose que j'peux faire maintenant là, pour changer ça. Pis ils disent que les risques étaient minimes alors [Silence] Donc euh. (Sylvie)

La dénégation des sentiments d'agressivité, voire de haine (Sirol, 2004) pour le fœtus peut donc provoquer, dans une sorte de renversement en son contraire, des sentiments de craintes pour l'enfant à naître. « Déceptions et culpabilité sont éprouvées, de façon plus ou moins consciente, les sentiments négatifs, difficiles à reconnaître sont souvent compensés par la formation réactionnelle d'une surprotection anxieuse » (Spiess et Thévenot, 2014, p. 174).

6.4.6 Agressivité projetée sur un autre objet

Nous avons vu que les sentiments négatifs en lien avec l'ambivalence du désir d'enfant peuvent s'exprimer de plusieurs manières. Chez nos participantes, nous constatons que cette agressivité peut être projetée sur un autre objet, que ce soit un membre de la famille, de la belle-famille ou de l'équipe soignante. Soulé et Soubieux (2004) constatent en effet que « les membres de l'équipe peuvent se sentir atteints par cette agressivité, mais ils ne sont en fait que l'objet d'un déplacement de cette haine » (Soulé et Soubieux, 2004, p. 307). Marie-Lune va exprimer à plusieurs reprises de la colère envers les infirmières de l'hôpital où elle a sa première rencontre.

En fait, j'ai trouvé que ben premièrement, il y a plusieurs trucs qui m'ont déçue. Premièrement, ils étaient désorganisés totalement, eux à l'hôpital. /.../. Ensuite de ça, les infirmières qui m'ont pris, ben mes signes vitaux étaient super bêtes.

Marie-Lune fait une scission entre elle et « eux à l'hôpital », marquant ainsi leur antagonisme. Elle poursuit :

Donc je trouve que j'ai eu aucune explication, aucune information, j'étais un numéro et puis là il fallait que ça bouge là parce qu'ils étaient en retard. /.../ j'ai trouvé que c'était vraiment une perte de temps. Et puis c'était vraiment frustrant parce que moi les informations que j'aurais aimé avoir, je ne les ai pas eues parce que les infirmières n'ont pas répondu à mes questions et puis elles n'ont pas eu le temps de répondre à mes questions. Donc c'était vraiment une déception plus qu'autre chose. (Marie-Lune)

Marie-Lune manifeste sa frustration et l'appuie par la répétition de l'adverbe « vraiment » à trois reprises. La chercheuse la questionne alors sur les questions qu'elle a posées, mais qui n'ont pas obtenu de réponse. Marie-Lune répond qu'elle aurait aimé connaître son poids et sa pression et ajoute « je suis sûre que j'avais d'autres questions, là je ne me rappelle pas mais je sais que j'avais d'autres questions ». On a alors le sentiment que ses questions ressemblent à un argument pour projeter son agressivité sur un objet, ici les infirmières. Lors de son deuxième rendez-vous à l'hôpital, Marie-Lune a de nouveau des récriminations contre les infirmières.

Là, j'étais vraiment déçue. En fait, en fait, c'était décevant. Les infirmières étaient aussi pressées, désorganisées, bêtes même. C'était épouvantable. C'était, en tout cas, j'étais vraiment frustrée. (Marie-Lune)

De nouveau, elle utilise l'adverbe « vraiment » pour démontrer l'ampleur de son mécontentement. Elle leur reproche leur façon de travailler, mais également leur façon d'être :

Je trouvais qu'il y a comme aucun respect, même me vouvoyer ou être polie avec moi. Elle peut me tutoyer là, l'infirmière, ça ne me dérange pas mais juste une politesse là qu'il n'y avait pas. T'sais, c'était comme juste « mets ton sac là, monte sur la balance ». C'est parce que on ne se connaît pas là, vous pourriez me dire « bonjour, comment ça va ». T'sais, juste un truc de base. (Marie-Lune)

Marie-Lune semble avoir l'impression d'être réifiée et demande à être considérée comme un sujet à part entière, qui souhaite être vu et entendu.

Tout comme Marie-Lune, Anne-Marie exprime également de la lassitude et de l'exaspération face au milieu médical qui ne retient pas son histoire de fausses couches à répétition.

Çaaa s'ppp'fff, j'dirais que en fait, j'pas super impressionnée de notre système de santé là. J'trouve que.. y'a beaucoup euh énormément d'intervenants /.../ pis, je, j'ai vu tellement de nouvelles personnes, pis à chaque fois, les gens y lisent pas l'dossier. Fait qu'à chaque fois faut que j'réexplique pis à chaque fois c'est : ah ! C'est votre première grossesse ? Non, c'est ma septième ! C'est tannant d'être toujours obligée de r'plonger là-d'dans pis de réexpliquer /.../ Tsé, c'est vrai, c'est vraiment vraiment fatigant. (Anne-Marie)

Anne-Marie utilise des adverbes de quantité comme « beaucoup », « énormément » et « tellement » pour définir le nombre d'intervenants qu'elle rencontre. Cela ajoute de l'intensité à son propos afin que l'interlocuteur prenne bien la mesure de la quantité de personnes à qui elle doit sans cesse raconter son histoire. Elle termine en répétant qu'elle est « vraiment vraiment » fatiguée de cette situation. Alors lorsqu'elle fait une demande en lien avec son historique à un médecin et que celui-ci la lui refuse, elle éprouve de la colère. Elle qualifie l'empathie du médecin de nulle (« zéro ») et comme cela ne lui semble pas suffisant, elle ajoute « zéro moins dix ».

Ce refus-là y m'a comme... ahrhf ! Vraiment ! Ça m'a euh.. ouen ça m'a refroidie là. Fait que l'empathie était comme zéro là, mais vraiment zéro là moins dix. Fait que.. j'ai pas du tout apprécié. Fait que ça ça, c'te côté-là, le manque d'empathie j'trouve de certains euh de certains médecins que tu rencontres dans un processus comme ça, surtout pis c'est sûr que si y'assimilent pas mon historique... (Anne-Marie)

Anne-Marie ressent également de la déception envers le médecin lors d'une échographie.

Comme euh.. ben explique-moi c'que t'es en train d'faire tsé. Ben là, a m'disait on est en train de r'garder euh.. le bras. Pis là à s'prom'nait pendant cinq minutes pis a checkait pour la longueur des bras. Mais commente ! Tsé s'comme un peu plate là. Moi j'vois s' sur l'écran, le bébé qui part qui r'vient là, c'est tout là. /.../ Fait qu'là a dit rien. Pis là a tsé, a continue à chercher, chercher pis là a dit : Ah ! Ben là on l'voit ! Mais tsé c'... commente un peu ! /.../ j'j'c't'un peu euh... Tsé j'étais un peu ben là.. un autre déception-là c'est comme, c'est décevant ! (Anne-Marie)

Tout comme Marie-Lune, elle aimerait avoir de l'attention de la part du milieu médical. Or, cette attention est essentiellement focalisée sur le bébé, ce qui provoque des réactions fortes chez ces deux participantes.

Outre le personnel médical, les membres de la famille peuvent également être le réceptacle d'une certaine agressivité de nos participantes. C'est le cas de la belle-mère chez Justine, Marie-Lune et Claire.

Lors de la deuxième entrevue, Justine passe plus de douze minutes sur une heure d'entrevue à parler de sa belle-mère et de la difficulté qu'elle éprouve à être avec elle.

Et euh, ma belle-mère est très, très, très extravertie et euh, tsé comme trop pour moi qui a besoin plus comme d'uune.. pourtant moi j'suis quand même très ouverte et tout ça, mais ça toujours été comme ça entre moi pis elle pis j'sais qu'est m'aime beaucoup beaucoup mais tsé [respire] c'est comme si a m'envahissait un peu. Pis euh... tu sais dans l'fond, sûrement que mon chum aimerait que ça aille mieux entre nous deux. Ben pas que ça va maaal /.../ Euh... donc, y'a des affaires qui m'énervent vite. (Justine)

Justine va tenter à plusieurs reprises de se justifier d'aimer sa belle-mère malgré tout, mais en employant systématiquement la même formulation : « Je sais pas comment dire pis c'est vraiment pas parce que je l'aime pas là mais... », « je l'sais pas pourquoi j'suis prise avec ça mais tsé, pis en même temps c'est pas parce que je ne l'aime pas ! » ou encore « ce n'est pas que je n'aime pas ma belle-mère mais tu sais moi je veux vraiment me sentir comme l'esprit tranquille ». Cette formulation est le propre de la dénégation qui consiste à affirmer quelque chose tout en le niant. Cette inimitié pour sa belle-mère prend de la place. Elle détaille à la chercheuse tout ce qui l'irrite chez elle, mais c'est surtout cette sensation d'envahissement qui domine.

Tu sais, si a m'prend pis qu'a m'serre fort fort fort, j'vas m'sentir comme euh disons que j'change une couche pis est quasiment par-dessus moi pendant que j'la change tsé c'est un peu ça là quasiment vouloir que tsé c'est difficile de, un moment donné quand t'es pas habituée de faire ça de dire « ben r'garde là, j'ai besoin de mon espace ». (Justine)

Justine craint ses propres réactions qu'elle pourrait ne pas contrôler.

Je me dis il ne faudrait pas que je devienne comme, je m' imagine très bien comme péter une coche, devenir un peu [imitation d'hystérie] tu sais je n'ai jamais été d'même mais j' imagine que là, là ça pourrait sortir là. Et puis c'est mal parce que je ne veux pas faire de peine à personne là. Parce que je veux dire je n'ai rien contre elle mais c'est trop, elle est trop. (Justine)

Justine sent que sa limite est proche d'être dépassée, mais la culpabilité la retient, car ce serait « mal » de se laisser aller dans sa colère. Elle termine en disant qu'elle n'a « rien contre elle » alors que les douze minutes précédentes sont une charge constante contre tout ce qui l'agace chez sa belle-mère.

Marie-Lune se sent surveillée par sa belle-mère par rapport à son alimentation.

Ça, ça a été, ma belle-mère m'a fait vraiment fait le commentaire, « ah ben là tu ne vas pas te mettre à manger de la poutine là pour que mon petit nenfant devienne un mangeux de poutine à tous les jours avec son coke ». Et puis bon quand elle m'a dit ça là, moi je me suis sentie vraiment contrôlée au maximum là. J'ai, ça, ça m'est vraiment resté sur le cœur et ça va rester aussi longtemps encore là. (Marie-Lune)

Le commentaire de sa belle-mère provoque une réaction de colère qui la fait bafouiller « J'ai, ça, ça ». S'en suit une expression de ressentiment : « ça va rester longtemps », telle une impossibilité à pardonner ce sous-entendu qu'elle pourrait nuire à son bébé.

Claire aussi se sent contrôler et surveiller par sa belle-mère qui s'inquiète pour le bébé.

Ma belle-mère elle-même a déjà perdu un bébé et, un des jumeaux en fait. Fait qu'a l'a peur qui arrive quelque chose donc des fois, je trouve ça un p'tit peu dérangent, un peu agressant, comme euh [hésitation] c'est sûre, c'est l'fun avoir de l'attention quand on est enceinte, puis que les gens pensent à nous, fassent attention à nous, mais des fois, j'trouve ça un peu trop là, comme trop protecteur ou trop de conseils que je vais recevoir. (Claire)

La réaction de Claire est plus nuancée que celle de Marie-Lune. D'une part, elle met en contexte la réaction de sa belle-mère. Cette dernière ayant perdu un enfant, Claire comprend qu'elle puisse être angoissée. Elle atténue alors sa réaction face à sa belle-mère en utilisant à deux reprises la locution adverbiale « un peu ». D'autre part, elle exprime les sentiments contradictoires qu'elle ressent face à cette attention reçue qui est agréable et envahissante à la fois. Elle ajoute que ce qui l'agace dans ce trop-plein d'attention c'est sa sensation de ne plus exister puisque les conseils ne sont pas destinés à prendre soin d'elle, mais du bébé.

C'tait, les conseils qu'on me donnait, c'tait, c'tait comme si j'existais pus, c'tait, c'tait au fond pour le bébé. (Claire)

Comme pour Marie-Lune, ce qui provoque une réaction négative chez Claire est la pensée induite par la belle-mère qu'elle pourrait nuire à son bébé.

Du côté d'Anne-Marie, l'agressivité est dirigée vers sa mère qui a décidé de passer l'hiver en Floride malgré la grossesse de sa fille. Rappelons-nous qu'Anne-Marie a été élevée dans une communauté qu'elle définit comme une secte et qu'elle a été séparée très jeune de ses parents.

Fait qu'à là j'disais : Ben ! C'est ta décision. Tu pars pour six mois, fait que c'est sûr qu'en d'dans six mois, ma belle-sœur va avoir cinquante ans, c'est sûr qu'y'a plein d'choses qu'a va manquer. Ça fait partie du [respire] mais.. on dirait qu'a.. a voulait comme que j'la rassure dans son choix d'partir des.. Non ! Là ! Ben t'sais, c'est correct que tu t'en ailles [rire retenu] mais c'est juste j'peux pas te dire « ah ben c'est pas grave, tu vas manquer toutes les étapes ». Ce s'rait l'fun que tu sois là pour les voir. Et si t'es pas là ben r'garde ! (Anne-Marie)

Anne-Marie débute sa phrase comme si elle s'adressait directement à sa mère : « ta décision », « tu pars ». Mais dans cette même phrase, elle change d'interlocuteur et parle alors de sa mère à la troisième personne : « y a plein de choses qu'elle va manquer ». Elle passe d'un dialogue rapporté à un récit. « Cette “disjonction énonciative” (Détrie, 2008) est un moyen d'impliquer l'allocutaire dans la description » (Jollin-Bertocchi, 2016, p. 2). Elle prend ainsi la chercheuse comme témoin de sa colère. S'en suivent d'ailleurs une légère désorganisation du discours et un retour au discours rapporté. Évidemment, « la variabilité du dispositif de marquage du discours rapporté intensifie les fluctuations pronominales » (Jollin-Bertocchi, 2016, p. 5). Mais cela permet à Anne-Marie de prendre une pause puis d'exprimer clairement sa colère envers sa mère. Elle ajoute, avec le même procédé de dialogue rapporté :

Ben là, ben moi, c'tait plus : ben là r'garde ! Là, si t'as l'goût d'être là, arrange-toi pour être là ! C'était plus euh, j'lui mets la responsabilité. Ça c'est, j'j'ai appris à m'détacher pis à dire tsé même si a m'dit : « Ah ! J'manque les choses » [imite la voix de sa mère]. Je l'sais qu'a l'aimerait ça que j'lui dise « ben c'est pas grave ! Tsé, j'vas t'envoyer des photos, j'vas te... » neuneuneu. Criss! (Anne-Marie)

Elle refuse de rassurer sa mère et de la déculpabiliser. Au contraire, elle souhaite lui faire sentir son désaccord et sa déception. Elle termine avec un sacre qui marque l'ampleur de son irritation.

La grossesse de Sylvie lui donne l'élan de régler certaines choses avec son père. Elle ressent le besoin de le confronter et explique qu'elle en a la force grâce à son état gravide.

Ça, je sais pas, ben je sais pourquoi en fait là mais, ces derniers temps euh, c'est euh, ben j'ai des problèmes avec mon père là, ça c'est, c'est comme lourd mais, c'est, j'pense c'est l'fait d'être euh, d'être enceinte parce que j'pense pas que j'aurais euh, me serais embarquée là-dedans là mais ! J'ai vraiment envie de régler des affaires pis y'a vraiment des trucs que, je ne veux plus a-ccep-ter [Saccadé] fait que... fait que c'est, en tout cas j'm'en vas l'voir en fin de semaine c'est une grande source de stress ! Mais y'a vraiment des choses que j'tiens de de, de régler avant que ça, avant que ça arrive. J'ai jamais eu c'te BEsoin-là aussi fort de régler mes affaires là, fait que... ces temps-ci c'est plus ça qui, qui... (Sylvie)

À travers ses hésitations et ses bégaiements, Sylvie montre à quel point ce besoin de confronter son père la saisit émotionnellement.

Fait que, c'est ça, mais personne y'a jamais dit ! Tout l'monde a peur de lui fait que [moins fort] ... Fait que c'est ça, c'est un gros, un gros morceau pour moi, de, confronter là ! Parce qu'il est quand même euh narcissique [En riant] fait que j'suis, en tout cas... Faut que je limite mes attentes là, parce que j'pense pas qu'il va comprendre tout ce que je vas euh, lui dire, mais moi y'a des choses, y'a des, de ses comportements, ses jokes PLATES, pis ses affaires inappropriées que j'veux plus entendre, ça j'vais mettre ça clair. Pis j'vas aussi lui dire que, quand il va être dans un mood comme ça, des fois il boit, fait que y'est pire quand il boit ! [Respire] Ben quand il va être comme ça, moi j'vas m'en aller. Fait que, puis j'suis même prête euh, si il, si y'est pas capable de respecter mes demandes, ben j'irai pas l'voir. /.../ Ah non non non... j'ai pas envie d'vivre ça, pas envie d'vivre ça, mon enfant y'a pas demandé ça là lui ! Fait que, ou elle, fait que, non c'est vraiment euh, j'sais pas si je sens la lionne en moi là mais c'est vraiment [en riant], non non non non non [très vite] cet enfant-là vivra pas ça certain ! (Sylvie)

Sylvie est déterminée à mettre des limites à son père. Elle sent une force en elle, comme « une lionne », qu'elle associe au fait de devenir mère. Les émotions ambivalentes provoquées par sa grossesse lui permettent peut-être de projeter sa colère sur son père et régler ainsi un problème relationnel présent dans leur relation depuis longtemps.

6.4.7 Retarder la rencontre

L'ambivalence du désir d'enfant peut aussi se percevoir dans le désir de retarder la rencontre avec l'enfant réel. « La rencontre avec l'enfant est à la fois redoutée et désirée, n'échappant pas à

l'ambivalence et à l'angoisse propres de la grossesse » (Alvarez et Cayol, 2015, p. 122). D'un côté, la future mère désire la découverte de cet enfant rêvé et les promesses qu'il porte. De l'autre côté, elle redoute « la rencontre avec les aspects traumatiques de l'enfant fantasmatique et imaginaire, et avec l'inconnu de l'enfant de chair » (Alvarez et Cayol, 2015, p. 123).

Claire va mentionner à plusieurs reprises son envie de retarder l'accouchement.

J'suis beaucoup dans à essayer de retarder le [sourire gêne], l'accouchement là, essayer que, que ça arrive à quarante semaines comme prévu. C'est ce que j'aimerais là idéalement. Euh donc j'suis plus au repos euh dans ma situation [hausse la voix] t'sais à trente, comme c'est ça on m'a dit [à peine prononcé] à trente-sept semaines que qu'avec 90 % d'effacement, j'pas obligée d'être au repos en tant que tel [hausse la voix] parce que si la p'tite viendrait se serait correct. Mais là j'essaie de... de la garder en-dans le plus longtemps possible quand même pour elle pis pour nous [pause]. (Claire)

Les modulations dans la voix de Claire indiquent une difficulté à dire son désir de proroger la rencontre. D'un point de vue médical, Claire peut accoucher en toute sécurité pour le bébé. Or, elle préfère que cela survienne plus tard, pour le bébé, mais surtout pour elle.

Par moment, j'aimerais juste repousser pas juste pour attendre mon conjoint, mais on dirait, plus ça arrive, plus j'peux pas croire que ça arrive là [sourire gêne] donc euh c'ça [soupir] que, que, j'ai d'la misère à imaginer puis des fois j'fais des blagues, puis j'dis, est-ce que je suis vraiment obligée d'accoucher [rire] pis faut qu'elle sorte un moment donné hein, mais euh, ça... ça va être quelque chose.. ouen. (Claire)

L'imminence de l'événement augmente les angoisses de Claire. Elle aimerait avoir encore le choix de refuser cette rencontre. Elle termine en disant « ça va être quelque chose ». Elle tente ainsi de se dégager de l'angoisse ressentie. En effet, l'utilisation du pronom démonstratif « ça » permet « une tentative de mise à distance par la dépersonnalisation du propos » (Krymko-Bleton, 2019, p. 142). On se demande alors à quoi réfère le « ça » ? À l'accouchement à proprement parler ? À la rencontre avec le bébé ? À la nouvelle dynamique familiale ? Probablement tous ces éléments en même temps. Claire évoque aussi la crainte que l'accouchement lui procure lorsqu'elle va se coucher.

Parce que là, à chaque fois que je vais me coucher j'je dis est-ce que ça va arriver cette nuit [sourire] puis euh... j'préfèrerais que ça arrive plus tard euh.. donc... quand c'est prévu là. Euh.. donc.. c'est, c'est d'être toujours un peu sur le qui-vive là ça, ça peut être stressant là. (Claire)

Claire est sur ses gardes. Tout comme Justine.

Des fois tu sais je me dis oh non pas cette nuit, tu sais on dirait que je ne suis pas prête.
(Justine)

La sensation de ne pas avoir de contrôle sur le moment de l'accouchement les décontenance. « L'accouchement représente, en effet, l'acmé de la perte de contrôle, tant sur le corps que sur l'expression émotive. [...] En raison du caractère imprévisible de l'accouchement, [les femmes] s'inquiètent car elles ne peuvent en planifier le déclenchement, prévoir le moment, le lieu » (Reeves *et al.*, 2016, p. 53). Marie-Lune l'exprime de façon flamboyante en comparant l'attente de l'accouchement à une bombe à retardement.

J'ai l'impression tu sais que c'est comme un..., ça l'air négatif de dire ça mais une bombe là si on veut mais pas une bombe là qui fait mal. Tu sais mais une bombe que tu ne sais pas quand est ce qu'elle va se déclencher parce que tu n'as pas la minuterie. Oui, donc je trouve ça un peu stressant. (Marie-Lune)

Marie-Lune subodore l'ampleur de sa comparaison. En effet, elle utilise une hyperbole. La spécificité de cette figure de style « tient au fait que le locuteur exagère, c'est-à-dire qu'il décrit l'objet ou état de choses dont il parle en termes plus forts qu'il ne convient » (Kerbrat-Orecchioni, 2014, p. 7). Cela démontre l'intensité du ressenti de Marie-Lune, car « l'hyperbole est la tentation d'une subjectivité incapable d'exprimer adéquatement une réalité qui la dépasse » (Hayat, 2007, p. 483). Consciente de l'impact que peut produire son discours sur son interlocuteur, elle minimise ses propos en utilisant des processus d'atténuation : « pas une bombe qui fait mal » ou « un peu stressant ».

Justine aimerait retarder l'arrivée du bébé, car elle anticipe la place que celui-ci va prendre dans sa vie.

Ça fait que c'est sûr que je pourrais accoucher demain mais ça ne me ferait rien d'accoucher dans une semaine parce que justement on dirait que je commence juste à prendre du temps pour moi là. (Justine)

Elle exprime ensuite son ambivalence par rapport à son désir d'enfant. Elle a « voulu ce bébé-là », mais en même temps s'inquiète des bouleversements que son arrivée va provoquer.

En même temps je suis très contente, mais tu sais c'est comme tout ça, toutes ces incertitudes là de dire oh il y a quelqu'un d'autre qui va y avoir, on est tellement déjà une belle famille mais en même temps je l'ai voulu ce bébé-là, je suis très contente. (Justine)

Sylvie aussi aimerait retarder son accouchement. Elle ne se sent pas complètement prête.

Ouais, c'est, c'est comme ça que j'ai envie d'passer les dernières semaines pour quand qui va arriver ben j'sois, t'sé si y'arrivait là là, j'suis pas euh, j'suis pas au meilleur de ma forme mais, c'est ça j'ai envie d'être euh, d'être vraiment bien t'sé ! (Sylvie)

Elle exprime sa peur de l'accouchement. Or, « Deutsch (1949b) avait vu dans la classique peur de fin de grossesse, sous le voile manifeste des appréhensions vitales bien réelles liées à l'accouchement, un prototype des angoisses de séparation » (Picco, 2005, p. 22).

Ben c't'un peu euh, un mélange, [petit rire] de sentiments contradictoires ! Y'a un côté de moi qui a VRAIMENT hâte, t'sé j'suis excitée, j'ai hâte de VIVRE ça, j'ai hâte euh, de connaître l'intensité de, de rencontrer mon bébé, un gars une fille, je sais pas c'est ça, ça j'ai VRAIMENT hâte là de, t'sé j'entends tellement les gens dire c'est incroyable, c'est une expérience t'sé j'ai hâte de de vivre ces moments-là, mais c'est sûr que ça me fait peur... parce que, ben y'a la douleur euh, c'est l'inconnu, j'ai jamais vécu ça euh, pis, c'est sûr bon les récits euh, les récits à faire peur d'accouchements des autres ça j'essaie des mettre de côté-là ! Mais hum, des fois ils reviennent [Rires] ! (Sylvie)

Anne-Marie est la seule de nos participantes qui n'aborde pas l'accouchement lors de la troisième entrevue, et ce malgré les questions de la chercheuse. À plusieurs reprises, la chercheuse tente d'évoquer ce sujet. Elle lui demande clairement si elle a des attentes par rapport à l'accouchement, si elle en parle. Anne-Marie ne répond pas vraiment et évoque sa médecin en qui elle a totalement confiance, mais qui n'est pas souvent présente les jours de ses rendez-vous de suivi. Elle se plaint longuement de ne pas avoir de personne-ressource pour poser ses questions. La chercheuse lui demande de nouveau si elle a « pu commencer à poser des questions, à préparer des choses par rapport à l'accouchement », mais Anne-Marie dévie sur les intervenants qu'elle a rencontrés au CLSC (notaire, massothérapeute, etc.), puis se lamente de nouveau sur l'absence d'un interlocuteur à qui elle pourrait adresser ses craintes concrètes (peut-elle déneiger son entrée ? peut-elle porter ses courses ? peut-elle faire une marche de vingt minutes ? etc.). À trois reprises, la chercheuse souligne la possibilité d'appeler la salle d'accouchement, mais Anne-Marie ne semble pas vouloir entendre et continue à se plaindre de ne pas avoir de ressources. Légèrement agacée, la chercheuse

fait une ultime tentative : « Bien, alors je ne sais pas s'il y a d'autres choses dont vous n'avez pas parlé qui vous... », mais Anne-Marie la coupe « Non, pas vraiment, je pense que ça fait pas mal ». La chercheuse fait alors ce commentaire particulier : « Vous avez bien parlé aujourd'hui ». Est-ce une dénégation ou bien est-ce une antiphrase, figure de l'ironie « qui permet d'exprimer une idée par le recours à une formulation qui déclare l'inverse » (Danon-Boileau, 2008, p. 218) ? Malgré les efforts de la chercheuse, Anne-Marie n'a aucunement abordé l'accouchement qui s'en vient. Ce silence peut être interprété comme un déni de la réalité, c'est-à-dire un « mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante » (Laplanche et Pontalis, 1998, p. 115).

6.4.8 Manifestations de l'ambivalence dans les rêves

Deux de nos participantes rapportent des rêves en lien avec la grossesse. « Le rêve est réalisation de désirs non satisfaits à l'état de veille, soit du fait d'une objection consciente, soit, plus souvent, du fait du refoulement. [...] Le rêve témoigne du retour du refoulé » (Perron, 2013, p. 1544). S'intéresser aux rêves de nos participantes permet d'avoir accès à une certaine conflictualité. En effet, « lorsqu'un rêve est apporté en thérapie, ceci est une indication qu'une certaine digestion psychique a eu lieu, mais aussi qu'un contenu émotionnel est difficile à assimiler et demande encore à être travaillé » (Hebbrecht, 2014, p. 38). Bien sûr, nous ne sommes pas en contexte de thérapie. Mais les participantes partagent d'elles-mêmes ces rêves à la chercheuse, attestant ainsi un désir d'élaboration sur ce thème.

Claire relate un rêve lors de la première entrevue alors que Marie-Lune l'évoque dans la troisième rencontre. Leur contenu et leur signification sont donc différents.

Claire fait le récit de son rêve :

C'était très présent là de me sentir là, un peu le mot qui me venait, c'était parasitée là un peu là, je faisais des rêves au euh, et puis le bébé dans le, j'dans, en plus avec mon travail, ça se mélange là, mais je rêvais le bébé, j'rêvais que je perdais le bébé puis j'avais beaucoup de peine, j'pleurais mais en même temps, je voyais le bébé pis, y'était comme un peu euh, étrange, y'avait comme un petit peu euh, y'était comme collé à moi, puis euh y décollait pluus, pis c'tait comme euh, l'ambivalence j'trouve était représentée là, y'a un attachement, mais en même temps euh, un sentiment d'être envahie un peu ça contrôle un peu ma vie en ce moment... (Claire)

Le discours de Claire est confus ce qui dénote une difficulté à dire. « En effet, les défauts de formulation signent un embarras » (Krymko-Bleton, 2019, p. 145). Claire tente de mettre à distance ses émotions en diminuant ses propos autant qu'elle le peut, en utilisant à quatre reprises la locution adverbiale d'atténuation « un peu ». Elle explique qu'elle se sentait « un peu » parasitée », que le bébé était « un peu » étrange, qu'elle a le sentiment d'être envahie « un peu » et que cela contrôle « un peu » sa vie. On note également un changement de temps. Elle relate son rêve à l'imparfait, mais donne son interprétation au présent. L'ambivalence ressentie par rapport à son désir d'enfant est toujours d'actualité et c'est pourquoi probablement elle en parle durant la rencontre.

Marie-Lune explique qu'elle fait de nombreux rêves en lien avec la grossesse.

Oui, il y en a quand même eu. Là, il y en a moins là mais il y en a quand même eu oui.
Oui, il y en a quand même eu. (Marie-Lune)

Marie-Lune répète trois fois en trois phrases qu'il y a eu beaucoup de rêves. « La répétition ou la réitération apparaissent très fréquemment pour marquer l'intensité des émotions soulevées. [...] Elles traduisent fréquemment un essai de contrôler l'émotion » (Krymko-Bleton, 2019, p. 141). Marie-Lune souligne deux types de rêves. Certains rêves évoquent l'impact de l'arrivée du bébé dans sa vie.

Il y a des rêves qui étaient vraiment en lien avec tsé l'espèce de peur de perdre la vie, tsé, sans bébé. Tsé quand on va avoir le bébé là. Donc il y avait beaucoup la transformation que le bébé va emmener dans ma vie là, il y avait beaucoup ça. (Marie-Lune)

La formulation est frappante : « la peur de perdre la vie, tsé, sans bébé ». Elle évoque une mort et un deuil à faire avec la venue de cet enfant. Cette perte est un des éléments qui nourrit l'ambivalence liée à la grossesse.

Marie-Lune rapporte faire d'autres rêves en lien avec l'accouchement et aux angoisses que cela provoque.

Et puis, et puis il y a eu des rêves aussi en lien avec l'accouchement. Genre est-ce que ça va passer, est-ce que le bébé va passer ? (Marie-Lune)

Ces rêves d'accouchement sont fréquents en fin de grossesse. « La naissance et l'accouchement sont en eux-mêmes souvent rêvés par la femme enceinte, notamment en fin de grossesse, quand s'approche le moment de la délivrance. La femme commence à être aux prises avec ses angoisses de perte, de séparation, de castration et de mort » (Riazuelo, 2003, p. 103). Les deux rêves relatés par Marie-Lune se font écho et semblent renvoyer à des angoisses de perte, que ce soit le deuil de la vie sans enfant ou le deuil de la grossesse.

Les rêves de nos participantes nous éclairent sur le travail psychique en cours lors de la grossesse en lien avec l'ambivalence du désir d'enfant. En effet, les bouleversements profonds que provoque l'arrivée d'un enfant nourrissent cette ambivalence ; une ambivalence qui reste difficile à mettre en mot et qui s'infiltré alors dans les rêves.

