

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

AMÉNAGER UN LIEU : L'ARTICULATION CORPS-PSYCHÉ AU CŒUR DE
L'EXPÉRIENCE DE FEMMES ENCEINTES

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
MARIE LHUISSIER

JUIN 2024

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.12-2023). 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

Mes remerciements vont d'abord aux participantes pour être venues livrer leurs expériences souvent difficiles à dévoiler. Vos récits sont précieux.

Plusieurs personnes ont contribué de manière essentielle à ce travail. J'exprime ma gratitude à Irène Krymko-Bleton, ma directrice de thèse, pour m'avoir donné la chance d'accéder à ce programme doctoral. Je tiens à remercier Florence Vinit, Raphaële Noël et Nicole Reeves, membres du jury, qui ont consacré de leur temps pour lire et commenter cette thèse. Merci à Nicole Reeves, pour avoir éveillé au début de mes études en psychologie mon intérêt pour la période de la grossesse, ainsi que pour toutes les portes chaleureusement ouvertes, je vous en suis très reconnaissante. Mes pensées vont aussi à Raphaële Noël, pour votre désir de transmission et votre engagement sincère; et à Sophie Gilbert qui depuis le début de cette aventure a incarné à mes yeux un modèle de clinicienne et de chercheuse. Un grand merci à vous deux et chacune qui m'avez offert votre présence soutenante dans un moment marqué par le découragement. J'exprime ma gratitude à Véronique Leroux pour ses lectures attentives et la justesse de ses rétroactions qui ont contribué à apaiser l'achèvement de l'écriture. Merci à mes chères collègues de laboratoire. À Julie, pour ta présence continue et tes commentaires avertis. À Mariu et à Joëlle, pour les premières étapes de l'analyse marquées tant par la confusion que par l'émerveillement.

À Eveline Gagnon et Emmanuelle Robert, superviseuses. Vos sensibilités agiles, vos qualités personnelles et théoricocliniques, ont été source d'inspirations majeures dans ma construction identitaire professionnelle. Merci d'avoir rendu possible une appropriation de cette « drôle » de profession.

J'adresse une pensée remplie d'affection à mes chers parents. Vous, qui avez su soutenir ce regard ouvert sur le monde, présent depuis la clinique de maternité... tel que le raconte l'histoire familiale. Merci pour tout votre amour. Merci de m'avoir fait confiance et donné l'opportunité de prendre mon envol vers ce nouveau monde.

À mes précieuses amies, Joséphine et Clémence. Joséphine, pour tous ces échanges, lieux de rires et de pleurs. Nous voilà à l'arrivée de nos traversées outre-Atlantiques et doctorales! Merci pour cette amitié si forte, et à juste distance. À Clémence, pour ton intérêt inépuisable et ces chers moments de mises en récit respectives. Malgré les kilomètres, c'est un bonheur que tu sois dans ma vie depuis tout ce temps.

Pour tout l'amour, la fierté et le réconfort, mille mercis à mon partenaire Jeremy. Je sais intimement que c'est bien grâce à l'environnement attentif et joyeux que tu m'offres au quotidien, et à la coconstruction chez nous, de mon lieu à soi, que j'ai pu me rendre en partie jusqu'ici. J'ai hâte de ce qu'il nous reste à vivre ensemble.

À ces personnes qui ont marqué des temps importants de ma vingtaine et de ce parcours doctoral. À ma famille. À ma sœur pour ta présence lors de ce jour de soutenance. À Amine, pour avoir été un repère aimant lors de diverses transitions. À mes ami.e.s sans qui cette vie d'étudiante aurait été bien moins amusante, Kévin, Clément, Marianne, Paul, Héloïse, Nicolas, Maxime, Mathilde, Sophie. Une pensée particulière envers les danseuses swing et les musiciennes Jazz, d'hier et d'aujourd'hui, dont l'art m'habite et m'apaise depuis des années. À Catherine, Raphaël, Iliane, Laurent pour avoir partagé ensemble nos premiers pas de clinicien.ne.s et les suivants. À Laura, Annie, Violeta, chères acolytes de ce passage professionnel. Une pensée pour les patientes rencontrées ces dernières années au CHUM et à la clinique de psychologie Ensemble, ce texte porte la trace de vos expériences.

Enfin, tout en soulignant leurs ténacités toujours renouvelées, je dédie ce travail à chaque femme et chaque mère, de mon existence.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
TABLE DES MATIÈRES	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES ACRONYMES	viii
RÉSUMÉ.....	ix
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1 Un détour par l'essai « Un lieu à soi » de Virginia Woolf	3
1.2 Maternité et grossesse : enjeux intimes, sociaux, politiques	5
1.3 Environnements sociaux et familiaux autour de la grossesse.....	6
1.3.1 Des institutions médicales comme lieux de la grossesse et de l'accouchement	6
1.3.1.1 Prise en charge médicale du corps enceint.....	6
1.3.1.2 L'accompagnement périnatal, entre prévention, continuité et sécurité.....	8
1.3.2 Isolement des familles et défaut d'étayage	12
1.4 Corps enceints : lieux intimes et collectifs	13
1.4.1 Le corps comme un lieu intime et social.....	13
1.4.2 Corps enceints, entre visibilité et invisibilité sociale	14
1.4.2.1 Documentation périnatale et normes prescriptives	15
1.4.2.2 Recherches portant sur l'image corporelle des femmes enceintes	16
1.5 Espaces de parole et d'expression pour les femmes enceintes	17
1.5.1 Reconnaissance d'expériences maternelles plurielles via les espaces médiatiques.....	18
1.5.2 Entendre les expériences des femmes enceintes à partir de la clinique	19
1.5.2.1 La grossesse, une crise analogue à celle de l'adolescence	19
1.5.2.2 Conflictualité.....	20
1.5.2.3 Ambivalence.....	21
1.6 Choix de l'orientation de la thèse	22
CHAPITRE 2 CONTEXTE THÉORIQUE	24
2.1 Grossesses : expériences corporelles au-delà du corps-chair	24
2.1.1 Un corps à corps.....	25
2.1.2 Une créature en soi.....	27
2.1.3 Inquiétante étrangeté	28
2.1.4 Une présence envahissante.....	28
2.1.5 Nidification psychique	29

2.2	Articulation corps-psyché.....	30
2.2.1	Se représenter comme un Moi, un tout unifié.....	31
2.2.1.1	La construction du Moi s'étaye sur la peau.....	31
2.2.1.2	L'image inconsciente du corps.....	32
2.2.2	Se représenter comme un Moi contenant les contenus psychiques.....	33
2.2.2.1	Le Moi-Peau et les enveloppes.....	33
2.2.2.2	La fonction contenante.....	35
2.2.3	Être un Moi en relation avec autrui.....	37
2.2.3.1	Distinction soi et autre.....	37
2.2.3.2	Fluidité et perméabilité de l'enveloppe.....	39
2.2.3.3	L'espace potentiel.....	39
	CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE.....	41
3.1	Devis de la recherche internationale « Prévention en périnatalité. [...] » (Schauder, 2011) .	41
3.1.1	Objectifs et contexte de la recherche internationale.....	41
3.1.2	La méthode qualitative.....	42
3.1.3	Recrutement.....	43
3.1.4	Les participantes et les critères de sélection.....	43
3.1.5	Procédure.....	44
3.1.6	Collecte de données et instrument.....	45
3.2	Méthodologie qualitative spécifique à la recherche doctorale.....	46
3.2.1	Questions et objectifs de recherche.....	46
3.2.2	Émergence de la question de recherche.....	46
3.2.3	Choix des participantes et présentation de l'échantillon retenu.....	47
3.2.4	La chercheuse d'orientation psychanalytique.....	50
3.2.5	L'analyse des données spécifique à cette étude.....	51
3.2.5.1	Analyse du discours à l'intersection de la psychanalyse et de la pragmatique linguistique.....	51
3.2.5.2	Analyse thématique.....	52
3.2.5.3	Analyse comparative.....	54
3.2.5.4	Écriture des présentations des participantes.....	55
3.2.5.5	Éléments de rigueur.....	56
3.2.6	Éthique.....	56
	CHAPITRE 4 RÉSULTATS.....	58
4.1	Présentation des participantes.....	58
4.1.1	Jenny.....	60
4.1.2	Olivia.....	63
4.1.3	Nina.....	70
4.1.4	Laurie.....	76
4.1.5	Simone.....	81
4.1.6	Naomi.....	85
4.1.7	Billie.....	88
4.2	Analyse comparative.....	95

4.2.1	Aménager un lieu : redéfinitions des espaces corporels, psychiques et matériels	96
4.2.1.1	Aménager un lieu pour le bébé	96
4.2.1.2	Le corps : lieu occupé.....	102
4.2.2	Des expériences de femmes enceintes, entre envahissement et protection d'un lieu ...	115
4.2.2.1	Le corps : lieu d'envahissement	115
4.2.2.2	Le corps : enveloppe protectrice	123
4.2.2.3	Le corps : lieu d'impuissance.....	129
4.2.3	Le corps de la mère contient l'enfant : quel contenant pour la mère ?	132
4.2.3.1	Préserver son lieu	133
4.2.3.2	Redéfinir des limites au sein de certaines relations.....	134
4.2.3.3	Rechercher des espaces contenantants	135
CHAPITRE 5 DISCUSSION.....		138
5.1	Écouter des récits de femmes enceintes et considérer la nécessité d'une réflexion sociale .	140
5.1.1	Circonscrire les lieux.....	140
5.1.2	Entre un corps à soi et le corps de l'autre	142
5.2	La présence d'un autre en sa demeure perturbe l'ordre établi chez soi.....	146
5.2.1	L'enveloppe fragilisée.....	146
5.2.2	Intégration du bébé ? Relation avec lui ? Réflexions sur la conflictualité.....	148
5.2.2.1	Réflexion sur la notion d'intégration psychique de la grossesse.....	150
5.2.2.2	Comment aménager une relation avec le bébé sans altérité absolue ?.....	150
5.2.3	Phénomènes d'envahissement et mécanismes de projection.....	152
5.3	Au-delà de l'altérité en soi : préserver son Moi	153
5.3.1	Entre recherche de proximité et mise à distance	154
5.3.2	Entre toute-puissance et grande impuissance.....	155
5.4	Pour des lieux propices au bon déroulement des grossesses	157
5.4.1	Ressources des femmes enceintes.....	157
5.4.2	Aménager des lieux à soi et en soi	159
5.4.2.1	Respecter leur intégrité corporelle : la question du toucher	159
5.4.2.2	Aménager un lieu : l'espace potentiel	160
5.4.2.3	Aménager des espaces d'accueil	161
CONCLUSION		162
ANNEXE A RÉCAPITULATIF MÉTHODOLOGIQUE (Schauder, 2011)		165
ANNEXE B FORMULAIRE DE CONSENTEMENT		172
ANNEXE C FORMULAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE.....		176
ANNEXE D APPROBATION ÉTHIQUE – CHUM		179
ANNEXE E AVIS FINAL DE CONFORMITÉ – CIEREH		181
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		182

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1. Caractéristiques périnatales des participantes
- Tableau 2. Thèmes principaux et expériences du corps enceint selon les participantes

LISTE DES ACRONYMES

CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CIEREH	Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la Santé
UQAM	Université du Québec à Montréal

RÉSUMÉ

La grossesse, parmi d'autres moments cruciaux pour le corps féminin, induit des bouleversements en termes de représentations à soi, aux autres et au monde, intriquant toujours l'intime, le social et le politique (Froidevaux-Metterie, 2021). Dans la société québécoise actuelle, la période de la grossesse est généralement présentée comme une expérience épanouissante favorisant une connexion harmonieuse entre la femme et le bébé qu'elle porte. Néanmoins, les rares études se penchant sur le ressenti corporel des femmes enceintes dépeignent des expériences rarement aussi idylliques.

Dans l'objectif d'enrichir la reconnaissance des diverses expériences maternelles, cette thèse met en lumière des vécus de femmes enceintes qui diffèrent de cette représentation prédominante. Bien qu'être enceinte constitue assurément une réalité complexe englobant des dimensions tant corporelles que psychiques, peu d'études se sont penchées sur la façon dont ces éléments s'articulent. Aussi, il est marquant de constater que les spécificités corporelles de l'expérience de la grossesse, si singulières, demeurent relativement peu étudiées. De plus, un manque important de continuité a été constaté entre les discours dominants, les pratiques et les besoins des femmes entourant la grossesse. Cette situation soulève des interrogations quant à l'adéquation des suivis actuels et à leurs répercussions potentielles.

Ainsi, la présente thèse s'intéresse à l'articulation des dimensions expérientielles corporelles et psychiques des femmes enceintes, à partir de trois objectifs spécifiques : 1) mieux décrire les vécus corporels et leur évolution au cours de la grossesse, 2) mieux comprendre comment s'articulent ces vécus corporels avec l'expérience de la grossesse dans son ensemble, 3) mieux définir les ressources et les besoins de ces femmes.

La démarche de recherche est qualitative, inductive et longitudinale. Le matériel d'analyse est constitué de 26 entretiens semi-directifs réalisés au cours de la grossesse de sept femmes, à chaque trimestre de grossesse et en post-partum. L'analyse utilisée pour étudier l'ensemble des données se compose de trois volets : une analyse du discours à l'intersection de la psychanalyse et de la pragmatique linguistique (Krymko-Bleton, 2016), une analyse thématique intra-sujet permettant de présenter les participantes, et enfin, une analyse thématique inter-sujet, nommée analyse comparative (Paillé et Muchielli, 2021).

Les résultats de l'étude sont présentés en deux parties visant une représentation de chacune des participantes, de ce qu'elles ont en commun et de ce qui leur est singulier.

La première partie des résultats présente chaque participante, en offrant un aperçu du contexte de leur grossesse, des thèmes principaux abordés au cours des entretiens, ainsi que des caractéristiques saillantes de leurs discours.

La seconde partie des résultats rassemble les trois rubriques issues de l'analyse comparative. Une première rubrique révèle que l'état de grossesse et la préparation de l'arrivée d'un bébé entraînent divers ajustements corporels, psychiques et matériels qui interagissent. Une deuxième rubrique met en lumière le vécu des participantes au cœur d'enjeux d'envahissement d'une part et de protection d'autre part. Cette dynamique concerne à la fois leurs représentations d'elles-mêmes ainsi que les rapports qu'elles entretiennent avec le bébé et leur entourage. La dernière rubrique s'attarde aux besoins exprimés par les participantes, qui incluent le désir de préserver un espace personnel, de redéfinir des limites au sein de certaines relations, et de bénéficier d'environnements contenant.

L'ensemble des résultats est discuté dans le cadre d'une réflexion plus large à l'intersection entre le social et l'intrapsychique. La thèse met en évidence que la grossesse peut mettre à l'épreuve l'équilibre somato-psychique ainsi que le sentiment d'intégrité du Moi pour certaines femmes. Certaines représentations, normes et pratiques sociales liées aux femmes enceintes sont questionnées, notamment au regard des défis que les participantes expriment. Cette thèse souligne l'importance de préserver leurs lieux existants en respectant leur intégrité physique et psychologique, de soutenir le déploiement de leur espace potentiel (Winnicott, 1971) et de proposer des environnements à visée contenant. Les contextes personnels et sociaux influencent l'expérience de ces femmes, soulignant notre responsabilité collective dans la création d'environnements propices au bon déroulement des grossesses.

Mots-clefs : grossesse, maternité, femmes enceintes, corps enceints, articulation corps-psyché, représentations sociales, recherche qualitative

INTRODUCTION

Bien que la grossesse soit l'une des expériences humaines les plus largement partagées, elle constitue une réalité éminemment complexe et singulière, profondément intime, et inévitablement marquée socialement et politiquement (Froidevaux-Metterie, 2021). Dès le titre de cette thèse, nous choisissons d'utiliser « femmes enceintes » plutôt que « grossesses » dans l'idée de mettre en lumière les vécus spécifiques de ces personnes.

Ce travail vise à enrichir la reconnaissance des expériences maternelles plurielles en mettant en lumière une grande conflictualité dans les vécus des femmes enceintes contrairement aux idées couramment véhiculées. Lorsqu'il s'agit de la grossesse et de la maternité, nous sommes exposés chaque jour dans les médias, mais aussi dans la littérature professionnelle, à des conceptions obstruées par des constructions sociales massives. C'est au fil de nos lectures que nous avons été frappée par les divergences entre les représentations sociales et les tensions propres à la période périnatale. Nous découvrons comment la maternité est un sujet complexe et diversifié qui englobe des réalités multiples et contradictoires. Portée par le désir de prendre du recul par rapport à ces idées préconçues, cette recherche a finalement commencé son chemin.

La présente thèse s'intéresse à l'articulation des dimensions expérientielles corporelles et psychiques des femmes enceintes, à partir de trois objectifs spécifiques : 1) mieux décrire les vécus corporels et leur évolution au cours de la grossesse, 2) mieux comprendre comment s'articulent ces vécus corporels avec l'expérience de la grossesse dans son ensemble, 3) mieux définir les ressources et les besoins de ces femmes.

La thèse est structurée selon les chapitres suivants:

- Le premier chapitre, intitulé « problématique » présente une réflexion sur les composantes sociales qui encadrent et interviennent dans le vécu des femmes enceintes.

- Le deuxième chapitre traite du contexte théorique, en présentant diverses dimensions du vécu corporel des femmes enceintes et en introduisant des notions psychanalytiques au sujet de l'articulation corps-psyché.

- Le troisième chapitre détaille la méthodologie de recherche employée pour l'étude internationale ainsi que celle spécifique à notre thèse. Cette section inclut les objectifs et la question de recherche.

- Le quatrième chapitre expose les résultats en deux parties : d'abord, une présentation des sept participantes, puis une analyse comparative qui met en évidence les similitudes et les singularités entre les participantes.

- Le cinquième chapitre discute des résultats à la lumière des autres chapitres de la thèse. Les défis qu'expriment les femmes enceintes soulignent en quoi les contextes personnels et sociaux jouent un rôle crucial dans leur expérience, sollicitant la responsabilité collective en faveur d'un environnement propice au déroulement d'une grossesse.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

1.1 Un détour par l'essai « Un lieu à soi » de Virginia Woolf

En 1928, Virginia Woolf est invitée à donner une conférence dans des collèges pour femmes de Cambridge au sujet de la place des écrivaines dans l'histoire de la littérature britannique. Elle présente les obstacles qui ont limité l'accès des femmes à l'éducation, à la production littéraire et à la reconnaissance de leur travail au sein de la société patriarcale du XXe siècle. Un an plus tard, Woolf publie l'essai « A Room of One's Own » traduit en français par « Une chambre à soi » (Malraux, 1951) ou « Un lieu à soi » (Darrieussecq, 2016). Dans cet essai, Woolf reprend les thèmes de sa conférence et expose l'une de ses idées centrales : pour qu'une femme puisse écrire, elle doit disposer de ressources financières et d'un espace personnel.

Cette thèse s'inspire du texte de Woolf (1929) afin de réfléchir à la notion de « lieu » et à ses répercussions sur le vécu des femmes. Quels sont les éléments qui définissent un lieu et lui confèrent une signification particulière ? Comment le lieu influence-t-il notre rapport aux autres et au monde ? Comment les lieux façonnent-ils nos expériences et nos relations ? En quoi peuvent-ils influencer nos activités ? Comment les lieux de notre passé peuvent-ils exercer une influence sur ceux de notre présent ?

Il est important de préciser que notre travail ne constitue - en aucun cas - un prolongement des idées de Woolf. Nous abordons cette démarche avec humilité et respect, et nous insistons sur le fait que l'essai de Woolf est nommé ici afin de décrire notre démarche et nos influences. Ce texte

représente pour nous une source d'inspiration majeure, un point de départ, pour réfléchir aux interactions entre l'expérience des femmes et la notion de lieu. Nous sommes consciente des risques liés à l'expansion de ses idées initiales dans le contexte des femmes enceintes, et nous avons à cœur de ne pas altérer la signification profonde de son texte.

Pour ce travail, nous adoptons une définition large du « lieu » en tant que « portion déterminée de l'espace » comme l'indique le dictionnaire de l'Académie française (s.d.). Le dictionnaire Robert reprend cette même définition en ajoutant que cette portion déterminée de l'espace est considérée « de façon générale et abstraite » (s.d.). En français, plusieurs expressions courantes font référence au lieu en tant qu'endroit : « en tout lieu », « en lieu sûr », « en haut lieu », « lieu public ». Ce terme peut être aussi utilisé pour définir un espace ou un temps spécifique : « en temps et lieu », « avoir lieu », « être sur les lieux », « état des lieux ».

Dans cette perspective, un lieu peut revêtir différentes formes. Il peut s'agir d'une pièce au sein d'un domicile, mais également d'une institution sociale telle qu'un hôpital. Les espaces de parole, tels que le bureau d'une psychologue ou d'une chercheuse en psychologie, offrent des lieux propices à l'expression des expériences des femmes. De même, les médias alternatifs et conventionnels, tels que les podcasts et les magazines, peuvent constituer des espaces d'expression et permettre de représenter des réalités de femmes. Enfin, nous considérons le corps lui-même comme un lieu, où se manifestent les éprouvés et les ressentis, qui appartient à la femme qui vit la grossesse.

Dans cette même idée, le verbe « habiter » porte plusieurs sens. Il peut désigner l'action d'occuper un espace physique, une maison, une demeure, évoquant ainsi un lieu privé. Il est aussi fréquemment utilisé dans un sens symbolique. Par exemple, la question « Qu'est-ce qui vous habite ? » fait allusion aux pensées et aux vécus intérieurs d'une personne.

En 2021, l'Institut de la statistique du Québec a enregistré 84 900 naissances (2022), témoignant des mois de grossesse vécus par un nombre équivalent de femmes. Dans le cadre de notre travail, nous nous sommes intéressées à ces femmes enceintes et à leur expérience dans leur rapport à leurs corps enceints, aux autres, et au monde. Comment les espaces de soins de santé répondent-ils aux besoins des femmes enceintes ? Comment les lieux sociaux et familiaux s'organisent-ils autour de

la grossesse ? De quelle manière les femmes enceintes sont-elles représentées dans l'espace public ? Quels sont leurs lieux de paroles et d'expressions ? Comment vivent-elles le fait que leur corps, comme un lieu, soit occupé par un autre ? Et enfin, dans ce contexte, quelles sont leurs expériences dans leur ensemble ?

1.2 Maternité et grossesse : enjeux intimes, sociaux, politiques

La grossesse, parmi d'autres moments cruciaux pour le corps féminin, induit des bouleversements en termes de représentations à soi, aux autres, et au monde, intriquant toujours l'intime, le social et le politique (Froidevaux-Metterie, 2021). Bien que la grossesse soit universelle, les représentations, les pratiques et les lieux qui y sont associés varient selon les cultures et les époques. « 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-Bélangier et Corbeil, 1987, p. 141). L'approche sociohistorique souligne en quoi la maternité est une affaire à la fois privée et publique (Knibiehler, 2012). Historiquement, elle a été représentée par toutes sortes d'idées et d'injonctions : une femme définie par sa matrice, des devoirs de mère, un rôle glorifié ou à l'inverse banalisé, un instinct genré, un amour unique, des manières d'être bonne ou mauvaise mère...

Parce que nous souhaitons avant tout proposer ici un éclairage sur l'intime de cette expérience, plus spécifiquement sur l'articulation du corporel et de l'intrapsychique, ce texte sera incomplet et limité. De manière située, nous reconnaissons l'écueil de relayer au second plan, par la direction choisie de cette thèse, l'influence pourtant massive du contexte sociopoliticohistorique de ce phénomène.

Nous allons maintenant décrire brièvement des lieux qui nous semblent essentiels pour appréhender les expériences des femmes enceintes. Ces lieux incluent les environnements sociaux et familiaux associés à la maternité et à la grossesse, les corps des femmes enceintes présentés comme des lieux intimes et collectifs, ainsi que les possibles espaces de paroles et d'expression des expériences maternelles.

1.3 Environnements sociaux et familiaux autour de la grossesse

Les lieux sociaux de la grossesse sont principalement les institutions médicales, telles que les centres de santé et l'hôpital. Après l'accouchement, les recherches mettent en évidence la problématique de l'isolement des parents.

1.3.1 Des institutions médicales comme lieux de la grossesse et de l'accouchement

Aujourd'hui, en Occident, les institutions médicales se présentent comme des lieux de référence pour la grossesse et l'accouchement, proposant une prise en charge médicale du corps enceint. Au cœur de ces établissements, l'accompagnement psychosocial périnatal a pris place ces vingt dernières années, proposant une approche globale du sujet qui conjugue les notions de prévention, de continuité et de sécurité.

1.3.1.1 Prise en charge médicale du corps enceint

Jusqu'à la fin du XIXe, en Occident, ce sont les sages-femmes qui s'occupent des accouchements qui se déroulent majoritairement à domicile. Accoucher à l'hôpital est rare (Knibiehler, 2012). Par les avancées scientifiques majeures du XXe siècle, la médecine prend une place considérable dans la société à ce moment, et notamment dans la gestion de la grossesse et de l'accouchement. Les praticiens du médical incarnent des figures d'autorité, car perçus comme des experts du corps humain (Moulin, 2006). En 2022 au Québec, la quasi-totalité (93.35%) des accouchements a lieu dans un centre hospitalier ou un lieu apparenté (par exemple, un centre de santé). Environ 5.25% des accouchements ont lieu en maison de naissance et 1.4% à domicile (MSSS, 2019).

Le suivi de grossesse, lui aussi, s'organise autour des institutions médicales. De nos jours, au Québec, il peut être assuré par un médecin de famille, un médecin obstétricien-gynécologue, une sage-femme ou les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (Doré et Le Hénaff, 2022). 93% des femmes choisissent le suivi effectué par un médecin (médecin de famille

ou obstétricien). Le pourcentage de celles qui sont assistées par une sage-femme correspond à 7% (MSSS, 2019). Il importe d'ajouter que la disponibilité de l'offre interfère dans ce pourcentage. En ce sens, ce chiffre ne reflète pas tout à fait ce que les femmes pourraient désirer.

Le bon développement physiologique du fœtus est la priorité du suivi de la grossesse et sous-tend les interventions proposées dans ce cadre. La grossesse est appréhendée par sa conception somatique et objective (Delassus, 2014). Cette représentation du corps géniteur de la femme renvoie à la période de l'Antiquité jusqu'au XIII^e siècle, pendant laquelle le terme et le concept de « maternité » tel qu'on le connaît aujourd'hui n'existaient pas. Seul le corps de la femme intrigue les médecins et les philosophes, étant exclusivement hommes à cette époque, dans sa composition et dans sa possibilité de donner naissance (Knibiehler, 2012).

En quoi consiste le suivi médical de grossesse ? Le premier rendez-vous a lieu entre 8 et 11 semaines de grossesse au sein d'un centre de santé. Un calendrier d'examen médicaux y est proposé. Le déroulement de la grossesse suit un échancier médical préconisé. Il comprend : des examens réguliers, des prises de sang, des analyses d'urine et des prélèvements vaginaux, des échographies, des tests de dépistage génétique dans certains cas (Doré et Le Hénaff, 2022). Le dépassement du terme prévu pour la grossesse implique le déclenchement de l'accouchement. En résumé, l'intégralité des examens proposés consiste en des tests de dépistage permettant une surveillance du développement du fœtus. L'anticipation des risques et la sécurité médicale sont les préoccupations premières de toute rencontre du suivi de grossesse.

En revanche, « toute femme enceinte, que ce soit dans une grossesse tout à fait ordinaire ou dans une situation à vulnérabilités multiples, a besoin d'une certaine qualité de soins, de sollicitude, de soutien, de repères et de guidance » (Tagawa, 2012, p. 41). De ce fait, le concept d'accompagnement périnatal a pris place en politique dans les rapports officiels au début du XXI^e siècle. L'accompagnement périnatal est une approche qui vise à soutenir les personnes dans les défis qu'elles rencontrent en lien avec la parentalité afin de favoriser leur bien-être psychologique et social.

L'idée de l'accompagnement périnatal était de rendre plus étroite la collaboration entre les professionnels du soma et les professionnels psychosociaux afin d'améliorer les suivis de grossesse (Tagawa, 2012). Qu'arrive-t-il si on ne tient pas compte du vécu des parents pendant la grossesse ? Qui est le mieux placé pour les accompagner concernant leurs affects et leurs représentations lors de cette transition à la parentalité ? De quelle manière intervenir ? À qui revient la tâche complexe de la prévention en santé mentale ? Relève-t-elle seulement des praticiens du psychisme ?

1.3.1.2 L'accompagnement périnatal, entre prévention, continuité et sécurité

Nous abordons ici le concept d'accompagnement périnatal dans son sens le plus large, car les principes dont nous allons discuter ne se limitent pas à un domaine professionnel spécifique. Les considérations et réflexions concernent la personne dans sa globalité et dépassent les frontières d'un champ particulier.

Par ailleurs, nos références sont le plus souvent en lien avec des ouvrages de psychologie clinique périnatale qui regroupent entre autres des praticiens de divers domaines : sciences maïeutique et infirmière, travail social, psychiatrie, pédopsychiatrie, psychanalyse et psychologie. L'accompagnement périnatal se concentre sur le vécu psychique des personnes pendant la période périnatale, en examinant à la fois les aspects normaux et pathologiques de cette transition. Il s'agit de prendre en considération l'expérience subjective des personnes, ainsi que leur relation avec le monde extérieur, notamment les soignants (Bénard, 2010; Cribalet, 2003; Darchis, 2016). Un aspect important est de fournir aux parents et aux professionnels des environnements contenant en portant une attention particulière aux pendants somatopsychiques de la parentalité dans leur ensemble (Missonnier et coll., 2012).

Les notions centrales relevées par les professionnels qui se sont intéressés à l'accompagnement périnatal sont : la prévention, la continuité, la sécurité.

Notion de prévention

La notion de prévention est centrale dans le concept d'accompagnement périnatal. D'une part, dépister les facteurs de risque et organiser des suivis adaptés précoces rejoint la notion de prévention *secondaire* selon l'OMS (Tagawa, 2012). Une souffrance et une de ses manifestations cliniques sont déjà en jeu. L'idée n'est pas d'éviter les difficultés, mais plutôt de les prendre en considération et de réduire leurs conséquences grâce à un suivi adapté (Ansermet, 2003). D'autre part, la notion de prévention *primaire* définie par l'OMS, qui vise à réduire l'apparition de complications, a été l'objet d'inquiétudes dans le contexte de l'accompagnement prénatal. Il a été question du risque de tomber dans de la suspicion infondée lorsqu'il s'agit d'évaluer ou d'interpréter les situations périnatales (Missonnier, 2009), ou du risque de confondre les notions de prévention et de causalité (Ansermet, 2003). La prévention suppose un événement, mais cet événement n'est pas automatiquement la cause directe des conséquences. Le praticien qui se retrouve face à un événement traumatique qui perturbe la vie psychique constate que ce n'est pas l'événement lui-même qui engendre les réactions chez le sujet, c'est plutôt tout ce qui le précède. L'événement fait effraction, dans lequel s'engouffre ce qui s'est passé en amont (Ansermet, 2003).

Par ailleurs, adopter une attitude prévenante en tant que professionnel périnatal permet de réduire l'apparition de complications, ce qui correspond aussi à de la prévention primaire (Missonnier, 2009; Molénat, 2001; Tagawa, 2003). Bien que l'idée d'un accompagnement périnatal soit devenue un élément important de la politique sociale, il est fréquent d'oublier que la première nécessité, et souvent suffisante, est d'accueillir les inquiétudes, les demandes et les besoins des futurs parents, tout en offrant une écoute appropriée sans les abandonner (Missonnier, 2009; Molénat, 2012). Rappelons que lorsqu'une personne exprime ses angoisses, cela peut aider à diminuer leur intensité. En revanche, tenter de rassurer trop rapidement ou de banaliser ce qui est exprimé peut produire l'effet inverse.

Alors qu'il est question d'un premier type de prévention, l'adoption d'une attitude prévenante et sa mise en pratique semble se confronter à plusieurs impasses. Certains malentendus ont lieu entre les professionnels et les parents en devenir, et aussi entre les professionnels eux-mêmes. « Les soignants du monde somatique doivent préserver le recul suffisant pour assurer la sécurité médicale,

et se trouvent en même temps enjoins d'avancer dans le champ miné de l'intersubjectivité » (Molénat, 2012, p. 6). Les professionnels du médical ont, par définition, une formation médicale où règne la notion d'objectivité, et où est plutôt mise à distance celle de la subjectivité. Ils n'ont souvent pas pris la mesure des effets de leurs postures sur les parents.

Est-ce réaliste de demander au personnel médical de se former à la construction psychoaffective et à la vie relationnelle et psychique ? Ou encore à « l'inquiétante étrangeté » que suscite la clinique des origines ? Ont-ils vraiment le désir d'adopter une posture différente de celle qu'ils utilisent jusqu'alors ? Les autres tâches à accomplir ne demandent-elles pas déjà suffisamment de ressources et d'adaptations ? Peu importe la raison, est-ce acceptable qu'un professionnel ne souhaite pas avancer sur ce champ miné de l'intersubjectivité ? Sans cela, comment devenir et rester un professionnel périnatal « suffisamment bon » ?

Notion de continuité/discontinuité

« Si le sentiment se situe du côté du subjectif, la continuité se situe bien dans une réalité objective » (Gonnaud, 2003, p. 24). La notion de continuité vise à pallier les ruptures qui surviennent dans le suivi médical des femmes enceintes (Toubin et coll., 2019a). Dans le fonctionnement habituel médical et social, les spécialistes se relaient pour s'occuper d'elles (Toubin et coll., 2019b). D'un côté, offrir une continuité de présence vise à répondre à la discontinuité des soins obstétricaux (Daigle, 2019). Notons que cette notion prend une tonalité particulière s'il y a eu rupture dans l'histoire parentale (Gonnaud, 2003).

D'un autre côté, la parole peut contribuer à rétablir la continuité, car elle vise précisément à maintenir ou à restaurer chez le sujet un sentiment persistant d'existence malgré les aléas des interventions (Molénat, 2012). La mise en récit du déroulement de la grossesse par la femme permet d'inscrire la grossesse dans un avant, un pendant et un après (par ex. projet de grossesse s'il y a eu, annonce, réactions, histoire des grossesses, qualité prévue du support dans l'après) (Gagnon, 2021). L'histoire des grossesses inclut plusieurs interrogations, à ne pas questionner nécessairement d'emblée, mais à garder en tête durant les échanges avec la femme. Comment se sont passées les grossesses antérieures ? Les accouchements ? Est-ce que cette grossesse était

prévue ? Est-elle désirée ? De quelle manière ? Y a-t-il eu des interruptions spontanées ou volontaires de grossesse ? Comment se sont passés ces événements ? Comment se sont passés les précédents suivis médicaux ? Y a-t-il eu des traitements en clinique de fertilité ?

Notion de perméabilité et de sécurité

La grossesse, l'accouchement et l'accueil du nouveau-né engendrent une perméabilité et une vulnérabilité physique, psychique et relationnelle (Gagnon, 2021). Divers mécanismes sont en jeu, de nouveaux liens se créent, les relations personnelles se réorganisent, les générations se transforment et les repères affectifs sont en mouvement (Bénard, 2010). Le système d'attachement des femmes est fortement sollicité pendant la période périnatale (Michel et Wendland, 2020). De plus, les consultations et examens médicaux durant la grossesse intensifient le rapport au corps. Si la future mère a souffert dans le passé d'intrusion ou de non-protection, une attention respectueuse du médecin ou de l'infirmière peut éviter la répétition traumatique (Molénat, 2012).

Dans le contexte où la sécurité médicale des femmes est une priorité dans les soins de santé, l'accompagnement psychologique périnatal s'efforce de considérer la sécurité dans son ensemble, en prenant en compte à la fois les dimensions corporelles, psychiques et sociales. En raison d'une perméabilité accrue ainsi que des changements importants, des aspects imprévisibles et des discontinuités, la grossesse suscite plusieurs insécurités qui peuvent dépasser les capacités d'adaptation de la personne. Les parents qui disposent d'une base de sécurité suffisante traversent cette période de bouleversements en faisant appel aux appuis possibles au sein du couple ou de l'entourage (Michel et Wendland, 2020). D'ailleurs, le sentiment de sécurité parental dans le post-partum, tant sur le plan physique qu'affectif, est un prédicteur reconnu du bien-être des nouveaux parents (Schaming et Wendland, 2021). En revanche, ceux qui n'ont pas pu construire cette sécurité réactivent leurs propres manières de gérer l'angoisse. Il peut alors être question de dévalorisation, de sentiment important d'incompétence, d'évitement, de sensations de vide, de déprime... Prendre en compte ce que ressentent les femmes et les encourager dans leurs intuitions peut augmenter leur sécurité (Molénat, 2012). Molénat défend l'idée que la sécurité affective des femmes devrait être une priorité dans leur suivi, au même titre que leur sécurité physique, et c'est également le parti pris de cette thèse.

1.3.2 Isolement des familles et défaut d'étayage

La naissance, événement empreint de symbolisme, est traditionnellement un événement communautaire. Chaque société humaine a sa propre vision de la naissance et développe un ensemble de symboles (récits, rites, coutumes, initiations, etc.) qui prépare et accompagne les individus dans leur rôle parental (Tagawa, 2012). Toutefois, dans le déroulement des cinquante dernières années, les avancées médicales, politiques et socio-économiques ont engendré des transformations profondes qui ont touché l'ensemble de la société, affectant notamment ses institutions, dont celle de la famille (Belot et coll., 2013)

La reconnaissance de l'importance de l'environnement pendant la période intra-utérine traverse différentes disciplines, des neurosciences à la psychanalyse (Bottemanne et Joly, 2022; Bydlowski, 2001). Pendant cette période de transition où une nouvelle identité parentale se développe, il est essentiel de leur offrir un soutien solide. Les parents ont besoin de trouver en eux-mêmes et dans leur entourage les ressources nécessaires pour conserver, voire restaurer, une confiance suffisante en leurs propres capacités. C'est cette confiance qui constitue le fondement de la sécurité qu'ils transmettront à leur enfant (Molénat, 2012).

Malheureusement, une tendance émerge, celle d'une certaine solitude et d'une grande impuissance des parents face à leur nouveau-né (Belot et coll., 2013). Plusieurs facteurs semblent être en lien : « diversification du modèle familial, mobilité professionnelle, grands-parents toujours en activité... » (Vennat et coll., 2021, p. 118). Nous pouvons y ajouter la productivité et l'individualisme qui constituent actuellement l'idéologie dominante (Huard et Caldairou-Bessette, 2022). De plus, les rites qui autrefois appuyaient la transition vers la parentalité sont devenus rares, laissant les individus seuls avec l'impératif de devenir autonomes, et rapidement (Tagawa, 2012).

Le retour à domicile après l'accouchement est un moment délicat, empreint de vulnérabilité, où la famille se retrouve seule face aux défis de la nouvelle vie avec un bébé (Hamelin-Brabant et coll., 2015; Huard et Caldairou-Bessette, 2022). Une mère peut ressentir un sentiment d'isolement prolongé jusqu'à plus d'un an après la naissance de son bébé (Vennat et coll., 2018a). Non seulement la question du manque d'entourage se pose, mais la femme a également intériorisé tôt le message selon lequel elle doit « se débrouiller » seule (Vennat et coll., 2018b), ce qui peut

l'amener à s'isoler dans son mal-être. Tout ce qui ne correspond pas à des comportements maternels « allant de soi » semble difficile à dévoiler, dans le rapport à soi et dans le rapport aux autres (Molénat, 2012).

Dans différentes études menées sur des échantillons variés comprenant des mères de différents milieux, niveaux d'éducation, statuts professionnels, en couple ou non, il a été constaté que le manque de soutien a un impact significatif sur le bien-être psychologique des mères (Capponi et coll., 2013). Une étude menée en France en 2021 relève des taux très importants de dépression clinique (29,4 %) et d'anxiété élevée (38,2 %) des mères qui n'ont pas bénéficié d'étayage familial et amical en comparaison à celles qui en ont bénéficié, qui ont présenté des taux équivalents à ceux de la littérature internationale (13 % dépression et 16,8 % anxiété) (Vennat et coll., 2021).

1.4 Corps enceints : lieux intimes et collectifs

1.4.1 Le corps comme un lieu intime et social

Plus qu'une enveloppe de chair contenant des organes, le corps humain peut être appréhendé comme un lieu. En le considérant comme tel, nous pouvons mieux appréhender la complexité des expériences corporelles, ainsi que les enjeux sociaux et culturels qui y sont liés. Pour éclairer notre réflexion à ce sujet, nous sommes allée puiser dans divers textes philosophiques.

Le corps est un lieu intime qui transcende sa simple matérialité, car c'est à travers lui que s'incarne notre expérience individuelle. C'est là que se déploie notre rapport à soi, aux autres et au monde. Selon l'approche phénoménologique, le corps est un moyen par lequel le sujet expérimente le monde. Il est le point de départ de la conscience, de la perception, de l'existence et de la connaissance. Le corps est considéré comme étant toujours déjà immergé dans le monde, impliqué dans une relation dynamique et incarnée avec l'environnement (Merleau-Ponty, 1945).

Par cette interrelation très étroite avec l'environnement, le corps véhicule des normes, des codes et des cultures (Barthe-Deloizy, 2011). Ainsi, le corps ne se limite pas à être uniquement un lieu

intime, il est également le reflet de phénomènes sociaux plus larges. À ce titre, Butler (1990) remet en question l'idée d'un corps préexistant aux constructions sociales et soutient que le corps est en réalité construit et performatif, c'est-à-dire qu'il est créé et transformé à travers nos interactions et pratiques sociales. C'est alors par lui que se déploient et se contestent les normes de genre, de race, de classe sociale (Butler, 1990). Le corps est lieu de significations sociales et politiques, où s'expriment et se manifestent les rapports de pouvoir et les inégalités sociales (Young, 1990). L'étude des pratiques et des usages des lieux montre comment les natures et les dimensions du corps interagissent directement avec l'espace matériel et le transforment (Fournand, 2008; Tarrus, 2022).

Les corps enceints occupent une position ambiguë au sein du social. Ils sont d'abord, exposés à une visibilité sociale importante et surresponsabilisés individuellement par des normes prescriptives véhiculées par la documentation périnatale. Puis en deçà de cette dimension collective, les recherches sur l'image corporelle des femmes pendant la grossesse révèlent une perception intime difficile du corps pendant cette période.