6.4.9 La difficulté de dire cette ambivalence

Comme nous venons de le voir tout au long de cette partie, l'ambivalence se manifeste de différentes manières, car elle est difficile à conscientiser et à verbaliser. Nous avons constaté à quel point les participantes se défendent contre cette ambivalence notamment en atténuant leur discours, en projetant les affects plus agressifs sur un autre objet ou en ayant un discours plaintif autour de la grossesse. « La recherche de la perfection maternelle, celle d'un contrôle constant, témoignerait peut-être du refus inconscient du pôle hostile de l'ambivalence inévitable dans l'exercice de la maternité » (David, 2006, p. 87). Une de nos participantes, Claire, semble plus en contact avec cette ambivalence qu'elle parvient à nommer. Elle explique qu'elle a souhaité travailler cet aspect avec sa psychologue, mais qu'elle ne s'est pas sentie complètement accueillie dans son expérience.

Euh, euh, y'a eu euh, on a eu, je, j'ai, j'ai fait une petite mise au point moi et ma psychologue que je consulte parce que bon, c'est, c'est moi là, mais j'sentais un p'tit peu que j'étais poussée quand j'avais envie qu'il y ait plus de place pour cette ambivalence-là, mais j'sentais que, que j'osais peut-être moins en parler, mais en même temps, j'me sentais un peu comme, comme avec l'entourage, comme j'dois euh, être contente puis euh, j'l'avais peut-être désiré au fond, puis j'veux qu'y ait de la place pour dire que, que c'est pas l'fun à, à dire, ni pour l'autre à entendre, mais j'avais besoin de parler que c'était pas planifié du tout, même pas inconsciemment, même pas euh... disons l'attente de, de pouvoir être entendue, puis comprise, pis euh... ouais, qu'on me laisse mon expérience telle qu'elle est, il me semble (Claire)

Encore une fois, on note les hésitations du discours. Claire bégaye, cherche ses mots. Elle prend alors la responsabilité de la difficulté à parler de son ambivalence : « c'est moi là ». Elle utilise des procédés d'atténuation comme « une petite mise au point », « un p'tit peu », « un peu ». Elle renverse alors la responsabilité avec la locution adverbiale « en même temps » qui est une manière de relativiser ce qui vient d'être énoncé. En effet, en utilisant cette locution,

le locuteur n'a pas le sentiment de s'exposer — il veut sauver la face (Kerbrat-Orecchioni, 2005) — tout en apportant un jugement sur ce qui est dit, mais par l'utilisation qu'il fait de « en même temps », il laisse des traces de sa présence au sein des échanges et il dispose d'un argument pour convaincre (sur le contenu de la seconde proposition) et relativiser le propos. Il met en œuvre une stratégie discursive qui lui permet de préserver les limites de son territoire, de garder/sauver la face tout en ménageant celle de son interlocuteur (Kerbrat-Orecchioni, 1998). (Vagner, 2019, p. 232)

Claire essaye ainsi de protéger sa psychologue, mais également la chercheuse qui est une étudiante au doctorat en psychologie et donc une future psychologue, tout en exprimant le sentiment de ne pas avoir été entendue dans son ambivalence. Aux dires de Claire, il semble donc difficile pour la psychologue et pour les membres de sa famille d'entendre le côté négatif de l'ambivalence. « Cette ambivalence [...] est le plus souvent ignorée par les parents et les soignants, l'objet d'un refoulement ou d'une stigmatisation active, et n'est pas politiquement correcte » (Boige, 2004, p. 261). Cela peut alors amener à une difficulté à exprimer les conflits, les peurs, les sentiments négatifs en lien avec la grossesse. Or, « la figure de mère sans faille, tout amour, est un mythe. Une femme doit pouvoir s'autoriser à être une mère, c'est-à-dire imparfaite et pas toute mère puisque partagée entre ses positions maternelle et féminine, afin que l'enfant, référé aussi au désir d'un autre, puisse advenir comme sujet » (Spiess et Thévenot, 2014, p. 168). Missonnier (2016) définit d'ailleurs l'expression « mère ambivalente » comme une formule amenant de la confusion. En effet, « dans une perspective psychanalytique, c'est toujours un pléonasme et parfois une louange si cette ambivalence est liée, subjectivée !... Alors que fréquemment dans l'esprit du clinicien, c'est une observation péjorative de maternalité en grande souffrance » (Missonnier, 2016, p. 58).

6.5 Angoisse d'être une mère mortifère

L'ambivalence est présente chez toutes nos participantes. « Toute mère, tout père, chacun d'entre nous a des raisons de haïr son enfant et de souhaiter sa mort » (Soulé, 1978, p. 12). Ce pôle hostile

de l'ambivalence est compensé par des mécanismes de « contre-investissement, de contention, de maîtrise, de sublimation » (Soulé, 1978, p. 12), comme nous l'avons vu dans la partie précédente. Lorsque ces mécanismes échouent, on bascule du côté de la pathologie : l'agressivité maternelle prend corps dans des actes ou des processus visant l'annihilation du bébé. Aucune de nos participantes ne se trouve dans cette configuration. En revanche, deux d'entre elles semblent présenter des craintes quant à la possibilité d'une incapacité à être mère, nourrissant ainsi une représentation d'une mère mortifère. Bien que les deux cas soient différents, les participantes évoquent des bébés miracles, comme s'ils avaient survécu à l'impossibilité d'advenir.

Nous n'aborderons pas ici en détail les liens entre le biologique et le psychologique dans les difficultés de procréation ou dans la stérilité. Pour cela, nous renvoyons aux auteurs tels Bydlowski (2003, 2019), Faure-Pragier (2003, 2004, 2008) et Setan, Theis, et De Tychev (2001) notamment. Notre démarche consiste à écouter, dans le discours des participantes, ce qui semble entraver la possibilité de la grossesse dans un tel contexte, mais aussi la rendre possible par la suite.

6.5.1 Anne-Marie : la mort à répétition

Anne-Marie en est à sa septième grossesse. Les six précédentes se sont soldées par des fausses couches qui surviennent lors du premier trimestre et qui n'ont pas de cause médicale identifiée. Voici comment Anne-Marie débute la première rencontre avec la chercheuse :

Ben, en fait ça se passe bien. Par contre, j'ai un historique euh, j'ai fait six fausses-couches avant... (Anne-Marie)

Les premiers échanges verbaux contiennent souvent des éléments clés de la demande. D'après Gilliéron (1994), les premiers propos énoncés reflètent ce que le patient souhaite faire savoir. L'ordre dans lequel ils apparaissent est important, puisque le plus essentiel pour le patient se trouvera au début. De plus, le contenu manifeste représente les fondements d'un contenu latent déterminé par les angoisses du patient. Enfin, « ces propos contiennent l'appel à l'aide du patient. Ils reflètent donc la crise psychologique que ce dernier est en train d'affronter » (Gilliéron, 1994, p. 120). On peut donc émettre l'hypothèse qu'une des motivations, qu'elle soit consciente ou inconsciente, d'Anne-Marie à participer à cette recherche est d'enrayer le phénomène de répétition des fausses couches en élaborant ce qu'elle nomme son « historique ».

Pour Anne-Marie la grossesse est associée au deuil, puisqu'elle aboutit systématiquement à la perte de l'enfant porté.

Puis c't'un moment pour moi qui est très très euh... déstabilisant parce qu'aussitôt que j'tombe enceinte pour moi c'tait comme... beaucoup de difficultés à être contente, j'suis très très heureuse [soupir]. Mais en même temps, c'est encore la roue... d'un autre deuil potentiel qui commence pis tsé, ça t'tente jamais de t'rendre là mais pour moi, l'expérience c'tait, tsé six fois sur six, c'tait comme, tsé, ça, ça, finissait mal dans l'fond. (Anne-Marie)

Nous avons déjà évoqué la fonction de la locution « mais en même temps » qui « introduit à la fois une “rupture énonciative” et une “nuance argumentative” d'ordre concessif ou subjectif » (Vaguer, 2017, p. 173). Anne-Marie nuance ainsi le fait d'être « très très heureuse » lorsqu'elle apprend qu'elle est enceinte, car cela s'accompagne d'un travail de deuil. On note toutefois l'emploi de l'imparfait qui relègue ainsi cette expérience de deuil au passé et sous-entend que cette grossesse pourrait être différente et ne pas finir comme les six précédentes.

Anne-Marie explique qu'elle n'a pas de problème à tomber enceinte, au contraire.

J'ai pas d'misère à tomber enceinte là, je, je, j'fais trois grossesses par années là [sourire rire]. C'est pas euh, c'est pas ça l'problème là. C'est d'les garder... (Anne-Marie)

Anne-Marie ne parvient pas à « garder » le fœtus en elle. Elle évoque alors une difficulté dans l'implantation.

Y'a quelque chose qui se passe dans le, l'implantation où à six semaines que la grossesse elle s'arrête [renifle] fait que euh.. (Anne-Marie)

Comment Anne-Marie perçoit-elle ce défaut d'implantation ? Est-ce le bébé qui ne s'accroche pas ? Est-ce elle qui n'est pas capable de le retenir ou qui le chasse de son utérus ? Impossible de le savoir. En revanche, on comprend que quelque chose ne se lie pas entre elle et son bébé. Anne-Marie est consciente qu'une problématique au-delà du médical se joue dans ses grossesses. Elle évoque le stress et l'anxiété.

Tsé, même si tu te dis faut que j'arrête de stresser, faut que j'arrête d'y penser, c'est même probablement pas bon... pour le bébé d'avoir cette inquiétude-là. Pis c'est... c'est pas possible là... j'veux dire ça, ça s'enlève pas. (Anne-Marie)

Elle ajoute :

Fait que euh si y'a quelque chose qui a à mal aller dans cette grossesse-là, ça risque d'être ça là à mon avis. Ce s'ra pas nécessairement quelque chose de médical tsé [respire]. Fait que c'est le stress, l'anxiété, c'est, c'est, fait que c'est plus... là-d'sus, si j'peux juste être rassurée... (Anne-Marie)

Anne-Marie l'exprime clairement : elle a besoin d'être rassurée, écoutée et qu'on prenne soin d'elle. Seule, elle ne parvient pas à s'apaiser et à avoir confiance dans le bon déroulement de sa grossesse.

Ah ben ça c'est sûr. D'ici jusqu'à, jusqu'à tant que j'aie le bébé dans mes bras, j'pense que, j'ai un p'tit peu du mal à croire que... j'vas arriver euh à terme. (Anne-Marie)

Jj'j'y crois pas encore là, j'vas y croire quand j'vas avoir le bébé dans les bras. (Anne-Marie)

On constate à quel point il est difficile pour elle de ne pas se sentir soutenue par le personnel médical. Elle répétera à plusieurs reprises la difficulté ressentie lorsque les intervenants ne prennent pas en compte son « historique » et son dossier médical.

J'ai déjà assez de mes tracas, d'avoir peur que.. j'aboutisse pas à la grossesse euh pas pas la gro... mais accoucher tsé que.. d'avoir le le.. les tracas de mon dossier s'tu clair, y'a tu si, j'ai tu oublié queque chose ? J'j' j'ai comme pas besoin de t'ça là. (Anne-Marie)

On perçoit sa colère à travers le discours qui se désorganise. Elle hésite, bute sur les mots, mélange grossesse et accouchement.

Lorsqu'elle doit prendre la décision de faire une amniocentèse, Anne-Marie angoisse. Elle redoute que son choix provoque une autre fausse-couche.

L'amniocentèse on devrait tu, on devrait tu pas. Ben ça c'est ta décision là. Là c'est comme euh.. t'as les stats là, genre décide. Ok ! Là c'était émotif pour moi. C'tait comme euh.. c'pas euh.. j'dis'j'sais pas si vous comprenez mais pour moi le le le risque de faire une autre fausse-couche [respire] c't'un peu traumatisant pour moi de penser

que j'pourrais faire une autre fausse-couche, fait que.. étant donné l'poids tss, ça vaut-tu la peine, ça vaut pas la peine ? (Anne-Marie)

Elle mentionne la culpabilité qu'elle aurait ressentie si sa décision avait provoqué la mort de son bébé, tel un écho à la responsabilité qu'elle s'attribue face à ses multiples fausses couches.

Ça m'tentait pas de prendre le risque. J'me suis dit si l'bébé... J'me disais, si jamais j'fais une fausse-couche parce que j'ai fait une amnio, mais que ça aurait été correct.. j'm'en s'rais voulu tsé vraiment là. (Anne-Marie)

Nommer la possibilité de la mort du bébé est insurmontable pour Anne-Marie qui utilise une aposiopèse, « si l'bébé... », traduisant ainsi l'intensité de l'émotion. Elle reformule alors sa pensée et évoque le fait de faire une fausse couche. Anne-Marie se sent seule face à cette décision. Elle ne trouve pas de soutien dans l'équipe médicale.

L'amniocentèse on devrait tu, on devrait tu pas. Ben ça c'est ta décision là. Là c'est comme euh.. t'as les stats là, genre décide. Ok ! Là c'était émotif pour moi. C'tait comme euh.. c'pas euh.. j'dis'j'sais pas si vous comprenez mais pour moi le le le risque de faire une autre fausse-couche [respire] c't'un peu traumatisant pour moi de penser que j'pourrais faire une autre fausse-couche, fait que.. étant donné l'poids tss, ça vaut-tu la peine, ça vaut pas la peine peux-tu m'm'aider à...

Elle aimerait pouvoir s'appuyer sur quelqu'un, être éclairée, mais surtout elle cherche à être comprise. Elle attend qu'on reconnaisse le poids de son « historique ».

Cela va être rendu possible avec la gynécologue qui a constaté sa dernière fausse couche à l'hôpital. Sensible à la répétition des deuils que vit Anne-Marie, elle va lui proposer un suivi en fertilité et des solutions concrètes : prise de progestérone, de Fragmin (anticoagulant) et d'aspirine pour bébé dès la prochaine grossesse. Anne-Marie tombe rapidement enceinte et souhaite avoir son suivi de grossesse avec cette gynécologue. Or, on lui apprend que cela ne pourra pas être possible, et qu'elle doit retourner dans le système classique, puisque sa grossesse est considérée comme normale. Elle va alors déployer beaucoup d'énergie pour contacter cette médecin et obtenir qu'elle la prenne en charge.

Puis à ce moment-là, c'est là où j'ai trouvé le courriel du Dre X [soupon]. Puis euh, j'ai envoyé un courriel, j'ai dit : écoutez, comment j'peux faire pour être suivie par vous...

Parce que là, j'peux pas, j'veux, j'peux par r'tourner dans l'système avec n'importe quel médecin là. Je... mais t's'j'écrivais, enfin j'ai trouvé un médecin en qui j'ai confiance pis que j'ai comme... vraiment [rire gêne] pas envie d'être suivie par quelqu'un d'autre [grand respire]. Fait que là a m'a, là a m'a tout de suite écrit ben en m'disant, était en vacances en plus, en me euh en me disant où appeler, pis tsé, a m'a donné le numéro de téléphone. (Anne-Marie)

Anne-Marie ne veut pas et ne peut pas envisager un suivi avec un autre gynécologue. Pour elle, il en va de la survie de son bébé :

Fait que j'me sentais mal d'y'écrire, mais en même temps là, c'tait comme euh.. j'j'r'garde-là, c'est.. c'est ma.. c'est la survie d'mon bébé là ! (Anne-Marie)

Anne-Marie fait d'ailleurs le lien entre cette grossesse qu'elle va mener à terme et sa gynécologue.

On ne saura jamais si c'est à cause de tout ce qu'elle a mis en place comme cocktail médical (rire) pour accompagner ou si c'était la bonne fois mais honnêtement, après 6 fausses-couches, c'est salutaire là d'avoir quelqu'un qui care. (Anne-Marie)

Le fait que sa gynécologue prenne soin d'elle, qu'elle l'accompagne et s'investisse dans le processus semble avoir été essentiel dans l'aboutissement de cette grossesse. Elle a probablement été « en mesure de s'identifier à cette femme comme à une bonne mère idéalisée qui lui montre son désir de réussite et qui ne l'abandonne pas » (Chassot *et al.*, 2015, p. 197). En effet, « une femme ne peut pas vivre seule la maternité. [...] L'identification à une image maternelle positive est une nécessité pour la jeune femme qui attend un enfant. Cette image sera d'autant plus intensément recherchée auprès de l'entourage qu'elle aura fait défaut dans le cœur » (Bydlowski, 2010, p. 20). Il semble effectivement y avoir une faille dans la relation entre Anne-Marie et sa mère. Même s'il convient d'être prudent dans les interprétations et les liens que nous pouvons faire, nous constatons que l'histoire d'Anne-Marie est complexe. Alors qu'elle est âgée de quatre ans, ses parents partent vivre dans une communauté, qu'Anne-Marie qualifie de secte.

C'tait pas mal une secte. Pis euh, un moment donné, y séparaient les parents des enfants pour briser'en fait.. y voulaient comme briser les euhm, comme les pattern, puis euh, les euh.. pas nécessairement les liens privilégiés mais en tout cas recréer un espèce de... genre y'avait un logo un moment donné c'tait comme une planète, un peuple là. Tsé qu'y aille, que tout l'monde soit comme des frères et sœurs tsé, pis qu'ce soit comme une seule famille. Qu'y aille pas de [souponner]... fait que.. c'est pour ça, mes

parents j'les ai.. pendant plusieurs années.. ben vus et pas vus là. J'les voyais de temps en temps.

Anne-Marie fait une dénégation lorsqu'elle affirme que le but de la secte n'était pas de briser les liens privilégiés entre les parents et leurs enfants. D'ailleurs, lorsqu'elle évoque de nouveau les liens parents enfants, elle soupire et suspend sa phrase. On sent à quel point cela a été difficile pour l'enfant qu'elle a été. Anne-Marie explique qu'elle s'est protégée du manque de ses parents en s'habituant à ne pas avoir besoin d'eux.

Ben c'est juste parce que c'est, c'est mes parents, j'ai été euh, j'je, j'ai un historique familial qui est quand même, j'ai pas grandi [coupure] toute mon enfance avec mes parents fait qu'y'a été des longues périodes où j'les ai pas vus [respire]. Fait que j'ai pas, je, moi un de mes mécanismes ça été d' d' de m'habituer à pas avoir besoin d'être en contact avec eux souvent. Tsé, ça été vraiment ma protection fait que aujourd'hui.
(Anne-Marie)

Il est intéressant de noter qu'elle utilise le terme « historique » pour parler de son enfance, terme qu'elle emploie également lorsqu'elle désigne ses fausses couches à répétition. Elle explique d'ailleurs que sa relation avec ses parents n'est pas « tissée serrée ». Peut-on faire le parallèle avec la relation avec son fœtus qui n'est pas assez forte pour permettre l'implantation ? Il semble y avoir une problématique d'attachement qui se rejoue dans les deux cas.

Fait que c'est pour ça que ma relation avec les parents est comme euh.. pas euh... tsé pas, pas t'tissée serrée [voix tremble un peu]. On s'aime bien. Ça évolué vers une relation qui est un peu différente mais c'est par une relation parentallle parent-enfant là. (Anne-Marie)

Cela amène Anne-Marie à se questionner sur ses capacités maternelles. N'ayant pas de modèle auquel se rattacher, elle doute de son identité de mère.

Fait que pour moi, être une famille à faire des activités en famille, à faire euh.. j'connais pas ça. Tsé, je l'sais pas trop euh.. je sais pas comment j'vas être [rire]. En même temps, c'est comme un.. ça été.. ouen ça, ça été longtemps un [racle la gorge] un stress.. ben un stress.. plus une inquiétude. J'ai pas de, j'ai pas d'références. (Anne-Marie)

C'est juste que j'ai manqué le noyau familial. Tsé, de de partir en voyage avec mes parents, ou de faire de choses, ça, ça, j'connais pas ça.. Fait que c'est sûr que c'est

quelque chose que moi j'vas pouvoir donner. Mais j'ai pas d'références sur comment l'faire. (Anne-Marie)

Elle indique à plusieurs reprises ne pas avoir de « référence » de modèle parental. Elle se sent démunie, perdue. La relation avec sa mère est conflictuelle durant toute la grossesse. Anne-Marie est fâchée que sa mère décide de partir vivre en Floride durant toute la grossesse.

Ben t'sais, c'est correct que tu t'en ailles [rire retenu] mais c'est juste j'peux pas te dire ah ben c'est pas grave, tu vas manquer toutes les étapes. Ce s'rait l'fun que tu sois là pour les voir. Et si t'es pas là ben r'garde ! (Anne-Marie)

Elle est également déçue que son père s'occupe du baby-shower, car elle estime que ce serait le rôle de sa mère de prendre cela en charge.

J'ai trouvé ça bizarre au début quand mon père y dit ah, ben j'vas m'occuper du shower, tsé ta mère est partie de toute façon. Fait que j'vas, j'vas m'occuper du shower. Là j'ai fait ah ! C'est vrai, c'est plus le rôle d'la mère ! (Anne-Marie)

Anne-Marie a de la difficulté à mettre la bonne distance avec sa mère. Lors de la deuxième entrevue, elle explique que sa mère souhaite assister à l'accouchement, ce qu'Anne-Marie accepte immédiatement, sans prendre le temps d'y réfléchir. La chercheuse va tenter d'approfondir ce thème à deux reprises en faisant le même reflet : « ça vous fait plaisir qu'elle soit là à l'accouchement ». Cette insistance semble trahir une certaine surprise de la part de la chercheuse, qui aimerait approfondir le sujet. À la seconde intervention de la chercheuse, Anne-Marie répond : « Ben oui. Oui ! Oui, oui ». Cette répétition avec force peut être envisagée comme un moyen de défense face à l'insistance de la chercheuse. Cela peut également être interprété comme une façon de se convaincre soi-même sans avoir à expliquer ou justifier sa pensée. Le sujet est d'ailleurs clos pour cette entrevue, mais il refait surface lors de la rencontre suivante. Anne-Marie a changé d'avis et souhaite que l'accouchement soit un moment intime avec conjoint uniquement.

Mais c'est ce premier moment là, je veux qu'il soit comme bien euh, oui bien partie, tu sais. Qu'on le vive à fond, tu sais, qu'on aille comme le petit noyau là. J'ai l'impression que ça va nous souder, tu sais (rire). Oui, ou je ne sais pas trop. C'est juste un, oui. Fait qu'il faut que je parle à maman. (Anne-Marie)

Anne-Marie appelle ses parents par leur prénom depuis son enfance. Or, cette fois-ci, elle nomme sa mère « maman ». Ce sera la seule et unique fois durant toutes les entrevues. Cela nous apparaît significatif, non seulement par son caractère unique, mais également sa connotation intime, comme si elle s'adressait à une sœur au lieu de s'adresser à la chercheuse. « Entre le monde social et le monde intra-psychique, les personnes réelles, qui sont ou qui représentent des figures parentales et fraternelles, constituent des objets de référence, des modèles et des intermédiaires au dehors, qui réaniment les “imagos” internes pour le sujet » (Aubert-Godard, 2002, p. 44). Le lien avec la chercheuse, à cet instant, participe à cette réactivation et ce « maman » met en lumière une sorte de lien transférentiel qui s'est établi et qui permet à Anne-Marie d'élaborer sa conflictualité et son ambivalence par rapport à sa mère. Elle aborde d'ailleurs la filiation mère-fille :

Ben c'est sûr, elle, elle veut être là, elle va être déçue mais elle va s'en remettre. C'est sûr que sur le moment, elle va être déçue. Je pense pour une mère, mon frère a eu un enfant mais pour une mère que sa fille ait un enfant, c'est un peu différent là, le lien est comme un petit peu plus proche là parce que c'est quelque chose qu'elle a vécu et puis elle veut être là, et elle veut participer, c'est sûr, c'est sûr. (Anne-Marie)

Anne-Marie comprend l'impact de son devenir-mère sur sa propre mère et le lien si particulier qui les unie malgré tout leur « historique ».

La gynécologue, mais aussi probablement la psychologue qui mène la recherche, a probablement aidé à incarner la représentation de l'imgo maternelle positive. Anne-Marie a ainsi pu investir ces relations pour réparer un lien brisé, mais essentiel à sa construction d'identité de mère. La manière dont Anne-Marie décrit sa rencontre avec sa gynécologue montre la manière dont elle s'est sentie entendue et soutenue :

Pis c'était la première fois où j'avais un médecin qui m'proposait vraiment des, des traitements qui étaient comme [sourir – renifle] /.../ Fait quand j'avais rencontré Dre X, pis que tout de suite en partant elle m'avait proposé ben r'garde, si t'es après six là, ben on va essayer du Fragmin, du ci, du ça. J'ai fait : ah ! Enfin tsé, quelqu'un qui m'propose quelque chose de concret et non pas juste : on va voir là /.../ Fait que c'est ça v'raim', c'est sûr que ça m'a comme : enfin [rire] tsé ! Pis quelqu'un qui écoute aussi le, le besoin euh tsé, c'est comme ça m'tente vraiment pas, [hausse la voix] les gens sont sensibles à ça, y'a personne qui est pas sensible à quelqu'un qui a fait six fausses-couches-là [renifle] Mais de vouloir pousser ça un p'tit peu plus loin, pis de r'garder qu'est-ce qu'on peut vraiment faiiire. Pis c'tait la première fois, elle a dit tsé, moi j'peux

t'suivre ici. Fait que déjà juste quand un médecin s'engage.. envers moi.. c'que j'ai jamais vraiment eu là.

L'engagement de la gynécologue dans le désir de grossesse d'Anne-Marie lui reflète la possibilité de devenir mère.

Tsé que j'sente un engagement, pis que, elle veuille me suivre, pis elle aussi j'pense qu'elle voulait qu'ça marche... légitimement. Que, c'que j'ai peut-être moins senti chez les autres...

Non, mais c'était quelqu'un comme euh : ben r'garde, on va trouver des solutions tsé. Orienter. Tsé, c'est très difficile c'que tu vis, j'comprends. Pis ça c'est correct, a comprenait, y'avait l'empathie, mais en même temps... le, le... désir d'agiir tsé. Alors que souvent par le passé, c'tait souvent plus soit de l'empathie, ou du ah ouen, c'pas évident. Pis là l'médecin s'en va faire d'autre chose.

La relation avec sa gynécologue a symbolisé la fonction médiatrice nécessaire pour la transition vers le devenir mère. Anne-Marie a pu s'identifier à cette femme « comme à une bonne mère idéalisée qui lui montre son désir de réussite et qui ne l'abandonne pas » (Chassot *et al.*, 2015, p. 197). La participation à la recherche, et le lien avec la chercheuse ont probablement aussi participé au fait que cette septième grossesse ne se solde pas par une fausse couche. « Admettre l'infertilité comme un système défensif involontaire permet aussi de comprendre certaines guérisons magiques, certaines grossesses qui démarrent après une seule consultation, le système défensif baissant brusquement la garde, capté dans la douceur transférentielle » (Bydlowski, 2019, p. 34).

6.5.2 Sylvie : le bébé miracle

Tout comme Anne-Marie, Sylvie a dû faire face à un problème d'infertilité. On dispose de peu d'informations sur la temporalité des événements. Sylvie relate qu'elle a été déclarée infertile par les médecins à la suite d'investigations, car le couple ne parvenait pas à avoir d'enfant. On lui annonce qu'elle a un seul ovaire et que ses deux trompes de Fallope sont bloquées, et que la seule solution pour avoir un enfant est de passer par la fécondation in vitro. Le verdict médical tombe comme un couperet et ébranle fortement la confiance de Sylvie en sa capacité maternelle.

Fait que, pis j'avais, t'sé j'avais toujours pris pour acquis queeee moi j'aurais pas d problème avec ça t'sé que ça irait euh, j'ai toujours eu une bonne santé fait que, j'avais, j'avais pris euh, la fertilité pour acquis là, j't'ais sûre ça allait arriver là dans un mois quasiment là ! Fait que... quand j'passais toute la batterie de tests pis là euh, c'tait pas mon chum c'tait vraiment moi pis là ça fait : « OK ! », t'sé ça, j'ai trouvé ça difficile à accepter que, que c'est moi qui portais ça pis ça m'est vraiment rentré en tête, que c'est IMpossible t'sé le médecin, c'tait catégorique là. Pis, en fait, j'pense ça ça m'a été plus nuisible que d'autre chose euh, de m'faire dire que c'tait impossible, parce qu'en fait ça l'était pas. Fait que, ouais j'pense ça vient de là parce qu'avant j'avais pas ce cette crainte-là de pas être, c'est sûr j'avais la crainte de j'vas tu être une bonne mère, j'vas tu être capable de, la douleur, comment j'vas réagir à la douleur pis tout ça là, mais euh, manque de confiance en mon corps ça, ça euh... j'l'avais pas avant [baissant le ton] fait que, ça revient, tranquillement. Mais je sais que quand j'vais, quand j'vais euh, après l'accouchement j'suis là, j'suis sûre, t'sé l'allaitement ça, ça m'fait pas peur t'sé, y'en a que ça ça, ça les angoisse moi j'ai l'impression c'est un coup qui va être au monde là [petit rire], j'vas, j'vas comme m'être prouvé que, que que j'suis capable pis que, c'est ça y'a rien qui cloche pis que, j'ai tout c'qui faut [Petit rire] pour faire euh, pour faire un bébé pis de le mettre à terme, pis, ouin. (Sylvie)

Sylvie indique que c'est elle qui « porte » la responsabilité de l'infertilité, comme on porte un fardeau, à défaut de porter un enfant. Cette impossibilité d'être mère, elle ne l'avait jamais envisagée. Elle s'inquiétait plutôt de ses capacités à être une bonne mère, elle se projetait donc déjà dans ce rôle. Or, son corps, à travers la voix des médecins, lui refuse cette possibilité. Elle va ainsi se persuader que quelque chose « cloche » en elle, l'empêchant d'accéder à la maternité. Malgré la grossesse surprise, « le bébé miracle » comme l'appelle Sylvie, cette impression va perdurer.

j'tais pas supposée être capable d'avoir des enfants pis dans ma tête c'est toujours resté que, y'a quelque chose qui cloche avec moi t'sé y'a quelque chose qui, qui fait que p't'être j'serai pas capable de de de mener ce cette aventure-là à terme pis, j'avais ça qui me r'venait t'sé y'a tu quelque chose qui, qui cloche, y'a tu quelque chose qui va pas bien avec moi, est-ce que j'vas être capable vraiment de mener c'te bébé-là à terme pis euh... est-ce que j'ai cette CAPACITÉ-là t'sé ! (Sylvie)

Sylvie se sent défaillante, inapte à porter un enfant. Elle se demande si elle sera capable de mener sa grossesse à terme ou si la partie qui « cloche » en elle ne va pas l'en empêcher. Dans un premier temps, cela l'empêche d'investir pleinement sa grossesse.

c'est ça j'avais une amie elle qui Trippait, qui TRIPPAIT à être enceinte là c'est c'était vraiment euh WOW ! Pis moi je, j'avais pas DU TOUT ce sentiment-là [en riant] fait qu'j'me sentais euh, je sais pas j'avais l'impression que, ben pas y'a quelque chose qui

cloche, mais t'sé c'tait comme euh, t'sé je j'aurais aimé ça trippé moi aussi, j'ai dit :
« Coudonc y'a tu quelque chose qui qui m'Manque là » ! (Sylvie)

Affectée par la sentence d'infertilité, et abasourdie par cette grossesse surprise, Sylvie tente de réorganiser le rapport à ce corps qu'elle suspecte déficient.