1.4.2 Corps enceints, entre visibilité et invisibilité sociale

Le corps féminin est toujours vulnérable et cela s'accroît lorsqu'il devient enceint (Froidevaux-Mettrie, 2021). D'un côté, l'appréhension collective du corps enceint est massive. Nous faisons référence à la « prise en charge » littérale du corps enceint par les institutions médicales qui le scrutent et l'examinent (Bordeleau-Payer, 2022). Être enceinte signifie également être confrontée à des regards, des commentaires, voire des contacts physiques initiés par des personnes familières ou inconnues (Kukla, 2005). D'un autre côté, à mesure que ce corps devient collectif, le corps de la femme enceinte se retire progressivement de la sphère publique et devient presque inexistant à l'approche de l'accouchement, en raison des conditions physiques, mais aussi des représentations sociales. Par exemple, une femme enceinte est généralement dissuadée de fréquenter certains lieux sociaux, tels que les bars ou des espaces festifs, car il est attendu d'elle qu'elle se protège afin de protéger l'enfant qu'elle porte. Les prescriptions médicales alimentent d'ailleurs ces représentations (Fournand, 2008).

Précisons que la question de la visibilité/invisibilité des femmes dans l'organisation spatiale et dans l'ordre social dépasse le sujet de l'état de grossesse. De façon très brève, nous souhaitons ici souligner ce que Perreault (2022) développe dans son article : « une caractéristique de cette expérience spatiale féminine [qui] repose sur la tendance à s'effacer, à se faire invisible » en raison d'un ensemble de conditions et de circonstances sociales qui façonne l'expérience des femmes (p. 182).

1.4.2.1 Documentation périnatale et normes prescriptives

La documentation destinée aux femmes en période périnatale est largement axée sur les prescriptions morales et normatives. Les guides destinés aux mères en devenir insistent sur les « bons » comportements à adopter pendant la grossesse (Institut national de santé publique du Québec, 2023; Direction générale des services de santé et médecine universitaire du Québec, 2008). Ils abordent les thèmes tels que l'alimentation, les activités physiques recommandées, les exercices pour se préparer à l'accouchement et les comportements à éviter. Cependant, il est important de souligner que ces guides ne mentionnent rien quant à l'influence de l'environnement, tels que le rythme de nos sociétés, les facteurs de stress liés au travail, la pollution, etc. Cette approche sous-entend que la femme et ses comportements seraient les seuls responsables du « bon » développement du fœtus.

En ce qui concerne les discours médiatiques canadiens adressés aux femmes enceintes ou en post-partum, ils véhiculent diverses représentations et injonctions liées à la maternité. Lalancette et Germain (2018) identifient trois types de discours : « la performance dans la maternité domestique (ou les joies de la mère en contrôle) », « "Kidologie" (la science de l'enfant) ou les conseils pour la mère qui ne sait rien de rien » et « reprendre le contrôle de son corps » présenté comme un soin pour soi (p. 10). Relevons que là encore le système médiatique « a tendance à privilégier un discours psychologisant plutôt que des analyses plus collectives. Ce qui n'est pas sans lien avec une surresponsabilisation des individus, notamment la surresponsabilisation des parents dans les discours sociaux concernant la parentalité » (Neyrand, 2018, p. 45).

Les représentations morales et normatives de la maternité remontent à l'origine même du terme « maternitas » établi par l'Église à partir du XIIe siècle. À cette époque, la maternité était perçue comme un concept spirituel, moral et religieux en référence à la mère de Dieu. Socialement, la maternité n'était ni valorisée ni examinée sur le plan physiologique par les médecins. Elle était considérée comme une affaire exclusivement féminine, les femmes étant responsables de mettre au monde des enfants et de s'en occuper (Knibiehler, 2012).

1.4.2.2 Recherches portant sur l'image corporelle des femmes enceintes

La grossesse se vit dans le corps et les grandes transformations hormonales et physiologiques ont un effet sur la représentation de soi (Desmecht et Achim, 2016). La grossesse est une expérience riche, complexe, éminemment singulière. Elle est souvent idéalisée et considérée comme un état de grâce et une période d'épanouissement (Hubin-Gayte et Squires, 2012). Pourtant, force est de constater que ce n'est pas le vécu de toutes les parturientes. L'expérience corporelle de la gestation peut être source de grandes angoisses (Pascal et coll., 2011). Cette thèse s'intéresse à l'expérience de femmes qui diffère de la représentation idyllique dominante.

Vivre un corps en évolution constante peut exacerber des sentiments d'impuissance pour certaines femmes : l'imprévisibilité du corps, le manque de prise sur l'évolution de celui-ci et son corollaire, l'hypervigilance vis-à-vis des symptômes somatiques (Reeves et coll., 2016). Dans le cadre d'une revue de la littérature au sujet des épreuves projectives en périnatalité, Minjollet et Valente (2015) concluent que la fragilité de l'image corporelle apparaît comme un élément prédominant au sein des réponses de plusieurs femmes enceintes. Cette fragilité se manifeste particulièrement par le renforcement des limites corporelles et l'émergence, parfois, d'un sentiment d'étrangeté vis-à-vis du corps.

En lisant les recherches en psychologie publiées au cours des cinq dernières années qui portent sur l'expérience corporelle de la grossesse, nous remarquons que la plupart d'entre elles se concentrent sur l'axe de la satisfaction liée à l'image corporelle. Pour certaines femmes, les changements corporels peuvent causer de l'insatisfaction et des préoccupations concernant leur image corporelle (Achim et coll., 2022). Les thèmes de l'apparence, le poids, le jugement de soi, les soins de santé

maternels et les stratégies de santé et de sécurité pendant la pandémie COVID-19 peuvent être vecteurs d'inquiétudes (Nolen et coll., 2022; Pięta et coll., 2021). Une étude en Iran a montré que la satisfaction de l'image corporelle pendant la grossesse est liée au bien-être psychologique (Fahami et coll., 2018), une autre étude menée au Canada montre un lien significatif entre insatisfaction corporelle et comportements alimentaires perturbés pendant la grossesse (Tang et coll., 2022), un article polonais conclut que l'insatisfaction corporelle pendant la grossesse constituerait un facteur prédictif de la dépression prénatale (Przybyła-Basista et coll., 2020). Ces recherches mettent en évidence la nécessité d'adapter et d'élargir les référents autour de l'image corporelle des femmes et les théories à utiliser comme cadre pour leurs expériences de grossesse (Watson et coll., 2016).

Nous pouvons interroger dans quelle mesure l'axe de la satisfaction de la femme vis-à-vis de son corps serait propre à l'état de grossesse, et en quoi elle a pu susciter l'intérêt de nombreuses recherches. Nous savons que les attentes socioculturelles entourant la grossesse jouent un rôle dans la satisfaction corporelle des femmes. La société valorise souvent l'image de la femme enceinte qui incarne la féminité idéalisée, ce qui peut entraîner une dissonance entre les attentes extérieures et l'expérience vécue par les femmes enceintes. C'est probablement cette dissonance entre les attentes sociales et la réalité de la grossesse qui a pu participer à l'intérêt dont il est question. Cependant, il convient de reconnaître que l'insatisfaction corporelle des femmes ne se limite pas à la grossesse. Quand bien même le droit à l'avortement et à la contraception a permis de libérer les femmes de la contrainte de la maternité obligatoire et des grossesses non désirées, il est clair que le travail pour obtenir une véritable libération corporelle des femmes est loin d'être terminé (Froidevaux-Metterie, 2021).

1.5 Espaces de parole et d'expression pour les femmes enceintes

Depuis les dernières années, les médias jouent un rôle essentiel dans la reconnaissance de la complexité et de la diversité des expériences maternelles. Par ailleurs, il y a déjà plusieurs décennies, c'est via la pratique clinique que les expériences singulières de femmes enceintes ont

été entendues. De là, les psychanalystes ont décrit les différentes facettes propres à cette période, façonnée par des conflits internes marqués et des désirs ambivalents.

1.5.1 Reconnaissance d'expériences maternelles plurielles via les espaces médiatiques

Même si l'option de décider d'avoir ou non un enfant existe désormais, cette avancée sociale majeure s'est accompagnée de l'idée d'une maternité « décidée et donc heureuse » qui se confronte à des réalités bien plus complexes (Molénat, 2012). La maternité et la grossesse demeurent intrinsèquement liées à un ensemble de responsabilités, d'incertitudes et d'ambivalence.

Ces dernières années, les réseaux sociaux, les podcasts alternatifs tels que « Bliss Stories » et « Faites des gosses », mais aussi certains médias plus conventionnels donnent de plus en plus de visibilité aux expériences maternelles variées. Les difficultés et les tensions liées au fait d'être mère sont abordées sans qu'elles soient nécessairement présentées comme psychopathologiques. Il est question, pour ne citer que des exemples, de dépression et d'anxiété pré et postnatales, du babyblues, mais aussi de l'épuisement maternel, du regret maternel, de la « Mom Rage », de la culpabilité maternelle, de la pression liée aux modèles de performances maternelles, professionnelles, conjugales et relationnelles (Blanchette, 2022; El-Hage et Jansen, 2021; Lévy, 2022; Mauger, 2022; Wysocka, 2020).

Les conséquences de la dépression ou d'une anxiété sévère périnatales sur l'attachement mère-bébé sont connues. La communauté scientifique s'est longtemps intéressée aux effets négatifs d'une psychopathologie maternelle sur le développement de l'enfant et cet intérêt s'est souvent manifesté au détriment de celui portant sur la détresse subjective des mères (Bydlowski, 2008). En revanche, compte tenu d'une prévalence importante des dépressions post-partum, une certaine préoccupation sociale s'est exprimée ces dernières années au sujet de ce trouble. Aux États-Unis, les études épidémiologiques et longitudinales ont relevé des taux de 3,7% à 37,3% de femmes présentant le trouble jusqu'à un an après leur accouchement. Au Québec, ce même type d'études comptent des taux allant de 6 % à 25 % (Goron, 2017). Relevons qu'au sein de la catégorie « dépressions maternelles » se trouve une diversité d'états psychiques, se distinguant tant par leurs symptômes cliniques que par leur pronostic (Bydlowski, 2008).

Au fur et à mesure de la prise de conscience de la diversité des expériences maternelles se renforce l'importance accordée à la grossesse, cette période préalable (Molénat, 2012). Alors que ces expériences s'expriment et se font entendre, il devient essentiel d'accroître l'attention portée au vécu des femmes enceintes, en veillant non seulement à leur bien-être, mais en reconnaissant la valeur de leur expérience individuelle et collective.

1.5.2 Entendre les expériences des femmes enceintes à partir de la clinique

Depuis le milieu du XXe siècle, plusieurs psychanalystes ont décrit les caractéristiques psychiques des femmes enceintes à partir de leurs discours. La grossesse a été décrite comme une crise en raison des nombreux changements somato-psychiques vécus dans un temps restreint (Bibring, 1959; Racamier, 1979). Pendant la grossesse, de nombreux thèmes sont au travail psychiquement : l'image du corps, l'identité et ses mouvements identificatoires, le désir d'avoir un enfant, l'enfant imaginé versus l'enfant réel, objet de désirs ambivalents, porteur d'idéaux et d'enjeux de réparation, complément narcissique... (Bydlowski, 2001).

1.5.2.1 La grossesse, une crise analogue à celle de l'adolescence

La grossesse et le fait de devenir mère relèvent d'une crise analogue à celle de l'adolescence (Delassus, 2014). À ce titre, une anthropologue Raphaël (1975) propose le terme de « matrescence » né de la contraction linguistique des termes « adolescence » et « maternité ». Ce n'est que plus récemment que le terme « matrescence » a gagné en popularité, en particulier dans les domaines de la psychologie périnatale.

Ces périodes de crise, qu'elles soient vécues pendant la grossesse ou l'adolescence, sont marquées par des transformations corporelles et des transitions identitaires significatives vécues dans un temps restreint (Abdel-Baki et Poulin, 2004). Dans le contexte de l'adolescence, les transformations corporelles s'imposant à l'adolescent soulèvent des interrogations sur le rapport aux autres, et la façon dont il se présente et interagit avec eux (Le Breton, 2016). Tant pour la femme devenant mère que pour l'adolescent devenant adulte, le corps échappe au contrôle, tout comme le nouveau statut qu'ils acquièrent dans le contexte social (Le Breton, 2016; Pascal et coll., 2011).

Ces périodes sont caractérisées par l'appréhension et l'intégration d'une nouvelle identité, ce qui peut ébranler ses fondements et la rendre fluctuante et fragile (Racamier, 1979). Le devenir parent module l'identité, la femme enceinte est prise entre plusieurs générations. Beaucoup d'écrits soulignent les nombreuses identifications de la femme enceinte à sa mère, à la mère qu'elle souhaite devenir, à l'enfant à naître, et l'enfant qu'elle a été, à son expérience en tant que bébé, et en particulier à la façon dont elle a été portée par sa mère (Bydlowski, 2001).

1.5.2.2 Conflictualité

La transition à la parentalité est l'occasion pour les futurs parents d'une remise en jeu de leurs propres expériences de liens : dépendance-autonomie, rapprochement-distance, fiabilité ou inconstance, sécurité ou insécurité (Molénat, 2012). En même temps que des identifications se produisent, l'accès au statut de parent réactive les processus de séparation-individuation vis-à-vis des figures parentales (Faure-Pragier, 2011). Des enjeux archaïques et infantiles sont mobilisés, notamment certaines étapes du développement ainsi que les fondements pulsionnels et conflictuels de la personne (Bibring, 1959).

L'état affectif de la femme est fragilisé (Racamier, 1979). D'un côté, il a été décrit par Winnicott (1956) comme une hypersensibilité particulière, qui s'apparenterait à une maladie, mais qui n'en est pas une, et qu'il appelle la préoccupation maternelle primaire. Selon lui, cette hypersensibilité favoriserait les réponses de la femme aux besoins de son enfant après la naissance. D'un autre côté, cette fragilisation serait en lien avec l'aspect conflictuel de cette période qui favoriserait un retour sur soi, sur sa propre histoire. Le bébé dont parle la femme enceinte est imaginaire, il renseigne sur elle plus que sur lui. La perlaboration des enjeux qui émergent pour la femme pendant sa grossesse permettrait à s'approprier son histoire ou à se la réapproprier (Bydlowski, 2001). Dans les deux cas, cet état psychique favoriserait l'accueil de l'enfant en lui offrant une plus grande disponibilité lors de son arrivée.

Bydlowski (2005) observe une conflictualité exagérée dans les discours des femmes enceintes, ce qui l'amène à développer un concept permettant de décrire ce phénomène : la transparence psychique. Elle explique ce phénomène d'un point de vue économique; la conception d'un enfant

mobiliserait tant d'énergie psychique que l'énergie restante dédiée au maintien des refoulés inconscients serait moins efficace pour exercer sa fonction (Bydlowski, 2005). Les remémorations infantiles vont de soi, et ne suscitent pas les résistances habituelles (Bydlowski, 2005).

La grossesse entraîne des remaniements psychiques qui se produisent chez toutes les femmes enceintes, mais le concept de transparence psychique tel que le décrit Bydlowski (2005) n'est pas observable chez chacune. Missonnier (2014a) précise que la transparence psychique est souvent idéalisée, alors qu'« elle est aux extrêmes, source de catastrophiques répétitions morbides ou de radicales transformations maturantes mais, dans les deux cas, toujours synonymes de crise » (p. 47).

1.5.2.3 Ambivalence

L'amour parental est toujours teinté d'ambivalence (Golse et Biot, 2017), et ce, dès la grossesse (Raphaël-Leff, 2010; Vacheron, 2015). Loin d'être un instinct, cet amour complexe et imparfait n'est pas tel que décrit (Badinter, 2010). De manière plus ou moins consciente et élaborée, la période de gestation est marquée par des paradoxes et des sentiments contradictoires vis-à-vis de l'enfant porté (Boige, 2004; Spiess, 2002), et par des sentiments d'amour et de haine qui sont exacerbés (Lechartier-Atlan, 2001).

L'ambivalence, qui est toujours présente et nécessaire, est difficile à exprimer pour les femmes enceintes en raison notamment des représentations sociales. Depuis le XVIII^e siècle, avec l'avènement de la philosophie des lumières, le rôle maternel et la dévotion envers l'enfant ont été valorisés, contrastant avec une vision antérieure de la maternité comme une responsabilité ordinaire (Knibiehler, 2012). Les luttes féministes du XX^e siècle ont remis en question cette identité en dissociant le rôle de mère de celui de femme, et en réfutant l'idée de l'amour maternel et des mauvaises mères (Badinter, 2010; Beauvoir, 1949). Malgré cela, les représentations traditionnelles demeurent solidement ancrées, définissant les attentes envers une « bonne mère » par sa sensibilité, son attention, ses compétences parentales, et sa dévotion (Delassus, 2011), omettant les sentiments ambivalents souvent porteurs d'agressivité.

La grossesse concentre l'attention sur soi et sur l'enfant à naître parfois vécu « comme une extension de soi ». Ce moment peut donc être une occasion privilégiée, bien que temporaire, d'amplifier son narcissisme (sens psychanalytique), en raison de l'attention portée. En revanche, le narcissisme de la femme peut aussi être affecté d'une autre manière, elle peut vivre la grossesse de manière plutôt menaçante, en se sentant dévalorisée en raison de l'attention portée au bébé plus que sur elle (Lechartier-Atlan, 2001). Elle peut aussi se sentir abîmée dans son intégrité physique (Bruwier, 2012). Ainsi, une rivalité narcissique peut être ravivée chez le parent, de façon là encore plus ou moins consciente, notamment par la crainte de perdre l'attention et l'amour qui sont représentés par leur propre parent. Cette rivalité peut se projeter sur un autre enfant, un frère ou une sœur, ou sur le conjoint (Lechartier-Atlan, 2001).

1.6 Choix de l'orientation de la thèse

Compte tenu du manque de continuité entre les discours dominants, les pratiques et les expériences multiples des femmes entourant la grossesse, nous tenons à adopter une démarche de recherche qui se veut être au plus près du vécu de ces dernières. C'est pourquoi nous travaillons à partir de leurs discours. Nous ne voulons pas nous limiter à une approche à fleur de clinique dont se chargent les discours conventionnels. Nous souhaitons enrichir la reconnaissance des expériences maternelles plurielles, en insistant sur leurs complexités, leurs nuances, leurs tensions, comme s'en charge assez bien la psychanalyse. Mais reste-t-il encore des choses à en dire ?

La méthode de recherche du laboratoire proposait, à la manière d'une pratique clinique psychanalytique, de laisser émerger une question qui se serait présentée à nous lors de l'écoute d'entretiens de recherche avec des femmes enceintes déjà effectués. Nous y reviendrons lors du chapitre méthodologique. De cette écoute, les métaphores du nid, du cocon, de la bulle, très souvent utilisées par ces femmes, nous ont interpellées. Ces métaphores semblaient toujours porter un sens équivoque. Était-il question de lieu ? De limites ? De protection ? De mise à distance ? De contenance ? Nous étions sensible à un mélange de besoins et d'angoisses vécus à la fois dans le corps et dans le langage.

Précisons que nous faisons le choix de diriger notre recherche vers les expériences des femmes enceintes qui diffèrent de la représentation idyllique dominante de la grossesse. Cette orientation est influencée par notre propre intérêt, qui a d'ailleurs guidé notre écoute vers certains types de discours plus que sur d'autres, peut-être plus porteurs de conflictualité que d'autres, au sein du matériel de recherche. Par cette décision, nous n'omettons pas que la grossesse puisse être vécue de manière épanouissante, et que la mère puisse se sentir en symbiose avec le fœtus sur le plan affectif et symbolique. Ce n'est simplement pas sur ce type de vécu de grossesse que cette thèse s'épanche.

À partir des entrevues sélectionnées, nous avons alors décidé d'orienter notre travail vers la question suivante : comment s'articulent les dimensions expérientielles corporelles et psychiques de femmes enceintes ? Par la suite, plusieurs autres questions ont émergé : comment se fait-il que l'expérience corporelle si singulière de la grossesse soit finalement assez peu étudiée ? De qui, de quoi est-il question lors de l'utilisation des métaphores de bulle et de cocon ? Que disent ces femmes de leurs expériences relationnelles ? Comment entendre le vécu qu'elles rapportent dans une expérience globale incluant les aspects psychique, corporel, relationnel, sociaux ?

CHAPITRE 2

CONTEXTE THÉORIQUE

2.1 Grossesses : expériences corporelles au-delà du corps-chair

Le corps de la femme est son territoire personnel. Il lui appartient en tout temps, même s'il peut parfois devenir le lieu d'accueil d'un autre être. Ce corps est le lieu du vécu, de la mémoire et du traitement des expériences actuelles et passées. Le corps est constamment façonné, imprégné et transformé par les expériences qu'il traverse. À partir de son corps, la femme construit son identité et apprend à se percevoir et à se connaître. Ses sensations et ses stimulations lui fournissent des indications sur ses désirs et ses angoisses. Son corps la supporte, et elle le supporte en retour (Lupien Chénier, 2020).

La grossesse est une période de changements importants dans un temps restreint pour les corps-chairs des femmes. Les menstruations s'arrêtent, la masse corporelle augmente, la poitrine gonfle, le ventre s'arrondit, la peau s'étire, etc. (Bottemanne et Joly, 2022). Les corps-chairs, celui de la mère et celui du fœtus, sont définis ici comme « un fragment d'espace, enveloppe de chair contenant l'ensemble des organes » (Moreau et Vinit, 2007, p. 37). C'est ce corps qui est surveillé, examiné et manipulé par les professionnels médicaux. Dans la suite du texte, nous nous intéressons à l'expérience corporelle de la femme qui correspond à ses éprouvés et ses sensations qui sont influencés par ses représentations psychiques (Bruwier, 2012). Selon la littérature psychanalytique, les représentations psychiques sont construites fantasmatiquement dans le lien à l'autre. Nous y reviendrons.

Lorsque nous parlons des éprouvés et des sensations, nous faisons référence aux notions de proprioception, d'interoception et de neuroception. Il en existe d'autres, cependant, pour notre travail, nous nous concentrons principalement sur celles-là. La proprioception concerne notre conscience de la position et du mouvement de notre corps dans l'espace. Elle nous permet de savoir où se trouve notre corps sans le regarder directement. Comment est vécu le volume du corps enceint dans l'espace ? L'interoception se réfère à la perception des signaux internes de notre corps, notamment lors des mouvements du bébé. Ils peuvent être ressentis pour la première fois vers la fin du premier trimestre, et ils deviennent plus fréquents et plus vigoureux à mesure que le fœtus grandit. La neuroception correspond à notre capacité à détecter les signaux de danger, de risque ou de sécurité dans notre environnement (Arbour et Youwakim, 2023).

L'expérience corporelle de la grossesse implique qu'un corps héberge un autre corps. Comment se déroule cette cohabitation ? Rappelons que dans le but d'élargir notre compréhension des différentes expériences liées à la grossesse, cette thèse approfondit les vécus des femmes enceintes qui se distinguent de la représentation dominante, c'est à dire, de l'idée d'une expérience entièrement positive, enivrante, et génératrice d'un sentiment de complétude. Cela peut toutefois s'appliquer à certaines femmes.

Nous nous intéressons alors à deux aspects : le vécu de corps à corps et la sensation d'une créature en soi. Ces deux expériences ne s'excluent pas mutuellement et peuvent coexister au sein de la même expérience de grossesse. Quel qu'il soit, le vécu de grossesse peut susciter des sentiments d'envahissement et une inquiétante étrangeté.

2.1.1 Un corps à corps

C'est extraordinaire cette présence envahissante. Clément persiste à me trouver belle, je me trouve, moi, d'une beauté un peu effrayante. Il me semble qu'au sixième mois j'étais moins grosse quand je portais Josée. 9 mois, 40 semaines, 280 jours. Éprouver concrètement dans ses muscles, dans ses sens, dans sa chair la croissance prodigieuse d'un autre être que soi. M'accroître de lui. Faire corps avec lui. Le réchauffer, le nourrir, l'envelopper de mon corps. (Poirier, 1968)

Ce sont les premières phrases que prononce Anne-Claire Poirier (1968) dans son film, en se regardant dans le miroir et en touchant son ventre de femme enceinte. Pendant sa deuxième grossesse, Anne-Claire Poirier réalise le documentaire « De mère en fille ». Elle y expose le corps de la femme enceinte révélant ses défis et ses angoisses. Tourné en 1967, ce film est considéré comme un des premiers longs métrages au Québec traitant du vécu des femmes sur le thème de la maternité.

« 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). Racamier (1979) remarque que la femme enceinte pourrait vivre indistinctement son propre corps et celui de l'enfant qu'elle porte, et qu'elle établirait à ce moment un rapport à autrui plus indifférencié qu'à l'habitude. Poirier (1968) dit « faire corps avec lui », cet « autre être ». Par la présence ambiguë de deux êtres au sein d'un seul être, un corps à corps se joue. Ceci semble renforcé par la dépendance vitale du fœtus vers la femme (Benhaïm, 2002), qui s'illustre dans le récit de la réalisatrice par le plaisir qu'elle semble éprouver à « le réchauffer, le nourrir, l'envelopper de son corps ». Au sujet de ce « corps à corps », lorsque la femme ressent les mouvements actifs du fœtus, ceux-ci se manifestent par des sensations internes telles que des frémissements, des frôlements ou des coups. Les sensations peuvent être vécues comme des sensations propres qui émanent de son propre corps, pas de celui d'un autre, et ainsi, le corps de l'enfant échappe à toute représentation (Bydlowski, 2001).

La grossesse constitue l'expérience d'une relation des plus fusionnelles qui puisse être vécue entre deux êtres humains tout en demeurant intimement liée à l'inéluctable accouchement. Pendant la grossesse, la question de la fusion primitive avec le corps de la mère est réactualisée « ainsi que la toute première – et peut-être traumatique – séparation qu'a constituée la naissance » (Péretié, 2010, p. 53). L'expérience de l'accouchement permet une première transition vers la séparation des corps en deux entités distinctes. Lors de la naissance, parfois deux deuils co-existent, non seulement du bébé qui a été porté, mais aussi de celui qui vient de naître (Benhaïm, 2002).

2.1.2 Une créature en soi

Le titre de cette section présente un sens équivoque, faisant référence à une créature « en soi », à savoir un être distinct et autonome, ou une créature « en soi » soulignant la présence d'une créature à l'intérieur de soi-même. Cette ambiguïté se retranscrit dans le court métrage de Noémie Letu (2016) qu'elle réalise pendant sa grossesse. Voici un extrait de son texte :

Mon corps est peu à peu envahi par une lourdeur indomptable et je perds le contrôle. Un monde abyssal évolue dans mon ventre. Une méduse qui gratte les parois. Une anguille dont le dos crée des reliefs ondulatoires étranges. Mon identité s'efface à mesure que mon ventre grossit. Vous me voyez comme la patiente au corps offert, la femelle nourricière, l'écrin précieux et sacré. Je n'ai plus de métier, d'histoires vécues et de projets d'avenir. Je suis procréation. (Letu, 2016)

Dans ce texte, l'embryon est représenté de manière déshumanisée, Letu parle de créatures marines telles que la méduse et l'anguille. Cet être se distingue clairement d'elle-même. Sur sa peau se dessinent les contours de son dos ou de ses mains qui grattent. Cette image témoigne d'un autre corps à l'intérieur du sien. Ces scènes sont corrélées aux notions d'envahissement, d'étrangeté et de changement d'identité.

Simone de Beauvoir (1949) écrit que « le fœtus est une partie de son corps, et c'est un parasite qui l'exploite ; elle le possède et elle est possédée par lui » (Beauvoir, 1949, p. 156). Lechartier-Altan (2001) retranscrit des paroles de ses patientes enceintes qui relèvent du même registre. Elle écrit : « Ce quelque chose de mystérieux qui se développe à l'intérieur est souvent vécu comme menaçant, au premier chef, pour celle qui le porte : "Un crabe qui me dévore de l'intérieur", dit l'une, "une tumeur" dit l'autre » (Lechartier-Altan, 2001, p. 443). D'ailleurs, lorsque le terme « tumeur » est utilisé, il fait référence à la maladie, un élément étranger que le corps n'assimile pas, qu'il souhaiterait éliminer. Dans cette même idée, le crabe est une image particulièrement associée à la maladie du cancer. Soulignons à ce titre que la grossesse est une aberration biologique sur le plan immunitaire, un événement où deux matériels génétiques différents cohabitent.

La notion de laisser-faire du corps pendant la grossesse peut exacerber un sentiment d'effraction dans le corps et un sentiment d'intrusion (Pascal et coll., 2011). Ce qui se passe à l'intérieur du ventre peut être vécu avec méfiance et suspicion, Klein (1932) a décrit la crainte que peuvent avoir

les femmes d'avoir un intérieur abîmé, endommagé. Aussi, Letu (2016) évoque l'idée d' « étendue » lorsqu'elle compare son intérieur à un « monde abyssal » puis associé sur son vécu identitaire. Ceci s'apparente à ce qu'écrit Beauvoir (1949). Elle déclare qu'une femme enceinte peut « se sentir vaste comme le monde » tout en étant paradoxalement réduite sur le plan identitaire (Beauvoir, 1949, p. 156).

2.1.3 Inquiétante étrangeté

Le monde interne des femmes enceintes se dessine comme un « bébé d'autrefois portant un enfant à naître, et se souvenant dans son corps de ses émotions anciennes » (Bydlowski, 2000, p. 102). De plus, « la grossesse est la rencontre avec un réel; c'est-à-dire avec ce que le corps a d'irreprésentable dans le sens de corps archaïque » (Giroux, 2011, p. 158). Le sentiment d'« inquiétante étrangeté » (traduction française de « Unheimliche ») décrit par Freud (1919) nous permet d'appréhender ce que certaines femmes enceintes pourraient ressentir, bien que ce concept n'ait pas été spécifiquement exploré dans ce contexte. Il désigne une forme d'effroi, de peur et d'angoisse associée à quelque chose de familier et connu. Ce n'est pas le contenu refoulé en soi qui suscite l'angoisse, qu'il soit traumatique ou non, mais plutôt le processus de réémergence et le sentiment de « déjà connu » qui lui est associé. Dans cette perspective, les ressentis pendant la grossesse peuvent laisser une trace renforcée en raison de leur association avec des émotions du même type vécues dans un autre temps (Molénat, 2012).

2.1.4 Une présence envahissante

Tant Poirier (1968) que Letu (2016) font référence au fait que le corps est occupé par un autre être, et que peu importe la manière, cette présence est envahissante. « Une impression d'atteinte corporelle domine, appelant une mise en représentation psychique » (Pascal et coll., 2011, p. 139). Il reste beaucoup à étudier concernant les enjeux qui entourent cette présence de l'autre en soi propre à la grossesse. Il nous semble que cette caractéristique du rapport féminin à autrui n'a pas encore reçu toute l'attention qu'elle mérite.

Les processus de transformation somato-psychique de la grossesse entraînent des fluctuations quant aux frontières soi/non-soi. Se réactive la question des limites et de l'articulation du corps et de la psyché, de soi, de l'autre, de l'autre en soi (Missonnier, 2014a). En effet, lors de la conception, la femme se trouve confrontée à la présence d'un être humain en cours de développement à l'intérieur de son corps. Elle devrait progressivement établir une relation avec lui, sous une forme inhabituelle : elle ne connaît pas cet être, qui plus est, se trouve intriqué à l'intérieur d'elle-même (Bayle, 2016).

Un autre est présent à l'intérieur de soi, pas totalement soi, mais pas complètement autre non plus. Selon Racamier (1979), l'état psychique des femmes enceintes se rapproche temporairement d'un fonctionnement psychotique tout en restant réversible. Le Moi et l'aspect identitaire sont fragiles et inconstants, la relation d'objet s'établit sur le mode de la confusion entre soi et autrui. L'impression d'étrangeté et de malaise peut se situer au moment de la première image échographique, « l'expérience échographique provoque l'énonciation d'un dédoublement entre ventre et fœtus, entre femme et mère, qui brouille les limites corporelles et identitaires du sujet » (Spiess, 2002, p. 46).

Bayle (2016) apporte une considération importante : le bouleversement psychique observé chez les femmes enceintes a souvent été interprété dans une perspective finaliste (section 1.5.2.2.). Cet état serait lié à la préparation de la femme à adopter une nouvelle identité et à prendre soin de son enfant. Cependant, Bayle (2016) invite à s'interroger : cet état de fragilité et de conflictualité accrue pourrait-il également être dû à l'intrusion de l'être humain en gestation dans l'espace corporel et psychique de la femme ?

2.1.5 Nidification psychique

« La grossesse impose un processus d'intégration psychique de l'être conçu » (Bayle, 2016, p. 21). Bayle (2016) évoque ici la notion de gestation psychique, dans le contexte de son étude sur les négations de grossesse, qui s'inspire du concept de nidation parentale que décrit Missonnier (2007). Vacheron (2015) décrit l'aspect temporel de la gestation psychique selon les trimestres de la grossesse et des représentations du bébé.

La nidification fœtale et nidation parentale (Missonnier, 2007) renvoient à deux dimensions complémentaires de la parentalité qui accompagne la grossesse physiologique. La nidification fœtale réfère à la création d'un environnement sécurisant et propice pour le développement de l'enfant avant sa naissance, simulant ainsi un « nid » enveloppant et protecteur. Cela peut inclure des actions telles que la préparation de la chambre du bébé, la récolte de vêtements et d'articles, ainsi que l'organisation de la vie quotidienne en prévision de l'arrivée de l'enfant. La nidation parentale, qui s'apparente à la gestation psychique dont parle Bayle (2005), réfère à la construction d'un espace interne psychique de relation avec l'enfant, porteur d'imaginaire et de représentations (Missonnier, 2007). Pendant la grossesse, la présence de l'enfant incite la femme à penser à lui, à se préparer à l'accueillir tant sur le plan matériel qu'affectif. Cela accompagne le processus du devenir mère (Bayle, 2005).

En résumé, la grossesse physiologique est éprouvée de toute sorte de manières, imposant la présence d'une altérité, pouvant être envahissante, dans le corps de la femme enceinte. « Dans le vécu de la grossesse, "consentir au corps" vient certainement avec la nécessité de faire face à l'altérité qui grandit en nous, de faire face à l'inconnu avec qui nous faisons corps » (Huard et Caldairou-Bessette, 2022, p. 52). Cette présence nécessite d'être tolérée psychiquement. Comment cette articulation s'opère-t-elle ?

2.2 Articulation corps-psyché

La manière dont les femmes enceintes évoquent leur vécu corporel est une source d'information sur leur monde interne. « Le monde intérieur est le monde personnel, dans la mesure où il est, dans le fantasme, à l'intérieur des limites du Moi – et de l'enveloppe cutanée du corps » (Winnicott, 1990, p. 113). Les limites du Moi se rapprochent-elles des limites du corps ? Anzieu (1990) écrit : « Tout point de vue topique est nécessairement métaphorique; on ne peut en parler que par des analogies; l'espace psychique et l'espace physique se constituent en métaphores réciproques » (cité dans Sechaud, 2008, p. 25). Il écrit ensuite que le Moi-Peau est une de ces métaphores, nous

pourrions ajouter que l'image inconsciente du corps (Dolto, 1956) en est une autre. Dans la suite du texte, nous ferons référence à plusieurs reprises à l'enveloppe, qui inclut les aspects psychiques et corporels, car son utilisation présente l'avantage de transcender la séparation entre psyché et corps.

Dans la prochaine partie, le bébé dont nous parlons est le plus souvent le bébé qu'a été la femme enceinte. Nous proposons des éléments théoriques qui nous permettent de réfléchir aux éléments développementaux suivants :

- Se représenter comme un Moi, un tout unifié
- Se représenter comme un Moi contenant les contenus psychiques
- Être un Moi en relation avec autrui

2.2.1 Se représenter comme un Moi, un tout unifié

Se représenter comme un Moi, c'est le sentiment d'être un, une seule et unique entité indivisible, avec des contours qui délimitent l'intérieur de l'extérieur. Par l'intériorisation de ce sentiment, il est possible de reconnaître autrui, lui aussi, comme un tout unifié et différencié. Winnicott écrit :

Ce que je décris est l'étape du développement au cours de laquelle un tout petit enfant devient une unité, capable d'éprouver le self comme un tout (et par conséquent autrui), un tout c'est-à-dire une chose et une seule, limitée par une membrane et ayant un dedans et un dehors. Ceci couvre, comme je l'ai dit, l'ensemble du développement qui conduit à la formation de ce sentiment d'être un. (Winnicott, 1990, p. 92)

2.2.1.1 La construction du Moi s'étaye sur la peau

Rien n'est dans la pensée qui ne fut d'abord dans le corps. Au cours du développement physiologique du bébé, le sens du toucher est parmi les sens les plus précoces. Le premier étayage auquel le bébé a directement accès est le corps de sa mère, d'abord à l'intérieur de l'utérus puis à l'extérieur de celui-ci (Anzieu, 1985). Dès le troisième mois de la grossesse, les récepteurs cutanés commencent à se former. Vers l'âge de quatre mois, les paumes des mains, les plantes des pieds et

l'ensemble du visage sont dotés de récepteurs cutanés. Au cinquième mois, le reste du corps rejoint cette sensibilité. Ensuite, vers le septième mois, les voies nerveuses s'établissent de manière fonctionnelle, connectant ainsi la peau, la moelle épinière et le cerveau pour une perception tactile complète et intégrée (Delion, 2021). L'importance de la sensorialité dans le processus de construction psychique du sujet est indéniable (Golse, 2016).

Freud (1905) présente le corps comme une fonction d'étayage dans la construction du Moi, et mentionne que toute activité psychique s'étaye sur un aspect corporel. Vingt ans plus tard, il écrit que « le Moi est avant tout un moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais lui-même la projection d'une surface » (Freud, 1923, p. 270). Une note en bas de page précise sa pensée :

Le moi est finalement dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source à la surface du corps. Il peut ainsi être considéré comme une projection mentale de la surface du corps, et de plus, comme nous l'avons vu plus haut, il représente la surface de l'appareil mental. (Freud, 1923, p. 270)

Ceci est repris par Anzieu (1974, cité dans Kaës, 2008, p. 36) qui considère que « la première différenciation du Moi au sein de l'appareil psychique s'étaye sur les sensations de la peau et consiste en une figuration symbolique de celle-ci [le Moi-peau] ». Nous reviendrons sur le Moi-Peau un peu plus tard, mais nous présentons d'abord une autre représentation, celle de l'image inconsciente du corps (Dolto, 1956).

2.2.1.2 L'image inconsciente du corps

L'image inconsciente du corps est une représentation interne qui associe la réalité somatique, le corps, à la réalité psychique, l'image (Dolto, 1956). Elle se distingue du schéma corporel qui réfère à une réalité de fait, et qui est en principe le même pour toutes les personnes. La conceptualisation de l'image inconsciente du corps sous-tend deux éléments qui lui sont associés : d'abord, l'aspect dynamique de cette image indispensable à la construction et reconstruction psychique; ensuite, l'élaboration de cette image qui se produit par l'entremise des castrations symboligènes qui sont des processus de symbolisation par la parole (Dolto, 1956). Selon Dolto (1956), grâce à un

sentiment de continuité et par le sentiment intime de s'inscrire dans la lignée de vie, se développe le sentiment d'exister, autrement dit, le narcissisme primaire. L'image inconsciente du corps, par sa dimension imaginaire et symbolique, est le support de la construction narcissique (Bruwier, 2012).

Tel que nous l'avons décrit dans le premier chapitre, le sentiment de continuité est un des principes fondamentaux de l'accompagnement des femmes enceintes. « Le maintien d'un sentiment de continuité interne, dans ces moments de bouleversement corporel et émotionnel, en particulier chez la future mère, entraîne la réactivation des étapes de construction avec leurs particularités » (Molénat, 2012, p. 5). En fonction de ce qui a été vécu par le passé, les manifestations de ce qui est réactivé peuvent étonner les proches, les professionnels, et même surtout, la femme elle-même.

2.2.2 Se représenter comme un Moi contenant les contenus psychiques

2.2.2.1 Le Moi-Peau et les enveloppes

Le Moi-Peau est défini comme « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme un Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps » (Anzieu, 1985, p. 148). Le Moi-Peau assure les fonctions de contenir, de différencier et d'être en relation. Ces trois termes sont d'ailleurs les mots-clefs de ce deuxième chapitre. Les caractéristiques du Moi-Peau (Anzieu, 1985) sont dérivées des fonctions biologiques de la peau:

- celle d'un sac qui contient et retient à l'intérieur le bon et le plein. L'allaitement, les soins, le bain de paroles y sont accumulés.
- La peau est aussi la surface de séparation (interface) qui marque la limite par rapport au dehors et le maintient à l'extérieur. Elle constitue une barrière protectrice contre la pénétration des avidités et des agressions d'autrui, êtres ou objets.
- La peau est un lieu et un moyen majeur de communication avec les autres, permettant d'établir des relations significatives. C'est également une surface d'inscription des traces laissées par celles-ci. (Anzieu, 1985, p. 39)

L'aspect de l'interface, de la fonction de limite, fait écho à la notion de « membrane pare-excitante » décrite par Freud dans le texte « Au-delà du principe de plaisir » (1920). La membrane pare-excitante joue un double rôle : elle protège l'appareil psychique en atténuant les stimulations extérieures, tout en permettant le travail psychique nécessaire à l'accumulation de quantités pulsionnelles. Ceci se déroule de manière similaire au Moi-Peau, qui rassemble et retient le pulsionnel à l'intérieur, tout en établissant une frontière protectrice pour se préserver des effractions qui pourraient venir de l'extérieur.

Alors que le concept du Moi-Peau est envisagé comme une enveloppe psychique cutanée, la notion d'enveloppe ne se limite pas exclusivement à l'expérience tangible de la peau. Elle conçoit d'autres représentations psychiques : sonore, olfactive, auditive, mais aussi onirique, groupale, familiale (Ciccone, 2001). Plusieurs auteurs utilisent aussi le terme d'enveloppe comme métaphore de la fonction contenant, qui se prête à différents domaines, à savoir le développement, la clinique et l'institutionnel (Franck et coll., 2019).

L'enveloppe désigne alors une fonction, la fonction contenant, « l'enveloppe n'est pas un objet psychique en soi, ni même une instance. L'enveloppe psychique est avant tout une fonction » (Ciccone, 2001, p. 81). En ce qui concerne le devenir parent, Missonnier (2014a, p. 47) parle d'ailleurs d'une « détermination en poupées russes de la qualité de la contenance sociétale, institutionnelle, familiale autour de ces métamorphoses » (Gustin, 2019). Ceci nous rappelle comment les femmes enceintes qui sont venues parler évoquent souvent des besoins de l'ordre de la contenance et que la fonction contenant semble fragilisée.

C'est précisément cette dialectique générationnelle objet contenant/objet contenu en poupées russes qui est centrale dans la symbolisation – toujours intersubjective – des liens premiers. La contenance et l'investissement des objets initiaux sont garants des actualisations du virtuel de l'objet contenu. Mais ces objets contenant sont eux-mêmes d'anciens contenus et les traces générationnelles conscientes et inconscientes (les restes) sont chez eux déterminantes. (Missonnier, 2014a, p. 31)

Alors qu'en est-il des femmes enceintes, pour reprendre les mots de Missonnier (2014a), « ces objets contenant qui sont eux-mêmes d'anciens contenus » ? Comment la personne peut acquérir

une certaine capacité de se « représenter elle-même comme contenant les contenus psychiques » ?
Comment se développe cette figuration au sein du psychique et comment évolue-t-elle ?