Pis euh, mais c'est ça, pis c'tait de m'convaincre de me, de r'prendre confiance en moi, en mon corps euh... (Sylvie)

Sa confiance dans le corps médical est ébranlée puisque le diagnostic s'est avéré inexact. Elle ne manifeste pas de colère, mais utilise plutôt l'ironie pour faire part de son mécontentement. « L'ironie est un trope ayant une "valeur illocutoire" bien caractérisée : ironiser, c'est toujours d'une certaine manière railler, disqualifier, tourner en dérision, se moquer de quelqu'un ou de quelque chose » (Kerbrat-Orecchioni, 1980, p. 120).

Eux s'expliquaient pas pourquoi j'étais enceinte non plus là... mais... semblerait qu'ça soit pas si bloqué qu'ça j'imagine... (Sylvie)

Sylvie a besoin d'être rassurée sur sa capacité maternelle. Elle cherche un lien de confiance, sécuritaire et réparateur.

j'avais besoin que t'sé d'établir un lien d confiance pis pouvoir poser TOOUUTES mes questions pis euh, c'est ça j'avais besoin vraiment de, de j'avais pas envie d'être lancée dans l'milieu médical pis là tu, tu sais rien, ils t'expliquent rien /.../ J'avais envie vraiment de d'un p'tit cocon, quelque chose de... de, de tranquille de calme... pis euh, de naturel parce que en fait j'pense que, on est quand même pas les premières qui vont accoucher là !?! (Sylvie)

Cette relation réparatrice ne peut pas venir du milieu médical, trop associé à la froideur, au manque de temps et probablement à l'erreur de diagnostic commise. Sylvie choisit donc de faire appel à une sage-femme.

T'sé j'me sentais bien là. Fait que c'est vraiment ce qui a guidé mon choix, pis j'voulais me réapproprier t'sé euh, avec tout c'qui s'était passé au niveau euh, avant, avant que j'tombe enceinte et tout ça là ! J'avais envie d'me réapproprier ce ce, cette expérience-là t'sé, c'est, j'avais pas euh, je, j'avais pas envie de me remettre dans les mains de, d'un médecin ou t'sé pis, pis j'avais besoin d'être rassurée, pis j'avais besoin d'avoir quelqu'un d confiance pis, t'sé les médecins c'est, c'pas d leur faute mais aux dix

minutes, pis il faut qu'ils remplissent leur paperasse en même temps de te parler pis de répondre à tes questions fait que, [respire] euh, pis j'avais dix millions de questions tout l'temps fait que, ça, ça ça m'plaisait beaucoup plus cette approche-là. (Sylvie)

La sage-femme va ainsi symboliser une image de mère bienveillante, là où le milieu médical lui a renvoyé une image de mère inapte, voire mortifère. « La sage-femme paraît traditionnellement porteuse de deux représentations, psychique et sociale, contradictoires ; la praticienne incarne l'imago de la mère secourable et vertueuse, d'une part, mais elle risque aussi d'être prise pour la sorcière infanticide » (Bydlowski, 2000, p. 122). Pour Sylvie, il s'agit clairement d'une représentation positive.

Les rencontres avec la sage-femme c'est une heure une fois par mois, fait que t'sé en un an t'as l'temps d'faire le tour de plein d'choses, pis de VÉRifier, VALider certaines impressions pis euh, faire le tour de toutes sortes de sujets l'alimentation, n'importe quoi, donc ça ça j'ai, ça j'aime beaucoup ça j'apprécie beaucoup. (Sylvie)

La sage-femme reçoit positivement les nombreuses questions et inquiétudes de Sylvie. Elle la rassure. Sylvie répète à deux reprises l'adverbe « beaucoup » pour signifier le bien que cela lui procure. Elle a également l'occasion de revenir son sur histoire d'infertilité afin de l'élaborer.

on a pu vraiment, c'que j'ai trouvé l'fun, c'qu'on a jamais l'temps d'faire avec les médecins, on a pu vraiment raconter toute le déroulement, t'sé euh, parce que nous ça été difficile là pour euh, qu'on puisse avoir un enfant fait que... Pis en même temps ça l'aaa amené à poser d'autres questions pis euh, après et a l'écoutait, a l'écrivait pas dans son dossier en même temps, comme ma médecin. (Sylvie)

La sage-femme pose des questions, fait des liens et aide ainsi Sylvie à symboliser son expérience.

ça c'est c'était l'fun de d'avoir cet espace-là pour pouvoir euh, t'sé exprimer parce que c'est tellement nouveau, c'est tellement toutes sortes de, c'est ça c'est tellement nouveau que, j'pense qu'on a besoin euh, en tout cas moi j'ai besoin de, d'exprimer pis de de poser mes questions pis de, raconter, puis c'est ça l'écoute j'avais trouvé ça m'a fait du bien qui ait une écoute comme ça, ça aidé à c'que j'me sente en confiance. (Sylvie)

On perçoit le débordement de Sylvie. Elle répète à trois reprises l'adverbe d'intensité « tellement ». Ce trop-plein nécessite un besoin d'extérioriser son vécu à un interlocuteur capable de recevoir cet excédent émotionnel. Sylvie trouve cette écoute chez la sage-femme. Elle explique qu'elle ne peut

pas se tourner vers sa mère lorsqu'elle a des inquiétudes, car elle ne lui offre pas cet espace et cet accueil de sa vulnérabilité.

si j'ai des craintes j'peux pas l'appeler pour lui dire parce qu'a m'dit : « Sylvie voyons t'es FORTE ! » t'sé pis est... Fait que j'ai, j'peux pas avoir ce type de relation-là avec elle t'sé j'peux pas euh... Pis c'est ça, pis ma mère elle a eu ses enfants jeune pis, était complètement DÉPASSÉE par la situation pis euh ses sœurs euh pis sa mère l'ont beaucoup aidée... Fait qu'était pas très euh, pas très consciente de tout c'qui s'passait, ben elle avait dix-huit ans quand est tombée enceinte [Tout bas] t'sé fait que, c'tait la première fois fait que [Silence]. J'pense qu'est pas euh, est pas aussi à l'aise, je sais pas comment euh, comment l'dire mais [Silence]. (Sylvie)

On constate des changements de ton dans la voix de Sylvie, passant d'un volume fort lorsqu'elle évoque le débordement de sa mère face à l'expérience de la maternité, à un murmure lorsqu'elle indique le jeune âge de sa mère lors de sa première grossesse. La voix est porteuse d'un affect. Golse (2005, p. 127) va jusqu'à dire que « la voix et l'affect sont indissociables ». En effet, la voix « constitue, par le biais de son volume, de sa hauteur, de ses modulations et de son débit, un vecteur permettant de traduire l'émotion ou, plus généralement, l'état intérieur intellectuel ou affectif de celui qui parle » (Guérin, 2012, p. 94). Sylvie est triste de constater que sa mère ne peut pas jouer ce rôle soutenant dont elle a besoin. Il est impossible pour elle de s'identifier à cette mère dépassée, débordée par cette première grossesse. Or, cette identification est fondamentale.

Le processus essentiel prend également part à la narration maternelle : c'est la nécessaire identification à une autre femme. Il s'agit de se reconnaître femme, mère en puissance, inspirée par une autre. [...] Parfois le modèle est pris dans l'entourage et cela plus que l'identification à la mère réelle d'origine a été défailante. (Bydlowski, 2010, p. 83).

Sylvie prend également pour référence une autre figure maternelle. Il s'agit de la tante de son conjoint.

y'a aussi euh, une tante du côté d'mon chum qui s'appelle B. pis qui est euh, c'est vraiment pour moi une MAMAN t'sé ! [Rires] Quelqu'un qui prend soin pis qui fait passer les besoin d'l'enfant avant les siens puis euh [Silence]. C'est ça c'est vraiment une personne-ressource, a saïitt, est capable d'entendre c'que t'as à dire, est capable de, t'sé de de de, c'est correct pour elle que t'ais d'la difficulté pis avoir, pas juste te trouver dix millions de solutions mais euh, a va t'accompagner, « t'as-tu pensé à ça ? ». T'sé c'est une personne que j'apprécie beaucoup. /.../ t'sé est maternelle avec nous t'sé. (Sylvie)

Lorsque Sylvie évoque cette tante, elle la décrit comme son modèle de mère idéale. Pour elle, c'est ça être une « maman », mot chargé d'affect qu'elle souligne fortement. On voit alors apparaître le conflit entre la mère idéalisée, fantasmatique, et la mère réelle. Sylvie procède à un travail d'identification à la fonction parentale (Palacio Espasa, 2000) qui l'amène à devoir comparer sa mère, qu'elle ne considère pas comme un modèle adéquate, à d'autres figures, telles la sage-femme et la tante de son conjoint.

C'est l'fun d'avoir des modèles autres, des gens euh [Silence] C'est ça. [Silence] Ma mère veut pas c'tait comme une ado qui avait euh, qui avait des enfants pis, a fait de son mieux là mais c'est ça. C'est l'fun de voir, c'est ça, c'te modèle-là [*fait référence à la tante de son conjoint*]. Une personne pis euh... j'sais pas... Est BRILLante pis euh, est sensible moi j'trouve ça l'fun euh, d'avoir une personne comme ça auprès d'moi. (Sylvie)

Sylvie est en quête « d'un substitut maternel narcissisant dont elle puisse dépendre et par qui elle puisse avoir confirmation de sa valeur en tant que fille » (Durrmeyer, 2019, p. 119), mais aussi en tant que mère. Tout comme Anne-Marie, elle va fortement investir des figures maternelles afin de construire son identité de mère malmenée par l'infertilité. À travers ces liens, elles déconstruisent une image de mère mortifère.

Racamier (1978), lors d'une journée scientifique ayant pour thèmes « mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée », rappelait que l'amour maternel est par définition ambivalent et que les processus psychoaffectifs qu'il nomme « maternalité » se profilent « sur le fond des relations anciennes et intériorisées de la mère avec ses propres parents » (Racamier, 1978, p. 43). Il semble que « la force du lien originaire à la mère des débuts de la vie, comme élément indispensable à la filiation féminine, est souvent négligée » (Bydlowski, 2010, p. 35). Anne-Marie et Sylvie nous démontrent l'importance de ce lien et le besoin de le restaurer lorsqu'il a fait défaut.

CHAPITRE 7

DISCUSSION

7.1 Synthèse des résultats

Avant toute chose, il est important de rappeler que nos résultats concernent uniquement les participantes de notre recherche et qu'il est donc impossible de les généraliser à l'ensemble de la population. Toutefois, si nous retrouvons des points communs à nos participantes, il est possible de présumer que cela puisse être présent chez d'autres femmes, de façon plus ou moins saillante. En effet, comme mentionné dans la section méthodologie, le fait de trouver un type de représentation chez plusieurs femmes de notre échantillon, nous faisons l'hypothèse qu'il est probable que d'autres femmes puissent avoir des représentations similaires.

Les représentations de la mort du bébé sont présentes chez toutes nos participantes, et ce durant toute la grossesse. Elles font écho à un risque réel puisqu'une grossesse sur cinq se solde par une fausse couche. Elles soulignent également une crainte de la répétition, car trois participantes sur cinq avaient déjà fait au moins une fausse couche avant cette grossesse. On note leur désir d'investir la grossesse, mais la peur d'avoir de nouveau à faire un deuil amène une certaine mise à distance. On constate également que les représentations de la mort du bébé chez la femme enceinte indiquent une porosité aux angoisses de mort de son entourage. En effet, la fausse couche étant un événement relativement fréquent dans la vie des femmes, mais peu abordé, nous y reviendrons, il semble naturel que cela ravive des souvenirs ou des angoisses chez les proches de la parturiente. S'en suivent alors de la part de l'entourage toutes sortes de conseils, de mises en garde et d'histoires à faire peur. Nous avons noté deux types de réactions des participantes face à cela. Elles peuvent s'en défendre par différents mécanismes tels la colère, la répression, l'humour, etc. En effet, elles réfutent l'idée qu'elles pourraient être un contenant dangereux pour leur bébé, une mère inapte à prendre soin de l'enfant porté. Mais elles peuvent également s'en servir comme un support de projection à leurs propres angoisses, expulsant à l'extérieur ce qui les menace à l'intérieur. On constate que cela leur permet, grâce à l'élaboration rendue possible dans les entretiens, de se mettre au contact de leur propre vécu subjectif.

Les représentations de la mort du bébé prennent des colorations différentes selon le trimestre de la grossesse. Le premier trimestre est marqué par la peur de perdre le bébé, le doute d'être enceinte et un sentiment d'étrangeté. S'appuyant sur une réalité statistique concrète (le risque de fausse couche est plus fréquent au premier trimestre), les participantes évoquent toutes cette angoisse. Cela est accentué par le fait qu'elles doutent d'être réellement enceinte. En effet, leur corps ne révèle pas encore l'enfant porté et celui-ci pourrait disparaître à tout instant. Les tests de grossesse confirment la présence d'un autre en soi qui n'est pas soi et qu'elles ne perçoivent pas. Naît alors un sentiment d'étrangeté pouvant aller jusqu'à un sentiment d'envahissement ou d'être « parasitée ». Le premier trimestre marque le début d'un réaménagement physique et psychique intense. La « grossesse peut constituer une atteinte à la liberté du moi, brutalement écarté par le surgissement d'un phénomène qui se passe en soi, qui se met à envahir et habiter le corps. La même chose se produit dans l'esprit, de manière encore plus envahissante parce que subite et totale d'un coup » (Delassus, 2010, p. 8). Au deuxième trimestre, la rencontre avec le fœtus à travers l'échographie amène un début d'objectalisation. Le bébé devient plus concret, il est là, la femme le voit, l'entend et peut même commencer à le sentir. Les représentations de la mort du bébé changent. La peur qu'il meure se transforme en peur de l'anormalité, de la malformation et de la décision qu'il faudra alors prendre, à savoir mettre un terme ou non à la grossesse. Le dernier trimestre annonce la fin de la grossesse et le deuil de l'enfant du dedans, celui imaginé, au profit de l'enfant réel. Les représentations de la mort du bébé s'articulent autour de l'accouchement et se couplent au risque de mourir en enfantant. C'est l'heure de la séparation. « On ne s'engage pas dans l'aventure de la naissance sans éprouver que l'on frôle la mort : cela va de l'ambiguïté liée à la séparation d'avec l'enfant, au sentiment de l'introduire dans une vie mortelle et l'angoisse de donner la vie à un moment où tout peut basculer vers la mort » (Delassus, 2005, p. 12). On remarque alors chez nos participantes le désir de retarder l'accouchement, de repousser cet événement qui les effraie. Elles expriment aussi le sentiment de ne pas être tout à fait prêtes au deuil de la grossesse, à la rencontre avec l'enfant réel, aux bouleversements que cela va apporter dans leur vie.

Nos résultats montrent que les représentations de la mort du bébé sont en lien avec la représentation du risque face à la grossesse tel que présenté par Despres (2010). Certaines femmes, plus anxieuses à l'idée de perdre leur bébé, demandent sans cesse au corps médical de les rassurer. Or, les tests semblent tout autant apaiser qu'inquiéter. En effet, aucun examen ne suffit à calmer l'angoisse et

la demande est incessante, le corps médical jamais suffisant, toujours insatisfaisant. D'ailleurs, le milieu médical, nous le verrons plus loin, participe également à cette peur que la grossesse ne tombe dans la pathologie. D'autres femmes présentent une insécurité apaisée par les techniques médicales. « La surveillance anténatale peut donc aussi rassurer et ne pas uniquement inquiéter » (Donner, 2011, p. 170). Chez ces parturientes, l'enjeu est certes d'être rassurées, mais également d'avoir la sensation de maîtriser le risque. Une troisième catégorie de femmes enceintes est représentée par une gestion raisonnée des risques. Elles reconnaissent les risques inhérents à la grossesse, mais elles estiment qu'ils sont minimes et qu'il n'y a pas lieu de s'en inquiéter. Elles considèrent la grossesse comme un état « normal », terme qu'elles opposent à « malade ». Ces femmes optent pour un suivi par une sage-femme et un accouchement en maison de naissance ou à domicile. Elles ne nient pas la possibilité d'un accouchement à l'hôpital, mais seulement en cas de problème. Une de nos participantes est passée de la première à la dernière catégorie durant la grossesse, à mesure qu'elle prenait confiance en ses capacités à mener la grossesse à son terme. Nous avons également constaté que toutes nos participantes, quelle que soit leur catégorie de représentation du risque, étaient insatisfaites par rapport au non-partage du savoir médical. Toutes ont nommé un désir d'avoir plus d'informations et plus de temps avec les médecins pour pouvoir poser leurs questions. Pour illustrer cette demande de partage du savoir, nous avons pris l'exemple de l'échographie où deux participantes évoquent l'angoisse ressentie face au silence du médecin lors de l'examen. Ce silence était à l'encontre de leur attente d'information et de traduction des images perçues sur le moniteur. Elles regrettent également que leur ressenti n'ait pas été pris en compte, car pour les futures mères, l'échographie a deux fonctions distinctes : s'assurer que le bébé va bien, mais également avoir une première rencontre visuelle prénatale heureuse avec lui. Si le risque existe bel et bien, la très grande majorité des échographies se passent bien et ne sont pas porteuses d'une mauvaise nouvelle. Or, pour l'échographe, le but de cet examen est justement de détecter tout problème potentiel. « C'est donc tout l'art de l'échographe que de parvenir à faire en sorte que la pesée d'un risque faible ne vienne pas entraver la dimension potentiellement structurante du plus grand nombre des échographies potentiellement susceptibles d'alimenter une capacité de rêverie parentale positive » (Golse, 2011a, p. 8). Toute cette dimension peut être oubliée au profit du diagnostic anténatal.

Pour répondre à la demande d'un savoir partagé et d'une écoute plus soutenue, trois de nos participantes ont opté pour un suivi avec une sage-femme. Toutes comparent le rapport qu'elles ont avec cette accompagnante et celui qu'elles avaient avec les médecins et les infirmières. Elles nomment l'accueil bienveillant, le temps qui leur est accordé, les explications données et l'écoute reçue. Dans leur démarche, nous avons trouvé un besoin de reprendre le contrôle sur leur suivi de grossesse face à un corps médical décrit comme tout puissant et peu à l'écoute de leur vécu subjectif. Il y a également une volonté de se réapproprier leur expérience et leur corps en participant pleinement aux décisions concernant la grossesse et l'accouchement. Elles ont le sentiment que le monde médical pourrait leur imposer une certaine idéologie et ne pas respecter leur rythme naturel.

Nous avons montré que les représentations de la mort du bébé peuvent être le signe d'une ambivalence, indissociable du désir d'enfant. En effet, comme indiqué dans notre contexte théorique, le désir n'est jamais total, pur. Il s'accompagne d'ambivalence, c'est-à-dire de deux sentiments opposés qui coexistent au sujet d'une même représentation. Cette ambivalence peut être plus ou moins prononcée et peut prendre différentes expressions. Une de nos participantes la verbalise clairement : elle veut et elle ne veut pas en même temps. Lors de la première échographie, elle ressent « beaucoup d'amour » pour cet enfant en devenir et en même temps « beaucoup de peur, de crainte ». Elle dit même « être dans l'ambivalence ». Trois participantes rapportent le sentiment de ne pas être enceintes. Comme nous l'avons indiqué plus haut, plusieurs interprétations sont possibles : manque de signes physiques de leur état gravide en début de grossesse, protection contre une fausse couche éventuelle, mais également reflet de leur ambivalence du désir d'enfant. Ces formes mineures, partielles et non pathologiques de négation de grossesse peuvent être un signe de conflictualité inconsciente qui, grâce à la transparence psychique, affleure plus facilement à la conscience. On le constate chez une participante qui aborde la thématique de l'ambivalence avec sa psychologue, puis avec la chercheuse.

Le sentiment d'étrangeté voire d'invasion provoqué par le fœtus démontre également une certaine ambivalence. Deux participantes évoquent la sensation d'être parasitées ou de ressentir des coups du fœtus qu'elles ne qualifient pas forcément de bienveillants. Dans les deux cas, le bébé prend beaucoup de place physiquement et psychiquement. On note également un discours plaintif autour de la grossesse. Cette grossesse, aussi désirée soit-elle, charrie son lot de désagréments. Que ce soit des plaintes somatiques, de la fatigue, de la labilité émotionnelle, le discours laisse entrevoir

un état loin de l'image idéalisée de la femme enceinte rayonnante et béate. Les plaintes durant la grossesse concernent également la place que le bébé occupe et occupera une fois né. Les participantes se lamentent aussi sur leur corps qui se transforme et qui devient moins désirable. Elles se demandent quelles traces laissera la grossesse dans l'après-coup. Seront-elles toujours attirantes pour leur conjoint ? Devront-elles partager son amour avec l'enfant ?

Nous l'avons vu, toutes nos participantes évoquent des craintes pour la vie de leur bébé qui peuvent se traduire par une manifestation de l'ambivalence du désir d'enfant. En effet, ces mouvements anxieux font écho aux mouvements destructifs de la mère envers son bébé, dans un renversement en son contraire. Ces pulsions hostiles suscitent généralement angoisse et culpabilité. La culpabilité se retrouve notamment dans la responsabilité qu'elles endossent face à un problème qui pourrait survenir comme un handicap, une malformation, la perte du fœtus, etc. Elles s'imaginent qu'elles pourraient faire quelque chose de dangereux pour le bébé dans leur quotidien, comme porter des sacs d'épicerie, glisser sur du verglas, pelleter la neige, etc. De la même manière, les conséquences tragiques que pourrait avoir un geste médical (se faire vacciner ou faire une amniocentèse) leur seraient entièrement imputables. Même le stress qu'elles éprouvent par rapport au déroulement de la grossesse est considéré comme néfaste pour le bébé. Tous ces sentiments de craintes pour le bébé peuvent être entendus comme des sentiments agressifs refoulés envers lui. Cette agressivité peut trouver une autre issue et être projetée sur un autre objet, plus particulièrement sur un membre de la famille (mère, père ou belle-mère) ou sur l'équipe médicale. On constate des sentiments de colère et de frustration intenses et exprimés de façon manifeste. Le souhait de retarder la rencontre avec le bébé peut aussi être considéré comme un signe d'ambivalence. Quatre participantes aimeraient avoir plus de temps avant l'accouchement, car elles ne se sentent pas prêtes à vivre cet événement. L'une d'entre elles compare l'accouchement à « une bombe à retardement » dont on ne connaît pas le moment de l'explosion. Violence de l'image s'il en est ! On retrouve la conflictualité par rapport au désir d'enfant dans les rêves rapportés spontanément. Une participante analyse son rêve comme étant la manifestation de son ambivalence. La seconde l'associe avec sa peur de perdre sa vie sans enfant.

Les différents mécanismes que nous venons de voir ont pour but d'aider « le moi du sujet à affronter et à éviter l'angoisse et le malaise psychique. Ils participent ainsi aux tentatives d'élaboration

psychique » (Schmid-Kitsikis, 2013, p. 427). Ils démontrent à quel point il est difficile de faire face à cette ambivalence et les détours que cette dernière doit prendre pour affleurer à la conscience.

Dans le dernier point de nos résultats, nous avons abordé l'angoisse d'être une mère mortifère présente chez deux de nos participantes. En écho à leur histoire, elles craignent de ne pas avoir la capacité de mener à terme leur grossesse. Pour l'une d'entre elles, le poids des fausses couches à répétition a entravé sa confiance dans sa capacité à garder le fœtus. En effet, elle n'a aucune difficulté à tomber enceinte (il s'agit de sa septième grossesse), mais l'implantation ne se fait pas. Elle estime que quelque chose se joue en dehors de toute raison médicale, puisqu'aucun diagnostic, aucune explication n'a pu lui être fourni. C'est dans le lien à sa gynécologue, qui prend le temps de l'écouter et de croire en sa capacité à être mère, que cette participante va pouvoir construire une image maternelle positive qui ne l'abandonne pas, contrairement à son histoire infantile. La seconde participante a récemment reçu un diagnostic d'infertilité qui a grandement affecté sa confiance en sa capacité à devenir mère. Une grossesse surprise vient rapidement contrecarrer le diagnostic. Mais la croyance en son incapacité à donner la vie perdure. La participante reste avec le sentiment que « quelque chose cloche » chez elle. Sa confiance dans le corps médical est ébranlée. Comment croire des médecins qui se sont trompés sur sa fertilité ? Mais comment se passer d'eux lorsqu'on se méfie de ses propres capacités ? C'est à travers sa relation avec une sage-femme qu'elle va pouvoir élaborer une image d'une mère bienveillante et nourricière, image que sa propre mère n'incarne pas à ses yeux. Ce refus d'attribuer une expertise à sa propre mère « explique probablement la recherche d'un modèle identificatoire maternel substitut. L'engouement pour les sages-femmes donne l'impression de combler ce besoin d'affiliation de la femme enceinte. De par son rôle, son expertise, son sexe, son attitude, sa présence et son support, elle représente cette figure parentale idéalisée exempte de l'ambivalence ressentie envers la véritable mère » (Abdel-Baki et Poulin, 2004, p. 8).

7.2 Du côté des femmes : une difficulté à dire la mort

7.2.1 Physiquement : la peur de la perte

De tout temps, l'identité de femme a été intrinsèquement liée à celle de mère. Certes, les féministes du XXe siècle, Simone de Beauvoir en tête, ont tenté de scinder ces deux identités en faisant de la

maternité le principal agent de l'aliénation féminine. Sous sa plume, il reste peu d'arguments favorables à la grossesse :

La grossesse est surtout un drame qui se joue chez la femme entre soi et soi ; elle la ressent à la fois comme un enrichissement et comme une mutilation ; le fœtus est une partie de son corps et un parasite qui l'exploite ; elle le possède et elle est possédée par lui ; il résume tout l'avenir et, en le portant, elle se sent vaste comme le monde ; mais cette richesse même l'annihile, elle a l'impression de ne plus être rien. Une existence neuve va se manifester et justifier sa propre existence, elle en est fière ; mais elle se sent aussi jouet de forces obscures, elle est ballottée, violentée. (Beauvoir, 2003, p. 345)

Considérée comme le symbole de la soumission au patriarcat, la maternité a été pointée du doigt et dépréciée. Et si les femmes ont obtenu le pouvoir de maîtriser leur procréation, il n'en reste pas moins que la maternité demeure un élément indissociable de l'existence féminine. La question se posera pour chaque femme, qu'elle fasse le choix d'avoir des enfants ou non. Aucune femme « ne peut faire l'économie de la projection maternelle, qu'elle soit positive ou négative ; se sachant possiblement procréatrice, chacune réfléchit à l'actualisation de cette capacité » (Froidevaux-Metterie, 2021, p. 435). Et c'est là la grande révolution du XXe siècle : avoir le choix de la maternité. Or, ce choix sublime la décision d'enfanter qui devient un but ultime à atteindre que rien ne doit contrarier. Dans ce contexte, on peut entendre la peur de perdre le bébé comme une incapacité à engendrer la vie, à mettre en œuvre ce projet de vie choisi et désiré. « Car être enceinte est aussi une réponse à l'injonction sociale faite aux femmes d'être avant tout des êtres maternants, des matrices du monde, sans quoi elles seront des rebus, juste bonnes à être rejetées par l'ensemble du corps social. Dès lors, faire une fausse couche, c'est aussi avoir honte de ne pas être capable de donner la vie » (Aquièn, 2021, p. 134). La peur de perdre le bébé peut donner la sensation de ne pas être une femme complète et amener à avoir honte de ce corps défaillant qui refuse d'obtempérer au désir d'enfant. Dans cette période de remaniements psychiques et d'incertitudes, la possibilité de la mort vient faire vaciller la femme dans son aptitude à devenir mère. Dans ce contexte, on comprend la difficulté des femmes à aborder cette crainte de façon naturelle et ouverte, sans crainte du jugement. D'autant plus qu'une femme sans enfant, que ce soit choisi ou subi, fait sourciller. Cela fait d'elle une femme incomplète, égoïste ou, pire, « pathologique ». Combien de femmes sans enfant doivent se justifier sans cesse de cet état de fait. On demandera rarement à une femme ce qui l'a décidée à avoir des enfants, tant cela semble naturel et évident, comme inscrit dans la nature même des femmes. En revanche, le contraire ne cessera de surprendre et d'interroger. Les femmes

faisant plusieurs fausses couches, comme une de nos participantes, parlent peu de leur vécu, par peur du jugement, mais également par lassitude et douleur des commentaires reçus par leur entourage.

En effet, cette difficulté à aborder la peur de la mort du bébé se retrouve dans le discours des femmes enceintes et de leur entourage. Notons par exemple les périphrases utilisées pour éviter de nommer clairement la mort : « si quelque chose se passait », « en cas de mauvaise nouvelle », « s'il arrivait quelque chose ».

Ces pudeurs sont si récurrentes qu'à force, elles donnent l'impression qu'en utilisant un vocabulaire concret, on s'expose à une malédiction, que moins on dira, moins on risquera. Ces superstitions qui créent des tabous laissent la femme et les couples dans une peur qui, en dépit des statistiques bel et bien rationnelles, est perçue comme relevant de la pensée magique et donc de l'irrationnel. Ainsi reléguée dans le tiroir du non-dit, la peur associée aux risques que la grossesse s'achève prématurément devient inavouable, un truc de « bonne femme », d'office invisibilisée derrière des discours tantôt occultants (ces fameuses périphrases), tantôt surrationalisants (« la nature est bien faite : l'embryon n'était de toute façon pas viable »), et toujours paternalistes. (Aquié, 2021, p. 54).

Les femmes se retrouvent alors seules avec leurs craintes, isolées de tout soutien social, au moment même où elles en auraient probablement le plus besoin. Garder le silence revient aussi à ne pas aborder le risque que comporte chaque grossesse. Mais à qui parler de la mort ? C'est une thématique complexe et difficile à aborder en général, suscitant bien souvent des malaises. En effet, il y a dans notre société une angoisse et un déni de la mort. Il n'y a qu'à regarder dans les deux dernières années la terreur qu'a provoquée la Covid-19, notamment dans les CHSLD (Centre d'hébergement et de soins de longue durée) où il fallait préserver la vie à tout prix, quitte à enfermer les personnes âgées contre leur volonté et à les priver de tout contact humain. Si la mort terrorise dans des lieux qui y sont pourtant souvent confrontés, imaginons ce que cela peut être dans les lieux où l'on donne la vie.

7.2.2 Psychiquement : la peur de l'ambivalence

Nous l'avons vu tout au long de cette thèse, l'ambivalence est inhérente à la grossesse. Si l'analyste/le chercheur peut la débusquer aux détours du discours des femmes enceintes, on constate qu'elles ne l'évoquent pas directement, à l'exception d'une participante, Claire.

Généralement tenue à distance du conscient, l'ambivalence n'a d'autre issue que de se travestir dans le discours, prenant des formes moins menaçantes pour le sujet. L'ambivalence convoque la pulsion de mort et sa traduction, la haine. « Cette haine nécessaire, symbolique et non pas imaginaire, pourrait, en installant la mère dans une ambivalence du sentiment, faire que se pacifient les pulsions de vie et les pulsions de mort, quand la question de la vie et de la mort se pose » (Benhaïm, 2002b, p. 102-103). Mais pour la mère, penser cette haine est impensable, car admettre l'ambivalence, c'est admettre la présence de pulsions destructrices envers cet enfant généralement désiré, voulu, attendu. Difficile de se mettre au contact du côté le plus sombre de la grossesse. C'est d'ailleurs pourquoi il y a tant de mécanismes de défense à l'œuvre, nous l'avons constaté. Et lorsque l'ambivalence affleure, la culpabilité survient. On retrouve cette culpabilité chez les femmes ayant subi une fausse couche. Si on les questionne sur les causes qu'elles en supposent à l'origine, elles sont 41 % à penser qu'elles ont contracté une maladie sexuellement transmissible, 31 % à croire qu'un avortement précédent avait augmenté leur risque de fausse couche et 28 % à estimer que la prise d'une contraception orale depuis longtemps en été la raison (Aquien, 2021). La responsabilité de la mère est aussi invoquée lorsque l'on demande à des participants à un sondage ce qui provoque selon eux les fausses couches. Ils rapportent en majorité la responsabilité de la mère. C'est son tempérament angoissé qui en est probablement la cause (74 %), ou bien le fait qu'elle a soulevé un poids lourd (64 %), ou encore sa gestion de ses émotions face à un événement stressant qu'elle aurait vécu (76 %). Et presque un quart des sondés avançait le fait que la mère ne désirait peut-être pas être enceinte (Bardos *et al.*, 2015, cité par Aquien, 2021). Face à de telles statistiques, quelle mère osera parler librement de son ambivalence face à son désir d'enfant ? Le risque de passer pour une mauvaise mère, pire une mère folle, inapte à s'occuper de son enfant, la contraindra probablement au silence. En effet, il y aura toujours un risque d'être sévèrement jugée avec la crainte de subir certaines conséquences comme la peur que l'on intervienne dans la relation avec son enfant à venir, ou pire qu'on le lui enlève.