2.2.2.2 La fonction contenantante

Cette section doit être envisagée en considérant le bébé qu'a été la femme enceinte. La relation entre le parent et le bébé dont nous parlons renvoie au vécu primitif de la femme enceinte et aux capacités de contenance dont a fait preuve son environnement à son égard. Précisons que le vécu archaïque et ce qu'il en reste à l'âge adulte est le plus souvent associé aux ressentis corporels qui font résonance psychiquement (Ciccone, 2008). Ainsi, les sensations corporelles inhérentes à la période de la grossesse pourraient possiblement entrer en jeu dans le vécu psychologique que l'on observe en clinique. L'infantile et l'archaïque en disent autant sur le présent que sur le passé du sujet, ils teintent l'expérience dans le présent par la prépondérance d'expériences vécues autrefois (Ciccone, 2008).

La fonction contenantante a pour tous les auteurs postfreudiens le même objet, un travail sur l'archaïque et sur des souffrances primitives (Mellier, 2005). Dès les premiers jours de vie, c'est grâce aux qualités de l'objet contenant que l'enveloppe psychique du bébé se développe (Ciccone, 2001; Winnicott, 1989). Laplanche et Pontalis (1967) écrivent que le Moi trouve son origine dans le monde interhumain, c'est-à-dire par la relation du nouveau-né avec une figure significative. Winnicott (1989) a explicitement développé comment le bébé intériorise les qualités de la figure contenantante et quelles sont ses qualités. Nous avons introduit le chapitre en soulignant que l'expérience corporelle et ses représentations psychiques sont construites fantasmatiquement dans le lien avec l'autre. Nous revenons maintenant sur cette idée.

La figure significative, en offrant des soins corporels à son enfant, en lui prodiguant des gestes affectueux et en le berçant, lui permet de se représenter et de délimiter son propre corps (Winnicott, 1989). Ceci correspond au « handling » et fait référence à une forme de contact physique, à la manière dont le parent manipule physiquement le bébé, et lui fournit des soins pratiques tels que le changement de couche, le bain ou l'alimentation. Dolto (1956) met l'accent sur l'importance d'accompagner les sensations corporelles de l'enfant par la parole.

En répondant de manière adéquate aux besoins de son enfant et par ses qualités d'apaisement, le parent permet à l'enfant de se sentir progressivement comme un tout, un ensemble d'éléments cohérents et contenus (Winnicott, 1989). Le « holding » désigne l'aspect affectif et psychologique de l'interaction. Il renvoie à la capacité du parent de créer un environnement sûr et réceptif dans lequel le bébé peut se sentir en sécurité et se développer. Le holding, repris sous le terme de fonction phorique par Delion (2019), implique une présence attentive, une disponibilité émotionnelle et une capacité à répondre aux signaux du bébé. Le parent formalise par ses gestes et ses paroles des éléments affectifs qui n'ont pas encore été intégrés par le psyché de l'enfant. Le sentiment de continuité par la répétition et la somme de ses interactions permettent progressivement à l'enfant d'élaborer son Moi (Prat, 2019). Selon la théorie de l'attachement de Bowlby (1969), la sécurité affective, fondamentale pour le développement sain d'une personne, se développe aussi grâce à des interactions régulières avec l'enfant qui répondent notamment à ses besoins de régulation émotionnelle et d'apaisement. L'attachement sécurisant, présent grâce à ce sentiment de sécurité répété, favorisera la capacité de l'enfant à explorer d'autres relations par la suite.

L'objet contenant n'est pas seulement dans une posture de réponse et de protection de l'enfant. Dolto (1956) insiste sur l'importance d'interagir avec le bébé en dehors de ses besoins de base. Le parent est actif dans la relation, il sollicite son enfant et l'initie à de nouvelles expériences motrices, sensorielles et émotionnelles (Winnicott, 1989). L'objet contenant crée également une rythmicité des expériences pour assurer l'impression de continuité qui est structurante et sécurisante pour le bébé. Ainsi, le bébé construit sa propre enveloppe contenant par l'entremise de stimulations corporelles et psychiques de l'objet contenant et de son environnement (Belot et coll., 2020).

La posture contenantante de la mère selon Bion (1962) s'illustre par sa capacité à détoxifier les éléments bêta de l'enfant qui correspondent à des impressions sensorielles non assimilées. Cette détoxification permet aux éléments bêta de devenir alors des éléments alpha qui désignent des impressions sensorielles mises en représentations. Bion (1962) décrit une conflictualité entre le « contenu » (soit l'élément bêta) et le « contenant ». En effet, par essence, l'élément bêta constitue un élément primitif insensé que la psyché ne peut intégrer. La capacité de l'objet contenant à contenir « le contenu » permet qu'il devienne alors psychiquement assimilable. La capacité de la mère à détoxifier est possible grâce à sa fonction alpha. Le parent met en mots les impressions

sensorielles du bébé et permet ainsi une mise en représentation psychique, il symbolise l'expérience (Bion, 1962). Ainsi, dans la perspective bionienne, « ce qui contient, ce qui détointe l'expérience, c'est le processus de symbolisation » (Ciccone, 2001, p. 85).

Dans le cas d'un défaut de contenance pendant le vécu primitif, l'effondrement peut correspondre à l'échec de l'organisation d'une défense (Winnicott, 1963). « Le Moi organise des défenses contre l'effondrement de l'organisation du Moi, et c'est l'organisation du Moi qui est menacé. Mais le Moi ne peut s'organiser contre l'échec de l'environnement dans la mesure où la dépendance fait partie de la vie » (Winnicott, 1963, p. 207). Winnicott (1963) en mentionnant l'environnement fait notamment référence aux qualités contenantantes de l'objet que nous venons de décrire. Il précise que la crainte de l'effondrement clinique, soit la dépression, est la crainte d'un effondrement qui a déjà été éprouvé dans le vécu archaïque.

Nous avons mentionné que les fonctions de contenir, de différencier, et d'être en relation sont les termes clefs de ce chapitre. Nous venons d'explicitier à quoi réfère la notion de contenance, et nous allons maintenant réfléchir à la notion de différenciation, de frontière et à l'aspect relationnel de l'enveloppe.

2.2.3 Être un Moi en relation avec autrui

2.2.3.1 Distinction soi et autre

Du point de vue de la relation d'objet, le besoin de l'enfant d'être contenu et sécurisé s'il est satisfait favorise autant ses capacités à s'attacher à autrui qu'à s'en éloigner (Bowlby, 1969; Winnicott, 1989). Il est attaché, donc sécurisé, et il peut explorer d'autres relations. C'est en s'individualisant de ses figures significatives que l'enfant peut créer d'autres relations significatives par la suite. À ce titre, la proximité relationnelle n'est possible que par la mise à distance de la mère selon Winnicott. Le processus de séparation-individuation est le terme utilisé pour décrire la période au cours de laquelle l'enfant entame une séparation psychologique avec son parent et développe son identité distincte (Mahler, 2013). Au début de la vie, l'enfant perçoit le monde et lui-même comme

fusionnés avec son parent. Cependant, à mesure qu'il grandit, il prend conscience de sa propre individualité et se différencie. Ce processus de séparation-individuation atteint un point saillant à l'adolescence, lorsque l'enfant acquiert l'identité d'adulte. Un processus de séparation-individuation « réussi » conduit à un sentiment d'autonomie et d'identité individuelle chez la personne, tandis qu'une perturbation ou des difficultés dans ce processus peuvent entraîner des difficultés relationnelles ultérieures.

Du point de vue identitaire, la capacité d'exister en tant que Moi unifié, capable de contenir les contenus psychiques, permet de concevoir l'existence d'autrui de la même manière. Le monde intérieur peut désormais être exploré en tant qu'entité autonome, bien qu'il soit constamment sujet à des modifications en fonction des événements extérieurs et des mouvements pulsionnels (Winnicott, 1990). L'enveloppe sert de protection de ce qui est à l'intérieur, de délimitation entre le dedans/dehors et ce qui appartient à soi ou à l'autre; mais elle doit aussi permettre des échanges entre le monde intérieur et le monde extérieur.

S'il y a eu défaut lors de ces processus de développement, la différenciation soi/autre et la capacité d'être en relation est altérée. En effet, c'est le fait de concevoir l'autre comme un être différencié qui permet d'être en relation. Chez les sujets aux prises avec un fonctionnement psychotique, la fonction contenant a pu faire défaut, le Moi n'est pas une entité unifiée, il se trouve plutôt morcelé. La différenciation soi/non-soi est vascillante et le sens de l'identité est confus. Les relations d'objet sont vécues sur un mode fusionnel de façon à percevoir de manière confusément indistincte l'autre de soi-même (Bergeret, 1974). C'est en constatant des manifestations de ces éléments chez certaines femmes enceintes que Racamier (1979) et Winnicott (1956) ont comparé l'état psychique propre à la grossesse au fonctionnement psychotique. Or dans le contexte de la grossesse est bien particulier, car c'est la réalité du corps enceint dont il est question et non seulement l'imaginaire. Cette réalité rend fluctuante la distinction soi/non-soi, et l'identité devient confuse.

Revenons à l'enveloppe et au processus « normal » développemental. Si différenciation soi/non-soi est possible, l'enveloppe se présente alors comme une interface, le lieu de communication nécessaire entre soi et autrui. Ceci est rendu possible par le caractère fluide de ses frontières par rapport à leur perméabilité.

2.2.3.2 Fluidité et perméabilité de l'enveloppe

J'ai toujours senti que mon écriture, ma pratique de psy et le reste de ma vie, étaient portés par une quête secrète et sans fin : la recherche d'une peau magique, capable d'être à la fois ouverte et fermée, perméable et imperméable, qui saurait me protéger sans m'enfermer, juste assez épaisse pour calmer la douleur, absorber les coups, juste assez mince pour garder vive la sensibilité. Le Graal épidermique ! (Mavrikakis et Lévesque, 2014, p. 11)

Ce récit illustre l'ambiguïté d'une enveloppe « idéale ». Sa fonction ne serait pas simplement de maintenir et de protéger l'intérieur. Elle devrait aussi être un lieu de rencontre sensible et filtrée, elle pourrait s'ouvrir, mais pas complètement, et se fermer, mais pas complètement non plus. Le monde intérieur acquiert une stabilité autonome, tout en étant constamment influencé par les expériences globales du soi et ses interactions avec le monde extérieur (Winnicott, 1990).

Apparition de l'idée d'une membrane limitante, d'où vient l'idée d'un dedans et d'un dehors. C'est la source d'un thème qui se développe juste là, celui d'un Moi et d'un non-Moi. Il y a maintenant des contenus de Moi qui reposent pour une part sur l'expérience pulsionnelle. Là vient la possibilité de se sentir responsable de l'expérience pulsionnelle et des contenus de Moi, et un sentiment d'indépendance par rapport à ce qui est dehors. « Être en relation » prend un sens, entre la personne, Moi, et les objets. (Winnicott, 1990, p. 92)

L'enveloppe sert de protection de ce qui est à l'intérieur, de délimitation entre le dedans/dehors tout en étant un peu ouverte, mais pas trop, et qu'elle permette la distinction soi/non-soi. Comment réfléchir à ces composantes dans le contexte de la grossesse ? Le fœtus est à l'intérieur, pourtant, est-il soi ? Il est question de le protéger, tout en interagissant avec lui. Comment interagir avec lui alors qu'il n'est pas tout à fait autre ?

2.2.3.3 L'espace potentiel

Le concept d'espace potentiel décrit par Winnicott (1971) réfère à un lieu intermédiaire qui possède à la fois une réalité tangible et une dimension imaginaire. Il joue un rôle crucial dans l'établissement des premiers liens avec l'environnement, car il se situe entre le monde intérieur du bébé et le monde extérieur. Si l'enfant est suffisamment sécurisé, cet espace lui permet d'explorer, d'expérimenter et de se développer affectivement et psychiquement.

L'espace transitionnel, selon Winnicott (1971) met l'accent sur les objets et les expériences qui favorisent la transition entre le monde interne et externe. En manipulant des objets symboliques, tels que des peluches, des couvertures, des jouets investis, l'enfant explore et exprime son monde interne. Ces objets agissent comme des médiateurs symboliques, représentant la présence parentale en son absence, et permettent à l'enfant de se consoler, de s'apaiser et de se sentir en sécurité. Le concept d'espace transitionnel souligne le rôle essentiel du jeu, de la créativité et de l'exploration dans le développement psychique.

En guise de conclusion de ce chapitre, la période de la grossesse est marquée par la transitionnalité, c'est un espace-temps intermédiaire, entre le réel et l'imaginaire. Elle est aussi caractérisée par la confusion de soi, de l'autre, de l'autre en soi, et parfois par un sentiment d'atteinte corporelle. Notre recherche s'intéresse à l'articulation des dimensions expérientielles corporelles et psychiques de femmes enceintes. Ainsi, pour la suite, nous gardons en tête les questions suivantes. Comment vivre avec cette présence de l'autre en soi propre à la grossesse ? Comment est vécue l'intégration psychique, s'il y a lieu, de l'être conçu ? Quelles sont les possibles relations entre les transformations psychiques dont nous avons précédemment discuté et l'intrusion de l'être humain conçu dans le lieu psychique et corporel de la femme ? Comment être en relation sans distinguer l'autre qui n'est pas tout à fait autre ? Quel rapport entretenir avec cette altérité ?

CHAPITRE 3

MÉTHODOLOGIE

La présente thèse utilise des données québécoises recueillies dans le cadre d'une étude internationale. Outre ce matériel, notre recherche n'a rien en commun avec cette étude et ces données n'ont pas été mises en lien avec les autres échantillons recueillis dans les différents pays. Considérant le fait que les discours des femmes de notre étude ont été collectés dans ce contexte, il importe de décrire certains éléments de la recherche internationale dans la première partie de ce chapitre. Dans la deuxième partie, nous allons exposer les éléments méthodologiques propres à notre thèse.

MÉTHODOLOGIE – Partie I

3.1 Devis de la recherche internationale « Prévention en périnatalité. [...] » (Schauder, 2011)

3.1.1 Objectifs et contexte de la recherche internationale

Claude Schauder, professeur à l'Université de Strasbourg, met en œuvre un projet de recherche d'envergure internationale qui s'est intéressée aux attentes des femmes et des hommes en période périnatale. Le protocole de recherche, présenté en annexe A, s'intitule : « 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 » (Schauder, 2011). Le projet a permis de recueillir des entrevues au Brésil, en Chine, en Russie, en France et au Canada.

Approfondir la compréhension de la construction de la parentalité durant la période périnatale, et ce qui peut influencer cette construction est l'objectif premier de l'étude. Le terme d'« attente » mentionné dans le titre renvoie aux demandes, espoirs, questions, désirs, difficultés, des parents. Le second objectif vise à clarifier comment les réponses à ces attentes sont influencées par différents facteurs tels que les conditions de vie, les interventions professionnelles et les repères familiaux et culturels.

Le volet québécois, jusqu'en 2010, a été sous la responsabilité de la professeure Irène Krymko-Bleton, psychanalyste, professeure et chercheure au département de psychologie de l'UQAM. Aujourd'hui, les données sont sous la direction de Madame Nicole Reeves, psychologue, chercheure et superviseure. Récemment retraitée du CHUM, elle a longtemps été chargée de formation clinique au département d'obstétrique de ce centre hospitalier. La professeure Irène Krymko-Bleton demeure co-chercheure sur le projet de recherche. Une collaboration entre le CHUM et l'UQAM s'est développée à partir de cette transition de responsabilité scientifique.

Nous sommes quelques doctorantes sous la direction de la professeure Krymko-Bleton à avoir réalisé des thèses à partir des entrevues de recherche recueillies dans ce contexte. Rappelons-le, bien que nous utilisons les données brutes du volet québécois de la recherche internationale, les thèses en question sont complètement différenciées et indépendantes de la recherche internationale de Schauder (2011). Une fois cette thèse terminée, les données en question seront détruites.

3.1.2 La méthode qualitative

L'équipe de la recherche initiale (Schauder, 2011) a choisi une méthodologie de type qualitatif en raison de leur objectif d'obtenir une compréhension plus approfondie du phénomène étudié, ce que permet ce type de méthodologie (Horincq Detournay et coll., 2018). L'entretien offre initialement la possibilité de recueillir la parole des personnes concernées grâce à la rencontre entre le sujet et la chercheure, et ultérieurement, par le biais de l'analyse, de dévoiler un sens latent (Paillé et Muchielli, 2021).

Le recours aux entretiens demeure, en dépit de leurs limites, l'un des meilleurs moyens pour saisir le sens que les acteurs donnent à leurs conduites (les comportements ne parlent pas d'eux-mêmes), la façon dont ils se représentent le monde, et la façon dont ils vivent leur situation, les acteurs étant vus comme les mieux placés pour en parler. (Poupart, 1997)

3.1.3 Recrutement

Dans la plupart des pays, tant les hommes que les femmes ont été sollicités pour participer à l'étude, avec une intention de recueillir des échantillons de 30 à 45 sujets par pays. Dans le cadre de la présente recherche, nous avons accès aux entrevues effectuées par les femmes.

En raison de la collaboration avec le CHUM, certaines participantes de l'étude ont été rencontrées lors d'une réunion informative du département d'obstétrique/gynécologie du CHUM, destinée aux femmes en début de grossesse. Lors de ces séances ayant lieu une fois par semaine au centre hospitalier, une membre de l'équipe de recherche présentait les grandes lignes de l'étude et la participation des femmes présentes était sollicitée. D'autres femmes ont été recrutées par le biais du bouche-à-oreille et de la diffusion au sein des réseaux professionnels et personnels des membres du groupe de recherche. Ces femmes ont ensuite été interviewées par une chercheure différente de celle qui les avait recrutées. Les entrevues recueillies au Québec ont été menées par la psychologue du département d'obstétrique/gynécologie du CHUM et par des doctorantes en psychologie. Précisons que les données n'ont pas été recueillies par l'auteure de la présente thèse.

3.1.4 Les participantes et les critères de sélection

L'échantillon québécois de commodité comprend 22 femmes enceintes, à la fois primipares et multipares. Elles vivent en milieu urbain. Des caractéristiques périnatales sont rapportées dans le tableau 1. à la section 3.2.3. Au moment du recrutement, ces femmes devaient être enceintes de moins de 12 semaines de grossesse. Elles devaient avoir entre 25 et 40 ans et être en couple. Enfin, elles ne devaient pas présenter de troubles psychologiques cliniques. Leur participation à la recherche est volontaire et non compensée financièrement. Les entretiens ont eu lieu entre le mois d'octobre 2009 et le mois de décembre 2011.

3.1.5 Procédure

Les équipes de recherche indépendamment du pays utilisent toutes la même méthodologie de cueillette de données (Annexe A). Afin de prendre en compte la dimension du temps et de ses effets sur le sujet, plusieurs temps de recherche ont été prévus. Selon le document en annexe A, cinq entretiens étaient prévus pendant la période périnatale (à chaque trimestre de grossesse, le mois qui suit l'accouchement et aux 18 mois de l'enfant) avec des sujets féminins ou masculins. En raison de contraintes pratiques, le dernier temps de collecte a été exclu pour le volet québécois.

L'espacement des rencontres joue un rôle essentiel, car cela permet de tenir compte de l'effet du temps sur le sujet, ce qui est particulièrement pertinent dans le contexte de la grossesse où des changements importants se produisent dans un temps restreint. De plus, ce dispositif offre aux participantes l'opportunité d'une élaboration de leur vécu (Gilbert, 2009) et permet de recueillir les réflexions que la participante aurait pu avoir entre les rencontres. Cette approche favorise également l'émergence de contenus affectifs grâce au développement d'une relation au fil des rencontres entre la participante et la chercheure (Brunet, 2008).

Au Québec, quatre temps de récolte de données ont été prévus par participante, à chaque trimestre de grossesse et une entrevue en post-partum, dans le mois suivant l'accouchement. Les participantes avaient la possibilité de choisir où se dérouleraient les rencontres parmi trois options : l'hôpital, l'université ou leur domicile. Les entrevues étaient principalement menées par deux personnes, soit une psychologue soit une doctorante en psychologie, toutes deux membres de l'équipe de recherche.

Lors du premier entretien, un formulaire de consentement de l'étude (Annexe B) était remis aux participantes comprenant des informations essentielles telles que le titre de l'étude, les noms des chercheurs principaux, le contexte et les objectifs de recherche, les différentes étapes de l'étude, les avantages et les risques potentiels, les modalités de désistement, la confidentialité, l'anonymat, ainsi que les coordonnées de la psychologue responsable et du CHUM et les droits légaux. Ces éléments étaient repris à l'oral. Avant le début des entretiens, il était rappelé aux participantes leur droit de pouvoir se retirer de la recherche à tout moment, sans préjudice et sans avoir à donner de

justification. À la fin de l'entretien, un court questionnaire (Annexe C) était utilisé pour recueillir des données sociodémographiques. Enfin, un rendez-vous pour l'entretien ultérieur était convenu.

3.1.6 Collecte de données et instrument

Les entretiens ont été à durée variable allant généralement de 30 à 75 minutes, en fonction de l'aisance d'expression des participantes et de la diversité des sujets discutés. Toutes les entrevues ont été enregistrées sur un support audionumérique et retranscrites de manière exhaustive, en incluant le plus de détails possibles tels que les silences, les bruits, le ton de voix, les hésitations, etc., afin de préserver la teneur affective des rencontres. Par un souci de confidentialité, chaque participante a été désignée par un code alphanumérique, puis par un pseudonyme. Les textes constituent le matériel de notre travail d'analyse.