Affronter son ambivalence, c'est également devoir faire face au « désespoir de ne pas être à la hauteur de [son] idéal de mère » (Delassus, 2014, p. 3). Cela peut alors créer une blessure narcissique qu'amène une attaque à la mère parfaite qu'elle s'est représentée. Mais ce processus est essentiel au bon déroulement de la maternité. En effet, l'ambivalence est structurante. Elle permet de faire advenir la mère réelle face à une mère toute-puissante, dévorante, dont l'amour

infini pourrait se transformer en haine destructrice. Car la haine induite par l'ambivalence n'est pas à entendre comme le contraire de l'amour, mais comme un « au-delà de l'amour maternel » (Benhaïm, 2002a, p. 100), une limite à l'amour inconditionnel, fusionnel, égoïste, violent pourrait-on dire. Cette ambivalence permet le processus d'individuation-séparation : « individuation de l'enfant et séparation d'avec la mère reposant sur l'aptitude de celle-ci à accepter ses propres sentiments de haine à l'égard de son enfant, condition pour qu'elle ne se précipite pas dans l'agir, pouvant aller jusqu'à l'infanticide » (Benhaïm, 2002a, p. 100). L'ambivalence permet ainsi de défusionner la dyade mère-enfant qui, dans un premier temps, est une unité, un tout où le sujet bébé n'est pas encore apparu. Cette coupure dissocie le sexuel du maternel à l'encontre de l'enfant et donne à la mère le moyen de réinvestir le champ du féminin tout en participant au processus d'objectalisation de l'enfant.

7.2.3 Socialement : l'injonction au silence

Chaque culture et chaque époque produit ses normes et la maternité ne fait pas exception. Depuis quelques décennies, le statut de l'enfant a grandement évolué. Il est désormais au cœur des préoccupations du juridique, du médical, du politique et des médias. Ce statut influence directement la manière dont la maternité est perçue socialement. Et malgré les gains considérables obtenus par les féministes depuis les années 70, les femmes n'échappent pas à la maternité en tant qu'idéal social. D'autant plus qu'elles choisissent si, et quand, elles veulent des enfants. Dans une culture basée sur la performance et l'épanouissement personnel, où la maternité est exaltée et l'enfant placé au cœur de l'attention, la société peine à entendre les difficultés inhérentes à toute grossesse. Ainsi, même si les femmes ont réussi, dans le monde occidental, à s'émanciper c'est-à-dire à obtenir une indépendance financière en ayant accès au monde du travail, une certaine égalité, relative et toujours fragile, dans la sphère publique et politique, qu'elles peuvent choisir d'enfanter ou non, elles se heurtent toujours à une valorisation toujours bien présente de la maternité dans le discours social comme dans le discours individuel. L'enfant porté prend toute la place et la femme disparaît derrière son ventre qui s'arrondit. Pourtant, on ne peut pas parler de la grossesse sans aborder sa partie plus obscure. Loin des contes de fées relatés par les médias, loin des images léchées d'Instagram, loin des livres décrivant la maternité comme un bonheur infini, loin des clichés de mères toujours radieuses et épanouies, il y a la réalité quotidienne des femmes enceintes. Et c'est en écoutant les mères qu'on réalise que « le déni social des réalités incarnées de la grossesse est

inouï ! » (Froidevaux-Metterie, 2021, p. 13). Sur ce point, il est saisissant de constater à quel point les maux de la grossesse sont au mieux minimisés au pire totalement tus. On peut souligner, comme le rapporte Aquien (2021), à quel point le vocabulaire pour les aborder que l'on trouve dans les livres sur la grossesse sont de l'ordre de la minimisation voire de l'euphémisme. On notera notamment comme titre de chapitre : « les petites misères de la grossesse » (Frydman et Cohen-Solal, 2003), ou autres « petits désagréments de grossesse », « les petits bobos de la grossesse » et, dans le très sérieux livre *Le grand livre de ma grossesse* (Évrard *et al.*, 2015) validée par le collège des gynécologues français, « les petits maux de la grossesse ». Sur les sites internet de grandes revues de santé ou de maternité comme Parents, on note « un petit tracas » pour aborder les fuites urinaires ("Les maux de la grossesse," 2022) ou encore, sur le site de *Magic Maman* ou *Top Santé*, « les petits maux de la grossesse » (Clarac, 2015) pour aborder les nausées, la constipation, les troubles du sommeil, les hémorroïdes et les troubles urinaires. Nous avons même trouvé cette minimisation dans un article de la revue *Gynécologie et obstétrique* ayant pour titre « Petits maux de la grossesse » (Thoulon, 2005). « Tout est petit, miniaturé comme dans le monde des Polly Pocket, à croire que les femmes, en bonnes hystériques (en plus, comme on parle d'utérus, ça tombe bien) qui s'écoutent trop, se font un monde de pas grand-chose » (Aquien, 2021, p. 62). Alors si toutes ces difficultés sont si minimales, pourquoi s'en plaindre ? Mieux vaut subir en silence, même si 75 % des femmes enceintes souffrent de troubles du sommeil (Buron *et al.*, 2011) et 85 % ont des nausées et vomissements (Vallerent, 2017).

D'autres chiffres sont tout aussi inquiétants, notamment en ce qui concerne la dépression prénatale. Une étude canadienne (Bowen *et al.*, 2012) rapporte une prévalence de la dépression de 14 % chez les femmes enceintes, notamment au début de la grossesse. Parmi ces femmes, 50 % à 70 % ne seront pas diagnostiquées et 85 % ne seront pas traitées (Dagher *et al.*, 2021). Ces femmes hésitent à demander de l'aide, notamment parce qu'elles craignent d'être stigmatisées (Marcus *et al.*, 2003).

Un autre exemple saillant de cette injonction sociale au silence concerne la fausse couche. Une étude publiée en 2015 (Bardos *et al.*, 2015) a démontré la perception que la population générale américaine avait de la fausse couche : 65 % des répondants estimaient que la fausse couche était un événement rare survenant dans seulement 5 % des grossesses. Nous sommes loin du 20 à 25 % des grossesses qui se soldent par une fausse couche. Cela démontre une méconnaissance de la prévalence des fausses couches, notamment parce qu'on n'en parle pas. Or, « si on ne parle pas de

la fausse couche, la fausse couche n'existe pas. Si un fait, même partagé par une immense partie de la population, n'est pas inscrit dans le récit collectif, il n'y a pas sa place » (Aquier, 2021, p. 103). Pour la plupart des gens, la grossesse s'arrête, car l'embryon n'était pas viable. Les commentaires maladroits, se voulant rassurants, sont totalement invalidants pour la femme qui a perdu son bébé. « Tu en auras un autre », « c'est peut-être mieux comme ça, car il n'était pas viable », « ça arrive à plein de femmes », « la bonne nouvelle, c'est que tu sais que tu peux tomber enceinte », etc. Toutes ces phrases tentent de maintenir la mort et la souffrance à distance. Du côté des médecins, on s'émeut peu de cet événement tant il est fréquent dans la pratique. Mais du point de vue de la future mère, il s'agit d'un véritable drame qui nécessitera un travail de deuil.

« Le tabou constitué par cet événement, dans l'absence manifeste de récit social collectif, suscite une solitude extrême à un moment où le corps et la psyché des femmes enceintes sont soumis, brutalement, à un deuil, à un changement de paradigme et de projection intégral. On pensait donner la vie, la porter, être dans un temps absolument métaphysique et heureux de l'existence et de la transmission, et l'on se retrouve dans le deuil de ce projet de maternité, d'un coup. On sentait son corps changer et réagir, les seins grossir, les entrailles se réorganiser complètement et, d'un coup, les seins dégonflent, on ne sent plus rien. La fausse couche est l'expérience du vide, de la fin, d'un abysse d'autant plus indescriptible qu'il n'est jamais décrit, qu'aucun discours ne lui donne corps » (Aquier, 2021, p. 106)

Cette invisibilisation des fausses couches peut être mise en parallèle avec le fait que les femmes ne parlent pas ou très peu de leur grossesse durant les trois premiers mois. Bien sûr, elles partagent cette nouvelle avec leur conjoint et parfois quelques proches. Mais que ce soit au travail, avec la famille plus éloignée, les amis, on reste prudent. Alors même qu'elles apprennent cette incroyable nouvelle qui va les bouleverser physiquement et psychiquement, alors même que l'ombre de la fausse couche pèse sur ce premier trimestre, on leur demande de se taire. Pas de réjouissances, pas de reconnaissances et pas de soutien. Pourtant, bien que le premier trimestre soit très demandant physiquement puisque tout le corps se prépare à accueillir ce nouvel être, les femmes doivent continuer à travailler comme si de rien n'était, sans pouvoir expliquer l'origine de leur état. On peut évidemment comprendre que certaines femmes ne souhaitent pas partager leur état de grossesse lors du premier trimestre, compte tenu des risques de fausse couche. Peut-être ne souhaitent-elles pas avoir la lourde charge d'annoncer à tout le monde la perte de leur bébé. Or, elles n'échapperont pas à devoir en parler à leurs proches, devant annoncer d'un même coup une

grossesse et une fausse couche. Nous l'avons vu avec deux de nos participantes qui ont été confrontées à cela.

Même silence des femmes enceintes, surtout au premier trimestre, dans le monde du travail. Drapeau (2018) recense toutes les manières dont les femmes enceintes peuvent être victimes de discrimination au travail, en se basant sur le cadre légal au Québec. Que ce soit à l'embauche, lors de refus de promotion, lors du non-renouvellement de leur contrat de travail ou encore lors de rétrogradation, la femme paie cher sa maternité. Et quand des travailleuses réclament leur droit au retrait préventif, comme cela a été le cas dans le milieu de la construction au Québec en 2021, les employeurs trouvent toutes sortes de raison de le leur refuser (Gravel et Roy, 2021). La discrimination basée sur la grossesse est bien présente, malgré les lois qui l'interdisent. Comment ne pas faire le lien avec la question économique ? Une femme enceinte, ça coûte cher : il faudra la remplacer durant son congé de maternité et assurer des frais de recrutement et de formation pour le nouvel employé. L'employeur devra également gérer des absences dues examens médicaux, sans oublier les retraits préventifs, les tâches allégées, etc. Dans un milieu andronormatif, il est difficile de penser la question du point de vue de la femme. Le récent débat autour d'un congé menstruel démontre la prédominance du point de vue financier lorsqu'il est question du corps des femmes. Les employeurs se demandent qui payera la facture de ces congés. Décidément, il est plus facile et moins onéreux de demander aux femmes de subir en silence, que ce soit les maux de la grossesse ou les maux menstruels, plutôt que de prendre en considération une réalité qui touche la moitié de la population.

Mais au-delà de la question économique, essentielle et fondamentale, il nous semble pertinent de nous questionner sur « la nature du discours qui peut être porté aujourd'hui sur le maternel où le tabou et l'ambivalence autour du corps des femmes persistent, et là où la représentation du maternel se développe dans le regard de l'autre et à travers le corps social » (Conrath et Ouazzani, 2019, p. 3). Pour que les choses évoluent et que les femmes enceintes puissent être reconnues socialement, il est nécessaire de comprendre ce qui les pousse à se taire et les conséquences que cela peut avoir. Si les femmes ont une difficulté à dire, qu'en est-il du côté des soignants ?

7.3 Du côté des soignants : une difficulté à entendre la mort

Les soignants qui entourent la femme enceinte peuvent se répartir en deux grandes catégories. D'un côté, nous avons le corps médical incarné par le personnel œuvrant dans les hôpitaux, tels les médecins et les infirmières notamment. De l'autre côté, nous avons les sages-femmes qui accompagnent les femmes enceintes en dehors du milieu médical, même si elles peuvent parfois être présentes lors d'un accouchement en milieu hospitalier. Au Québec, la parturiente doit faire un choix entre un suivi à l'hôpital ou un suivi avec une sage-femme.

Ces deux catégories sont à considérer comme deux pôles d'un même continuum quant à la représentation de la grossesse du point de vue des soignants. Nous sommes conscients que la réalité est toujours plus complexe que la théorisation et la modélisation. Ainsi, il existe une multitude de positionnements des soignants oscillants entre ces deux polarités. L'idée n'est pas d'opposer le point de vue « médical » au point de vue « naturel », mais d'explorer les principales divergences de ces deux grandes orientations et comprendre dans quelle mesure les femmes enceintes peuvent se sentir coincées entre deux idéologies divergentes.

7.3.1 Point de vue du médical : la grossesse vue comme un risque — la lutte contre la mort

Nous l'avons évoqué à plusieurs reprises dans ce travail, la grossesse s'est médicalisée depuis l'après-guerre. Camus (1948) définissait le XXe siècle comme celui de la peur :

Le XVIIe siècle a été le siècle des mathématiques, le XVIIIe celui des sciences physiques, et le XIXe celui de la biologie. Notre XXe siècle est le siècle de la peur. [...] Nous vivons dans la terreur parce que nous vivons dans le monde de l'abstraction, celui des bureaux et des machines, des idées absolues et du messianisme sans nuances.

La technologie nous déconnecte de notre pensée et du lien humain, les décisions sont prises en fonction des risques, des statistiques et des techniques toujours plus performantes. Cela amène à définir le paradigme biomédical ainsi :

Le modèle est celui d'une maladie mécaniste, indépendante du patient, linéaire dans un processus d'agression, et pouvant être catégorisée, nosographiée par une analyse réductionniste. Chaque maladie a donc, ou est supposée avoir une cause qui, une fois identifiée, pourra être corrigée par un traitement défini. La connaissance de la maladie découle donc de l'observation des faits, de l'expérience scientifique : son référentiel

est positiviste. Dans ce paradigme traditionnel, les échecs de la médecine sont dus soit à un manque de technique, d'observation ou de connaissance du médecin, soit au fait que le malade n'est pas réellement malade. (Roland et Jamouille, 1998, p. 6)

La grossesse n'échappe pas à ce paradigme.

La médicalisation de la naissance est une réalité certaine qui se traduit non seulement par la "surveillance" médicale régulière de l'ensemble du processus de gestation, nouveau regard médical formalisé aux États-Unis dans les années d'après-guerre (Arney, 1982), mais aussi par la technicisation croissante, quotidienne et quasi systématique de chaque accouchement. (Carricaburu, 2005, p. 15)

Cela amène à un certain consensus dans lequel chaque grossesse et chaque accouchement sont potentiellement risqués, et même si tout s'est bien déroulé durant les neuf mois de gestation (Akrich et Pasveer, 1996, p. 184). Le lieu même de l'hôpital amène à considérer la mère et le futur bébé comme des patients, des « malades », des « morts en sursis » pour reprendre l'expression de Durano (2018, cité dans Aquien, 2021). Or, la très grande majorité des parturientes et leur bébé est en bonne santé et ne présente aucun signe de maladie ou de problématique quelconque. Pourtant, ils sont considérés comme des patients, au même titre que les autres. « Toute grossesse et tout accouchement sont conçus comme des situations à risque permanent, pouvant entraîner des handicaps et des décès. Les spécialistes sont alors confrontés à une aporie consistant à intervenir, en fonction de risques anticipés, sur des corps qui ne présentent en général pas de manifestations pathologiques » (Fillion, 2012, p. 11). L'obsession du risque zéro domine. « Le concept de risque a envahi toutes les disciplines de la médecine et également le champ périnatal » (Donner, 2011, p. 169). Le médecin a pour objectif d'éradiquer tout danger potentiel, toute incertitude, toute probabilité de pathologie, aussi minime soit-elle. « Cette femme-là, ou cette pathologie-là, même si elle ne représente que moins de 10 % de l'ensemble des grossesses et des accouchements, elle obsède à 90 % les équipes obstétricales et les transforme en des chercheurs de pathologies, de dangers, de risques, de la moindre petite chose qui pourrait venir faire gripper la machine » (Ben Soussan, 2004, p. 111). L'objectif est clair : lutter contre la mort en prévenant de tous les risques possibles et imaginables. Face à cette déferlante de tests et de calculs de risque, les femmes deviennent plus anxieuses. Elles deviennent alors demandeuses d'un suivi serré qui éradiquera tous les risques possibles « et participent-elles aussi à la médicalisation de la gestation et de

l'accouchement » (Despres, 2010, p. 139). On se retrouve alors dans un système digne de l'ouroboros :

« La plus forte présence des risques d'anomalies (plus on teste, plus on donne l'impression que le risque est important) s'est accompagnée d'une euphémisation des risques (plus on teste de femmes, moins la proportion de femmes chez lesquelles on découvre des conditions fœtales préoccupantes est importante). L'anomalie fœtale devient un risque très présent et diffus en même temps. Chaque épreuve que constitue le test contribue à l'éloigner, mais chaque nouvel examen le rapproche » (Champenois-Rousseau, 2010, p. 55)

L'injonction médicale du risque zéro demande à ce que tout soit contrôlé, surveillé dans le but ultime de tenir la mort à distance. Cette injonction semble cependant écarter tout processus de pensées de chaque sujet, que ce soit le médecin ou la femme enceinte. Tous perdent leur statut de sujet pensant devant le poids de cet impératif.

Insuffisamment pensées, nuancées, articulées les unes aux autres, elles se présentent comme des impératifs : « il faut ». Tout sujet risque d'en être alors absent. Ni les parents, ni parfois le médecin prescripteur, ni parfois l'exécutant du geste, qu'il soit d'échographie ou de prélèvement de liquide amniotique ou de prélèvement sanguin, ou encore d'interruption médicale de grossesse (IMG), ne semblent vraiment comprendre les raisons qui justifient cet acte. Ils semblent alors seulement se soumettre à ce « il faut », que chacun s'emploie, à sa manière, à banaliser et désaffectiver autant que possible, plutôt que de chercher à l'intégrer dans des réseaux de sens où chaque sujet aurait sa participation. (Aubert-Godard, 2002, p. 45-46)

On assiste alors à la domination du soma au détriment de la psyché. La femme enceinte devient responsable de l'enfant qu'elle porte, considéré comme le patient des médecins qui vont ainsi s'assurer de tout contrôler afin d'éradiquer le moindre risque. La future mère devra s'assurer de tout mettre en œuvre pour ne pas nuire à sa grossesse. De multiples indications, interdictions et conseils lui seront donnés. Il sera également de sa responsabilité de passer tous les tests suggérés. « À cet égard, la femme enceinte est l'objet d'attentions multiples, mais ce n'est pas d'elle et de son vécu qu'il est question, on soutient seulement sa responsabilité de mener à bien l'opération en cours » (Delassus, 2010, p. 16). Évidemment, on ne peut pas nier que la médicalisation de la grossesse a participé à la réduction des morts en couche et des morts infantiles. Le progrès médical a incontestablement permis une meilleure gestion des grossesses dites à risque. Mais dans cette perspective somatique, nous pouvons questionner la place du sens profond dans la grossesse et du

vécu subjectif de la femme enceinte. Dans le paradigme biomédical, « on limite la connaissance de la grossesse au plan du corps et des usages, mais on la rend méconnaissable dans sa réalité humaine » (Delassus, 2010, p. 30).

7.3.2 Point de vue des sages-femmes : la grossesse vue comme un événement naturel et idéalisé — le déni de la mort

Dans les années 70, dans le sillon des revendications féministes, certaines femmes revendiquent un désir de reprendre possession de leur corps, de leur grossesse et de leur accouchement. « Mécontentes de la rigidité des règles de l'hôpital, exaspérées par l'autoritarisme du médecin tout-puissant qui les traitait comme des enfants, et convaincues que la naissance est un phénomène naturel et non un problème médical » (Badinter, 2010, p. 58), elles font appel à des sages-femmes. Elles dénoncent également les violences institutionnelles des hôpitaux et souhaitent avoir d'autres lieux pour accoucher. Cela aboutira à la création des maisons de naissance. En 1999, l'Ordre des Sages-Femmes du Québec est créé. Sur leur site, on peut lire la définition suivante :

La profession de sage-femme au Québec prend racine dans la relation avec la femme. La sage-femme est avec la femme, établissant ainsi une responsabilité mutuelle dans la relation de confiance. La sage-femme reconnaît que la femme est la première personne responsable de sa santé. La pratique sage-femme allie art et science. Elle est fondée sur une compréhension des expériences sociales, émotionnelles, culturelles, spirituelles, psychologiques et physiques des femmes et aussi sur les meilleures pratiques en santé. (OSFQ, 2022)

Nous sommes dans un tout autre paradigme que nous pourrions définir comme étant centré sur la personne. Ici, « l'objectif des soins n'est plus seulement de réduire les troubles ou de lutter contre la maladie, mais de tenir compte également des attentes ou des préférences de la personne, de ses choix existentiels comprenant ses objectifs personnels. Dès lors la participation active de la personne à l'élaboration de son programme de soin apparaît requise, pour véritablement prendre en compte ses priorités » (Pachoud, 2015, p. 39).

L'approche des sages-femmes prend donc le contre-pied de l'approche médicale. La grossesse et l'accouchement sont considérés comme des événements naturels et normaux. Dans sa thèse de doctorat, Pelletier (2021) a analysé le discours idéologique à travers des ouvrages phares sur la grossesse écrits par des sages-femmes reconnues ou des représentants de leurs mouvements. Selon

ses résultats, ce discours idéologique comprend quatre thèmes principaux : une injonction à être forte et à ne pas avoir peur, une idéalisation de l'accouchement décrit comme une expérience merveilleuse, un clivage entre la sage-femme idéalisée et le médecin dévalorisé et un déni de la posture militante (Pelletier, 2021, p. 118).

À l'opposé du besoin médical d'anticiper les risques, l'approche sage-femme tend à nier que de tels risques puissent exister ou les considère comme tellement exceptionnels qu'il n'est pas nécessaire de s'y attarder. Ainsi, même si certaines difficultés physiologiques ou émotionnelles sont reconnues, elles sont normalisées et banalisées. Pour Isabelle Brabant (1991), sage-femme pionnière et reconnue au Québec, « la grossesse est un temps de stress normal, sain et naturel » (p. 21). Si cette affirmation peut rassurer de nombreuses femmes, qu'en est-il pour celles qui sont aux prises à de profondes angoisses. Ne se sentiront-elles pas coupables de ne pas être capables de relativiser leur état ? Le discours sage-femme montre une image positive de la maternité, mettant l'accent sur la beauté et la joie de donner la vie. Pelletier (2021) note également que les photos illustrant les livres qu'elle a analysés montrent des femmes souriantes, heureuses, perpétuant l'image idéalisée de la mère radieuse et comblée.

Contrairement au discours médical, on note l'absence des représentations plus sombres de la grossesse. Le deuil périnatal, les césariennes d'urgence, les douleurs trop intenses qui nécessitent une péridurale ne sont pas abordés. On ne trouve pas trace non plus des difficultés postnatales pourtant si fréquentes. À trop vouloir être un modèle opposé au médical, l'approche sage-femme semble minimiser voire dénier les difficultés en lien avec la grossesse. « Il y a un danger possible de nier les réelles difficultés physiologiques possibles ou encore de mettre un poids trop grand sur les épaules des femmes » (Pelletier, 2021, p. 112).

Si le discours médical semble exagérer la prévalence du risque et le discours sage-femme semble la minimiser, les deux s'accordent sur le peu de place fait à l'ambivalence et aux représentations mortifères dans la grossesse. Que ce soit à travers le prisme de la lutte contre la mort ou celui du déni de la mort, les soignants tiennent à distance l'idée même des représentations de la mort dans la psyché de la femme enceinte. Aucun des deux ne semble vouloir entendre ce que les femmes ont à dire de leurs angoisses de mort. « Nous contrôlons les risques par la technique », disent les médecins. « Les risques sont inexistantes », rétorquent les sages-femmes. À l'instar de Sirol, nous

nous interrogeons sur cette difficulté à reconnaître l'ambivalence et les représentations de mort dans la grossesse.

Cette difficulté à penser et à reconnaître la haine pour le fœtus et la rareté des études psychanalytiques sur ce thème rendent compte du danger qu'il y a à contempler de trop près la violence archaïque, par peur, qui sait, d'y surprendre son propre reflet ou par crainte de ne pouvoir se détacher de ce qu'elle a de fascinant : les forces obscures à la fois étrangères et familières à chacun qui ont leur source dans les fantasmes primitifs inconscients violents et sadiques concernant le ventre maternel. (Sirol, 2004, p. 408)

7.3.3 Conclusions

Coincées entre deux modèles opposés, les femmes se retrouvent aux prises de la culpabilité. Comment ne prendre aucun risque pour le bébé (modèle médical) tout en prônant un tout naturel pour avoir une grossesse et accouchement merveilleux (modèle sage-femme) ? Nous sommes au cœur de l'injonction paradoxale, aussi appelée la double contrainte telle que théorisée par Bateson, Jackson, Haley, et Weakland (1956). Obéir à l'une des deux injonctions, c'est nécessairement être en contradiction avec l'autre (Godart, 2021), provoquant ainsi une profonde culpabilité. Or, la culpabilité est un puissant levier de soumission. D'un point de vue féministe, brandir le spectre de la mort « est la meilleure arme pour dissuader les femmes d'aspirer au respect de leur corps et pour maintenir leur soumission au pouvoir médical » (Chollet, 2018, p. 208). Mais existe-t-il un moyen, pour les femmes, de se libérer de cette culpabilité ? Est-il possible d'être entendues, écoutées, reçues dans leurs angoisses et leur ambivalence, sans se soumettre à une norme, qu'elle soit médicale ou naturelle ? La psychanalyse et le féminisme peuvent apporter des éléments de réponse.

7.4 La psychanalyse : recherche à entendre et possibilité de dire ?

7.4.1 Freud et le féminin

Pour Freud, la femme est un « continent noir », une « énigme » qu'il a cherché à percer en tentant de comprendre comment on devient femme à partir d'une bisexualité originaire.

Dans une conférence donnée en 1932 et ayant pour titre « la féminité », Freud peut sembler condescendant par rapport aux femmes, notamment lorsqu'il énonce qu'« on estime que les femmes ont apporté peu de contributions aux découvertes et aux inventions de l'histoire de la culture, mais peut-être ont elles quand même inventé une technique, celle du tressage et du tissage »

(Freud, 1932/2002a, p. 177). Tiré de son contexte, on comprend aisément que les féministes d'hier et d'aujourd'hui se soient insurgées. Mais plus tard, dans cette même conférence, il ajoute : « ce faisant, il nous faut prendre garde de ne pas sous-estimer l'influence des organisations sociales qui acculent également les femmes à des situations passives » (Freud, 1932/2002a). Freud reconnaît ainsi le poids du social dans la construction identitaire.

Dans cette même conférence, Freud conclut que

la psychologie ne résoudra pas l'énigme de la féminité. [...] Ce faisant, il appartient à la nature même de la psychanalyse de ne pas vouloir décrire ce qu'est la femme — ce serait pour elle une tâche difficilement réalisable —, mais d'examiner comment elle le devient, comment la femme se développe à partir de l'enfant aux dispositions bisexuelles. (Freud, 1932/2002a, p. 178)

D'un point de vue théorique, la femme selon Freud se développe sur le modèle masculin, selon la thèse du primat du phallus. Nous ne ferons pas ici un développement théorique exhaustif sur la différence des sexes dans l'œuvre de Freud, cela serait l'objet d'une thèse en soi. En revanche, nous pouvons dresser rapidement les grandes lignes de la théorie. Pour Freud, il n'y a qu'un seul organe génital structurant, et c'est le masculin, que ce soit pour le garçon ou pour la fille. Dans la phase préœdipienne, la libido de la petite fille se tourne vers la mère, parent du même sexe, contrairement au petit garçon dont la libido se porte vers le parent du sexe opposé. La petite fille doit alors procéder à un « revirement » pour déplacer sa libido de la mère vers le père. Cela se produit lorsqu'elle réalise qu'elle ne possède pas de pénis. La petite fille aperçoit « le pénis visible de manière frappante et bien dimensionné, d'un frère ou d'un compagnon de jeu, le reconnaît aussitôt comme la contrepartie supérieure de son propre organe, petit et caché, et elle a dès lors succombé à l'envie du pénis » (Freud, 1925/1992). Cette constatation provoque une blessure narcissique dont la mère devient responsable puisque c'est elle qui n'a pas fourni cet attribut à sa fille. La petite fille, déçue et frustrée, se tourne alors vers le père, espérant recevoir de lui le pénis désiré. « La situation féminine sera acquise seulement si une équivalence entre le pénis et l'enfant est établie, le désir du pénis se métabolisant en désir d'enfant » (Kristeva, 2013, p. 1655). Parallèlement à ce développement théorique, Freud évoque la femme à travers le corporel féminin qu'il définit comme un « espace creux » qui a la possibilité de recevoir ce qui pénètre au-dedans. « Un clivage textuel marque ainsi l'investigation freudienne de la féminité : contrastant avec une

synthèse théorique commandée par une logique phallique, les textes où il est question de la représentation de la femme posent cette dernière comme un lieu, natal ou funeste, où se jouent, pour tout être, les étapes du devenir » (Schneider, 2013, p. 629).

La théorie freudienne de la sexualité féminine, phallogcentrée, a été critiquée par des psychanalystes contemporaines de Freud, ainsi que par les féministes, nous y viendrons.

7.4.2 Les femmes psychanalystes à l'époque de Freud

Certaines femmes psychanalystes contemporaines de Freud ont tenté de revisiter la théorie de la sexualité féminine en y apportant des critiques et des compléments. Nous exposerons trois d'entre elles, sachant qu'elles ne sont pas les seules, mais qu'elles nous semblent représenter adéquatement les différents points de vue des femmes de l'époque. L'objectif est de démontrer que la théorie telle que développée par Freud n'est pas la seule qui existe au sein de la psychanalyse et qu'il est possible de penser psychanalytiquement *la* femme tout en prenant un pas de recul par rapport à la théorie freudienne.

Une des premières psychanalystes à oser s'opposer au maître est Karen Horney. Son livre, *Feminin Psychology* paraît en 1967, mais les écrits qui le composent sont bien antérieurs. Dans cet ouvrage, elle remet en cause notamment l'envie du pénis et le développement de la femme. Pour Horney, la découverte du pénis ne provoque pas chez la fille une blessure narcissique, mais plutôt un désavantage qui la prive de certaines gratifications comme uriner ou se masturber. Ce n'est que plus tard, lorsqu'elle doit renoncer à avoir un enfant du père, que le complexe de masculinité apparaît. À cet instant, c'est un sentiment de culpabilité par rapport au désir incestueux qui émerge. Afin de s'en défaire, la petite fille se réfugie dans l'envie de la masculinité, envie qui pourrait plus facilement être sublimée. Le problème, note Horney « c'est que ce sont les hommes qui dominent le monde ; en négligeant cet aspect, Freud a omis de signaler qu'il est "plus ardu pour les femmes d'accomplir toute sublimation" (Horney, 2002, p. 48) et qu'il y a donc un fondement historique et social au ressenti d'une condition inférieure » (Froidevaux-Metterie, 2015, p. 242). Horney tente alors de mettre de l'avant ce qui fait la spécificité du féminin et en appelle à « l'autre grande différence biologique » (Horney, 2002, p. 69) que l'on retrouve dans la reproduction. Elle avance que sur ce terrain, ce sont les hommes qui sont aux prises d'une envie de maternité. Cette envie

irréalisable les oblige à se tourner vers la sphère sociale dans laquelle ils souhaitent réaliser, créer, produire. Cela leur donne le pouvoir. De plus, Horney émet l'hypothèse que les hommes ont une phobie secrète qui est inspirée par la femme, car ils pressentent très tôt que leur pénis est trop petit pour satisfaire la mère. En réaction, ils développent un narcissisme phallique et se sentent dans l'obligation de démontrer sans cesse leur supériorité et leur virilité à la femme. Ils « cherchent ainsi à s'épargner la blessure narcissique en avilissant la femme [...]. Voilà comment s'explique, selon Horney, l'évidente propension des hommes à rabaisser la dignité personnelle des femmes en les considérant toute d'emblée comme des êtres infantiles, émotifs, irresponsables et dépendants » (Froidevaux-Metterie, 2015, p. 245). Ses positions lui coûteront cher puisqu'elle sera exclue du New York Psychoanalytic Institute en 1941.

En 1925, Helene Deutsch consacre un ouvrage entier à la sexualité féminine. Elle reste plus proche des thèses de Freud, notamment en ce qui concerne la similitude des stades pré-génitaux chez la fille et chez le garçon. En revanche, elle affirme que la fille doit non seulement abandonner la masculinité dans la phase œdipienne, mais qu'elle doit également faire l'expérience du manque du vagin puisqu'elle n'est pas encore capable de le ressentir de façon subjective. Deutsch nomme cela le « traumatisme génital » qu'elle substitue à l'envie du pénis et qui se termine de la façon suivante : « Si la femme parvient à instaurer cette fonction maternelle du vagin en renonçant à la revendication pénienne du clitoris, elle se développe réellement dans le sens de la féminité » (Deutsch, 1994, p. 85). C'est donc à travers la maternité que la femme peut sublimer le renoncement à la masculinité. « C'est dans le mouvement qui la conduit à la position passive-masochiste (désirer recevoir un enfant du père) que la petite fille devient en même temps femme et mère, témoignant de la fusion existant entre pulsion sexuelle et fonction de reproduction » (Froidevaux-Metterie, 2015, p. 251). Pour Deutsch, la femme est prise entre une fonction sexuelle et érotique et une fonction maternelle. « Les attributs de la sexualité féminine diffèrent si fondamentalement des manifestations émotives de la maternité que nous sommes contraints d'accepter l'opposition entre sexualité et érotisme d'une part, instinct de reproduction et maternité d'autre part » (Deutsch, 1949a, p. 131-132). La femme penchera du côté de la reproduction, puisqu'elle porte en elle « la direction non-individualiste, c'est-à-dire qu'elle penche en faveur de l'espèce, en faveur de la fonction reproductive » (Deutsch, 1949a, p. 151). Deutsch sera fortement

critiquée par Horney qui l'accusera « d'avoir cédé à un réductionnisme biologique faute d'avoir pris suffisamment en considération les facteurs sociaux » (Roazen, 2013, p. 471).

Mélanie Klein reprend le concept freudien du complexe d'Œdipe, mais elle en devance significativement l'âge et va, de plus, l'envisager d'un point de vue féminin totalement novateur. Elle commence par remettre en cause l'affirmation freudienne concernant l'envie du pénis. Selon elle, la fille comme le garçon ont une connaissance innée de l'existence du vagin et du pénis. La petite fille sait de façon inconsciente qu'elle a la possibilité de porter en elle des enfants. Cependant, « l'invisibilité et l'incertitude concernant ses organes internes sont la source de ce que Mélanie Klein appelle "la situation d'angoisse fondamentale de la fille", due à la crainte que la mauvaise mère vengeresse attaque ses bons objets intérieurs, le pénis paternel et les bébés » (Korff-Sausse, 2006, p. 21). Cette angoisse chez la fille est l'équivalent de l'angoisse de castration du garçon. Dans sa théorie, Klein part du principe que la relation au sein maternel est, pour le garçon comme pour la fille, le début du développement libidinal. « La privation du sein est la cause fondamentale de la conversion vers le père » (Klein, 2006, p. 43). Cette phase de frustration orale, commune chez les deux sexes, est première. Klein la nomme « stade féminin primaire ». Pour accéder à la phase génitale, la fille se tourne alors vers le père et pour en recevoir le pénis, sur un mode de satisfaction orale et non comme un désir de posséder l'attribut viril. « L'envie du pénis n'est au fond que l'expression symbolique d'un autre désir. La femme ne veut pas être un homme mais se dégager de sa mère en étant complète, autonome, *femme* » (Chasseguet-Smirgel, 1964, p. 182). Contrairement à la thèse freudienne postulant une phase phallique identique aux deux sexes, Klein met en évidence « l'existence d'une phase de féminité dont le dépassement conduit à un développement psychosexuel du garçon et de la fille conforme à leurs organes génitaux respectifs : désir de pénétration pour l'un, désir de réception pour l'autre » (Froidevaux-Metterie, 2015, p. 262). Klein indique également qu'il existe un complexe de féminité pour le garçon dans son désir de posséder les organes permettant de porter les bébés. Ce complexe serait le pendant masculin de l'envie du pénis chez la fille. Cela provoquerait un déplacement de son désir vers le plan intellectuel. « Comme chez Karen Horney, c'est donc dans l'infériorité ressentie lors de la phase féminine du désir d'enfant que s'origine selon Mélanie Klein le mépris des garçons pour le sexe féminin » (Froidevaux-Metterie, 2015, p. 259).

Tout comme pour Horney, la théorie de Klein a été très contestée (et l'est encore) par la branche plus orthodoxe de la psychanalyse freudienne. Cela démontre à quel point il est difficile de remettre en question les théories du maître.

À travers les différentes propositions faites par des psychanalystes, on constate que la fonction maternelle permet à la femme de se dégager du primat du phallus et de reprendre ainsi un certain pouvoir. De plus, comme l'ont démontré Klein et Horney entre autres, le poids du social et donc de la société patriarcale freine l'émancipation de la femme et la cantonne à un rôle subalterne de l'homme.

7.4.3 La psychanalyse et le féminisme : le conflit

La théorie de Klein et sa proposition du caractère primaire de la féminité permettent aux psychanalystes féministes des années 70 d'axer leurs thèses sur la spécificité des femmes qui s'incarne dans la maternité. Une des représentantes de ce mouvement est Antoinette Fouque. Psychanalyste, analysée par Lacan, elle fait partie des fondatrices du Mouvement de libération des femmes (MLF) en 1968. Elle propose une nouvelle théorie de la différence des sexes.

Avant la haine et la peur, c'est l'envie qui fonde la misogynie, l'envie du mâle devant la capacité procréatrice des femmes. Freud martèle que nous serions asservies à l'envie de pénis. Mais derrière cet épouvantail, ne cacherait-il pas plutôt l'envie de l'utérus qui les obsède, qui en ordonne la forclusion, et dans laquelle s'enracine et s'érige l'arbre phallus surrogat, symbole de tous les pouvoirs (« le pouvoir est au bout du phallus », « le pouvoir est au bout du fusil » et pourquoi pas « le pouvoir est au bout du stylo ») (Fouque, 2015, p. 156-157)

Fouque représente le courant différentialiste puisqu'elle postule qu'il y a bien deux sexes. Mais elle va plus loin en proposant qu'il y a aussi deux libidos. Tout comme Luce Irigaray, psychanalyste et féministe du même courant, Fouque lutte contre une représentation de la libido comme étant masculine. Ce courant promeut la libido 2 ou « libido creandi » selon la théorie de la génitalité de Fouque. « À rebours de la thèse qui associe détermination biologique et enfermement domestique, Fouque prend appui sur la rupture que constitue la maîtrise de la fécondité pour s'autoriser à penser les potentialités créatrices de la puissance maternelle » (Froidevaux-Metterie, 2015). Pour permettre aux femmes de prendre la parole sur leur propre expérience, pour qu'elles deviennent sujets plutôt qu'objets du discours, Fouque crée une maison d'édition, Éditions des femmes, en

1973. De nombreuses psychanalystes féministes écrivent au sujet de ce « continent noir » qui paraît tant énigmatique. Certaines vont jusqu'à parler d'une écriture-femme, telle Hélène Cixous « déconstruisant avec Jacques Derrida le "phallogocentrisme" : un logos phallique qui oriente une différenciation entre les sexes, et par conséquent une hiérarchisation entre les sexes » (Laufer, 2022c, p. 67).

Issue du même mouvement différentialiste, Julia Kristeva place l'identité féminine entre « l'effet-femme » (rapport au pouvoir et au langage) et « la fonction maternelle ». Selon elle, la maternité représente une « immense vocation sublimatoire » (Kristeva, 2007, p. 70).

Pour Luce Irigaray (Irigaray, 1974, 1977, 1981), la psychanalyse ne tient pas compte « des déterminants historiques et philosophiques de son propre discours et est incapable d'analyser ses propres fantasmes inconscients. De surcroît, étant le produit d'une société patriarcale, elle ne saurait analyser ce qu'elle doit à la mère » (Perelberg, 2013, p. 628).

Du côté de la doxa psychanalytique, ce mouvement n'est pas bien reçu. Lacan refusera de recevoir Fouque dans un séminaire à l'École freudienne de Paris.

Pour Lacan comme pour Freud, le désir d'enfant remplace le désir du pénis comme condition de la satisfaction phallique. [...] Reste que la femme lacanienne demeure à jamais déchirée, entre le pas-tout qui la soustrait à l'universel phallique et qui la laisse démunie face à ce qu'elle ne peut avoir, et le et-encore qui la ramène vers l'ordre phallogocentré en faisant d'elle soit un objet de désir, soit une mère. (Froidevaux-Metterie, 2015, p. 280)

Et aujourd'hui encore, on entend que peu parler des thèses de Fouque, d'Irigaray ou de Cixous.

Si ce mouvement a été populaire dans les années 70, force est de constater qu'il s'essouffle dans les années 80-90. « Si, à l'intérieur de la théorie psychanalytique, il apparaît manifeste que l'articulation au politique bute contre la difficulté à dépasser la question de la différence des sexes, cette impasse reconduit les discours essentialisants sur les femmes ou le féminin procréatif » (Laufer, 2022c, p. 77).

Un autre mouvement issu du MLF, un féminisme matérialiste, prend la position de réfléchir en dehors et contre la psychanalyse. Il a à sa tête Monique Wittig et Christine Delphy. Pour cette dernière,

la psychanalyse et la sociologie ne prennent pas en compte l'oppression des femmes. Ne la prenant pas en compte, elles la reprennent à leur compte : elles l'intègrent comme un donné. Elles étudient des domaines de la vie sociale et de l'expérience subjective où et par lesquels les femmes sont opprimées sans que cette oppression apparaisse comme telle. (Delphy, 2001, p. 263)

Pour ce courant féministe, la psychanalyse, à travers son discours, reproduit la domination masculine. Il s'agit donc de politiser la sexualité, la différence entre les sexes, les rôles sociaux. À la fin des années 80, les féministes matérialistes s'attellent à la notion de genre, notion qui délaisse la question de la différence des sexes pour se concentrer sur la construction sociale des différences de statut entre les hommes et les femmes.

Que ce soit en remaniant la théorie psychanalytique ou en la fustigeant, les féministes tentent de brasser de nouveau les cartes de la différence des sexes et de redéfinir les notions de femme, de féminin, de rapport entre les sexes. Dans les deux cas, les féministes, qu'elles soient matérialistes ou différentialistes, reprochent à la psychanalyse son naturalisme et son aveuglement face aux normes qu'elle produit. Comment, alors, réconcilier ce qui semble inconciliable ?

7.4.4 Psychanalyse et féminisme : résoudre le malentendu pour mieux entendre les femmes

Comme nous l'avons vu, dans les années 70, les mouvements féministes se sont montrés très critiques envers la psychanalyse et les théories freudiennes. Plusieurs concepts ont été décriés comme l'envie du pénis, la passivité féminine ou le primat du phallus. Certaines féministes « ont rejeté radicalement une psychanalyse considérée comme un discours idéologique essentialisant la différence des sexes, une théorie bourgeoise articulée à une pratique patriarcale perpétuant la domination et l'oppression des femmes ainsi que des stéréotypes de genre » (Laufer, 2022c, p. 23). Elles ont également reproché à Freud l'hypothèse que le désir d'enfant se substitue à l'envie du pénis, cantonnant ainsi les femmes à un rôle maternel associé à une position de soumission à la famille et à l'idéal patriarcal.

Bien que la critique de la psychanalyse soit essentielle — sinon on tombe dans le dogme — il nous paraît nécessaire de replacer Freud dans son époque. A-t-il échappé aux préjugés, aux normes et aux conventions sociales de son époque ? Probablement pas. Mais qui le pourrait ? Quel psychanalyste pourrait se dire anhistorique, aculturel, universel ? Cela serait un non-sens puisque tout psychanalyste est ancré dans son époque et il en est le produit, tout comme le patient « qui n'est pas un invariant transculturel et transhistorique » (Mazurel, 2022). Malgré cela, il est essentiel de reconnaître que Freud a été un des premiers à s'intéresser aux femmes, à leurs symptômes, à leur souffrance, à leurs discours. « En écoutant les hystériques, Freud leur donna une voix et prêta un sens à leurs paroles » (Perelberg, 2013, p. 625) et toutes ses recherches sur l'inconscient ont comme point de départ la sexualité féminine. Pour lui, « les hystériques n'étaient pas malades, mais inventaient la possibilité de faire des symptômes corporels un langage » (Laufer, 2022c, p. 39). Il se dégage alors de la norme de l'époque qui, elle, se place du côté de la pathologisation. Pour Freud, les hystériques ne sont pas des folles à soigner ou à enfermer. Elles ont quelque chose à dire et il tente de l'entendre. C'est d'ailleurs grâce à une de ses patientes, Emmy Von N., qu'il va abandonner sa posture de médecin qui sait pour une posture d'écoute et de sujet supposé savoir. Lors d'une séance, alors que Freud lui pose de nombreuses questions pour tenter de savoir d'où provient son symptôme (des douleurs gastriques), Emmy von N. s'agace et demande à Freud de la laisser raconter ce qu'elle a à dire. Freud accepte. « Ce consentement renverse les positions entre le médecin savant et ladite patiente. Produire un savoir à partir de sa propre parole, plutôt que d'écouter passivement le savant sachant, tel est le renversement qu'opèrent les femmes qui expérimentent la méthode proposée par Freud » (Laufer, 2022c, p. 38). Et c'est en cela que la psychanalyse est subversive depuis sa création. Freud remet en cause le concept de normal et de pathologique, il tente de se dégager du poids de la médecine et de la psychiatrie en considérant le symptôme comme un élément subjectif créé par le patient qui tente de dire quelque chose. Ainsi le but premier n'est pas de catégoriser le patient et de chercher à éradiquer le symptôme, mais de le comprendre, de découvrir ce qu'il cache. Freud pose dès le départ que « les normes sont arbitraires et conventionnelles, elles relèvent d'une fiction et de l'imaginaire social » (Laufer, 2022c, p. 27). Lacan quant à lui parle d'un moi étant « la somme des identifications du sujet » (Lacan, 1980, p. 187). À sa source, la psychanalyse reconnaît l'influence du social sur le sujet. Avec ces prémices, comment se fait-il que la psychanalyse soit aujourd'hui accusée d'être dogmatique et réactionnaire ? Évidemment, il est utile de préciser qu'il existe bien des psychanalystes, plutôt qu'une

psychanalyse. Certains d'entre eux considèrent certains textes de Freud comme sacrés et intouchables. En replaçant les mythes fondateurs de la psychanalyse dans leur contexte historique, en reconnaissant que le contexte social se modifie, le mythe reste ce qu'il est et ne devient pas une vérité, une certitude, un dogme. Si la psychanalyse ne veut pas admettre qu'elle s'est créée à une époque où les femmes n'avaient de choix que d'être épouses et mères, qu'elles n'avaient pas la place qu'elles ont aujourd'hui, elle fait fausse route et s'enferme alors dans ses propres préjugés naturalistes. Il nous paraît donc pertinent de revenir à la manière dont Freud concevait la psychanalyse, à savoir qu'elle ne peut se penser qu'avec le social et les normes de l'époque dans laquelle elle s'exerce. Car les normes produisent des catégories, du langage et assignent chaque sujet à une place qu'elle définit. En ce sens les normes signifient le sujet. La psychanalyse permet d'analyser ce qui constitue le sujet, dans ses relations à l'autre, mais aussi au sein de la société dans laquelle il évolue. Les féministes adressent comme critique à la psychanalyse le fait que celle-ci postule d'être universelle et anhistorique. Selon elles, « l'anhistorisation de la différence des sexes, l'anhistorisation des notions de féminin et de féminité, entraînent une forme d'apolitisme de la psychanalyse et une dépolitisation de son écoute » (Laufer, 2022c, p. 31).

La psychanalyse doit continuer à se positionner, comme l'a fait Freud, en dehors des normes et du pouvoir. Mais pour cela, il est fondamental qu'elle s'interroge sur son rapport au pouvoir et aux normes. Elle doit avoir une posture réflexive sur sa propre pratique et sur la construction et l'historique de ses postulats théoriques. « Tout se passe comme si une certaine psychanalyse s'était laissé emporter par ce que Foucault nomme le "gommage anthropologique", c'est-à-dire l'effacement des conditions de possibilités historiques et politiques de sa praxis » (Laufer, 2022c, p. 41). Ce que nous avons mentionné plus haut au sujet des psychanalystes qui ne peuvent se targuer d'être universels et anhistoriques est aussi vrai pour la psychanalyse. Elle s'inscrit nécessairement dans l'époque dans laquelle elle s'exerce et elle doit reconnaître qu'elle se fait traverser par « ses propres préjugés, par la propre fabrique de ses propres normes, par sa fragilité » (Laufer, 2022b). Elle doit donc accepter de se laisser pénétrer par d'autres discours émergents et notamment par les discours féministes qui travaillent différemment la question de la différence des sexes.

Notons ici que LA psychanalyse, ça n'existe pas, mais qu'il existe une multitude de point de vue, de psychanalystes et qu'il est possible d'avoir des divergences. Encore faut-il que la diversité des

approches puisse être entendue et ne soit pas muselée par une frange plus traditionnelle, plus classique de la psychanalyse. Et, une fois de plus, il nous semble nécessaire de revenir à Freud qui souhaitait que la psychanalyse soit « open to revision » comme il l’indiquait en 1926 dans *La question de l’analyse profane* (Freud, 1925/1985b, p. 17). Cela signifie qu’elle doit être capable de rester ouverte à d’autres discours, à d’autres pratiques, à de nouvelles formes de pensées, comme le féminisme entre autres. La psychanalyse doit accepter de remettre au travail son corpus théorique à la lumière de ces discours émergents propres à l’époque actuelle. Comme le souligne Laufer (2022b), il est nécessaire que la psychanalyse procède à un inversement de la question. Elle doit porter attention à ce que ces nouveaux phénomènes et ces nouveaux discours ont à dire à la psychanalyse plutôt que la psychanalyse ait à dire quelque chose de ces phénomènes. En d’autres mots, elle doit apprendre de ces nouveaux discours, comme ceux produits par le féminisme. En effet, « comment imaginer une pratique qui ne se règle pas, qui n’entend pas les nouveaux signifiants, sur ce langage nouveau qui apparaît ? » (Laufer, 2022b). Le propre du psychanalyste n’est-il pas d’entendre les signifiants de son patient ?

Nous croyons en la possibilité de lever un certain malentendu entre féminisme et psychanalyse afin de réunir ce qui constitue l’essence même de ces deux approches : la libération du sujet. En effet, psychanalyse et féminisme ont pour but de rendre l’individu plus libre par rapport aux déterminismes inconscients, par rapport aux normes, en lui redonnant le pouvoir de s’en affranchir.

7.5 Conclusion : « que veut la femme » ?

De l’aveu de Freud lui-même, cela reste la grande question irrésolue par la psychanalyse. À la fin de sa vie, dans une lettre qu’il adresse à Marie Bonaparte, Freud écrit : « La grande question restée sans réponse et à laquelle moi-même je n’ai jamais pu répondre malgré mes trente années d’études de l’âme féminine, est la suivante : Que veut la femme ? »

À la lumière de ce qui a été développé dans cette thèse, nous tenterons de répondre à cette question du point de vue de la femme enceinte. Selon nous, il est possible de présenter une réponse à l’aide de quatre propositions : la femme souhaite devenir sujet, s’extraire de la domination, s’affranchir des normes et sortir de la honte. Nous essayerons de voir comment la psychanalyse peut offrir un lieu possible pour répondre à cette demande.

Comme nous l'avons constaté, les femmes de notre étude semblent avoir de la difficulté à dire, à nommer ce qui les angoisse et notamment tout ce qui concerne les angoisses de mort autour du bébé. Pourtant, dans leur discours, on note le désir de sortir du silence afin de faire entendre. Car dire, c'est advenir comme sujet pensant de sa propre expérience, c'est signifier ce qui est vécu, perçu, ressenti.

Sur les raisons de ce silence, qui font partie des non-dits de notre culture et de l'inconscient de notre société, on peut émettre quelques hypothèses. Patriarcale, notre société a donné le pouvoir aux hommes, à moins que ce soient eux qui l'aient pris, peu importe, le résultat est là. Et le pouvoir, dans une société humaine, s'exprime d'abord par le langage et dans le langage ; et notamment par le fait, par exemple, de raconter l'histoire, à savoir dire, mais aussi taire. Le pouvoir masculin, s'instaurant dans tous les domaines de la vie sociale, ne pouvait que pénétrer dans le gynécée où autrefois, entre elles, les femmes mettaient au monde leurs enfants » (Szejer et Stewart, 2002, p. 103-104)

Longtemps, les hommes, médecins, psychanalystes, et autres ont parlé des femmes. À l'instar de Freud, ils ont tenté de percer l'énigme féminine. Ils les ont étudiées, en ont fait des études de cas. Elles ont été l'objet du discours. Depuis les débuts du féminisme, les femmes tentent de reprendre le pouvoir en devenant les sujets de leur propre discours. Elles créent elles-mêmes leur narratif. Elles se racontent, s'historicisent. Devenir sujet permet également un mouvement d'appropriation, que ce soit du discours comme nous l'avons mentionné, mais également du corps, de la liberté de disposer de soi-même et de prendre ses propres décisions. La femme peut choisir si elle veut devenir mère et quand elle souhaite le faire. Elle peut penser à ce qu'elle attend de sa grossesse, comment elle souhaite la vivre.

Devenir sujet signifie également la possibilité de s'émanciper de la pensée dominante, patriarcale, qui a longtemps décidé pour elle ce qui était bon et ce qui ne l'était pas. Cela peut lui permettre de résister à la toute-puissance de la pensée médicale ou à l'idéalisation de la maternité. Le parcours n'est jamais simple, nos participantes nous l'ont montré. S'affirmer, résister, c'est courir le risque d'être rejetée par la pensée dominante, par les normes, d'être sévèrement jugée. C'est courir le risque de ne pas être reçue ou de passer pour folle, ce qui, quelque part, revient au même. « Qu'est-ce que la folie ? C'est n'être pas entendu. Vous émettez un message dans une langue dont on vous dit qu'elle est inaudible, qu'elle est étrangère, que ce sont des hiéroglyphes » (Fouque, 2015, p. 242). La norme sociale est puissante, surtout lorsque l'on réfère à la maternité. « La grossesse se

voit sous des angles contradictoires et tout est loin d'être dit. Il y a des choses cachées et des sentiments refoulés ; des rêves qui illuminent de l'intérieur, mais des pensées inavouables qu'il vaut mieux taire sous peine de réprobation générale. Il y a aussi les pressions qui viennent de l'extérieur, réduisant la femme à être un instrument de reproduction » (Delassus, 2010, p. 7). Comment, dans un tel contexte, s'autoriser à dire ? Comment nommer l'impensable, ce qu'il y a de plus sombre lorsqu'on exige de la femme enceinte qu'au mieux, elle se réjouisse et qu'au pire elle subisse en silence ? Comment parler de cette ambivalence, de cette « lutte biologique entre mère et fœtus qui se situe à un équilibre entre violence fondamentale et tolérance paradoxale biologique de cette hétérogreffe qu'est le fœtus pour sa mère » (Boige, 2004, p. 266) ? Comment dire la crainte que la féminité soit écrasée par la force de la maternité ? Ou peut-on parler de la mort, de ces représentations angoissantes, notamment lorsque la vie est au cœur du processus en cours ? Depuis que le milieu médical s'est emparé de l'expérience de la grossesse, la mort a été mise à distance. Par exemple, il n'existe pas de groupe de parole pour parents endeuillés dans les grands hopitaux à Montréal. Des psychologues spécialisés en périnatalité se trouvent à l'hôpital Sainte-Justine ou au CHUM, mais cela est rarement offert dans les autres hopitaux de la Province. Les parents sont redirigés vers les CLSC qui offrent des services psychologiques, mais la spécification en deuil périnatal est exceptionnelle. Les parents ne pouvant plus compter sur le milieu médical pour leur offrir ce type de soutien, certains d'entre eux se sont mobilisés. Ils ont créé une association et gèrent un organisme à but non lucratif, *Parents orphelins*, dont le premier mandat est de « briser l'isolement en regroupant les parents québécois vivant un deuil périnatal et les québécois sympathisants à leur cause, en leur fournissant un lieu de rencontre, du soutien matériel et moral et de l'entraide » (Canadanhelpt.org). On trouve également des forums comme Nos petits anges au paradis, groupe de soutien virtuel pour les parents endeuillés, ou encore le site La Gentiane, géré par des non-professionnels, qui offre des témoignages et des forums de discussion. Mais on ne peut que regretter le manque de ressources au sein même des centres de naissance des hôpitaux.

L'espace analytique peut également être un lieu qui permet cette élaboration et cette écoute des aspects mortifères dans la grossesse. La psychanalyse permet de mettre au jour les normes, comment elles s'arriment au pouvoir et comment elles entravent le sujet. Elle permet de « retrouver dans sa parole ce qui contraint le sujet à obéir à cette normalisation afin qu'il puisse retrouver la

puissance effective de la norme et se décaler de son pouvoir contraignant et assujettissant, pour inventer d'autres formes de vie » (Laufer, 2022c, p. 130).

S'affranchir de la norme, c'est également diminuer le sentiment de culpabilité et de honte ressenti. Durant sa grossesse, nous l'avons mentionné, les sentiments de culpabilité et de honte resurgissent à de nombreuses occasions. Par exemple, la femme enceinte est prise entre une conception médicale et une conception naturelle de la grossesse. Choisir l'une, c'est renoncer à l'autre et donc s'exposer à la culpabilité de ne pas avoir fait le bon choix. Faire une fausse couche, c'est ressentir la honte de ne pas être capable d'enfanter, la culpabilité d'avoir fait quelque chose qui l'a provoquée, la peur d'être jugée, l'angoisse de penser la mort alors que l'on porte la vie. La psychanalyse permet de raconter sa honte, de la revivre, de la remettre cent fois sur le métier afin de la transformer, de se la réapproprier et, si possible, de la sublimer. « Il s'agit de libérer d'une aliénation par l'angoisse et la culpabilité, d'ouvrir à la parole et au fantasme, à la rêverie, de restaurer des liens entre affects et représentations, d'autoriser l'expression de l'ambivalence, en se libérant de l'utopie de la mère parfaite » (Boige, 2004, p. 269). Il y a, pour les femmes enceintes, une nécessité de pouvoir partager les bouleversements inhérents à chaque grossesse, de déposer la parole afin de ne pas garder le silence par peur du jugement ou de l'incompréhension. Pour cela, elles doivent trouver dans leur parcours, si elles en ont besoin, un lieu où elles seront reçues, entendues, accueillies dans toute leur ambivalence, que ce soit dans l'espace analytique ou ailleurs.

CONCLUSION

Cette recherche portait sur les représentations de la mort du bébé durant la grossesse. Nous souhaitons mieux comprendre leurs significations, à quoi elles font écho et comment elles se manifestent tout au long de la grossesse. À travers l'analyse qualitative du discours de cinq femmes enceintes, et en nous appuyant sur la théorie psychanalytique et la pragmatique linguistique, nous avons tenté d'entendre le sens de ces représentations. Il nous est tout d'abord apparu qu'elles renvoyaient à une peur concrète de perdre leur bébé, peur qui s'appuie sur des données réelles, mais qui peut également être amplifiée par la répétition d'un événement – une fausse couche, un deuil périnatal – déjà survenu dans leur vie ou celle de leurs proches. Nous avons également constaté que les représentations de la mort du bébé évoluent dans le temps, chaque trimestre ayant sa spécificité : sentiment d'étrangeté ou d'envahissement au premier trimestre, crainte d'une anomalie sur un fœtus en cours d'objectalisation au deuxième trimestre et angoisse autour de l'accouchement au dernier trimestre de grossesse.

Ces représentations de la mort du bébé sont nourries par une médicalisation de la grossesse, dont le but est de contrôler tous les risques inhérents à la grossesse. La peur de la mort du bébé, omniprésente dans le milieu hospitalier, est contrôlée par une grossesse sous surveillance et une accumulation de savoirs, et donc de pouvoir, de la part du milieu médical. Le bébé est au centre des préoccupations des médecins, il est observé, mesuré sous toutes les coutures, et la femme enceinte doit respecter de nombreuses injonctions pour prendre soin de la nouvelle vie qu'elle porte. Certaines femmes se tournent vers les maisons de naissance où, à l'opposé du monde médical, la mort semble être tenue à distance par une idéalisation de l'aspect naturel de la grossesse. Les femmes enfantant depuis des millénaires et l'accouchement étant un acte naturel, il serait forcément sans risque. Dans les deux cas, la mort du bébé est tenue à distance, sujet non-abordé et non-abordable, pourtant lié intrinsèquement à la vie. « Ces mouvements de haine et d'ambivalence non élaborée sont l'objet d'un déni véritable de nombreux soignants de la petite enfance qui probablement ne sont pas prêts à les reconnaître et les élaborer en eux-mêmes. » (Boige, 2004, p. 269). Pourtant, nous constatons que les représentations de la mort du bébé demeurent dans le discours de nos participantes, malgré la difficulté à être entendues et reçues par les soignants. Nous pouvons les comprendre comme une signification d'une ambivalence normale et saine du désir

d'enfant, que celui-ci soit attendu ou non. Cette ambivalence, propre à chaque femme, s'exprime de diverses façons : sentiment de ne pas être enceinte, sensation d'envahissement, désir de retarder la rencontre avec le bébé, multiplicités des craintes et des plaintes exprimées.

Nous nous sommes alors interrogés sur la possibilité de donner un espace et un temps aux femmes enceintes qui désirent parler de leur grossesse. En effet,

Si les mères n'osent pas parler de leurs angoisses concernant leur bébé, généralement elles aiment parler de la grossesse, de l'accouchement, être entendues et soutenues dans cette narration par une oreille professionnelle, bienveillante pour elles et le bébé. (Boige, 2004, p. 267).