Le canevas d'entretien utilisé est semi-directif, il contient trois questions ouvertes. Elles diffèrent peu selon le moment de l'entrevue : « Comment cela se passe-t-il pour vous depuis que vous savez que vous êtes enceinte ? » (pour le premier entretien) / « Comment cela se passe depuis la dernière fois que l'on s'est vu ? » (pour les entretiens ultérieurs), « En avez-vous parlé, en parlez-vous, et à qui ? », « Avez-vous des attentes particulières envers les professionnels ? ». Ces questions permettent à la chercheuse de guider l'entretien, quoiqu'elles ne doivent pas nécessairement se suivre chronologiquement.

Les chercheurs présentaient la volonté de respecter le fil conducteur du discours des participantes (ou les associations libres) tout en gardant en tête les trois questions principales. Des relances pouvaient être utilisées afin de favoriser l'expression du sujet et d'approfondir certains thèmes librement abordés. En effet, cette approche ouvre la possibilité d'émergence de nouvelles thématiques qui n'étaient pas anticipées. Notons qu'il est du devoir de la personne qui mène l'entrevue de respecter la parole de la participante, en reconnaissant les limites de sa volonté à dévoiler son intimité. En se basant sur ces éléments comme fondement pour guider l'entretien semi-directif, il pouvait être envisageable de placer l'échange au-delà d'une seule récolte d'informations, car un sens latent peut alors se déployer (Gilbert, 2009; Krymko-Bleton, 2014a).

MÉTHODOLOGIE – Partie II

3.2 Méthodologie qualitative spécifique à la recherche doctorale

3.2.1 Questions et objectifs de recherche

La question de recherche principale est la suivante: comment s'articulent les dimensions expérientielles corporelles et psychiques des femmes enceintes ?

L'adjectif « expérientiel » réfère à tout ce qui est lié à l'expérience personnelle et subjective de la personne. Dans notre étude, les dimensions expérientielles corporelles et psychiques se concentrent sur la manière dont les femmes ressentent et interprètent leur vécu unique. Cela englobe notamment les affects, les pensées, les angoisses, les perceptions et les sensations...

Trois objectifs spécifiques se sont développés lors de l'analyse des entrevues soit, 1) mieux décrire les vécus corporels et leur évolution au cours de la grossesse, 2) mieux comprendre comment s'articulent ces vécus corporels avec l'expérience de la grossesse dans son ensemble, 3) mieux définir les ressources et les besoins de ces femmes.

Cette question de recherche et ces objectifs ont été élaborés, en premier lieu, dans le but de contribuer à mieux décrire ce que vivent les femmes enceintes du point de vue de leur expérience subjective dans leur ensemble. Également, dans une perspective de retombées cliniques, il est attendu de cette étude qu'elle puisse questionner certaines pratiques et représentations existantes qui encadrent et interviennent dans le vécu des femmes enceintes.

3.2.2 Émergence de la question de recherche

« Je suis traversée par des choses.
Si elles me traversent, je me dis qu'elles ont traversé d'autres gens. »
Annie Ernaux

La dimension inductive de la démarche, la subjectivité de la chercheuse et son écoute singulière occupent des places centrales dans cette recherche, ceci dès le choix de la question de recherche. Krymko-Bleton (2014b, p. 116) écrit :

Interprétation et théorisation viennent toujours du travail clinique dont l'écoute est l'assise. Les questions qui se formulent, les tentatives de faire progresser la théorie ou de produire une argumentation explicative sont toujours précédées de surprises ou d'impasses dans la clinique.

Dans cette perspective, la professeure Krymko-Bleton (2014a, 2014b, 2016) a développé une démarche méthodologique prenant assise sur cette manière d'envisager la progression des connaissances. L'intention est de permettre à la doctorante de formuler une question, au fur et à mesure de l'écoute et de la relecture des entretiens, qui se présente à elle, et qu'elle pourra alors s'approprier. Un même texte peut susciter différentes questions pour d'autres doctorantes.

Nous avons donc été invitée à explorer les entrevues de femmes enceintes recueillies dans le cadre du volet québécois de la recherche internationale (Schauder, 2011) et à laisser émerger une question qui nous a interpellée. Nous l'avons indiquée dans la problématique, de cette exploration, notre attention s'est portée sur les métaphores du nid, du cocon, de la bulle, très souvent utilisées par ces femmes. Nos interrogations ont ensuite commencé à investir le thème du vécu corporel et de son articulation avec l'expérience psychique, intégrant les dimensions intrapsychiques et intersubjectives. Contrairement au paradigme hypothético-déductif, où l'on part d'hypothèses pour vérifier leur validité à travers des expériences contrôlées, l'induction repose sur l'utilisation de données afin de formuler une question de recherche et des objectifs. À partir de l'écoute du matériel, nous avons cherché à faire émerger des pistes de réflexion et de compréhension sur l'articulation entre les dimensions expérientielles corporelles et psychiques pendant la grossesse.

3.2.3 Choix des participantes et présentation de l'échantillon retenu

La sélection des participantes qui constituent l'échantillon de cette recherche a été faite en lien avec l'émergence de la question de recherche. Sept participantes ont choisies selon le fait qu'elles exprimaient des éléments de leur vécu corporel lors des entretiens.

Les participantes ont été identifiées sous les pseudonymes suivants: Jenny, Olivia, Nina, Laurie, Simone, Naomi, Billie. L'âge moyen de notre échantillon se situe autour de 32 ans, avec des valeurs comprises entre 28 et 36 ans. Toutes les participantes sont caucasiennes et ont un niveau universitaire. Cinq participantes sont primipares et deux sont multipares. Trois participantes sur sept ont vécu au moins une interruption spontanée de grossesse. Deux grossesses n'étaient pas planifiées. Une participante a reçu un diagnostic d'infertilité avant de devenir enceinte naturellement. Cinq participantes accouchent à l'hôpital et bénéficient d'un suivi médical (trois avec une gynécologue et deux avec une médecin de famille). Deux des participantes ont choisi un suivi de grossesse avec une sage-femme, une d'entre elles accouche dans une maison de naissance, et l'autre à son domicile.

Chaque participante a fait trois ou quatre entrevues, d'une durée moyenne de 45 minutes (minimum de 30 minutes, et 60 minutes au maximum) menées par deux psychologues-chercheuses. Cinq participantes participent aux quatre entretiens prévus pour la recherche. Pour deux des sept participantes, les trois entretiens prénataux ont eu lieu mais pas l'entretien postnatal. Nous obtenons alors 26 entretiens au total s'échelonnant sur les trois trimestres de la grossesse pour les sept participantes et également en post-natal pour cinq des sept participantes.

Tableau 1. Caractéristiques périnatales des participantes

	Nbre d'entrevues	Types d'accompagnement	Évènements périnataux
Jenny	3	Suivi avec une médecin de famille -----	Première grossesse non planifiée
Olivia	4	Suivi avec une médecin de famille Accouchement vaginal à l'hôpital	Troisième grossesse planifiée Un enfant âgé de 2 ans Une interruption spontanée de grossesse avant la naissance du premier
Nina	4	Suivi sage-femme Accouchement vaginal à domicile	Première grossesse planifiée Deux interruptions spontanées de grossesse avant cette grossesse
Laurie	4	Suivi hospitalier Accouchement à l'hôpital par césarienne d'urgence	Deuxième grossesse planifiée Une interruption spontanée de grossesse a lieu 6 mois avant la 1 ^{ère} entrevue
Simone	3	Suivi hospitalier -----	Deuxième grossesse planifiée Un enfant âgé de 2 ans
Naomi	4	Suivi sage-femme Accouchement vaginal en maison de naissance	Première grossesse Diagnostic d'infertilité (trompes de Fallope dites obstruées) quelques semaines auparavant
Billie	4	Suivi avec une médecin de famille Accompagnante à la naissance Accouchement vaginal à l'hôpital	Première grossesse non planifiée Hémorragie interne 2 semaines post-partum

3.2.4 La chercheuse d'orientation psychanalytique

Cette thèse s'inscrit dans un paradigme constructiviste qui reconnaît l'importance de la subjectivité et de la relation entre la chercheuse et l'objet d'étude. Bien qu'il soit essentiel de suspendre, autant que possible, nos apriori lors de l'analyse des données, le sens qui émerge découle de l'interaction entre notre subjectivité et les discours des femmes. Il arrive souvent que l'analyse reflète autant les croyances de la chercheuse, sa société et sa culture d'appartenance que le phénomène étudié (Paillé et Mucchielli, 2021). Cela n'est pas une faiblesse ou une tromperie dans la recherche, car en reconnaissant ce fait, le discours s'inscrit dans un cadre subjectif situé culturellement et temporellement. À ce titre, la subjectivité est présente dès que la chercheuse décide de se consacrer à un thème de recherche. Compte tenu de la démarche d'émergence de la question de recherche, ceci a été le cas a fortiori dans le contexte de notre thèse.

L'orientation théorique et les assises conceptuelles à la démarche de recherche réfèrent à la méthode psychanalytique. Cette approche influence la « posture » de la chercheuse, c'est-à-dire ses références théoriques, ainsi que son « attitude » envers les données recueillies (Paillé et Mucchielli, 2021). Reconnaître des vécus similaires entre les participantes concernant notre question de recherche d'une part tout en considérant les subtilités propres à chacune d'autre part, constitue la manière de mener notre démarche d'analyse. Nous croyons aussi qu'un sujet laisse échapper dans son discours des éléments de ses désirs et de ses angoisses.

Le travail [d'analyse] vise à éclairer sur tout ce qui témoigne de la division du sujet, de la conflictualité, de son univers intrapsychique et interrelationnel, jusqu'au niveau inconscient qui le détermine. Les interprétations qui en résultent sont toujours hypothétiques, mais en est-il autrement dans le processus thérapeutique ? (Krymko-Bleton, 2014b, p. 122)

Notons que notre posture s'inspire entre autres des textes de la psychanalyste et professeure Laurie Laufer (2022) qui insiste sur la nécessité que la psychanalyse soit traversée par de nouveaux récits cliniques et de nouveaux discours théoriques, dont les théories féministes; qu'elle se laisse vraiment traverser par ces discours, sans chercher à donner des réponses. Alors que les modalités de la

parentalité se redéfinissent constamment et que notre écoute à l'égard des différentes façons d'être mère, femme et parent évolue, nous avons pris au mot les propositions de Laufer (2022) ce qui a été possible avec la méthode de recherche du laboratoire.

3.2.5 L'analyse des données spécifique à cette étude

Notre démarche d'analyse a suivi temporellement les étapes suivantes :

- Analyse du discours à l'intersection de la psychanalyse et de la pragmatique linguistique
- Analyse thématique
- Analyse comparative
- Écriture des présentations des participantes

L'utilisation des trois méthodes d'analyse sont pertinentes pour avoir accès aux différentes couches de vécu des participantes. L'analyse du discours à l'intersection de la psychanalyse et de la pragmatique linguistique permet de mieux saisir le contexte de l'échange et ce qui s'est déroulé lors des entrevues avec la chercheuse. L'analyse thématique, à la fois intra et inter sujet, rassemble et catégorise les thèmes discutés par les participantes au sein de leurs propres entrevues d'une part, et puis ceux qui sont pertinents pour notre question de recherche d'autre part.

3.2.5.1 Analyse du discours à l'intersection de la psychanalyse et de la pragmatique linguistique

L'analyse du discours s'appuie sur la méthode développée par la professeure Irène Krymko-Bleton (2014a, 2014b, 2016). Pendant plusieurs mois, nous avons pratiqué cette méthode lors d'une rencontre hebdomadaire avec deux autres doctorantes du laboratoire. Chaque semaine, nous discutons d'une entrevue de recherche choisie à tour de rôle par l'une d'entre nous, dans le cadre de nos thèses respectives. Ces rencontres permettaient de dégager de dégager les thèmes principaux de chaque entrevue et de réfléchir ensemble au contexte de l'échange.

Cette approche de recherche transpose les concepts centraux de la clinique psychanalytique (écoute, demande et transfert) dans le contexte de la recherche universitaire. La notion d'écoute se situe dans l'analyse des fils associatifs du discours (plutôt que des associations libres spécifiques au contexte clinique) et rejoint les thèmes principaux dont nous faisons mention pour chacune des participantes lors de leurs présentations (section 4.1.) Quant à la demande et au transfert, la transposition est rendue possible grâce à l'utilisation de la pragmatique linguistique qui désigne une « approche linguistique qui se propose d'intégrer à l'étude du langage le rôle des utilisateurs de celui-ci, ainsi que les situations dans lesquelles il est utilisé » (Dictionnaire Larousse, s.d.).

La méthodologie de Krymko-Bleton (2014a, 2014b, 2016) porte attention à la situation langagière qui permet d'éclairer ce que le sujet est venu dire en prenant part à la recherche, ce que nous appelons la demande du sujet. Les femmes ont participé à une recherche universitaire sans compensation financière, ce qui suppose qu'elles ont quelque chose à dire, ou encore qu'elles recherchent quelque chose en lien avec cette participation, de façon consciente ou pas. Bien que la chercheuse souhaite a priori trouver des réponses à ses questions, la demande de la femme influence sa manière de s'exprimer, de répondre ou non aux questions, ainsi que la dynamique de communication établie entre les personnes impliquées. Cette dernière idée est liée au concept de « rapport de place », qui traduit la notion de transfert, que la pragmatique linguistique travaille à élucider (Flahaut, 1978).

Pour quelles raisons la participante accepte de parler à la chercheuse ? À qui parle-t-elle ? Flahaut (1978) écrit que « toute parole, si importante que soit sa valeur référentielle et informative, se formule aussi à partir d'un "qui je suis pour toi, qui tu es pour moi" » (p. 50). Les éléments du langage caractéristiques du sujet nous fournissent des informations à ce propos. Pour chaque participante, nous avons alors examiné comment s'organisent leurs discours, leurs manières de dire et nous les avons décrits lors de leurs présentations (section 4.1.).

3.2.5.2 Analyse thématique

L'analyse thématique a pour objectif de codifier (fonction de repérage) et de classer (fonction de documentation) les thèmes abordés par les participantes. La fonction de repérage consiste à relever

tous les thèmes pertinents. La fonction de documentation permet de souligner des parallèles entre les thèmes tels que des oppositions et/ou des similitudes par exemple (Paillé et Mucchielli, 2021).

Nous avons procédé à une analyse thématique dite en continue (Paillé et Mucchielli, 2021). Il a été utilisé le même arbre thématique d'une entrevue à l'autre pour une même participante (lors de l'analyse intrasujet; devis longitudinal court), et aussi lors de l'analyse comparative (analyse intersujet) c'est-à-dire d'une participante à l'autre. Ceci signifie que « les thèmes sont notés au fur et à mesure de la lecture du texte, puis regroupés et fusionnés au besoin, et finalement hiérarchisés pour la forme de thèmes centraux regroupant des thèmes associés, complémentaires, divergents, etc. » (Paillé et Mucchielli, 2021, p. 275). L'utilisation de ce type d'analyse a été pertinente étant donné que le corpus de données est réduit, que la démarche adoptée était exploratoire, que l'analyse du discours se voulait particulièrement fine. Ce type d'analyse apporte une richesse à la recherche, notamment en termes de validité, car il s'inscrit dans un processus itératif (Paillé et Mucchielli, 2021).

L'élaboration de sept document-synthèses (un par participante), constitue l'assise de l'analyse. Un document-synthèse retranscrit, lors de chaque entretien, 1) les thèmes abordés via la codification et la classification, et, 2) les caractéristiques du discours. En pratique, ces étapes ne sont pas distinctes, elles peuvent être menées de manière conjointe au fur et à mesure de l'analyse du texte. Nous avons pris aussi en note les éléments du contexte personnel et relationnel de la grossesse dont la participante faisait part au fil de son discours. Nous avons procédé à l'analyse de trois ou quatre entrevues d'une seule participante avant de continuer avec l'analyse des entretiens d'une autre participante. Les document-synthèses retranscrivant les thèmes ont subi des modifications constantes en raison des va-et-vient entre leur contenu et la poursuite de l'analyse thématique du matériel.

Relever les caractéristiques du discours réfère à la manière dont les participantes parlent. Alors que la codification et la classification correspond à donner des éléments de réponses à la question « De quoi le sujet parle ? », relever les caractéristiques du discours des participantes correspond à décrire « Comment il en parle ? ». Les figures rhétoriques et les procédés stylistiques utilisés dans l'échange « qui peuvent être complexes ou se limiter à l'usage d'expressions toutes faites,

permettent entre autres 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). Il s'agit de relever la dynamique du discours, les fils associatifs, la structuration du récit, le champ lexical utilisé. Aussi, il convient de noter la charge émotionnelle, via les silences, les digressions, par exemple.

3.2.5.3 Analyse comparative

Une fois que les sept document-synthèses ont été finalisés, nous avons effectué une analyse qui compare les discours des sujets entre eux, dite « comparative ». Dans le contexte de la recherche qualitative, l'analyse comparative désigne l'examen et la comparaison des données recueillies auprès des différentes participantes afin d'identifier les thèmes ou les tendances communes qui émergent à travers les expériences individuelles. Cela permet de comprendre les similarités et les différences entre les réponses des participantes et d'explorer ainsi les variations des expériences subjectives des grossesses, en lien avec notre question de recherche. L'élaboration des document-synthèses s'apparente à une analyse intrasujet, mais nous l'avons nommée « présentation des participantes », car notre intention principale était de présenter les participantes plutôt que de fournir une analyse en profondeur de leurs problématiques respectives. En effet, notre intérêt principal résidait dans le développement de l'analyse comparative entre les participantes.

L'objectif de cette analyse comparative était de mettre en évidence les thèmes similaires ainsi que leurs variations selon les participantes en lien avec notre question de recherche. Cette approche peut être comparée à ce que Paillé et Mucchielli (2021) appellent un regroupement par catégories conceptualisantes. Cependant, bien que les titres que nous avons utilisés puissent porter une valeur conceptuelle, ce à quoi ils se rapportent n'a pas de signification théorique et demeure plutôt une description du contenu. Paillé et Mucchielli (2021) précisent bien qu'à « la différence de la rubrique ou du thème, [une catégorie conceptualisante] va bien au-delà de la désignation de contenu pour incarner l'attribution même de la signification » (p. 362). C'est la raison pour laquelle nous avons préféré garder le terme générique « analyse comparative ».

La nature descriptive plutôt que conceptuelle de l'analyse est directement liée à l'objectif central de la thèse, qui vise à donner voix aux femmes dont les discours sont souvent ignorés ou occultés par les constructions sociales. Dans cette idée, que la retranscription de leurs paroles reste descriptive lors du chapitre « résultats » est voulue. Les interprétations et les hypothèses qui s'appuient sur leurs récits sont réservées à la section de discussion, le chapitre suivant.

3.2.5.4 Écriture des présentations des participantes

Par la structuration en deux parties des résultats, 1) présentation des participantes et 2) analyse comparative, nous avons souhaité présenter une représentation cohérente de chacune des participantes, de ce qu'elles ont en commun et de ce qui leur est singulier. Après avoir élaboré les rubriques qui constituent le propos principal de nos résultats, nous avons écrit sept brèves présentations des participantes.

Ces portraits permettent de contextualiser les rubriques qui sont présentées dans l'analyse comparative. Chaque question de recherche requiert une mise en perspective afin de pouvoir être traitée de manière appropriée. Cette approche s'apparente à la structuration de la problématique de la thèse : celle-ci contextualise le phénomène des grossesses, par l'exposé d'un ensemble de considérations intimes, sociales et politiques. Concernant la structuration des résultats, et la méthodologie sous-jacente, cette démarche est similaire. Outre la réponse directe à la question de recherche, les discours des participantes correspondent à un ensemble. De plus, les participantes sont venues parler de leur expérience globale de grossesse, non spécifiquement par rapport à la question de recherche. Ainsi, les présentations des participantes (analyse intrasujet) offrent une perspective approfondie sur la manière dont leur expérience corporelle s'agence à leur expérience plus large.

Un accès aux nombreuses couches de vécu est permis par la manière dont l'analyse et les résultats sont organisés. Un chapitre traite des participantes de manière globale dans leur vécu de la grossesse, avant d'aborder dans une autre section, les éléments spécifiques du discours répondant à la question de recherche. Ceci donne une profondeur à l'analyse et met en évidence la complexité de ce qui traverse les femmes enceintes au niveau psychique.

Pour chaque participante, nous avons résumé les éléments suivants: le contexte de la grossesse, les thèmes principaux abordés et les caractéristiques du discours. Les présentations des participantes donnent l'occasion de présenter les thèmes principaux du discours des participantes, même si ceux-ci ne font pas partie de l'analyse comparative. Tous les éléments mis ensemble offrent un aperçu de ce qui semble avoir motivé la femme à participer à la recherche. « Le discours – envisagé non pas d'emblée comme message, mais d'abord comme processus d'énonciation - forme un ensemble cohérent; il comporte une trame qui échappe à la simple lecture et que le découpage thématique anéantit » (D'Unrung, 1974, p. 165).