À la lumière de l'histoire de la place des femmes dans la société, il nous a semblé pertinent de nous pencher sur ce que la psychanalyse pouvait apporter pour permettre aux femmes de dire et d'être entendues. Nous avons alors constaté qu'une réflexion sur la pratique même de la psychanalyse était nécessaire afin que celle-ci puisse se laisser traverser et transformer par la place différente qu'occupent les femmes aujourd'hui dans notre société et qui sera encore amenée à changer dans les années à venir.

Comme évoqué dans le chapitre portant sur la méthodologie de notre étude, nous sommes conscients que la taille de notre échantillon rend difficilement généralisables nos résultats. Toutefois, ces résultats ont été possibles grâce à l'exploration en profondeur du discours de nos participantes, ce qui n'aurait pas été faisable avec un échantillon plus grand, dans le cadre d'une thèse. Il serait donc pertinent que d'autres études viennent confirmer et bonifier les résultats obtenus. De plus, nous avons également constaté que des représentations de la mort, autres que celles du bébé, étaient présentes, comme des représentations de la mort du couple, ou des représentations de la mort d'une partie de soi (la fille, la femme, etc.). Il serait intéressant d'approfondir ces constats afin de mieux comprendre les restructurations identitaires qui se jouent lors de la grossesse.

Plus largement, cette recherche a permis un début de réflexions sur les liens existants entre la grossesse, la mort, la place des femmes dans la société et la psychanalyse. Pour aller plus loin, il serait pertinent de se questionner sur la place de la psychanalyse dans la société actuelle, et plus particulièrement dans le système hospitalier. En effet,

il y a une drôle de tension entre l'espace public et politique, qui rejette la psychanalyse, faisant entendre une hégémonie de la psychologie cognitive, et l'espace de la consultation analytique. Ce n'est pas seulement une question épistémologique. C'est très en lien avec le néolibéralisme des structures hospitalières : il faut que ça aille vite, que ce soit efficace, rentable, évaluable. La question du temps long exigé par la psychanalyse, la question différente du symptôme et de l'inconscient la rendent inaudible dans l'espace politique de santé. N'empêche qu'elle représente, peut-être dans l'espace de l'analyse, une forme de micropolitique de résistance au discours néolibéral. (Laufer, 2022a)

Réfléchir aux rapports de place entre les hommes et les femmes, prendre en considération les aspects historiques et sociaux de la place des femmes, tenir compte des normes et des discours, étudier les liens qui se tissent entre le social et l'expérience subjective unique d'une grossesse, voici ce à quoi nous nous sommes attelés dans cette thèse afin de mieux comprendre et mieux accompagner les femmes dans leur grossesse, que ce soit dans le versant lumineux du don de la vie ou dans le versant plus sombre des représentations de la mort.

ANNEXE A

RECHERCHE PRÉALABLE : « RECHERCHE EN PÉRINATALITÉ »

**Unité de recherche
en psychologie :
subjectivité,
connaissances
et lien social
EA 3071**



Secrétariat :
Tél : +33 (0)3 68 85 19 38
Fax : +33 (0)3 68 85 19 6
Sandrine.ame@unistra.fr

ncschauder@hotmail.com
Faculté de Psychologie
12, rue Goethe
F-67000 Strasbourg

Responsable scientifique :
Claude SCHAUDER
Professeur associé en
psychopathologie

RECHERCHE

« PRÉVENTION EN
PÉRINATALITÉ. ÉTUDE
COMPARATIVE
INTERCULTURELLE DE
L'ATTENTE DES FEMMES
ET DES HOMMES
D'AUJOURD'HUI EN
PÉRIODE PÉRINATALE,
AU REGARD DE LA
DÉMARCHE PREVENTIVE
D'ÉDUCATION A LA
PARENTALITÉ »
Convention UdS / INPES n° 133/09
DAS

RECAPITULATIF METHODOLOGIQUE

(version sept 2011)

RAPPEL DES OBJECTIFS

Cette recherche porte sur les attentes (au sens de demandes, espoirs, questions, désirs, problèmes) des relatives au devenir parent, c'est à dire à la construction du parental durant la période périnatale et ce qui, durant ce temps, peut affecter cette construction...

Elle part du postulat que le « devenir parent » relève d'un processus qui commence très tôt dans l'enfance du sujet, se trouve marqué par la façon dont celui-ci a pu être accueilli et accompagné durant toute son enfance et son adolescence par sa famille et son groupe d'appartenance, déterminé par ce qu'il a pu expérimenter consciemment et inconsciemment de l'« être parent » de ses proches et de ce que cela a pu impliquer pour eux, dans leur vie en général et/ou dans l'exercice de leur fonction parentale respective. Ce que le sujet aura vécu comme jeune adulte, ce qu'il aura expérimenté de son désir d'enfant (à entendre dans son double sens) dans le cadre de ses premières relations affectives et sexuelles, ce que celles-ci l'auront conduit à vivre, éprouver ou entreprendre...

Le temps de la grossesse, de l'accouchement et celui qui suit, constituent à ce titre une période particulièrement féconde en raison de ce que le sujet peut éprouver dans le cadre des nombreux bouleversements qui s'opèrent en lui, tant sur le plan conscient qu'inconscient. Différentes selon l'histoire et le sexe de l'intéressé, les expériences subjectives (réelles mais aussi imaginaires pour la femme, essentiellement imaginaires pour l'homme) jouent dans bien des cas un rôle significatif dans leur évolution. Les remaniements subjectifs complexes qui s'opèrent au cours de cette période sont par ailleurs grandement tributaires de la dimension symbolique de ce que le sujet vit et éprouve. Les représentations élaborées par l'environnement social et culturel dans lequel il évolue participent enfin également de la construction du parental.

Ces représentations se trouvent aujourd'hui dans bien des cas bouleversées, ne serait-ce qu'en raison de l'évolution des représentations de l'identité sexuelle et de l'identité de genre actuellement à l'œuvre dans la modernité.

Cette recherche a donc pour objectif non seulement de mieux connaître les attentes que produisent les opérations psychiques qui s'opèrent dans le conscient mais aussi dans l'inconscient du sujet durant le temps de la périnatalité, mais aussi de savoir ce que devient la construction du parental quand le sujet est confronté aux multiples contradictions et aux conflits internes que les mutations actuelles des représentations peuvent entraîner.

Cette étude a également pour objectif de préciser en quoi la réponse à ces attentes relève d'une modification des conditions de vie (économiques, sanitaires et/ou sociales), d'une intervention professionnelle (suivi médical, social, psychologique ou éducatif), de modalités d'élaboration individuelles et personnelles propres à chacun et trouvant leurs sources dans la donne et les repères fournis par les transmissions familiales et culturelles.

MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Pour atteindre ces objectifs, cette étude se déroule sur deux axes :

1) Le premier, dit diachronique, doit permettre de prendre en compte l'incontournable dimension du temps et de ses effets sur le sujet. Ce premier axe permet d'approcher la dimension individuelle, singulière liée à la construction subjective partie prenante de l'être parent dans son ancrage historique.

C'est pourquoi nous nous intéressons à l'évolution des attentes et des représentations des femmes et des hommes concernés de manière longitudinale pendant le temps d'attente de l'enfant (la relation parentale étant alors à comprendre dans le cadre imaginaire) , puis après la naissance de l'enfant, les parents étant alors également confrontés à l'enfant réel.

Nous réalisons ainsi des entretiens

- en début de grossesse (3^e mois, début du 4^e de grossesse),
- au milieu de la grossesse (vers le 6^e mois, période des échographies et examens anténataux)
- en fin de grossesse (après le 8^e mois, période de l'attente de l'accouchement),
- dans le mois qui suit la naissance (avant 1 mois, quand les parents sont confrontés à l'enfant réel),
- enfin à 18 mois quand l'enfant commence à parler

2) Le second axe, dit synchronique, nous amène à comparer les éléments caractéristiques relevés lors de chacun de ces temps dans une sphère culturelle et socio-économique donnée avec ceux relevés dans les autres.

Ce second axe permet d'approcher la dimension collective partie prenante de la construction de l'être parent. Il s'agit ainsi de comparer des élaborations de femmes et d'hommes des différents pays et des différents milieux sociaux-économiques rencontrés dans le cadre de cette recherche.

Dans chacun des pays retenus, un échantillon de femmes enceintes et/ ou leur compagnon est constitué au cours du premier trimestre de grossesse. Ils sont choisis au hasard parmi les personnes fréquentant les services où nous sommes autorisés à prendre contact avec les consultantes et qui acceptent de participer à cette recherche.

Des données démographiques et socio-économiques sont également relevées lors des premiers entretiens.

Nous espérons ainsi au total un échantillonnage de 30 à 45 femmes (+ des hommes) par pays. Ces personnes sont revues cinq fois (à chacune des étapes décrites précédemment).

Les entretiens sont analysés selon une grille présentée ci-dessous.

N° D'ANONYMAT :

Afin de respecter l'anonymat des personnes avec lesquelles nous nous entretenons, le chercheur garde dans le document dit « questionnaire » (cf annexe 1) les éléments d'identification de la personne qui lui permettent de garder le contact avec lui et de fixer les rendez-vous.

Il crée un n° d'anonymat qui permet de classer les entretiens et de reconnaître le n° de l'entretien retranscrit. Il comporte 14 chiffres :

- les 3 premiers sont ceux du préfixe téléphonique international du pays où se déroule l'entretien précédé d'1 ou de 2 zéro(s) si ce préfixe ne comporte que 1 ou 2 chiffre(s)

Ainsi : Albanie - 355; Brésil - 055; Chine- 086; Italie-039; France - 033; Québec- 001 ; Russie-007.

- les 3 suivants correspondent au préfixe téléphonique de la région, du département ou de la ville où l'entretien a eu lieu précédé de 1 ou de 2 zéro(s), si ce préfixe ne comporte que 1 ou 2 chiffre(s) :

(ex : 088 pour le Bas-Rhin, département où se trouve Strasbourg ; 081 pour Récif ; 021 pour Rio etc...)

- le chiffre suivant est le numéro de l'équipe de chercheur, s'il y en a plusieurs par pays. S'il n'y en a qu'une, elle porte le n°1. (ex : au Brésil il y en a 3 : celle de Brasilia est la 1 ; Rio la 2 et Recife la 3).
- les 2 chiffres suivants sont le numéro du chercheur précédé d'un zéro pour les premiers chercheurs de chaque équipe qui comporte au maximum 99 chercheurs ! (ex : le chercheur n°3 de l'équipe, figure dans le n° d'anonymat sous le n° 03)
- les 2 chiffres suivants correspondent à l'ordre d'arrivée du sujet dans le recueil du chercheur. C'est le chercheur qui numérote ses sujets au fur et à mesure de ses entretiens. Pour les 9 premiers sujets de chaque chercheur, le chiffre sera précédé d'un 0. (pas plus de 99 sujets par chercheurs !)

(exemple : si Madame XX est le 5e sujet rencontré par le chercheur, elle porte le n° 05.)

- le chiffre suivant correspond au sexe du sujet: 1 pour les hommes et 2 pour les femmes.
- le chiffre suivant correspond au numéro de l'entretien : n° 1 pour l'entretien du 3^e mois, n°2 pour l'entretien du 6^e mois, n°3 pour celui de la fin de grossesse (9^e mois), n°4: pour l'entretien après la naissance, n°5 celui du 18^e mois de l'enfant. Ce chiffre ne figure que sur les fiches de retranscription des entretiens et non sur la grille qui regroupe l'ensemble des entretiens d'un même sujet ! Attention : il se peut que certains entretiens ne puissent se faire (pour cause de maladie, d'accouchement prématuré etc...). Le premier entretien correspond néanmoins toujours à celui qui a eu lieu à la fin du 3^e ou au début du 4^e mois ; le 2^e est celui du 6^e mois, le 3^e au cours

du 9^e, le 4^e dans les 3 semaines qui suivent la naissance et le 5^e, 18 mois plus tard. Afin de garder le contact avec les sujets de la recherche, on retient la possibilité de leur téléphoner 1 ou 2 fois (max) au cours de ces 18 mois.

- le dernier chiffre précise si les deux membres du couple participent à la recherche : 1 pour oui et 0 pour non.

Soit 14 chiffres au total.

Ex : Mme XX est suivie à Strasbourg donc en France = 033, département du Bas-Rhin = 088 par Stéphanie qui est le n°3 de notre équipe= 03. Mme XX est le 5^e sujet suivi par Stéphanie = 05, c'est une femme =2 et l'entretien encodé ici est celui du 6^e mois = 2. Son mari a également été interviewé dans le cadre de cette recherche =1. Le n° d'encodage du 2^{ème} entretien mené par Stéphanie auprès de Mme XX est donc : 033 088 1 03 05 2 2 1. Le n° d'anonymat de Mme XX : le 033 088 1 03 05 2 1

RECUEIL DES DONNÉES

Les entretiens sont enregistrés et intégralement retranscrits.

- Le fichier de retranscription, ainsi que l'enregistrement audio de l'entretien précisent le n° d'anonymat à 14 chiffres comprenant le n° de l'entretien retranscrit (cf plus haut).
- Les chercheurs conservent toujours un double des enregistrements et des transcriptions qu'ils sont amenés à transmettre!
- Les transcriptions intégrales des enregistrements se font sur un document Word où les lignes où les lignes sont numérotées. (NB. Après avoir transcrit sur la grille d'analyse les n° des lignes relevés, attention à ne modifier ni la mise en page, ni la police de la transcription et donc la numérotation des lignes !) Chaque entretien devra être retranscrit sur un document séparé de sorte que la numérotation des lignes recommence pour chacun d'eux à 1.
- Pour numéroter les lignes : dans la barre d'outils, aller dans « mise en page » puis dans « numéros de lignes ». Sélectionner « Continu ».

TROIS QUESTIONS À POSER DURANT LES ENTRETIENS ...

Les entretiens sont non directifs. Trois questions guident pendant nos entretiens de recherche :

- *Comment cela se passe-t-il pour vous depuis que vous savez que vous êtes enceinte ? (que votre femme est enceinte ?)*
- *En avez-vous parlé, en parlez vous, et à qui ? (Avec cette question nous cherchons à savoir si les personnes interrogées ont des interlocuteurs autour d'elles et ce qu'elles en attendent. Cette question est posée lors des entretiens suivants).*
- *Avez-vous des attentes particulières envers les professionnels ? (Les interviewés considèrent-ils avoir pu parler avec eux des questions qui les intéressent ? Que recherchent-ils auprès de ces professionnels ? L' « être » ou le « devenir parent » étaient-ils à l'ordre du jour de ces entretiens avec les professionnels ? Cette question est, elle aussi, posée lors des entretiens suivants.)*

QUELQUES RENSEIGNEMENTS A RÉUNIR AU TERME DU PREMIER ENTRETIEN :

Un petit questionnaire (exemplaire vierge en annexe 1) rassemble :

- les coordonnées du sujet (nom, prénom, adresse, téléphone et/ou e mail), le nom du chercheur et le n° d'anonymisation en 13 chiffres (cf plus haut n° d'anonymat) ainsi que...
- des renseignements (sexe, âge, nationalité, catégorie socioprofessionnelle, nombre de grossesses, nombre d'accouchements...) qui nous permettent de situer notre échantillon au regard de la population générale et de croiser certaines variables. Seuls ceux-ci seront retranscrits dans la grille d'analyse selon les modalités suivantes :

1. **Sexe :** 1 pour les hommes et 2 pour les femmes
2. **Date de naissance :** JJ/MM/AAAA
3. **Statut marital :** mettre 1 pour marié(e) ou vivant maritalement
 2 pour divorcé(e)
 3 pour célibataire
 4 pour veuve
4. **Grossesses antérieures :**
 0 si aucun problème n'a été évoqué
 1 si un problème au cours d'une grossesse antérieure a été évoqué
 2 si des problèmes ont surgi lors d'autres grossesses
5. **Accouchements précédents :**
 0 si aucun problème n'a été évoqué
 1 si un problème, au cours d'un accouchement antérieur a été évoqué
 2 si des problèmes ont surgi lors d'autres accouchements
6. **Origine culturelle :** *noter en clair ce que le sujet en a dit*
7. **Niveau d'études :** *indiquer le dernier diplôme obtenu ou le niveau d'étude correspondant (préciser le nombre d'années d'étude) et noter :*
 1 pour les personnes n'ayant pas dépassé les études primaires (aucun diplôme ou seulement un diplôme correspondant au niveau minimum des études professionnelles)
 2 pour les personnes ayant atteint un niveau d'études moyens, terminé des études secondaires de type baccalauréat mais n'ayant pas fait d'études supérieures
 3 pour les personnes ayant fait des études supérieures (grandes écoles, universités...)
8. **Situation professionnelle actuelle :**
 1 pour en activité
 2 pour en recherche d'emploi
 3 pour au foyer
 4 pour en congé de longue durée, congé parental
 5 pour à la retraite ou préretraite
 6 pour étudiant, élève
 7 pour autre, *dans ce cas précisez en clair*
9. **Profession :** *écrire précisément la profession et mettre :*
 1 pour agriculteurs exploitants
 2 pour artisans, commerçants et chefs d'entreprise
 3 pour cadres et professions intellectuelles supérieures
 4 pour professions Intermédiaires
 5 pour employés
 6 pour ouvriers
 7 pour retraités
 8 pour autres personnes sans activité professionnelle

LA GRILLE D'ANALYSE

La grille d'analyse (exemplaire vierge en annexe 2 - fichier excel) portant le n° d'anonymat à 13 chiffres, les références de l'équipe de recherche et du chercheur, regroupe sur le même document des données issues du questionnaire ainsi que les éléments intéressants de notre recherche et extraits des entretiens. Afin de nous permettre de répondre aux questions que nous nous posons dans ce travail, ces éléments relèvent d'énoncés manifestes mais aussi de propos qui peuvent faire référence ou allusion à des thèmes que le chercheur repère, des contradictions, des redondances, des dénégations ou d'autres particularités dont le discours se fait le porteur. C'est bien souvent dans l'après coup de leur énonciation, au regard de propos tenus ultérieurement et qui leur ont fait échos, que ces discours se révèlent porteurs de sens et d'informations en rapport avec ces questions. C'est pourquoi instruire les dernières colonnes, n'est généralement possible qu'au terme de la lecture attentive et répétée de l'ensemble des entretiens avec le sujet.

COLONNE 1: ATTENTES FAISANT RÉFÉRENCE... (Qui est concerné par l'attente, l'inquiétude ou la problématique abordée ? il s'agit de déterminer le destinataire manifeste de l'attente. Le(s) destinataire(s) latents ou ceux dont le chercheur perçoit le profil en filigrane sont mentionnés dans la colonne « commentaires et interprétations »)

1. au père, à la mère, à leur substitut
2. au conjoint
3. au couple
4. à la famille proche
5. à l'entourage : amis, copains, voisins, collègues
6. aux enfants précédents
7. à l'enfant porté, en train de venir ou venant de naître
8. aux professionnels (soignants, travailleurs sociaux, psy., etc...)
9. à la Science (nouvelles techniques, échographie, haptonomie etc....)
10. à la tradition, aux aïeux, à (aux) dieu(x), saint(s), esprits etc....
11. à la société dans son ensemble (concerne tout ce qui concerne le social, y compris les forums internet, le travail, etc...)
12. à soi même
13. à personne de précis (on fera figurer ici les récits d'accouchement)

COLONNE 2 : LORS DE QUEL ENTRETIEN ?

Faire figurer ici le n° de l'entretien lors duquel ces propos ont été tenus.

COLONNE 3 : EN QUELS TERMES ? (LIGNES N°)

Comment les différentes demandes et attentes, problèmes ou questions sont-ils formulés ? Mettre le n° de la ligne du premier mot et celui de la ligne du dernier mot de la phrase sélectionnée et recopier le premier et le dernier mot (*Exemple : ligne 15-28 « comme il.....ou non ! »*)

COLONNE 4 : CES PROPOS CONCERNENT ?

1. l'histoire du sujet
2. la conception de l'enfant porté ou venant de naître
3. la grossesse
4. l'accouchement
5. l'après-naissance
6. autre

On note le n° correspondant dans la colonne. *Exemple : Si cela concerne la grossesse, on note 3 dans la colonne 4*

COLONNE 5 : CES PROPOS PORTENT PLUS PRÉCISÉMENT SUR...**1. l'histoire du sujet :**

- a) L'histoire médicale du sujet
- b) L'histoire familiale du sujet
- c) L'histoire sociale du sujet
- d) Construction narrative du sujet (exemple : « j'ai toujours su que j'aurais deux enfants »)

Exemple : si ces propos concernent la construction narrative du sujet, on notera dans la grille 1.d

2. la conception :

- a) circonstances « naturelles »
- b) AMP (aide médicale à la procréation (dès qu'il y a intervention d'un tiers médical)

(Exemple : si ces propos concernent une AMP, on notera dans la grille 2.b)

3. la grossesse : (ce qui concerne les grossesses précédentes renvoie à l'histoire du sujet 5-1)

- a) les questions que se pose de manière générale le sujet à ce propos (*déroulement, modalités du suivi, examens...*)
- b) les questions relatives au sens (culturel, religieux, idéologique, philosophique, ainsi que les superstitions, etc.) que peut prendre pour le sujet cette grossesse, ses manifestations, celles du bébé porté. Questions relatives au sens des actes techniques qui l'accompagnent ; leur ritualisation
- c) les connaissances du sujet à propos du bébé attendu
- d) comment le sujet se représente ce temps de la grossesse
- e) comment le sujet se représente le bébé attendu
- f) ce que le sujet attend de cette grossesse, en espère, l'inquiète, l'angoisse sur le plan physique (concernant la mère comme le bébé)
- g) ce que le sujet en attend, en espère, l'inquiète, l'angoisse sur le plan psychique
- h) ce que le sujet en attend, en espère, l'inquiète, l'angoisse sur le plan social (changement de statut, reconnaissance, emploi...). Les attentes du social, celles qui font référence à l'évolution des mœurs où les ventres arrondis s'exhibent volontiers, les pratiques de maternage par les pères, etc. peuvent être cotés dans cette rubrique.
- i) ce que le sujet en attend, en espère, l'inquiète, l'angoisse sur le plan matériel
- j) ce que le sujet en attend, en espère, l'inquiète, l'angoisse sur le plan du suivi médical

- k) ce que le sujet en attend, en espère, l'inquiète, l'angoisse sur le plan conjugal
- l) ce que le sujet en attend, en espère, l'inquiète, l'angoisse sur le plan familial
- m) autres

4. l'accouchement :

- a) les questions que se posent de manière générale le sujet à ce propos celles relatives au sens que peut prendre pour le sujet cet accouchement et les actes techniques qui l'accompagnent (croyances religieuses ou traditionnelles, dimension sacrée, superstitions etc.), leur systématisation et leur ritualisation, place et sens de la souffrance, des modalités d'accueil du bébé etc.
- b) comment le sujet se représente l'accouchement
- c) ce que le sujet en attend, en espère, l'inquiète, l'angoisse sur le plan physique
- d) ce que le sujet en attend, en espère, l'inquiète, l'angoisse sur le plan psychique
- e) ce que le sujet en attend, en espère, l'inquiète, l'angoisse sur le plan du suivi médical
- f) ce que le sujet en attend, en espère, l'inquiète, l'angoisse sur le plan conjugal
- g) ce que le sujet en attend, en espère, l'inquiète, l'angoisse sur le plan familial
- h) ce que vivra le bébé durant ce temps (selon le sujet interviewé)
- i) autres relatifs à l'accouchement

5. l'après- naissance:

- a) les questions que se pose de manière générale le sujet, celles relatives au sens que peut prendre pour lui l'arrivée de cet enfant, les événements médicaux ou les actes techniques qui l'accompagnent
- b) celles qui portent sur ce que le sujet veut en savoir
- c) celles qui portent sur le « savoir faire » et la prise en charge pratique du bébé
- d) celles qui concernent la prise en charge affective du bébé et/ou de la mère (du baby blues, de la dépression post-partum ...)
- e) celles qui concernent la prise en charge éducative
- f) ce que le sujet en attend, en espère, l'inquiète, l'angoisse sur le plan conjugal
- g) ce que le sujet en attend, en espère, l'inquiète, l'angoisse sur le plan familial
- h) ce que le sujet en attend, en espère, l'inquiète, l'angoisse sur le plan social
- i) ce que le sujet en attend en espère, l'inquiète, l'angoisse sur le plan matériel : allocations, travail, mode de garde, « Qu'on me fiche enfin la paix, y compris les chercheurs.... ».
- j) les surprises, joies, découvertes, obstacles, difficultés, déceptions (concerne plus particulièrement la rencontre avec le bébé de la réalité / imaginaire, les premiers déboires...)
- k) celles relatives au chemin parcouru depuis le début de la grossesse, au vécu de l'accouchement...
- l) ce que vivra le bébé durant ce temps (selon le sujet interviewé)
- m) autres relatifs à l'après-naissance (transformations et/ou problématiques physiques de la mère comme du bébé, prise en charge médicale ...)

6. propos n'entrant pas dans les rubriques précédentes.

- a) propos relatifs à une nouvelle grossesse
- b) autres

COLONNE 6: PROPOS RENVOYANT À LA QUESTION DU « DEVENIR PARENT » EN RÉFÉRENCE À...

1. soi même (formulation centrée sur le sujet lui-même)
2. l'autre (futur) parent
3. la mère (du sujet)
4. (au) père (du sujet)
5. l'enfant
6. un autre proche
7. un tiers

COLONNE 7: THEMATIQUES RELATIVES AU DEVENIR PÈRE/MÈRE FAISANT RÉFÉRENCE ...

- 1) ... l'histoire et aux vécus archaïques ou infantiles du sujet
- 2) ... à l'histoire récente du sujet, son évolution, ses choix, sa décision d'avoir un enfant, de (re)devenir mère/père, d'avoir une descendance et/ou de s'inscrire dans la chaîne des générations, de suivre un traitement contre la stérilité (NB ne concerne pas le (les) vécus de l'expérience périnatale en cours)
- 3) ...au désir du sujet d'être la mère/ le père qu'il voudrait (ou ne voudrait pas) être (concerne l'image de soi, image idéale de soi)
- 4) ...à l'enfant qu'il souhaite avoir (ou ne pas avoir) : son sexe, ses caractéristiques, ses qualités et défauts, handicap, pathologie attendus ou craints. (Concerne l'enfant imaginaire ou idéal).
- 5) ... au désir du sujet de voir son couple devenir « parental » et/ou de partager ce projet avec son conjoint
- 6) ...au désir (ou non) de son conjoint d'être parent
- 7) ... au désir de ses parents qu'il le (re)devienne (ou non)
- 8) ...au désir de son (ses) enfant(s) né(s) précédemment d'avoir un petit frère ou une petite sœur (ou non)
- 9) ...aux pressions exercées par l'environnement ou le social : incitations affectives ou matérielles
- 10) ... aux conditions ou à un ou des événement(s) explicitement liés ou associés à la conception : stérilité, naissance(s), avortement(s), fausse-couche(s) antérieure(s), prises en charge médicales, grossesse ou décès d'un proche, d'un autre enfant, déménagement, changement d'emploi, de statut, autorisation d'adopter, etc.
- 11) ... à ce que le sujet a éprouvé ou éprouve durant sa grossesse (ou la grossesse de sa compagne) : échographie, mouvements in utero et autres témoignages de l'existence du bébé ; événements heureux ou malheureux, accidents de la vie privée, familiale, médicale, sociale, voire politique, avec ou sans souffrances psychiques ou troubles psychopathologiques etc.
- 12) ...aux échanges spontanés avec d'autres femmes/hommes dans la même situation : parents, proches et amis, groupes de parents, forum internet, etc.
- 13) ...à la préparation à la naissance et à la parentalité : entretien du 4e mois, séances de préparation à l'accouchement et à la parentalité, haptonomie, préparation traditionnelle, doula,
- 14) ...au vécu de l'accouchement (y compris incidents et accidents, césarienne etc....)
- 15) ...à la première rencontre avec le bébé : premiers regards, premières têtées,

- 16) ...au vécu et découvertes durant l'hospitalisation (si pas accouchement à domicile)
- 17) ...au vécu et découvertes au retour à la maison (y compris difficultés dans la prise en compte du bébé dans sa réalité, de ses caractéristiques propres) et à sa prise en charge concrète : allaitement, soins particuliers etc.
- 18) ...au vécu psychique du post-partum : baby-blues, dépression, autres troubles psychologiques etc.
- 19) ...à l'annonce et/ ou au vécu du handicap ou d'une (de) pathologie(s) affectant le bébé (concerne aussi bien le fœtus que l'enfant venu au monde)
- 20) ...au vécu et découvertes de l'enfant une fois que celui-ci commence à parler et à marcher (concerne le 5ème entretien)

COLONNE 8 : COMMENTAIRES INTERPRÉTATIFS ET HYPOTHÈSES DE TRAVAIL

Dans cette colonne on relèvera, le cas échéant, les lapsus (ex banal : quand pour parler de *son mari*, la (future) mère dit *mon père*), les oublis, les particularités de langage, changements brutaux de rythmes ou de thématiques, fuite des idées, manifestations de perplexité (+ les lapsus, les dénégations, les identifications, etc.). L'apparition de nouveaux signifiants (ex : quand le *mari* est tout à coup nommé *le père* ou *son père* ; ou encore : quand celui qui était jusqu'alors désigné par le signifiant *père* devient le *papa* ; ou encore : quand celui (par ex le bébé porté) qui n'était jusqu'ici pas nommé ni même désigné, l'est...)

S'ils se donnent à entendre : les processus identificatoires; les projections (par ex. sous la forme de recherche de ressemblances) ; les problématiques cœdiennes ; les différentes modalités d'expression de la « dette de vie » ; les productions fantasmatiques ; les processus transférentiels ; les processus d'imaginarisation (du réel et du symbolique), de symbolisation (de l'imaginaire et du réel), de réalisation (de l'imaginaire et du symbolique) à l'œuvre durant cette période, en particulier tout ce qui concerne la question du choix (des) nom(s), du (des) prénom(s), du (des) surnom(s) etc.

ANNEXE B
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L'ÉTUDE



Formulaire d'information et de consentement destiné aux participantes de
l'étude :
Prévention en périnatalité

Titre de l'étude :

Prévention en périnatalité : Étude comparative interculturelle de l'attente des femmes et des hommes d'aujourd'hui en période périnatale, au regard de la démarche préventive « d'éducation à la parentalité ».

Chercheur :

Nicole Reeves, M.A. psychologue et chargée de formation clinique, Service de psychologie, Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Co-chercheur :

Irène Krymko-Breton, Université du Québec à Montréal

Préambule :

Nous vous invitons à participer à ce projet de recherche parce que vous êtes enceinte et au début de votre grossesse. Avant de signer le formulaire de consentement, il est important de vous assurer que vous avez reçu des réponses à toutes vos questions et que vous comprenez très bien toutes les démarches de l'étude.

Objectifs de la recherche :

En tout, 10 femmes recrutées au CHUM seront invitées à participer. Cette étude vise à mieux connaître les attentes des hommes et des femmes d'aujourd'hui dans différents pays (France, Russie, Italie, Brésil, Argentine, Québec) autour de la naissance de leur(s) enfants(s) et de contribuer ce faisant à mieux y répondre.

Étapes de l'étude :

Pour atteindre cet objectif, nous solliciterons votre participation à 5 reprises aux temps suivants :

- premier trimestre de grossesse
- deuxième trimestre de grossesse
- troisième trimestre

Version 19 avril 2010

CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL		
HÔTEL-DIEU (Siège social)	HÔPITAL NOTRE-DAME	HÔPITAL SAINT-LUC
3785, rue Saint-Urbain	1560, rue Ste-Anne Est	1058, rue Saint-Denis
Montréal (Québec)	Montréal (Québec)	Montréal (Québec)
H2M 1T8	H2L 4M1	H2X 3M4

- un mois post-partum
- 20 mois post-partum

La psychologue vous rencontrera à chaque fois pour un entretien d'environ une heure portant sur vos attentes autour de la naissance de votre enfant. Les entretiens se feront à l'endroit qui vous conviendra le mieux, à votre domicile ou au bureau de la psychologue à l'hôpital St-Luc. Pour fins d'analyse, les entrevues seront enregistrées sur bande audio.