3.2.5.5 Éléments de rigueur

Pendant l'analyse des données, plusieurs mesures ont été mises en place pour garantir la rigueur de la recherche. Nous avons relu à plusieurs reprises l'ensemble des données afin de vérifier en permanence la cohérence des éléments et la justesse avec laquelle les discours étaient restitués via les rubriques et les thèmes élaborés (Paillé et Mucchielli, 2021). Ces allers-retours entre les thèmes/rubriques et le discours des participantes renvoient à la notion d'émergent-fit (Horincq Detournay, 2021). La convergence et la cohérence des éléments, ainsi que leur mise en relation, forment un ensemble de données qui permet d'évaluer la crédibilité des résultats (Brunet, 2008). Chaque entretien a été préalablement analysé en équipe afin de mettre en évidence les thèmes principaux et d'assurer une fonction de tiers en faveur de la rigueur. Les discussions avec l'équipe de recherche se sont avérées essentielles pour éviter les interprétations hâtives et ont facilité la triangulation des réflexions (Letendre, 2007).

3.2.6 Éthique

Après avoir soumis le protocole à une évaluation, la recherche sous la supervision de la professeure Irène Krymko-Bleton a obtenu l'approbation du Comité d'Éthique de l'UQAM. Lorsque la responsabilité scientifique a été transférée à la psychologue Nicole Reeves, l'étude a reçu à nouveau l'approbation du comité d'éthique de son institution d'accueil, le CHUM (Annexe D). Dans le

contexte de cette thèse, un avis de conformité a été accordé par le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) (Annexe E).

En adoptant une attitude dite « compréhensive », nous accordons une importance à l'utilisation éthique du matériel (Mucchielli, 2007). Cette attitude se caractérise par « une volonté de s'immerger dans le phénomène pour être imbibé de ce qu'il veut dire, pour en comprendre le sens » (Mucchielli, 2007, p. 25). Tout au long de notre démarche, notre intention a été de respecter la signification que les participantes attribuent à leurs expériences et de rester au plus proche de ce qu'elles ont révélé.

CHAPITRE 4

RÉSULTATS

Dans ce chapitre, nous présentons les résultats provenant de l'analyse de 26 entretiens menés auprès de sept participantes. Ce chapitre contient deux parties : une présentation des sept femmes et une analyse comparative. La première partie permet de présenter les participantes. L'objectif de l'analyse comparative est de rapporter les sous-thèmes similaires et leurs déclinaisons en lien avec notre question de recherche.

4.1 Présentation des participantes

Nous dressons dans ce chapitre un portrait de chaque participante. La présentation de chacune est bâtie à partir des trois ou quatre entretiens qu'elles ont effectués dans le cadre de la recherche. Pour toutes et chacune, nous abordons le contexte personnel et relationnel de leur grossesse, les thèmes principaux qui ressortent de leurs récits, et ce qui nous semble caractéristique de leur discours. Nous ne développons pas ici ce qui relève de notre question de recherche, car nous en discutons plus amplement dans la partie suivante.

Les sept femmes interrogées sont nommées par leurs noms fictifs : Jenny, Olivia, Laurie, Nina, Simone, Naomi, Billie. Certains extraits de verbatim retranscrivent les échanges entre la chercheuse qui mène l'entretien et la participante. Entre crochets sont les propos de la chercheuse qui mène l'entretien ou des notes ajoutées pour préciser le contexte. Voici un tableau qui regroupe les thèmes principaux et les expériences du corps enceint selon les participantes.

Tableau 2. Thèmes principaux et expériences du corps enceint selon les participantes

	Thèmes principaux	Corps enceint
Jenny	Préoccupation quant à la solidité du couple Besoin d'être active et de le rester Enjeux de contrôle et de contrainte	Corps enceint : contraintes et privation
Olivia	Vécu corporel de la grossesse entre angoisses de mort du bébé et impression de ne pas être enceinte Enjeux d'envahissement dans la sphère relationnelle Désir de « se retrouver soi »	
Nina	Plaidoyer pour le suivi sage-femme Corps enceint vécu entre frustrations et omissions Rapport très conflictuel à la maternité	
Laurie	Gestation vécue entre fascination et étrangeté Vulnérabilité corporelle et psychologique de son expérience de grossesse Besoin de sécurité et de continuité	
Simone	La relation avec son fils ainé La découverte des gènes responsables d'une maladie	Ventre qui représente la présence du bébé Corps enceint qui la limite dans la relation avec son fils ainé
Naomi	Expérience corporelle de la grossesse ou « comment reprendre confiance en son corps ? » Processus d'ajustement sur le plan personnel et relationnel depuis la grossesse	
Billie	Ambivalence de la grossesse soit « comment aménager une place pour le bébé ? » Aménagement des places de chacun chacune et vécu d'intrusion	Sentiment d'être parasité, envahie, de ne plus posséder son corps Évolution du sentiment d'intégration corporelle du fœtus

4.1.1 Jenny

Contexte personnel et relationnel de la grossesse

Jenny est une femme québécoise de 28 ans. Elle est enseignante au primaire. Son conjoint travaille au sein d'une petite entreprise. En couple depuis un an et demi, ils habitent ensemble depuis quelques mois. C'est une première grossesse et qui n'était pas planifiée par le couple. Jenny souhaite fonder une famille depuis longtemps, alors elle veut poursuivre la grossesse, mais ce n'est pas le cas de son conjoint. L'aspect récent de leur relation aurait été un frein pour son conjoint. Ils ont pris deux rendez-vous pour avorter, qu'ils ont finalement annulés. Le conjoint de Jenny a finalement accepté la poursuite de la grossesse lorsqu'elle était enceinte de 13 semaines de grossesse, sans qu'elle ne sache comment il aurait pris cette décision. Elle participe aux trois premiers entretiens de recherche, et pas au dernier entretien après l'accouchement.

Jenny a une sœur de 26 ans et un demi-frère plus âgé qu'elle. Jenny raconte que ses parents se sont séparés pendant son enfance, elle vivait chez un de ses parents et sa sœur chez l'autre. Elle dit être proche de ses parents qu'elle sollicite pendant sa grossesse pour avoir des conseils. La mère de Jenny a travaillé pendant une dizaine d'années en salle d'accouchement. Elle fait partie intégrante du processus de grossesse de Jenny. Elle prend part à la plupart de ses réflexions, décisions, événements au sujet de la grossesse. Elle vient à tous les rendez-vous médicaux et aux échographies. Jenny souhaite qu'elle soit présente lors de l'accouchement.

Jenny a choisi un suivi de grossesse à l'hôpital, mais a finalement abandonné ce suivi pour un suivi avec une médecin de famille. La première médecin qu'elle a rencontré aurait eu « la tête dans les nuages » ce qui lui a déplu. Finalement, elle apprécie la deuxième médecin qui la suit puisqu'elle lui rappelle son partenaire à certains égards.

Caractéristiques du discours

Le discours de Jenny est maîtrisé. Pendant les trois entrevues, Jenny est très volubile, parfois même son propos prend la forme d'une tirade. Ce qu'elle dit demeure sous contrôle et elle exprime peu

de sentiments. Lorsqu'elle semble toucher à un sous-thème plus marqué affectivement pour elle, elle utilise des généralisations ou des lieux communs pour le mettre à distance.

Voici quelques exemples des nombreux lieux communs et des généralisations que Jenny utilise : « J'ai l'impression que les gars de nos jours, même s'ils ont 30 et plus c'est difficile de prendre la décision d'avoir des enfants » (E1), « Ça c'est la nouvelle génération, on est un peu plus égocentrique là même comme individu, mais comme couple aussi » (E1), « c'est notre perception de toute femme enceinte » (E2), « les gars ne voient pas ce qu'il y a à faire » (E2), « Ça ferait du monde qui ferait des enfants pour des raisons... au moins que ce soit plus difficile, ça limite tsé » (E3).

Il est frappant d'entendre la différence de tonalité entre la première et les deux entrevues suivantes. Lors de la première entrevue, elle présente une forme d'enthousiasme au sujet de la grossesse, de « high » comme elle dit. Lors des deux entretiens subséquents, son discours est plutôt caractérisé par la plainte et les contraintes qu'implique la grossesse. L'enthousiasme n'est plus du tout au premier plan.

Aussi, Jenny emploie un vocabulaire compétitif voire guerrier. Elle parle de sa mère comme quelqu'un de « dominant dans ses opinions » ce qu'elle valorise. Dans cette même idée, elle utilise des termes de l'ordre de la compétition en relatant les discussions avec son conjoint. Jenny parle d'un « battle » et elle dit « j'ai eu l'impression qu'il est allé chercher la semaine que je ne voulais pas au début, il a comme gagné » (E1). Elle parle de « nuls » lors de discussions au sujet de la gestion des nuits du futur bébé : « je peux lui donner peut-être ce côté-là, s'il peut y avoir des nuls des fois, tsé moi je vais être à la maison » (E1), « je trouve que j'avais vraiment comme changé mon fusil d'épaule là-dessus » (E3).

Thèmes principaux

Les thèmes principaux qui organisent le discours de Jenny sont : une préoccupation quant à la solidité de son couple, le besoin d'être active et de le rester, des enjeux de contrôle et de contrainte.

Jenny est préoccupée par la solidité de son couple et le vécu de son conjoint concernant la grossesse. Lors de la première entrevue, elle rapporte les disputes et les « chocs émotifs » qui ont eu lieu en rapport avec la décision de poursuivre ou non la grossesse. Lors des deux rencontres suivantes, elle laisse entrevoir des craintes et des questionnements par rapport au vécu de son conjoint en cette période, et à son implication future en tant que père.

Lors du premier entretien, Jenny souligne sa satisfaction quant à la rigueur de son conjoint par rapport aux rendez-vous de grossesse, alors que lors de l'entrevue 2, elle laisse entendre que son implication serait bien moindre qu'au début. Elle regrette qu'il ne participe pas à aux cours de yoga prénataux. Il se montre peu concerné lorsqu'elle lui présente les habits achetés pour leur fille. Par ailleurs, Jenny exprime sa satisfaction à la chercheuse quant aux attentions que son partenaire présente envers le bébé. Elle met l'accent sur chaque acte et parole qui pourrait illustrer son intérêt et son implication, comme si elle souhaitait se rassurer à ce sujet. Lors de la troisième entrevue, ils ont commencé les cours de préparation à l'accouchement, elle raconte avec excitation leur complicité lors de ces moments. Elle insiste sur les bienfaits de l'implication du conjoint lors de telles activités. Lors des trois entrevues, elle nomme l'organisation commune dont ils font preuve désormais, Jenny parle plusieurs fois de son insécurité financière, et de l'aide offerte par son conjoint depuis qu'elle est enceinte. Une recherche de sécurité affective semble y être associée.

Être active et le rester est très important pour Jenny. Elle se décrit comme quelqu'un de très actif, adjectif qu'elle utilisera maintes fois durant les trois entrevues. Elle arrête de travailler à 38 semaines de grossesse tout en précisant que d'autres personnes auraient arrêté avant dans la même situation. Elle aime et pratique plusieurs sports. Plusieurs cours de tennis par semaine, des tournois la fin de semaine. Elle joue aussi au soccer. Depuis qu'elle est enceinte, elle se sent particulièrement limitée au niveau des activités physiques.

Jenny décrit les contraintes physiques de la grossesse en long et en large : corps qui la limite dans ses activités, corps qui la contraint et la prive, pas de prise sur l'apparence de son corps qu'elle n'aime pas. Elle souligne le contraste entre ce qu'elle souhaiterait pouvoir faire, et les capacités actuelles de son corps qui ne le lui permet pas. Elle dit : « je suis quelqu'un qui a le goût de bouger, qui a hâte de faire d'autres choses que d'être enceinte » (E3). Elle souhaite recommencer ses

activités le plus rapidement possible, d'où la grande peur de subir une césarienne lors de l'accouchement. Elle termine la troisième entrevue en mentionnant sa déception de ne pas avoir accouché plus tôt.

Des enjeux de contrôle et de contrainte sont présents sous différentes formes dans le discours de Jenny. Elle travaille à stabiliser son poids : « J'avais un bon contrôle de mon poids, une coupe d'années que je pesais la même chose, tsé pour moi c'est super important de contrôler là, ça fait que c'est dur là, je n'ai pas le contrôle » (E2). La situation incontrôlable de l'accouchement la rend particulièrement nerveuse. Elle utilise une dénégation sur l'aspect incontrôlable de la situation : « C'est ça qui est le plus difficile je trouve, pas parce que je veux contrôler, mais parce que je ne peux pas préparer. Tu dois te préparer à tous les scénarios » (E3). Sa mère, qui est omniprésente dans son processus de grossesse, est une figure rassurante, entre autres, par la perception de contrôle qu'elle représente grâce à son expérience d'infirmière, et probablement aussi comme mère.

4.1.2 Olivia

Contexte personnel et relationnel de la grossesse

Âgée de 35 ans, Olivia est enseignante. Originaire d'une ville en région, elle vit à Montréal depuis un certain nombre d'années avec son conjoint. Ils ont un fils de 2 ans que nous nommons Léon. C'est une troisième grossesse planifiée pour Olivia. Elle a vécu une interruption spontanée de grossesse à huit semaines, avant la grossesse de Léon. Olivia participe à la recherche aux trois trimestres de grossesse. Le dernier entretien a lieu deux semaines après l'accouchement.

Olivia se décrit comme une personne très énergique et qui prévoit d'accomplir toujours plusieurs tâches en même temps. Elle se perçoit comme étant exigeante envers elle-même et elle ressent de l'anxiété lorsqu'elle est en situation d'incertitude selon elle. Elle dit manquer d'estime d'elle-même. Concernant sa famille, Olivia est l'aînée d'une fratrie de trois enfants. Elle a un frère et une sœur qui ont plusieurs enfants chacun. Olivia dit ne pas être particulièrement proche de son père, mais qu'elle le serait de sa mère. Elle lui raconterait tout, puis elle nuance en disant prendre des

précautions par rapport à cela. Elle dit « sa façon de réagir tsé ça, ça va devenir gros pour moi parce que ça va m'en créer de... pas de l'anxiété, mais tsé ça devient gros parce que j'ai ça à gérer aussi » (E2). Elle poursuit : « C'est comme si j'avais appris un peu des fois à, sans m'éloigner, mais à dire moins d'choses... comme pour me protéger ! » (E2).

Le conjoint d'Olivia a un frère. Ses parents sont séparés. Le père du conjoint est décédé il y a une dizaine d'années. Sa belle-sœur, dont elle est proche, a vécu plusieurs interruptions spontanées de grossesse dernièrement. Olivia parle beaucoup de sa belle-mère, la mère de son conjoint, qui représente une figure importante dans ses propos. Olivia trouve qu'« elle est très extravertie. J'veux dire elle nous aime, elle nous aime quasiment trop là [rires] » (E2). Relevons que cette manière d'atténuer ce qu'elle pense réellement par différents procédés est récurrente dans le discours de Olivia. Nous y reviendrons lors que nous abordons les caractéristiques de son discours.

Concernant son suivi de grossesse, elle est suivie par son médecin de famille et elle accouchera à l'hôpital. Olivia mentionne avoir des symptômes différents lors de cette grossesse en comparaison à la précédente (pas de maux de cœur, et beaucoup de fatigue).

Olivia accouche à 41 semaines de grossesse, l'accouchement a duré moins d'une heure comparativement à son premier accouchement qui a duré plus de trois heures. Lors de trois entretiens de recherche, Olivia affirme que son premier accouchement s'était bien passé. Cependant, elle a également mentionné à plusieurs reprises l'utilisation de « ventouses et de forceps », ainsi que la présence de multiples professionnels de la santé, tels que des médecins, des résidents et des internes, ce qui a été source d'un vécu d'intrusion.

Lors de cet accouchement, Olivia nomme le sentiment d'avoir été « dans sa bulle » et ne fait pas mention de vécu d'intrusion. Elle dit : « Des infirmières qui me disaient "ça va?" parce que moi je pense j'rentrais dans ma bulle, je me concentre, et puis tsé, elles me parlaient et puis je devais les regarder, mais sans vraiment répondre » (E4). Elle accouche donc de sa fille sans que cela ne nécessite d'interventions médicales du même ordre que la première fois. Olivia dit avoir une déchirure du périnée au premier degré dont elle souffre encore énormément trois semaines après

l'accouchement. Cette fois encore, Olivia présente plusieurs blessures importantes et des douleurs en lien avec l'allaitement.

Caractéristiques du discours

Les entrevues d'Olivia sont très denses et longues. Le discours est circulaire, désorganisé et marqué d'angoisses. Le fil conducteur est souvent perdu, par l'interlocuteur et par elle-même. L'écoute des entretiens ainsi que la lecture des verbatims sont pénibles et fatigantes.

L'affect est bien présent dans le discours d'Olivia qui est très angoissée. Son propos est laborieux, il est empreint d'hésitations et d'imprécisions. Souvent, elle ne termine pas ses phrases, et elle laisse en suspens certaines idées. Lorsqu'elle les termine, elle s'en défend massivement.

Le débordement est verbal et émotionnel. Olivia a toujours milles choses à faire, et il lui est impossible de mettre ses limites du point de vue organisationnel et relationnel. La question du débordement est centrale dans son expérience et d'ailleurs, elle dit à la fin de la deuxième entrevue de recherche au sujet d'une inondation de sa salle de classe : « c'est comme une goutte qui fait déborder le vase » (E2). Le vase, ce contenant qui déborde, pourrait-il la représenter ?

Les entretiens semblent permettre à Olivia d'évacuer une tension, tout en activant un grand sentiment de culpabilité. Les défenses sont massives. Elle utilise constamment des formulations et des procédés qui enrobent son propos.

Thèmes principaux

Les thèmes principaux abordés par Olivia sont : le vécu corporel de la grossesse entre angoisses de mort du bébé et impression de ne pas être enceinte, les enjeux d'envahissement dans la sphère relationnelle, le désir de « se retrouver soi ».

Olivia décrit des angoisses majeures de mort par rapport à sa grossesse. Elle est terrifiée à l'idée de revivre une interruption spontanée de grossesse. Elle rapporte différentes représentations de la

mort du bébé, de la maladie, d'un accouchement traumatique, notamment lors de la première entrevue. En fait, tout au long de l'entretien, elle mentionne « garder une petite réserve » et semble attendre avec impatience la semaine suivante pour « s'autoriser » à lever cette réserve, car elle sera à 12 semaines de grossesse (E1). Pourtant, les angoisses sont toujours bien présentes lors des entrevues suivantes. Après les échographies, rendue à 20 semaines de grossesse, Olivia constate : « finalement que ça été un ptit peu comme à l'autre grossesse... pis en plus là comme j'ai un enfant, peut-être on a moins l'temps de penser à la grossesse. Tsé j'me gardais quand même une réserve tout l'temps » (E2).

Des écueils concernant l'intégration psychique de la grossesse pour Olivia sont notables, que l'on peut comprendre en lien avec les importantes angoisses de mort. Elle dit ne pas réaliser être enceinte, et ce jusqu'à la fin de la grossesse. Dès le commencement de l'entrevue 1, elle explique : « J'dirais que... un peu comme la dernière fois... mais peut-être différemment aussi, en tout cas... 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 » (E1). À trois reprises au cours de l'entretien 1, Olivia répète cette impression de ne pas réaliser être enceinte. On peut imaginer qu'au premier trimestre ce sentiment est dans les limites de la normalité, car la grossesse peut être peu tangible du point de vue physique. Pourtant en ce qui concerne Olivia, l'impression de ne pas « réaliser » avoir un bébé perdure jusqu'à l'accouchement. Lors de l'entretien post-partum, elle rapporte ne pas avoir réalisé porter un bébé jusqu'à la naissance.

Par ailleurs, lors de la naissance, Olivia semble avoir du mal à s'adresser à sa fille à voix haute. Elle raconte : « au départ, c'était vraiment comme, c'est ça... comme si on se parlait, mais sans se parler » (E4). Elle explique que cela est en lien avec la façon dont elle communiquait avec son bébé lorsqu'il était in utero, ce qu'elle appelle le « dialogue intérieur » ce qui semble contradictoire avec ce qui précède. Dans son élaboration, Olivia décrit la phase d'ajustement dont elle a eu besoin pour communiquer différemment avec sa fille.

Comme si je communiquais encore avec elle, comme si elle était dans mon ventre. Je la regardais, et puis comme si on se comprenait sans se parler. Mais je me disais là je vais commencer à lui parler et je commence à lui parler. Là ça se fait naturellement, mais je réalise que moi j'ai vraiment une espèce de petite phase de transition où tsé je peux être comme ça ou quand je l'avais sur mon ventre à l'hôpital ou quoi, je n'ai pas

commencé à dire « ah ma belle petite » tsé, c'est comme si c'était comme encore vraiment intérieur. (Olivia, E4)

Alors que pendant neuf mois, Olivia a éprouvé des difficultés pour concevoir un bébé au sein de son corps, une fois l'accouchement passé, elle relève sa difficulté à le concevoir maintenant hors du ventre. Comme si l'expérience d'un corps habité n'était possible que maintenant qu'il ne l'est plus ?

Un autre sous-thème majeur dans l'expérience de grossesse qu'Olivia rapporte est l'envahissement qu'elle vit dans la sphère relationnelle. Olivia mentionne de multiples situations qui mettent en scène un empiétement majeur sur son espace, sans qu'elle les arrête. Ces scènes sont soit en lien avec sa belle-mère, plutôt lors de l'entrevue 2, soit avec les professionnels de l'hôpital, plutôt lors de la première rencontre de recherche. Il est marquant de relever qu'elle raconte, par les mêmes manières de dire, comment elle est envahie et comment elle se laisse envahir. D'abord, elle insiste lourdement sur les qualités des personnes concernées. Ensuite, elle raconte la scène, laissant entendre à demi-mot l'envahissement qu'elle vit.