Avantages associés à l'étude :

Votre participation à cette étude permettra de contribuer au développement d'une meilleure compréhension des attentes des parents québécois par rapport à la maternité et par rapport à l'enfant à venir. Ultiment ce travail devrait permettre dans les différents pays concernés de contribuer à proposer des politiques visant à une prévention précoce plus efficace.

Risques possibles associés à l'étude et procédures en cas d'urgence

Pour certaines femmes interrogées, les entrevues peuvent être potentiellement difficiles voire bouleversantes, l'interviewer tentera de minimiser l'occurrence d'une telle situation. De plus, vous êtes évidemment libres de mettre fin à l'entrevue et ce, à n'importe quel moment. En cas de nécessité, nous vous aiderons en vous référant à un professionnel ici même au CHUM.

Participation volontaire et liberté de se retirer :

Votre participation est volontaire et vous pouvez refuser de participer ou vous retirer de la recherche à tout moment, sans préjudice d'aucune sorte et sans que cela nuise aux relations avec votre médecin et sans que la qualité des soins qui vous seront prodigués n'en soit affectée. Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question.

Confidentialité :

Afin d'assurer votre confidentialité, un numéro remplaçant votre nom vous sera assigné. Les informations demeureront confidentielles dans la mesure où les lois en vigueur le permettront. De manière exceptionnelle, la confidentialité peut effectivement ne pas être respectée dans les cas prévus par la loi (dans le cas d'actes criminels par exemple). Dans ces situations, les responsables de la recherche en discuteront avec vous. La chercheuse principale, Nicole Reeves, sera la seule personne qui aura accès à votre nom et à votre numéro. Tout le matériel relatif à vos entretiens sera maintenu sous clef et dans la plus stricte confidentialité. De plus, les publications scientifiques futures n'utiliseront pas les informations pouvant révéler votre identité. Toutes les informations qui seront transmises

seront dûment déguisées afin de préserver la confidentialité. Par ailleurs toutes les retranscriptions d'entrevues et tous les enregistrements seront détruits 5 ans après la fin de l'étude.

Arrêt du projet par le chercheur :

Certains motifs pourraient amener l'arrêt de l'étude par la chercheuse par exemple, si de nouvelles données rendaient le projet non éthique ou si la participante ne répondait plus aux critères de sélection.

Identification des personnes avec qui communiquer :

Toute nouvelle information qui pourrait influencer votre décision de participer à l'étude vous sera communiquée par la responsable, Mme Nicole Reeves. Vous devrez alors signer un formulaire de consentement révisé dans lequel on retrouvera les nouvelles informations.

Pour de plus amples informations concernant l'étude, vous pouvez communiquer avec Nicole Reeves, psychologue et chercheuse au : 514-890-8000 (poste 36277).

Pour tout renseignement concernant vos droits en tant que participante à l'étude, vous pouvez vous adresser à la commissaire adjointe à la qualité des services de l'hôpital St-Luc du CHUM au 514-890-8000 poste 36366.

Droits légaux

En signant le présent formulaire, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux ni ne libérez la chercheuse ou l'établissement où prend place cette étude de leur responsabilité civile ou professionnelle.

Formulaire de consentement

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise. Egalement, une copie sera déposée dans mon dossier médical. En conséquence, je comprends que cette information sera disponible à toute personne ou compagnie à laquelle je donnerai accès à mon dossier médical.

Nom et signature du sujet de recherche

Date

Engagement du chercheur

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au sujet de recherche.

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date

ANNEXE C
QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

**Recherche sur les attentes des femmes d'aujourd'hui
autour de la naissance de leur(s) enfant(s).**

1^{er} entretien, le....
2^e entretien, le....
3^e entretien, le

4^e entretien, le....
5^e entretien, le....

QUESTIONS A POSER A LA FIN DU PREMIER
ENTRETIEN

Nom Prénom.....

Adresse.....

Tél..... email.....

Nom du chercheur.....

n° d'identification :.....

(Initiales du chercheur, initiales du lieu de l'interview*, date, n° de l'entretien (
ex :J.T.U.01.08.09.01)

10. Sexe : Masculin Féminin

11. Date de naissance :

12. Stade de la grossesse :

13. Statut marital :

Marié(e) ou vivant maritalement divorcé(e) célibataire veuve

**QUESTIONNAIRE A COMPLETER AU COURS DES
ENTRETIENS SUIVANTS**

14. Grossesses antérieures :

(noter les renseignements relatifs au déroulement de celles-ci (y compris IVG, IMG et fausses couches si celles-ci sont évoquées), le sexe et l'âge actuel des enfants, etc...)

-1^{ère}

-2^e

-3^e

-4^e

-....

15. Accouchements précédents :

(noter celui (ceux) qui a (ont) eu lieu prématurément, celui (ceux) que la parturiente qualifie de difficile(s) ou de compliqué(s) , les césariennes, etc...)

-1^{er}

-2^e

-3^e

-4^e

-....

16. Origine culturelle :**17. Niveau d'étude (dernier diplôme obtenu ou niveau d'étude équivalent) :**

CEP (Certificat d'Etude Primaire) ou moins

BEP ou CAP

BEPC ou niveau 3^{ème}

Bac, bac pro ou niveau bac

Bac+2 ou plus

18. Situation professionnelle actuelle :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> En activité | <input type="checkbox"/> En recherche d'emploi |
| <input type="checkbox"/> Au foyer | <input type="checkbox"/> A la retraite ou préretraite |
| <input type="checkbox"/> En congé de longue durée, congé parental | <input type="checkbox"/> Etudiant, élève |
| <input type="checkbox"/> Autre, Précisez : | |

19. Profession : *(écrire précisément la profession et post-coder selon la classification de l'INSEE ci-dessous)*

.....

Classification INSEE :

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions Intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Autres personnes sans activité professionnelle

ANNEXE D
CERTIFICAT ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DU CHUM



COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Édifice Cooper
3981, boulevard St-Laurent, Metz 2
Montréal (Québec) H3W 1Y5

Le 06 mai 2010

Mme Nicole Reeves, M.A.
Psychologue
Hôpital Saint-Luc du CHUM
Pavillon Roland-Bock – 1522
nicole.reeves.chum@ssss.gouv.qc.ca

Objet : 09.288 – Approbation accélérée finale CÉR

Prévention en périnatalité. Étude comparative interculturelle de l'attente des femmes et des hommes d'aujourd'hui en période périnatale au regard de la démarche préventive "d'éducation à la parentalité"

Madame Reeves,

J'accuse réception le 19 avril 2010 du formulaire d'information et de consentement modifié (français version datée du 19 avril 2010), concernant l'étude mentionnée ci-dessus.

Le tout est jugé satisfaisant. Je vous retourne sous pli une copie du formulaire portant l'estampille d'approbation du comité. Seul ce formulaire devra être utilisé pour signature par les sujets.

La présente constitue l'approbation finale du comité suite à une procédure d'évaluation accélérée. Elle est valide pour un an à compter du 29 mars 2010, date de l'approbation initiale. Je vous rappelle que toute modification au protocole et/ou au formulaire de consentement en cours d'étude, doit être soumise pour approbation du comité d'éthique.

Cette approbation suppose que vous vous engagez :

1. à respecter la présente décision;
2. à respecter les moyens de suivi continu (cf Statuts et Règlements);
3. à conserver les dossiers de recherche pour une période d'au moins deux ans suivant la fin du projet afin permettre leur éventuelle vérification par une instance déléguée par le comité;
4. à respecter les modalités arrêtées au regard du mécanisme d'identification des sujets de recherche dans l'établissement.

CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

HÔTEL-DIEU (Sûreté sociale)
3840, rue Saint-Lubin
Montréal (Québec)
H2W 1T8

HÔPITAL NOTRE-DAME
1540, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec)
H2L 4M1

HÔPITAL SAINT-LUC
1050, rue Saint-Denis
Montréal (Québec)
H2X 3J4



Le comité suit les règles de constitution et de fonctionnement de l'Énoncé de Politique des trois Conseils et des Bonnes pratiques cliniques de la CIH.

Je vous prie d'accepter, Docteur, mes salutations distinguées.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'B. St-Pierre'.

*Brigitte St-Pierre
Conseillère en éthique
Vice-présidente
Comité d'éthique de la recherche du CHUM*

BSTP/go

P. j.

C.c. Bureau des contrats

Voici les coordonnées de la personne ressources pour ce projet :

Mme Ghislaine Otis

Téléphone : 514 890-8000, poste 14485

Télécopieur : 514 412-7394

Courriel : ghislaine.otis.chum@ssss.gouv.qc.ca

ANNEXE E
AVIS FINAL DE CONFORMITÉ DE LA PRÉSENTE THÈSE



AVIS FINAL DE CONFORMITÉ

Date : 2022-02-23

Titre du projet : Les représentations conscientes et inconscientes de la mort pendant la grossesse
Nom de l'étudiante : Julie Macherez (MACJ19577901)
Programme d'étude : Doctorat en psychologie
Direction de recherche : Irène Krymko-Bleton
Unité de rattachement : Département de psychologie

OBJET : Avis final de conformité - doctorat

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) confirme que Julie Macherez a réalisé sa thèse de doctorat sous la direction de Irène Krymko-Bleton conformément aux normes et politiques éthiques en vigueur, en tant que membre de l'équipe de recherche pour le projet couvert par le certificat d'éthique pour le projet *Étude comparative interculturelle de l'attente de femmes et des hommes d'aujourd'hui en période périnatale au regard de la démarche préventive*.

Merci de bien vouloir inclure le présent document et du certificat d'éthique susmentionné en annexe de votre travail de recherche.

Les membres du CIEREH vous félicitent pour la réalisation de votre recherche et vous offrent leurs meilleurs vœux pour la suite de vos activités.

Louis-Philippe Auger
Coordonnateur du CIEREH

Pour: Yanick Farmer
Professeur
Président du CIEREH

BIBLIOGRAPHIE

- Abdel-Baki, A. et Poulin, M.-J. (2004). Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement. II. Perspectives psychodynamiques du vécu normal durant les phases de la grossesse et l'accouchement. *Psychothérapies*, 24(1), 11-16. <http://dx.doi.org/10.3917/psys.041.0011>
- Ablon, S. L. (1994). The usefulness of dreams during pregnancy. *International journal of psychoanalysis*, 75, 291-299.
- Afflerback, S., Carter, S. K., Anthony, A. K. et Grauerholz, L. (2013). Infant-feeding consumerism in the age of intensive mothering and risk society. *Journal of consumer culture*, 13(3), 387-405.
- Akrich, M. et Pasveer, B. (1996). *Comment la naissance vient aux femmes*. La Découverte.
- Alvarez, L. et Cayol, V. (2015). *Psychologie et psychiatrie de la grossesse : de la femme à la mère*. Odile Jacob.
- Alvarez, L. et Golse, B. (2020). *La psychiatrie du bébé*. Presses universitaires de France.
- Antier, E. (2001). *Éloge des mères : Faire confiance à l'instinct maternel et favoriser l'épanouissement*. Robert Laffont.
- Anzieu-Premmereur, C. (2011). Fondements maternels de la vie psychique. *Revue française de psychanalyse*, 75(5), 1449-1488.
- Aquien, J. (2021). *Trois mois sous silence*. Payot.
- Ariès, P. (1973). *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien régime*. Points.
- Arnal, M. (2018). Les enjeux de l'accouchement médicalisé en France et au Québec. *Travail, genre et sociétés*, 39(1), 201-206. <http://dx.doi.org/10.3917/tgs.039.0201>

- Arney, W. R. (1982). *Power and the Profession of Obstetrics*. University of Chicago Press.
- Aubert-Godard, A. (2002). L'aventure de la grossesse, aujourd'hui. *Laennec*, 50(2), 38-63.
<http://dx.doi.org/10.3917/lae.022.0038>
- Aulagnier, P. (2003). *La violence de l'interprétation : du pictogramme à l'énoncé* (7^e éd.). Presses universitaires de France.
- Azoulay, C. (2013). Les épreuves projectives au service de la liaison. *Le carnet psy*, 170(3), 22.
<http://dx.doi.org/10.3917/lcp.170.0022>
- Badinter, E. (1982). *L'amour en plus. Histoire de l'amour maternel*. Flammarion.
- Badinter, E. (2010). *Le conflit. La femme et la mère*. Flammarion.
- Baillargeon, D. (2012). *Brève histoire des femmes au Québec*. Boréal.
- Bajos, N. et Ferrand, M. (2006). L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. *Sociétés contemporaines*, 1(61), 91-117.
- Bardos, J., Hercz, D., Friedenthal, J., Missmer, S. A. et Williams, Z. (2015). A national survey on public perceptions of miscarriage. *Obstetrics and gynecology*, 125(6), 1313.
- Baruch, C. (2017). Le rire : mi-ange, mi-démon. *Revue française de psychanalyse*, 81(1), 145-157.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J. et Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral science*, 1(4), 251-264.
- Bayard, C. et Chouinard, C. (2014). *La promotion de l'allaitement au Québec : regards critiques*. Les Éditions du remue-ménage.
- Bayle, B. (2005a). *L'enfant à naître*. Érès.

- Bayle, B. (2005b). Les négations de grossesse (dissimulation, dénégation et déni). Dans *La vie de l'enfant* (p. 169-204). Érès.
- Bayle, B. (2016). *Le déni de grossesse, un trouble de la gestation psychique*. Érès.
- Bayot, I. (2020). Instinct maternel : réalité et controverses. Dans M. Dugnat (dir.), *Soins, corps et langage* (p. 87-102). Érès.
- Beauvoir, S. d. (2003). *Deuxième sexe: L'expérience vécue* (t. 2). Folio Essais [Gallimard 1949].
- Ben Soussan, P. (2004). 4. La grossesse n'est pas une maladie ! Lettre ouverte à ceux qui aujourd'hui mettent au monde les bébés et les soignent. Dans S. Missonnier (dir.), *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité* (p. 101-117). Presses universitaires de France.
- Benhaïm, M. (2002a). Ambivalence maternelle. *Spirale*, 21(1), 99-107.
<http://dx.doi.org/10.3917/spi.021.0099>
- Benhaïm, M. (2002b). La pulsion de mort à l'épreuve du maternel. *Analyse Freudienne Presse*, 6(2), 101-113. <http://dx.doi.org/10.3917/afp.006.0101>
- Benhaïm, M. (2011). *L'ambivalence de la mère. Étude psychanalytique sur la position maternelle*. Érès.
- Bergeret, J. et Houser, M. (2004). *Le fœtus dans notre inconscient*. Dunod.
- Berthiaud, E. (2013). *Enceinte : une histoire de la grossesse entre art et société*. La Martinière.
- Bibring, G. L. (1959). Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *The psychoanalytic Study of the Child*, 14(1), 113-121.
- Bion, W. (2003). *Aux sources de l'expérience* (5^e éd., F. Robert, trad.). Presses universitaires de France.

- Bion, W. R. et Kalmanovitch, J. (1990). *L'attention et l'interprétation : une approche scientifique de la compréhension intuitive en psychanalyse et dans les groupes*. Payot.
- Blöss, T. et Frickey, A. (2001). L'identité des femmes : l'histoire d'une lente reconnaissance sociale. *Que sais-je?*, 4(2856), 7-45.
- Boige, N. (2004). Le pédiatre et la grossesse. Dans S. Missonnier (dir.), *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité* (p. 255-271). Presses universitaires de France.
- Botella, C. (2014). De l'« attention flottante » de Freud à l'« expression associative » de Marty. Une nouvelle perspective dans la méthode psychanalytique. *Revue française de psychosomatique*, 45(1), 83-102. <http://dx.doi.org/10.3917/rfps.045.0083>
- Bouchard, S. (2021). *Un café avec Marie*. Boréal.
- Boucher, D. (1978). *Les fées ont soif*. Intermède.
- Bowen, A., Bowen, R., Butt, P., Rahman, K. et Muhajarine, N. (2012). Patterns of depression and treatment in pregnant and postpartum women. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(3), 161-167.
- Brabant, I. (1991). *Une naissance heureuse : bien vivre sa grossesse et son accouchement*. Fidès.
- Brunet, L. (2009). La recherche psychanalytique et la recherche sur les thérapies psychanalytiques. Réflexions d'un psychanalyste et chercheur. *Filigrane : écoutés psychothérapeutiques*, 18(2), 70-85.
- Buron, J., Denais, V. et Lucas, B. (2011). Le sommeil de la femme enceinte. *La revue Sage-femme*, 10(5), 199-207.
- Bydlowski, M. (2000). *Je rêve un enfant : l'expérience intérieure de la maternité*. Odile Jacob.
- Bydlowski, M. (2001). Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Devenir*, 13(2), 41-52.

- Bydlowski, M. (2003). Facteurs psychologiques dans l'infertilité féminine. *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 31(3), 246-251.
- Bydlowski, M. (2008). *La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité*. Presses universitaires de France.
- Bydlowski, M. (2010). *Je rêve un enfant : l'expérience intérieure de la maternité*. Odile Jacob.
- Bydlowski, M. (2019). Étude psychopathologique de l'infertilité féminine. *Le carnet psy*, 222(1), 24-34. <http://dx.doi.org/10.3917/lcp.222.0024>
- Bydlowski, M. et Golse, B. (2001). De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. *Le carnet psy*, 3(63), 30-33.
- Cahen, F. (2011). De l'« efficacité » des politiques publiques : la lutte contre l'avortement « criminel » en France, 1890-1950. *Revue d'histoire moderne contemporaine*, 3(58-3), 90-117.
- Camus, A. (1948). Le siècle de la peur. *Combat*. Repéré à <https://www.parisglobalforum.org/2020/06/12/albert-camus-le-siecle-de-la-peur/>
- Cardi, C., Odier, L., Villani, M. et Vozari, A.-S. (2016). Penser les maternités d'un point de vue féministe. *Genre, sexualité & société*, (16).
- Carricaburu, D. (2005). De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public. *Sociologie du travail*, 47(2), 245-262.
- Carricaburu, D. (2007). De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition. *Sociologie et sociétés*, 39(1), 123.
- Casanova Sá, M. T. (2013). Clinique et éducation : dialogues avec notre humaine condition. *Cahiers de psychologie clinique*, 41(2), 37-48. <http://dx.doi.org/10.3917/cpc.041.0037>
- Chabert, C. (2019). L'enfant mort : fantasme ou réalité ? Dans S. Missonnier (dir.), *Maternités* (p. 31-42). Presses universitaires de France.

- Chabrol, H. et Callahan, S. (2018). *Mécanismes de défense et coping* (3^e éd). Dunod.
- Champenois-Rousseau, B. (2010). La représentation du risque dans la pratique du dépistage prénatal : ce que révèle l'ethnographie. Dans *Risque et pratiques médicales* (p. 49-63). Presses de l'EHESP.
- Charbonneau, H. (1975). *Vie et mort de nos ancêtres : étude démographique*. Presses de l'Université de Montréal.
- Chasseguet-Smirgel, J. (1964). La culpabilité féminine : de certains aspects spécifiques de l'Oedipe féminin. Dans *La sexualité féminine. Recherches psychanalytiques nouvelles* (p. 129-180). Petite bibliothèque Payot.
- Chassot, R., Krymko-Bleton, I. et Reeves, N. (2015). Les enjeux psychiques de la maternité : Quand le corps fait symptôme. *Filigrane : écoutes psychanalytiques*, 24(2), 183-200.
- Chollet, M. (2018). *Sorcières : la puissance invaincue des femmes*. Zones.
- Ciocan, C. (2010). Mort et vérité : Heidegger et le problème de la certitude. *Philosophie*, 105(2), 52-63. <http://dx.doi.org/10.3917/philo.105.0052>
- Civitaresse, G. (2018). Rester en attente. À propos du concept bionien de capacité négative. *Revue française de psychanalyse*, 82(1), 39-50. <http://dx.doi.org/10.3917/rfp.821.0039>
- Clarac, M. (2015, 19 mai). Les petits maux de la grossesse et leurs solutions. *Santé magazine*. <https://www.santemagazine.fr/sante/maladies/troubles-et-maladies-lies-a-la-grossesse/les-petits-maux-de-la-grossesse-et-leurs-solutions-174404>
- Collin, F. et Laborie, F. (2000). Maternité. Dans H. Hirata, F. Laborie, H. Le Doare et D. Senotier (dir.), *Dictionnaire critique du féminisme* (p. 96-100). Presses universitaires de France.
- Comte-Sponville, A. (2000). *Présentations de la philosophie*. Albin Michel.

- Conrath, P. et Ouazzani, M. (2019). De la femme à la mère. *Le journal des psychologues*, 369(7), 3-3. <http://dx.doi.org/10.3917/jdp.369.0003>
- Corcos, M. (2020). Attention flottante. *Le carnet psy*, 239(9), 21-23. <http://dx.doi.org/10.3917/lcp.239.0021>
- Couchard, F. (1991). *Emprise et violence maternelles : étude d'anthropologie psychanalytique*. Dunod.
- Cova, A. (2005). Où en est l'histoire de la maternité ? *Clio* (21), 189-211.
- Dagher, R. K., Bruckheim, H. E., Colpe, L. J., Edwards, E. et White, D. B. (2021). Perinatal depression: challenges and opportunities. *Journal of women's health*, 30(2), 154-159.
- Danon-Boileau, L. (2008). Tiercéité de la langue et hiérarchie des sens opposés. Dans D. Cupa (dir.), *Image du père dans la culture contemporaine* (p. 215-222). Presses universitaires de France.
- Darcourt, G. (2014). Psychodynamique des troubles anxieux. Dans *Les troubles anxieux* (p. 36-45). Lavoisier.
- Dastur, F. (2007). *La mort. Essai sur la finitude*. Presses universitaires de France.
- David, C. (1996). Le deuil de soi-même. *Revue française de psychanalyse*, 60(1), 15-32.
- David, H. (2006). La mère suffisamment folle. Dans J. André (dir.), *La folie maternelle ordinaire* (p. 77-101). Presses universitaires de France.
- Davoudian, C. (2014). Les mille et une consultations en prénatal. Dans *La grossesse, une histoire hors normes* (p. 19-31). Érès.
- Dayan, J. (2004). Quelques acquis et interrogations concernant les troubles prénatals. Dans S. Missonnier (dir.), *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité* (p. 335-368). Presses universitaires de France.

- Dayan, J., Andro, G. et Dugnat, M. (1999). *Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité*. Elsevier Masson.
- Debré, R. (1956). Préface. Dans L. Pernoud (dir.), *J'attends un enfant*. Horay.
- Delaisi de Parseval, G. et Lallemand, S. (1998). *L'art d'accommoder les bébés*. Odile Jacob.
- Delassus, J.-M. (2005). *Psychanalyse de la naissance*. Dunod.
- Delassus, J.-M. (2010). *Le corps du désir : psychanalyse de la grossesse*. Dunod.
- Delassus, J.-M. (2011). *Le sens de la maternité : cycle du don et genèse du lien*. Dunod.
- Delassus, J.-M. (2014). *La difficulté d'être mère*. Dunod.
- Delphy, C. (2001). *L'ennemi principal*. Syllepse.
- Denis, P. (2011). Impact de l'image en échographie et rôle de l'échographiste. Dans *L'échographie de la grossesse* (p. 85-111). Érès.
- Descarries, F. et Corbeil, C. (2002). *Espaces et temps de la maternité*. Éditions du Remue-ménage.
- Descarries-Bélanger, F. et Corbeil, C. (1987). La maternité : un défi pour les féministes. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, 18(58), 141-152. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.7202/1034274ar>
- Despres, C. (2010). Les femmes enceintes face aux incertitudes de la grossesse. Dans D. Carricaburu (dir.), *Risque et pratiques médicales* (p. 139-154). Éditions de l'EHESP.
- Détrie, C. (2008). L'énallage : une opération de commutation grammaticale et/ou de disjonction énonciative? *Langue française* (160), 89-104.

- Deutsch, H. (1949a). *La psychologie des femmes : enfance et adolescence* (vol. 1). Presses universitaires de France.
- Deutsch, H. (1949b). *La psychologie des femmes : maternité* (vol. 2). Presses universitaires de France.
- Deutsch, H. (1994). La psychologie de la femme en rapport avec ses fonctions de reproduction. Dans M.-C. Hamon (dir.), *Féminité mascarade. Études psychanalytiques*. Le Seuil.
- DiQuinzio, P. (1999). *The impossibility of motherhood: Feminism, individualism, and the problem of mothering*. Routledge.
- Donner, C. (2011). Le suivi prénatal au XXI^e siècle vecteur de stress ? Dans F. Molénat (dir.), *Stress et grossesse* (p. 167-171). Érès.
- Dortier, J.-F. (2003). Y a-t-il un instinct maternel ? *Sciences humaines*, 1(134), 31.
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques*, 10(1), 79-86. <http://dx.doi.org/10.1016/j.prps.2004.01.004>
- Drapeau, M. (2018). La discrimination fondée sur la grossesse résultant des règles de disponibilité au travail. Le refus d'accommoder le droit des femmes enceintes de s'absenter du travail. *Revue de droit. Université de Sherbrooke*, 28(1-2), 215-255.
- Dubar, C. (2010). *La crise des identités : l'interprétation d'une mutation*. Presses universitaires de France.
- Ducrot, O. (1974). *Dire et ne pas dire, principes de sémantique linguistique*. Hermann.
- Dugnat, M., Glangeaud-Freudenthal, N. et Isserlis, C. (2008). *Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce*. Érès.
- Dumont, M., Jean, M., Lavigne, M. et Stoddart, J. (1982). *L'histoire des femmes au Québec depuis quatre siècles*. Les Quinze.

- Dunkel Schetter, C. (2011). Psychological science on pregnancy: Stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annual review of psychology*, 62, 531-558.
- Dunn, C. L., Pirie, P. L. et Hellerstedt, W. L. (2003). The advice-giving role of female friends and relatives during pregnancy. *Health Education Research*, 18(3), 352-362.
- Dupouey, P. (2004). *La mort*. Flammarion.
- Durano, M. (2018). *Mon corps ne vous appartient pas*. Albin Michel.
- Durrmeyer, L. (2019). Mal de mère. *Le présent de la psychanalyse*, 1(1), 111-128.
<http://dx.doi.org/10.3917/lpp.191.0111>
- Enthoven, R. et Dulau, P. (2011). Peut-on penser la mort ? [Webradio]. *Les nouveaux chemins de la connaissance*. <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/les-chemins-de-la-philosophie/bac-philo-2eme-semaine-5-5-peut-on-penser-la-mort-8201073>
- Épicure. (1910). Lettre à Ménécée. *Revue de métaphysique et de morale*, 18(3), 435-440.
- Évrard, N., Hédon, B. et Lansac, J. (2015). *Le grand livre de ma grossesse*. Eyrolles.
- Fanon, F. (2015). *Peau noire, masques blancs*. Éditions Points.
- Faure-Pragier, S. (2003). Défaut de transmission du maternel. Absence de fantasme, absence de conception ? Dans J. André (dir.), *Mères et filles* (p. 53-75). Presses universitaires de France.
- Faure-Pragier, S. (2004). *Les bébés de l'inconscient. Le psychanalyste face aux stérilités féminines aujourd'hui*. Presses universitaires de France.
- Faure-Pragier, S. (2008). La stérilité féminine peut-elle être considérée comme une affection psychosomatique? *Le carnet psy*, 5(127), 39-43.

- Ferraro, F., Nunziante-Cesaro, A. et Matarasso-Gervais, S. (1990). *L'espace creux et le corps saturé : la grossesse comme agir entre fusion et séparation*. Des femmes.
- Fillion, E. (2012). Quelles stratégies de soins face à des risques concurrents ? Les professionnels de la grossesse et de la naissance aux prises avec des conflits de légitimité. *Sciences sociales et santé*, 30(2), 5-28. <http://dx.doi.org/10.3917/sss.302.0005>
- Fisher, C., Hauck, Y. et Fenwick, J. (2006). How social context impacts on women's fears of childbirth: A Western Australian example. *Social science & medicine*, 63(1), 64-75.
- Flahault, F. (1978). *La parole intermédiaire*. FeniXX.
- Fleury, C. (2020). *Ci-gît l'amer. Guérir du ressentiment*. Gallimard.
- Fontanier, P. (1977). *Les figures du discours*. Flammarion.
- Fort, J. (2005). *Naissance et fantasme de mort*. Éditions L'Harmattan.
- Fouque, A. (2015). *Il y a deux sexes*. Folio.
- Francisco, A. (2017). L'appropriation subjective, la symbolisation, la culpabilité primaire et l'entrejeu thérapeutique : illustration clinique. *Filigrane : écoutes psychanalytiques*, 26(1), 83-95.
- Fraser, W. et Hatem-Asmar, M. (2004). La sage-femme du Québec : de la renaissance à la reconnaissance. *Santé, société et solidarité*, 3(1), 105-115.
- Freud, S. (1981). *Totem et tabou* (S. Jankélévitch, trad.). Payot. (Publication originale en 1913)
- Freud, S. (1985a). *L'inquiétante étrangeté et autres essais* (vol. 85, M. Bonaparte et E. Marty, trad.). Gallimard. (Publication originale en 1919)
- Freud, S. (1985b). *La question de l'analyse profane* (J. Altounian et O. Bourguignon, trad.). Gallimard. (Publication originale en 1925)

- Freud, S. (1988a). Considérations actuelles sur la guerre et la mort. Dans *Œuvres complètes* (vol. XIII, J. Laplanche, trad.). Presses universitaires de France. (Publication originale en 1915)
- Freud, S. (1988b). *L'inquiétante étrangeté et autres essais* (M. Bonaparte et E. Marty, trad.). Gallimard. (Publication originale en 1919)
- Freud, S. (1992). Quelques conséquences psychiques de la différence des sexes au niveau anatomique. Dans *Œuvres complètes* (vol. XVII, J. Laplanche, trad., p. 189-202). Presses universitaires de France. (Publication originale en 1925)
- Freud, S. (2002a). La féminité. Dans *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse* (A. Berman, trad.). Gallimard. (Publication originale en 1932)
- Freud, S. (2002b). Pour introduire le narcissisme. Dans *La vie sexuelle* (12^e éd., J. Laplanche, trad.). Payot. (Publication originale en 1914)
- Freud, S. (2010). *Au-delà du principe de plaisir* (S. Jankélévitch, trad.). Payot et Rivages. (Publication originale en 1920)
- Freud, S. (2011). *Le moi et le ça* (S. Jankélévitch, trad.). Presses universitaires de France. (Publication originale en 1923)
- Freud, S. (2013). *Pour introduire le narcissisme* (J. Laplanche, trad.). Éditions Payot. (Publication originale en 1914)
- Freud, S. (2019). *Le malaise dans la culture* (D. Astor, trad.). Flammarion. (Publication originale en 1930)
- Froidevaux-Metterie, C. (2015). *La révolution du féminin*. Folio.
- Froidevaux-Metterie, C. (2021). Préface. Dans J. Aquien (dir.), *Trois mois sous silence*. Payot.
- Frydman, R. et Cohen-Solal, J. (2003). *Ma grossesse, mon enfant*. Odile Jacob.

- Fusini, N. (2015). Un'altra capacità, negativa. *Rivista di psicoanalisi*, 61(1), 67-78.
- Gagnon, R. (2018). *La grossesse et l'accouchement à l'ère de la biotechnologie : l'expérience de femmes au Québec* [Thèse, Université de Montréal]. ProQuest Dissertations and Theses Full Text.
- Galembert, D. d. (2009). Destin de naissance... destin de mort : quand naissance et mort se superposent. *Champ psychosomatique* (4), 41-51.
- Gauvreau, D. (1991). Destins de femmes, destins de mères : images et réalités historiques de la maternité au Québec. *Recherches sociographiques*, 32(3), 321-346.
<http://dx.doi.org/10.7202/056636ar>
- Geissbuehler, V. et Eberhard, J. (2002). Fear of childbirth during pregnancy: A study of more than 8000 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 23(4), 229-235.
- Gilbert, S. (2007). La recherche qualitative d'orientation psychanalytique : l'exemple de l'itinérance des jeunes adultes. *Recherches qualitatives* [3], 274-286.
- Gilbert, S. (2009). La recherche qualitative d'orientation psychanalytique : l'apport heuristique de rencontres intersubjectives. *Recherches qualitatives*, 28(3), 19-39.
- Gilliéron, E. (1994). *Le premier entretien en psychothérapie*. Dunod.
- Godart, E. (2021). *En finir avec la culpabilisation sociale... pour être enfin libre!* Albin Michel.
- Golse, B. (2005). Les précurseurs corporels et comportementaux du langage verbal. Dans M.-F. Castarède (dir.), *Au commencement était la voix* (p. 117-127). Érès.
- Golse, B. (2011a). Préface à la nouvelle édition. Dans B. Golse (dir.), *L'échographie de la grossesse* (p. 7-9). Érès.
- Golse, B. (2011b). Y a-t-il une place pour l'échographie dans le suivi d'une grossesse normale ? Dans M. Soulé (dir.), *L'échographie de la grossesse* (p. 243-252). Érès.

- Golse, B. (2019). *Les destins du développement chez l'enfant. Avenirs d'enfance*. Érès.
- Gosselin, P., Chabot, K., Béland, M., Goulet-Gervais, L. et Morin, A. (2016). La peur de l'accouchement chez des nullipares : lien avec la douleur lors de l'accouchement, les symptômes de stress post-traumatique et les symptômes dépressifs post-partum. *L'encéphale*, 42(2), 191-196.
- Gourand, L. (2011). Les aspects psychologiques des échographies de la grossesse vus par un obstétricien qui pratique l'échographie en maternité. Dans M. Soulé (dir.), *L'échographie de la grossesse* (p. 47-83). Érès.
- Grangé, G. (2015). L'échographie prénatale : enjeux pour les parents et pour les soignants. *Laennec*, 63(4), 27-38. <http://dx.doi.org/10.3917/lae.154.0027>
- Gravel, A. R. et Roy, S. (2021, 11 mai). Quand le travail des femmes vaut moins que celui des hommes. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2021-05-11/travailleuses-enceintes/quand-le-travail-des-femmes-vaut-moins-que-celui-des-hommes.php>
- Green, A. (2004). Avant-coup/après-coup. *Le carnet psy*, 9(95), 22-24.
- Gross, H. et Bee, P. E. (2004). Perceptions of effective advice in pregnancy—The case of activity. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 8(3-4), 161-169.
- Guérin, C. (2012). Trahi par sa voix? L'interprétation des défauts vocaux dans l'*Institution oratoire* de Quintilien. Dans L. Calboli Montefusco (dir.), *Papers on Rhetoric XI* (p. 95-109). Pliniana.
- Guillaumin, C. (1978). Pratique du pouvoir et idée de Nature (2) Le discours de la Nature. *Questions féministes*, 3, 5-28.
- Guillaumin, J. (1996). *L'objet ou l'objet, l'absence et l'ombre : essai psychanalytique*. L'Esprit du temps.
- Gustin, P. (2015). *Le temps des naissances en souffrance*. Presses universitaires de France.

- Hayat, P. (2007). La subjectivité à l'épreuve de l'hyperbole. Approche de la méthode de Levinas. *Revue des sciences philosophiques et théologiques*, 91(3), 483-494. <http://dx.doi.org/10.3917/rspt.913.0483>
- Hebbrecht, M. (2014). Les interprétations des rêves : de Freud à Bion. *Cahiers de psychologie clinique*, 42(1), 27-43. <http://dx.doi.org/10.3917/cpc.042.0027>
- Heidegger, M. (1990). *Être et Temps* (F. Vezin, trad.). Gallimard. (Publication originale en 1927)
- Henri, S. (2016). *Les figures de style*. Presses universitaires de France.
- Henripin, J. (1989). *Naître ou ne pas être*. Institut québécois de recherche sur la culture.
- Hofberg, K. et Ward, M. (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate medical journal*, 79(935), 505-510.
- Horney, K. (2002). *La psychologie de la femme*. Payot.
- Hrdy, S. B. (2002). *Les instincts maternels*. Payot.
- Huet, M.-N. (2018). *Maternité, identité, écriture : discours de mères dans la littérature des femmes de l'extrême contemporain en France* [Thèse, Université du Québec à Montréal]. ProQuest Dissertations and Theses Full Text.
- Huizink, A. C., Mulder, E. J., de Medina, P. G. R., Visser, G. H. et Buitelaar, J. K. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early human development*, 79(2), 81-91.
- Irigaray, L. (1974). *Speculum, de l'autre femme*. Les Éditions de Minuit.
- Irigaray, L. (1977). *Ce sexe qui n'en est pas un*. Les Éditions de Minuit.
- Irigaray, L. (1981). *Le corps-à-corps avec la mère*. Éditions de la Pleine lune.

- Jacob Alby, V. (2020). Formes de l'intime et figures d'intimités dans l'institution du champ périnatal. *Cliniques*, 19(1), 58-70. <http://dx.doi.org/10.3917/clini.019.0058>
- Jankélévitch, V. (1977). *La mort*. Flammarion.
- Jankélévitch, V. (2003). *Penser la mort?* (2^e éd.). Liana Levi.
- Jaubert, A. (2008). Dire et plus ou moins dire. Analyse pragmatique de l'euphémisme et de la litote. *Langue française* (160), 105-116.
- Jollin-Bertocchi, S. (2016). L'énallage personnelle dans « Les âmes fortes » de Jean Giono. *L'information grammaticale*, 151, 21-24.
- Jonas, H. (2000). *Le phénomène de la vie : vers une biologie philosophique*. De Boeck Supérieur.
- Jordan, B. (1992). *Birth in four cultures: A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Waveland Press.
- Jordan, B. (1997). Authoritative knowledge and its construction. Dans R. E. Davis-Floyd et C. F. Sargent (dir.), *Childbirth and authoritative knowledge: Cross-cultural perspectives* (p. 55-79). University of California Press.
- Julia, D. (2011). *Dictionnaire de la philosophie* (nouv. éd. revue et corrigée). Larousse.
- Kenworthy Teather, E. (1999). *Embodied geographies: Spaces, bodies and rites of passage*. Routledge.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (1980). L'ironie comme trope in Le pouvoir du récit. *Langages indirects. Poétique : revue de théorie et d'analyse littéraires* (41), 108-127.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (1994). Rhétorique et pragmatique : les figures revisitées. *Langue française* (101), 57-71.

- Kerbrat-Orecchioni, C. (1998). La notion d'interaction en linguistique : origine apports, bilan. *Langue française* (117), 51-67.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (2005). *Le discours en interaction*. Armand Colin.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (2014). L'hyperbole : approche rhétorique, énonciative et interactionnelle. *Revue Tranel (Travaux neuchâtelois de linguistique)*, 61, 7-23.
- Kestenberg, J. S. (1976). Regression and reintegration in pregnancy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24, 213-250.
- Kierkegaard, S. (1969). *Le concept de l'angoisse*. Gallimard.
- Klein, M. (2006). *Le complexe d'Œdipe (1921-1945)*. Petite bibliothèque Payot.
- Knaak, S. J. (2010). Contextualising risk, constructing choice: Breastfeeding and good mothering in risk society. *Health, Risk & Society*, 12(4), 345-355.
<http://dx.doi.org/10.1080/13698571003789666>
- Knibiehler, Y. (2007). Féminisme et maternité. *La revue lacanienne*, 2(2), 11-17.
<http://dx.doi.org/10.3917/lrl.072.0011>
- Knibiehler, Y. (2020). *Histoire des mères et de la maternité en Occident* (3^e éd.). Presses universitaires de France.
- Kohut, H. (1974). *Le soi : la psychanalyse des transferts narcissiques*. Presses universitaires de France.
- Kolko, C. (2004). *Les absents de la mémoire*. Érés.
- Korff-Sausse, S. (2006). Préface - une bombe à retardement. Dans M. Klein (dir.), *Le complexe d'Œdipe* (p. 7-28). Petite bibliothèque Payot.

- Korff-Sausse, S. (2011). L'enfant monstrueux : un fantasme d'adulte? *Enfances & psy*, 2(51), 48-58.
- Kristeva, J. (2007). *Seule une femme*. L'Aube.
- Kristeva, J. (2012). Émile Benveniste, un linguiste qui ne dit ni ne cache, mais signifie. Repéré à <http://www.kristeva.fr/benveniste.html>
- Kristeva, J. (2013). Sexualité féminine. Dans A. d. Mijolla (dir.), *Dictionnaire international de la psychanalyse* (nouv. éd. mise à jour, p. 1654-1656). Pluriel Fayard.
- Krymko-Bleton, I. (2014a). Recherche psychanalytique à l'université. *Recherches qualitatives* (16), 52-60.
- Krymko-Bleton, I. (2014b). Rencontre et discours de la méthode. *Filigrane : écoutés psychanalytiques*, 23(2), 109-124.
- Krymko-Bleton, I. (2019). En passer par les mots : places, interlocution et discours en entrevue. *Filigrane*, 28(1), 123-148. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.7202/1064601ar>
- Lacan, J. (1978). *Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*. Seuil.
- Lacan, J. (1980). *Le Séminaire. Livre II : le moi dans la théorie de Freud et dans la technique psychanalytique (1954-1955)*. Seuil.
- Lacan, J. (1981). *Le Séminaire. Livre III : les psychoses (1955-1956)*. Seuil.
- Laget, M. (1982). *Naissances : l'accouchement avant l'âge de la clinique* (vol. 35). Seuil.
- Lahaye, M.-H. (2018). *Accouchement : les femmes méritent mieux*. Michalon.
- Lambert, C. (2008). Maternité ou rivalité féminine. *Spirale*, 47(3), 139-149. <http://dx.doi.org/10.3917/spi.047.0139>

- Laplanche, J. (1970). *Vie et mort en psychanalyse : suivi de Dérivation des entités psychanalytiques*. Flammarion.
- Laplanche, J. (2002). À partir de la situation anthropologique fondamentale. Dans C. Botella (dir.), *Penser les limites. Écrits en l'honneur d'André Green* (p. 280-287). Delachaux et Niestlé.
- Laplanche, J. et Pontalis, J.-B. (1998). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Presses universitaires de France.
- Lascoumes, P. (1993). Construction sociale des risques et contrôle du vivant. *Prévenir* (24), 23-35.
- Laufer, L. (2022a, 20 mai). Entretien avec Laurie Laufer par Nicolas Mathey. *L'Humanité*. <https://www.humanite.fr/en-debat/psychanalyse/laurie-laufer-750981>
- Laufer, L. (2022b, 31 mars). *La psychanalyse doit-elle être en phase avec l'époque ?* [Entretien]. <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/la-grande-table-idees/la-psychanalyse-doit-elle-etre-en-phase-avec-l-epoque-7608728>
- Laufer, L. (2022c). *Vers une psychanalyse émancipée : renouer avec la subversion*. La Découverte.
- Laurand, V. (2006). Mort. Dans M. Blay (dir.), *Dictionnaire des concepts philosophiques*. Larousse.
- Laverdière, F. (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018 : un projet porteur de vie*. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.
- Le Naour, R. (2007). Troubles anxieux : diversité des approches théoriques. *L'information psychiatrique*, 83(9), 775. <http://dx.doi.org/10.3917/inpsy.8309.0775>
- Leader, D. (2002). Sur l'ambivalence maternelle. *Savoirs et clinique*, 1(1), 43. <http://dx.doi.org/10.3917/sc.001.0043>

- Lebovici, S., Stoleru, S. et Stoleru, S. (2003). *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste : les interactions précoces* (nouv. éd. revue et augmentée). Bayard.
- Lechartier-Atlan, C. (2001). La grossesse « mère » de toutes les séparations. *Revue française de psychanalyse*, 65(2), 437-449.
- Leridon, H. (1987). *La seconde révolution contraceptive : la régulation des naissances en France de 1950 à 1985*. Institut national d'études démographiques.
- Les maux de la grossesse. (2022). *Parents*. Repéré à <https://www.parents.fr/grossesse/sante/maux-de-la-grossesse>
- Letendre, R. (2007). Contribution de la psychanalyse aux méthodologies qualitatives : quelques mots sur la rigueur en lien avec le dispositif d'hospitalité et la fonction tierce. *Recherches qualitatives* (3), 384-396.
- Llopis-Salvan, N. (2017). Quand le rire signe l'effroi. *Revue française de psychanalyse*, 81(1), 76-87.
- Makrydimas, G., Sebire, N., Lolis, D., Vlassis, N. et Nicolaidis, K. (2003). Fetal loss following ultrasound diagnosis of a live fetus at 6–10 weeks of gestation. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 22(4), 368-372.
- Marcus, S. M., Flynn, H. A., Blow, F. C. et Barry, K. L. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of women's health*, 12(4), 373-380.
- Marinopoulos, S. (2009). De l'impensé à l'impensable en maternité : le déni. *Champ psychosomatique*, 1(53), 19-34.
- Mayer, A. (2020). Éros et Thanatos : métapsychologie et théorie culturelle. Dans *Introduction à Sigmund Freud* (p. 79-98). La Découverte.
- Melender, H.-L. (2002). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women. *Birth*, 29(2), 101-111.

- Mietkiewicz, M.-C. et Schneider, B. (2013). Laurence Pernoud, *J'élève mon enfant : un demi-siècle d'éducation familiale*. Dans *Les enfants dans les livres* (p. 169-185). Érès.
- Missonnier, S. (2004). L'enfant du dedans et la relation d'objet virtuel. Dans *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité* (p. 119-144). Presses universitaires de France.
- Missonnier, S. (2006). Parentalité prénatale, incertitude et anticipation. *Adolescence*, 24(1), 207-224.
- Missonnier, S. (2009). Incertitude, anticipation et résilience à l'aube de la vie : point de vue du psychologue. *Archives de pédiatrie*, 16(9), 1313-1320.
- Missonnier, S. (2013). Grossesse, stress et psychanalyse. Un débat primordial. *La psychiatrie de l'enfant*, 56(1), 37-66. <http://dx.doi.org/10.3917/psy.561.0037>
- Missonnier, S. (2015). *Devenir parent, naître humain : la diagonale du virtuel*. Presses universitaires de France.
- Missonnier, S. (2016). Entre déni et (dé)négarion de grossesse. Plaidoyer pour une psycho(patho)logie psychanalytique. Dans B. Bayle (dir.), *Le déni de grossesse, un trouble de la gestation psychique* (p. 51-66). Érès.
- Missonnier, S. (2019). Les phobies d'impulsion : la « préoccupation maternelle primaire » revisitée ? Dans H. Parat et S. Missonnier (dir.), *Maternités* (p. 71-88). Presses universitaires de France.
- Missonnier, S. (2020). La régression entre traitement chirurgical et préoccupation maternelle primaire. Dans C. Chabert (dir.), *Régressions* (p. 77-97). Érès.
- Montaigne, M. d. (1973). *Essais* (vol. 1). Gallimard.
- Montreynaud, F. et Matignon, J. (1990). *Dictionnaire de citations du monde entier*. Le Robert.
- Morel, M.-F. (2021). *La naissance au risque de la mort. D'hier à aujourd'hui*. Érès.

- Morin, M. et Marinier, N. (1984). *L'instinct maternel apprivoisé*. Stanké.
- Moulin, G. (2009). De femme à mère : une trajectoire du sexuel. Dans J. André (dir.), *Folies de Femmes* (p. 47-60). Presses universitaires de France.
- Naouri, A. (2003). Le devenir mère de la fille. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 30(1), 74-85. <http://dx.doi.org/10.3917/ctf.030.0074>
- Nishizaka, A. (2011). The embodied organization of a real-time fetus: The visible and the invisible in prenatal ultrasound examinations. *Social Studies of Science*, 41(3), 309-336.
- OMS. (2019, 19 septembre). *Mortalité maternelle*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- OSFQ. (2022). *Définition d'une sage-femme*. <https://www.osfq.org/fr/qu-est-ce-qu-une-sage-femme>
- Oster, E. (2019). *Enceinte : libérez-vous des idées reçues!* Quanto.
- Pachoud, B. (2015). La décision médicale partagée et les paradigmes médicaux contemporains : la médecine centrée sur la personne, la médecine fondée sur des preuves, le paradigme du rétablissement. *European Psychiatry: Supplement*, 30(8 Supplement), S39-S39. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.112>
- Paillé, P. (2017). Chapitre 3. L'analyse par théorisation ancrée. Dans M. Santiago-Delefosse (dir.), *Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé* (p. 61-83). Dunod.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4^e édition). Armand Colin.
- Palacio Espasa, F. (2000). La place de la parentalité dans les processus d'organisation et de désorganisation psychique chez l'enfant. *Psychologie clinique et projective*, 6(1), 15-29.

- Palacio Espasa, F. (2013). Dictionnaire international de la psychanalyse. Dans A. d. Mijolla (dir.), *Dictionnaire international de la psychanalyse* (nouv. éd. mise à jour, p. 105-109). Pluriel Fayard.
- Parat, H. (2016). L'inquiétante étrangeté des premières fois. *Revue française de psychanalyse*, 80(4), 1103-1114. <http://dx.doi.org/10.3917/rfp.804.1103>
- Pascal, C., Spiess, M. et Thévenot, A. (2011). Expérience de passivité et affects d'angoisse dans le temps de la grossesse. *Dialogue*, 2(192), 137-148.
- Pelletier, V. (2021). *Lorsque le vécu subjectif est mis en sourdine : les effets du discours idéologique chez les sages-femmes à partir d'un cas clinique* [Thèse, Université du Québec à Montréal]. ProQuest Dissertations and Theses Full Text.
- Perelberg, R. (dir.) (2013). Féminisme et psychanalyse. Dans A. d. Mijolla (dir.), *Dictionnaire international de la psychanalyse* (nouv. éd. mise à jour, p. 625-628). Pluriel Fayard.
- Pernoud, L. (2021). *J'attends un enfant*. Albin Michel.
- Perron, R. (2013). Rêve. Dans A. d. Mijolla (dir.), *Dictionnaire international de la psychanalyse* (nouv. éd. mise à jour, p. 1543-1544). Pluriel Fayard.
- Perrot, M. (2020). Féminisme pluriel. *Pouvoirs*, 173(2), 5. <http://dx.doi.org/10.3917/pouv.173.0005>
- Picard, D. (2008). Quête identitaire et conflits interpersonnels. *Connexions*, 89(1), 75-90. <http://dx.doi.org/10.3917/cnx.089.0075>
- Picco, M. (2005). Travail psychique et maternité. De la « Transparence » à la symbolisation. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 53(1-2), 19-23.
- Picq, F. (1983). Féminisme, matérialisme, radicalisme. *La revue d'en face* (13), 38-57.

- Pierronne, C., Delannoy, M.-A., Florequin, C. et Libert, M. (2002). Le déni de grossesse : à propos de 56 cas observés en maternité : dossier : déni de grossesse. *Perspectives psychiatriques*, 41(3), 182-188.
- Pines, D. (1972). Pregnancy and motherhood: Interaction between fantasy and reality. *British Journal of Medical Psychology*, 45(4), 333-343.
- Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupard (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 113-169). G. Morin.
- Plat, A. (2011). Transmission de vie, projet de naissance dans la mort. *Topique*, 116(3), 89. <http://dx.doi.org/10.3917/top.116.0089>
- Platon. (2000). *Le banquet* (L. Brisson, trad). Garnier Flammarion.
- Pollak-Cornillot, M. (2018). Remaniements du narcissisme maternel dans la parentalité. *Enfances & psy*, 78(2), 32-40. <http://dx.doi.org/10.3917/ep.078.0032>
- Pontalis, J.-B. (1988). *Perdre de vue*. Gallimard.
- Prak-Derrington, E. (2015). Les figures de syntaxe de la répétition revisitées. *Le discours et la langue*, 7, 39-57.
- Pruvost, G. (2016). Qui accouche qui? Étude de 134 récits d'accouchement à domicile. Genre, sexualité & société (16). <https://doi.org/10.4000/gss.3849>
- Quinodoz, J.-M. (2004). *Lire Freud : découverte chronologique de l'œuvre de Freud*. Presses universitaires de France.
- Rabatel, A. (2008). Figures et points de vue en confrontation. *Langue française* (160), 3-17.
- Racamier, P.-C. (1961). La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. *L'évolution psychiatrique*, 26(4), 526-570.

- Racamier, P.-C. (1978). À propos des psychoses de la maternalité. Dans M. Soulé (dir.), *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée* (p. 41-50). ESF.
- Rajon, A.-M., Abadie, I. et Grandjean, H. l. n. (2006). Répercussions du diagnostic périnatal de malformation sur l'enfant et ses parents : approche métapsychologique à partir de l'étude longitudinale de 30 familles. *La psychiatrie de l'enfant*, 49(2), 349. <http://dx.doi.org/10.3917/psy.492.0349>
- Raphael-Leff, J. (2018). *The psychological processes of childbearing*. Routledge.
- Rassial, J.-J. (2011). Préface. Dans M. Benhaïm (dir.), *L'ambivalence de la mère* (p. 9-10). Érès.
- Rebourg-Roesler, C. (2005). Quand le mot devient acte au Rorschach : procédés rhétoriques chez des patients présentant une organisation perverse de la personnalité. *Bulletin de psychologie*, 480(6), 671. <http://dx.doi.org/10.3917/bupsy.480.0671>
- Reeves, N., Pelletier, V., Schauder, C., Thériault, J. et Wendland, J. (2016). Anxiété et mécanismes d'adaptation spécifiques à la grossesse ; une étude longitudinale et qualitative. *Devenir*, 28(1), 43-64. <http://dx.doi.org/10.3917/dev.161.0043>
- Regan, L., Braude, P. R. et Trembath, P. L. (1989). Influence of past reproductive performance on risk of spontaneous abortion. *British Medical Journal*, 299(6698), 541-545.
- Riazuelo, H. (2003). À quoi rêvent les femmes enceintes ? *Champ psychosomatique*, 31(3), 99-115. <http://dx.doi.org/10.3917/cpsy.031.0099>
- Ribas, D. (1996). Quelques jalons sur la place de la mort dans l'œuvre de Freud. *Revue française de psychanalyse*, 60(1), 7-14.
- Riquet, S., Henni, M. et Fremondrière, P. (2020). Évaluation de la peur de l'accouchement chez les femmes enceintes. *Périnatalité*, 12(3), 130-139. <http://dx.doi.org/10.3166/rmp-2020-0095>
- Roazen, P. (2013). Deutsch-Rosenbach, Helene. Dans A. d. Mijolla (dir.), *Dictionnaire international de la psychanalyse* (nouv. éd. mise à jour, p. 470-471). Pluriel Fayard.

- Robert, P., Rey, A. et Rey-Debove, J. (dir.). (1993). *Le nouveau petit Robert*. Le Robert.
- Rochette, J. (2002). *Rituels et mise au monde psychique : les nouvelles présentations au Temple*. Érés.
- Rohrbasser, J.-M. (2004). Mourir en philosophe. *Gérontologie et société*, 27(108), 55-71.
<http://dx.doi.org/10.3917/gs.108.0055>
- Roland, M. et Jamouille, M. (1998). *Valeurs, paradigmes et recherche en médecine de famille*. ESP ULB.
- Rondung, E., Thomtén, J. et Sundin, Ö. (2016). Psychological perspectives on fear of childbirth. *Journal of anxiety disorders*, 44, 80-91.
- Rousseau, J.-J. (1836). *Œuvres complètes de J. J. Rousseau : avec des notes historiques* (vol. 4). Furne.
- Santerre, M.-J. et Fortin, C. (2018). *Allaitement*. Institut national de santé publique du Québec.
- Santiago-Delefosse, M. et Carral, M. D. R. (2017). *Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé*. Dunod.
- Savoie-Zajc, L. (2006). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide. *Recherches qualitatives*, 5, 99-111.
- Scarfone, D. (1992). Psyché étendue. *Trans* (1), 13-21.
- Schmid-Kitsikis, E. (2013). Défense (mécanismes de -). Dans A. d. Mijolla (dir.), *Dictionnaire international de la psychanalyse* (nouv. éd. mise à jour, p. 427-428). Pluriel Fayard.
- Schneider, M. (2013). Féminité. Dans A. d. Mijolla (dir.), *Dictionnaire international de la psychanalyse* (nouv. éd. mise à jour, p. 628-630). Pluriel Fayard.
- Schopenhauer, A. (1912). *Le monde comme volonté et représentation* (vol. 1). Burdeau.

- Schur, M. (1975). *La mort dans la vie de Freud*. Gallimard.
- Serres, M. (1993). *La légende des anges*. Flammarion.
- Setan, A., Theis, A. et De Tyche, C. (2001). Réflexions sur l'approche psychodynamique des stérilités féminines. *L'évolution psychiatrique*, 66(1), 61-74.
- Sirol, F. (1999). La haine de la femme enceinte pour son fœtus. *Devenir*, 11(2), 25-34.
- Sirol, F. (2001). Quelle haine pour le fœtus ? *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 14(6), 347-350. [http://dx.doi.org/10.1016/S0987-7983\(01\)80101-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0987-7983(01)80101-8)
- Sirol, F. (2004). On bat un fœtus ! Existe-t-il des grossesses maltraitantes ? Dans S. Missonnier (dir.), *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité* (p. 399-437). Presses universitaires de France.
- Soet, J. E., Brack, G. A. et DiIorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30(1), 36-46.
- Soubieux, M.-J. (2004). Quand la grossesse devient une maladie. Dans S. Missonnier (dir.), *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité* (p. 597-616). Presses universitaires de France.
- Soubieux, M.-J. (2013). *Le berceau vide : deuil périnatal et travail du psychanalyste*. Érès.
- Soubieux, M.-J. (2014). Le deuil périnatal, un impensable à penser. *Le carnet psy*, 9(185), 22-24.
- Soulé, M. (1982). L'enfant dans la tête, l'enfant imaginaire. Dans T. Berry Brazelton (dir.), *La dynamique du nourrisson* (p. 135-175). ESF.
- Soulé, M. (1978). *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*. ESF.
- Soulé, P. et Soubieux, M.-J. (2004). La psychiatrie fœtale. Dans S. Missonnier (dir.), *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité* (p. 295-333). Presses universitaires de France.

- Spiess, M. (2002). Le vacillement des femmes en début de grossesse. *Dialogue*, 3(157), 42-50.
- Spiess, M. et Thévenot, A. (2014). La parentalité et l'ambivalence maternelle à l'épreuve des normes. Dans C. Davoudian (dir.), *La grossesse, une histoire hors normes* (p. 159-174). Érès.
- Squires, C. (2004). L'ombre de l'enfant non né sur la grossesse suivante. *Cliniques méditerranéennes*, 1(69), 269-288.
- Squires, C. (2017). Fictions et hallucinations autour d'une naissance sans vie. *Psychiatrie de l'enfant*, 60(1), 71-86. <http://dx.doi.org/10.3917/psy.601.0071>
- St-Amant, S. (2013). *Déconstruire l'accouchement : épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale* [Thèse, Université du Québec à Montréal]. ProQuest Dissertations and Theses Full Text.
- Stern, D. N. et Cupa, D. (1997). *La constellation maternelle*. Calmann-Lévy.
- Sutter, J. et Pélicier, Y. (1983). *L'anticipation : psychologie et psychopathologie*. Presses universitaires de France.
- Szejer, M. et Stewart, R. (1994). *Ces neuf mois-là : une approche psychanalytique de la grossesse et de la naissance*. Robert Laffont.
- Szejer, M. et Stewart, R. (2002). *Ces neuf mois-là : une approche psychanalytique de la grossesse et de la naissance* (2^e éd. revue et augmentée). Robert Laffont.
- Thévenot, A., Chevalérias, M.-P. et Spiess, M. (2012). Chapitre 9. Les nouvelles normes de la maternité : enjeux et paradoxes. Dans Y. Knibiehler, F. Arena et R. M. Cid Lopez (dir.), *La maternité à l'épreuve du genre* (p. 77-81). Presses de l'EHESP.
- Thoulon, J.-M. (2005). Petits maux de la grossesse. *EMC-Gynécologie-Obstétrique*, 2(3), 227-237.

- Tong, S., Kaur, A., Walker, S. P., Bryant, V., Onwude, J. L. et Permezel, M. (2008). Miscarriage risk for asymptomatic women after a normal first-trimester prenatal visit. *Obstetrics & Gynecology*, 111(3), 710-714.
- Toussaint, É. (2019). Nouvelles techniques en anténatal : les parents ont-ils vraiment le choix ? *Le journal des psychologues*, 369(7), 28-33. <http://dx.doi.org/10.3917/jdp.369.0028>
- Tsui, M. H., Pang, M. W., Melender, H.-L., Xu, L., Lau, T. K. et Leung, T. N. (2007). Maternal fear associated with pregnancy and childbirth in Hong Kong Chinese women. *Women & Health*, 44(4), 79-92.
- Unrug, M. C. d. (1974). *Analyse de contenu et acte de parole : de l'énoncé à l'énonciation*. Éditions universitaires.
- Vacher-Vitasse, C. (2018). *Énigmes du corps féminin et désir d'enfant*. Champ social.
- Vacheron, M.-N. et Mokrani, M. (2016). Négation de grossesse et désir d'enfant. Dans B. Bayle (dir.), *Le déni de grossesse, un trouble de la gestation psychique* (p. 107-122). Érès.
- Vaguer, C. (2017). « En même temps, cette histoire m'a obsédé ». *Émergence d'un marqueur discursif : « en même temps »*. Honoré Champion.
- Vaguer, C. (2019). En même temps, je dis ça, je dis rien! Quoi que! Et si en même temps était un marqueur d'attitude énonciative... Dans A.-S. Calinon, B. Hamma, K. Ploog et M. Skrovec (dir.), *Linguistique interactionnelle, grammaire de l'oral et didactique du français* (p. 209-235). Presses universitaires de Franche-Comté.
- Vallerent, A. (2017). Vomissements incoercibles de la grossesse. Dans B. Bayle (dir.), *Psychiatrie et psychopathologie périnatales* (p. 81-88). Dunod.
- Vallières, A. (2020). Médicalisation de l'alimentation du nourrisson au Canada. Une revue de littérature sociohistorique. *Revue des politiques sociales et familiales*, 135(1), 82-91.
- Vanden Driessche, L. (2011). Place et enjeux du narcissisme dans la parentalité. *Cahiers de psychologie clinique*, 37(2), 89-102. <http://dx.doi.org/10.3917/cpc.037.0089>

Viaux-Savelon, S. (2013). La parentalité échographique. *Dialogue*, 1(199), 19-31.

Viaux-Savelon, S. et Rosenblum, O. (2014). Suspicion de malformation à l'échographie fœtale : quand l'image sidère et bouleverse les représentations maternelles. Dans S. Missonnier (dir.), *Recherches en périnatalité* (p. 115-140). Presses universitaires de France.

Winnicott, D. W. (2006). *La mère suffisamment bonne* (M. Michelin, trad.). Payot et Rivages. (Publication originale en 1953)

Winnicott, D. W. (2014). *La haine dans le contre-transfert* (J. Kalmanovitch, trad.). Payot et Rivages. (Publication originale en 1947)