Lors de l'entrevue 1, au sujet de son accouchement, Olivia raconte : « tout le monde était extra sympathique », « les gens étaient tellement gentils! J'trouve tellement que... en tout cas, j'sais pas, dans ce service-là les gens sont tellement... j'pense que c'est pas n'importe qui qui peut faire ça. Tsé avec des bébés, des femmes enceintes, c'était tellement attentionné... » (E1). Olivia insiste avec la répétition de « tellement » à chaque phrase, pour ensuite, formuler :

Dans notre chambre les gens sont venus euh... tsé y'avait des résidents ou en tout cas j'sais pas tout leur grade, mais qui venaient nous enseigner des affaires pis on était quand même ouverts à ça. Donc tsé ils venaient. C'est sûr qu'à un moment donné c'était peut-être beaucoup, mais... tsé, on était comme sympathique ou peut-être qu'on avait l'impression que... Même y'en a un infirmier qui tsé, y faisait un stage, il dit : « J'peux aller chez vous après? », « Ben oui, viens ». Je me disais plus qu'il y a de monde qui regarde le bébé ben tant mieux. (Olivia, E1)

Lors de cette scène, des professionnels se succèdent dans sa chambre d'hôpital. Elle dit « c'était peut-être beaucoup » laissant entendre la gêne qu'elle a vécue. Aussi, elle suggère qu'elle aurait eu aussi sa part dans l'envahissement qu'elle décrit en disant « on était quand même ouvert » et de cette manière, elle minimise la situation d'envahissement. Elle termine en essayant de justifier le

fait d'avoir accepté une énième visite à leur domicile, précisant que cela pourrait être bénéfique pour le bébé.

Lors de l'entrevue 2, Olivia élabore en long et en large sur l'envahissement qu'elle ressent de la part de sa belle-mère. D'abord, elle décrit sa belle-mère de façon positive notamment avec la répétition de « très » qui amplifie les qualités qu'elle lui attribue « généreuse, accueillante, bonne personne ». Ensuite, elle nomme, graduellement, l'envahissement qu'elle ressent de sa part « quelque chose en elle, je ne sais pas quoi, qui m'envahit, entre dans ma bulle » (E2). Elle s'en défend de manière maniaque en disant « elle va me faire rire avec ça », mais elle reprend en décrivant un sentiment d'oppression physique et psychologique qui la fige.

Mais c'est une personne très très généreuse, très accueillante, très... c'est une très bonne personne, elle a quelque chose en elle, je sais pas quoi qui m'envahit, entre dans ma bulle... pis tsé elle va m'faire rire avec ça. Mais... disons qu'elle me serre ou quoi, moi j'me sens comme coincée un peu... C'est ça, c'est comme si j'savais plus trop comment réagir. (Olivia, E2)

Ce paragraphe, mis en écho avec le sous-thème précédent du corps non habité, nous évoque un questionnement. Compte tenu des enjeux d'envahissements majeurs dont Olivia nous fait part, est-ce qu'en ne se représentant pas le bébé au sein de son corps, prévient-elle inconsciemment le troublant sentiment d'être envahie par lui ? Quoi qu'il en soit, ce sentiment d'envahissement se déploie autrement, Olivia est envahie et elle se laisse envahir.

D'ailleurs, la question qu'elle énonce « comment réagir ? » qui dit sans le dire « comment mettre des limites ? » se retrouve en filigrane tout au long des entrevues de Olivia. Elle amorce quelque chose à ce sujet lors de la deuxième entrevue : « J'm'en rends compte... que la famille, les gens, ont plus d'emprise sur nous, sur moi pis mon chum, peut-être de par nos personnalités » (E2). Malgré ses hésitations, elle poursuit son propos : « Ou même par rapport à nos enfants, tsé ma sœur pis son frère vont être capables, vraiment, d'aller mettre leurs, leurs limites là » (E2). De même, Olivia mentionne la possibilité de « dire stop » dans le rapport qu'elle entretient avec les professionnels de santé (E2). Nous y reviendrons dans la partie II.

Lors de l'entrevue 3, au sujet de l'allaitement de son premier enfant, Olivia nomme avoir toléré la souffrance physique au-delà de ses capacités : « J'ai continué, continué, continué et puis tsé finalement j'ai dû m'habituer comme ça et puis en fin de compte, des fois j'me revois et je me dis oh oui j'avais mal dans le fond, mais je le faisais quand même » (E3). Lors de la grossesse de Léon, Olivia raconte avoir été si épuisée qu'elle se serait mise en danger. Elle raconte avoir souvent manqué de s'endormir sur la route en revenant de son travail. Elle constate en après-coup : « La dernière fois j'pense, j'aurais pu être enlevée du travail plus rapidement » (E1).

Dans ce contexte, Olivia nomme un besoin nécessaire de « se retrouver soi » qu'elle associe à la période de la grossesse. Elle dit que la période de grossesse constitue pour elle : « un temps d'arrêt, un espèce de bilan de vie, une phase de transition » (E1, E2). Elle exprime un désir de changement. Dès l'entrevue 1, Olivia dit : « Pis j'me dis ce temps d'arrêt là euh... ça va peut-être me permettre justement de faire le point sur des choses de ma vie et tout ça » (E1). Elle réitère son besoin « j'ai comme le goût de me retrouver moi ! » deux fois lors de l'entrevue 2, et elle dit « j'ai le goût d'avoir du temps pour moi » lors de l'entrevue 3. Lors de l'entrevue 2, elle raconte : « On dirait que j'suis comme en train de faire un espèce de bilan d'vie aussi inconsciemment... des fois y'a des choses qui respectent moins peut-être mon rythme... J'me rends compte qu'on laisse beaucoup d'place aux autres » (E2). Enfin, après l'accouchement, elle évoque à nouveau ce besoin : « Je suis habituée à faire 15 000 affaires en même temps. Mais tsé de ne pas juste gérer une chose là tsé. Mais tsé ça n'empêche pas qu'éventuellement tsé j'aimerais ça comme reprendre soin de moi, tsé juste au début » (E4).

Au sujet de ce temps pour elle, Olivia dit « dans ma tête j'avais dix milles objectifs de choses que je voulais faire. Je vais finir mes albums photos avant l'autre naissance de l'autre enfant, j'vais faire telle chose, telle chose, telle chose » (E1). En fin de compte, bien qu'Olivia exprime le souhait de terminer ses albums photos dès le premier trimestre, elle n'y parvient pas. À 38 semaines de grossesse, elle parle à nouveau des albums photos qui ne sont pas terminés, et elle nomme le fait qu'elle commencerait à peine à prendre du temps pour elle.

Je commence juste à prendre du temps pour moi là. Ça a vraiment beaucoup, beaucoup, beaucoup roulé. Je me dis bon j'aimerais aussi faire mes albums photos, des trucs comme ça, mais tsé, je veux dire là au moins le gros des choses est fait. J'étais comme dans un tourbillon de listes, ah tsé, il faut que je prenne du temps pour moi. (Olivia, E3)

En participant à l'étude, l'espace de recherche délimité et concentré sur son expérience, semble avoir permis à Olivia, un tant soit peu, de « se retrouver » comme elle l'aurait souhaité, ce qui n'a semble-t-il pas été possible à l'extérieur.

4.1.3 Nina

Contexte personnel et relationnel de la grossesse

Nina est âgée de 36 ans. Elle est doctorante en fin de parcours, elle déposera sa thèse quelques semaines avant d'accoucher. Elle vit avec son conjoint, ils déménagent quelques mois avant la date prévue d'accouchement. La grossesse est planifiée. Le projet d'enfant date depuis un an environ. Nina a vécu deux interruptions spontanées de grossesse durant la dernière année, à quelques mois d'intervalle. Nina rencontre la chercheuse chaque trimestre de grossesse. Le dernier entretien se déroule à quatre semaines post-partum.

Nina a une sœur qui a deux enfants, une fille de 3 ans et un garçon de 2 mois. Elle dit être proche de sa sœur qu'elle nomme être « sa personne-ressource ». Elle l'appellerait souvent et partagerait son expérience de la grossesse avec elle majoritairement. Nina dit qu'ils seraient les derniers de la famille à ne pas avoir d'enfant.

Les parents de Nina se sont séparés lorsqu'elle était jeune. Elle raconte que sa mère se serait beaucoup « sacrifiée » pour ses enfants, ce qu'elle trouve dommage et ce qu'elle ne souhaite pas reproduire. De plus, elle dit éviter de parler de la grossesse avec sa mère, car cette dernière n'aurait pas « une bonne mémoire » (E3). « Elle mêle des souvenirs tout le temps, elle en invente, bref tout ce qui est "souvenirs" avec ma mère, j'évite d'en parler parce que je trouve que c'est plus dérangeant qu'autre chose là » (E3). Elle évoque de la déception par rapport au lien à sa mère « 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 » (E3). À la fin de l'entrevue 3, la chercheuse interroge Nina sur l'évolution de sa relation avec sa mère depuis la

grossesse. Nina répond « Non, non, je ne me suis pas rapprochée d'elle plus, je dirais que ça, ça n'a rien fait » révélant dans le même temps son désir de rapprochement initial (E3).

Nina a choisi le suivi par une sage-femme suite à quelques expériences négatives à l'hôpital. De la grande fatigue est le symptôme majeur rapporté lors du premier et du deuxième trimestre. Nina subit un accident de la route à quelques semaines de grossesse. En urgence, elle passe alors une échographie à l'hôpital, les médecins lui rapportent que le bébé va bien. Rien de notable n'est partagé au sujet du déroulement de la suite de la grossesse. Lors du troisième trimestre, elle mentionne vivre de la douleur physique, des enflures et de la difficulté pour marcher.

Concernant l'accouchement, elle dit avoir vécu le « scénario idéal », que « tout s'est super bien déroulé », que « ça a super bien été », que « ça n'aurait pas pu être mieux ». Elle rapporte s'être sentie dans une « bulle » à plusieurs reprises (E4). La forte insistance sur l'aspect idéal de son accouchement avec un récit sans aucune nuance, soulève des questions quant à ce qu'elle pourrait dissimuler. D'ailleurs, en utilisant par la suite l'expression « branle-bas de combat », qui est connoté de manière plutôt agressive, elle suggère que l'accouchement n'a peut-être pas été aussi parfait qu'elle le prétend. Quoi qu'il en soit, nous remarquons que Nina ne fait aucune mention de la douleur inhérente à l'accouchement, qu'elle a pourtant crainte tout au long de la grossesse. Par la suite, elle compare les premières deux semaines post-partum à « une lune de miel » et à « Noël ».

Quelle est la fonction de cette idéalisation? Nina raconte qu'à la suite de deux semaines post-partum la réalité est plus complexe. Elle dit que le bébé ne dort pas, et que « c'était épuisant là donc ça nous a vraiment tombé sur le moral. On dirait que la lune de miel a comme, pouf, on revient à la réalité. Ce n'est pas si facile que ça tsé, d'avoir un petit bébé » (E4). Dans un contexte de post-partum, la fatigue extrême et une réalité loin de la lune de miel, sont des affaires courantes. Par ailleurs, Nina évoque brièvement des difficultés dans le lien à son bébé. Nous supposons que par l'idéalisation de l'accouchement, le manque d'intérêt qu'elle présente pour son fils, est mis à distance. Elle raconte à la fin du dernier entretien :

Moi, je n'avais pas pensé là qu'après avoir fait tout cet effort-là, ils mettent un p'tit bébé sur le ventre, il fallait que je l'allaitte, il fallait que je m'en occupe, il fallait que je lui donne l'attention, et puis que je m'y intéresse tsé. Vraiment là, parce qu'ils me l'ont

pris, ils me l'ont mis sur le ventre bon le temps que le placenta sorte. Et puis je n'avais même pas le goût là, j'étais comme, j'étais totalement dépassée par les événements là.
(Nina, E4)

Thèmes principaux

Les thèmes principaux qui organisent le discours de Nina sont : un plaidoyer pour le suivi sage-femme, le corps enceint entre frustrations et omissions, un rapport très conflictuel à la maternité.

Nina a choisi le suivi sage-femme. Durant les quatre entretiens, de manière très clivée, elle oppose les « mauvais » professionnels de l'hôpital aux « bonnes » sages-femmes. Elle répète l'expression « c'est le jour et la nuit » illustrant le clivage qui est en œuvre.

Nina se raccroche avec ardeur au discours des sages-femmes. Elle rapporte comment les sages-femmes « ont de l'expérience ». Elle les qualifie « humaines, sereines, calmes, apaisantes » (E2). Son discours reprend plusieurs idées lues dans les livres recommandés par les sages-femmes et cela occupe une grande partie des entretiens. À l'inverse, elle dépeint le système hospitalier comme un endroit désorganisé, au sein duquel les professionnelles ont une attitude désinvolte. Les informations présentées pendant la première rencontre d'informations lui ont été inutiles. Même si son suivi est maintenant transféré aux sages-femmes, le réquisitoire envers le suivi à l'hôpital persiste lors des entretiens suivantes.

Nina vit l'expérience corporelle de la grossesse, entre frustrations et omissions. Les sensations physiques sont associées au bébé et de façon négative. Elle dit : « Donc je dois écouter mon corps. Et puis mon corps c'est un peu le bébé là. Donc c'est dans ce sens-là qu'il est tout le temps présent parce qu'il vient modifier mon cadre de vie là » (E2). La présence du bébé la perturbe. Elle dit avoir modifié son alimentation, car elle aurait souvent faim, notamment la nuit. Le bébé la réveille et elle se sent donc plus fatiguée (E2). Physiquement, elle se sent limitée par l'état de grossesse et elle poursuit : « donc je dirais que c'est beaucoup au niveau physique le bébé il est présent » (E2). Son corps est associé au bébé, et ce, de manière négative. De plus, les mouvements in utero du bébé la gênent lorsqu'elle travaille, par exemple. Les mouvements sont associés à de l'agressivité, elle parle de « gros coups » et de « coups méchants ». Nous y reviendrons dans la partie II.

La place du bébé au sein du corps de Nina n'était pas évidente pendant les deux premiers trimestres de grossesse. Elle dit « oublier être enceinte » lors de l'entrevue 1 et 2. Nina évoque qu'elle doit se rappeler être enceinte, elle dit : « je me dis oh oui je suis enceinte, c'est réel ou des trucs comme ça » (E2). Notons que la question de l'oubli, et de la place du bébé est toujours présente après la naissance, Nina mentionne : « J'étais trop stressée là de l'écraser pendant mon sommeil ou d'oublier que là j'avais un bébé et puis tout ça, donc on l'a mis, on a un petit moïse là, donc on l'a mis là-dedans au pied de notre lit » (E4).

D'ailleurs, en résonance au peu d'intégration de la grossesse, on cherche le bébé dans son discours. Elle en parle très peu tout au long de la grossesse. Pour la première fois lors de la dernière entrevue, elle nomme le prénom de son fils, après avoir raconté le cauchemar qui met en scène de l'étouffement de ce dernier dans les couvertures de sa mère. Elle le prénomme au moment où elle le cherche. Elle raconte se réveiller en pleurant, et en interpellant son conjoint : « Il est où William ? ». Par cette phrase rapportée, elle fait exister son fils en le prénommant. Et dans le même temps, elle formule sans le savoir quelque chose de sa conflictualité.

Nina présente un rapport conflictuel, au sens psychanalytique, à la maternité. C'est lors de la troisième rencontre qu'elle aborde sa grande ambivalence à avoir des enfants et le fait qu'elle ait retardé la mise en œuvre du projet à plusieurs reprises. Elle se serait finalement décidée parce que son conjoint, lui, était prêt.

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 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, 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, tout ça. (Nina, E3)

Nina raconte qu'elle ne se voyait pas mère en raison de ses représentations : « être mère pour moi on dirait que c'est quelqu'un qui est vieux, qui n'a comme plus de personnalité ou que, tsé qui fait tout pour son bébé là ». Elle poursuit : « Ça fait que ce n'était pas super le fun ma vision de c'est quoi être une mère tsé » (E3). Pour Nina, la maternité est une menace importante à son identité et à la liberté. Selon ses représentations, une mère se consacre à son bébé et ne peut investir d'autres

sphères. Elle dit : « 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 » (E3). Elle dit faire beaucoup de rêves à ce sujet « qui étaient vraiment en lien avec l'espèce de peur de perdre la vie tsé, sans bébé » (E3).

L'accouchement représente pour elle le commencement de cette nouvelle identité de mère qu'elle redoute. Elle raconte : « là je ne me sens pas mère là, mais tsé c'est vraiment l'accouchement qui va faire de moi que je vais devenir une mère » (E3). C'est comme cela que Nina s'explique en partie, sa grande peur de l'accouchement.

C'est le moment qui change ta vie aussi l'accouchement là. Tsé, j'ai beau être enceinte là, oui, j'ai un bébé, mais il n'est pas là avec nous là. Tsé je peux sortir, 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. (Nina, E2)

En lien avec l'ambivalence de ce désir de maternité, du point de vue relationnel, Nina est agacée par les projections de la famille au sujet du bébé. Elle rapporte quelques commentaires non sollicités et intrusifs de la part de la belle-famille. Le fait que Nina préfère échanger davantage avec sa sœur et ses amies, peut-il être dû au fait que le lien avec cette génération est plus facile pour elle ? Est-ce pour cette même raison qu'elle a choisi de s'adresser à une doctorante comme elle ?

Caractéristiques du discours

Nina est soucieuse de savoir si ses réponses correspondent aux attentes de la chercheuse. Elle est très en contrôle de son discours, elle termine ses phrases en coupant son élaboration par des expressions telles que « donc c'est ça », « etc. ». Malgré les tentatives de contrôle, les résistances ratent à quelques reprises. Nina prononce des mots symboliquement marqués qui semblent lui échapper, puis elle ressent l'impératif de nier ce qui pourtant s'impose à elle. Elle dit que son bébé donne des coups, mais « pas des coups méchants » (E2). Elle mentionne que le bébé n'a pas de place dans sa vie, puis elle se repend « 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 » (E2). Elle compare l'accouchement à une bombe « mais pas une bombe là qui fait mal » (E3).

L'affect est peu présent dans le discours de Nina. En revanche, quelques contradictions sont majeures dans son discours, et traduisent une expérience confuse. Par exemple, elle dit « j'ai tellement eu une belle grossesse que tsé, je continuerai à être enceinte là » et elle dit lors de la même entrevue « j'ai hâte qu'il sorte » après avoir énoncé son inconfort en lien avec les mouvements in utero (E3). Ou encore, la « lune de miel » des deux premières semaines post-partum qu'elle raconte est en contradiction avec le désintérêt vécu envers son bébé à la naissance et les cauchemars qu'elle a eus à ce moment-là.

Par de nombreux éléments du discours qui sont plaqués, Nina tente, comme elle peut, de se rassurer ou de dissimuler son malaise par rapport à cette grossesse. Quoi qu'il en soit, elle peine à s'approprier son expérience. Nina reprend presque mot pour mot une grande partie des idées associées au paradigme des sages-femmes. Voici quelques exemples, Nina dit : « c'est vraiment comme ça que je comprends l'accouchement donc pour moi ça va être important de tout ressentir, tsé de sentir les contractions, de me laisser aller, de travailler avec mon bébé pour qu'on s'aide mutuellement les deux » (E3). Un peu plus tard, elle mentionne : « La vie, c'est... tu nais et puis tu meurs. Donc on ne peut pas, c'est ça, on ne peut pas juste prendre des médicaments pour ces deux événements-là qui sont majeurs » (E3). Elle poursuit : « Il faut qu'on puisse les vivre, il faut qu'on les sente, il faut qu'on voit, ce que ça nous fait et puis comment ça nous transforme là » (E3).

Parfois, elle exprime des interrogations au sujet du contraste entre ce qu'elle s'était imaginée ressentir et ce qu'elle ressent en réalité. Lors de la première échographique, Nina rapporte qu'elle se sent détachée et qu'elle ne vit pas d'émotion comme elle l'aurait pensé. Elle parle du « deuil de la bedaine comme ils disent » qu'elle n'aborde finalement pas après l'accouchement. Elle dit avoir hâte de vivre le bonheur de voir son bébé et le vécu de fusion avec lui, alors qu'elle vit en fin de compte un désintérêt pour l'enfant à sa naissance.

4.1.4 Laurie

Contexte personnel et relationnel de la grossesse

Âgée de 29 ans, Laurie travaille dans une boutique de décoration. Elle détient une maîtrise en art à laquelle elle fait référence lors d'un entretien. Son conjoint travaille comme chercheur. Il est décrit par Laurie comme une personne compréhensive et attentionnée. Laurie participe aux trois entretiens pendant la grossesse. La dernière rencontre a lieu cinq mois après son accouchement. C'est une deuxième grossesse planifiée pour Laurie. Une interruption spontanée de grossesse pendant le premier trimestre a eu lieu six mois avant la première entrevue.

Laurie se décrit comme quelqu'un de rationnel avec un caractère affirmé. Elle s'informe au sujet de ce qu'elle ne connaît pas et de ce qu'elle ne comprend pas. Être dans un environnement connu, stable et organisé la rassure. Elle dit avoir « été très nature, très hippie » lorsqu'elle était jeune adulte. Laurie raconte qu'à l'âge de 17 ans, elle se sentait « à la limite d'être une dépendante affective » (E2). Elle poursuit son discours :

Je détestais être seule, seule il n'y a rien à faire, je faisais tout ce que je pouvais pour ne pas être seule, jamais. Et puis j'avais justement peur souvent la nuit souvent, et puis là au fur et à mesure, j'ai suivi quelques thérapies, ça m'a aidée, et puis aussi en vieillissant tsé, la vie fait que tu n'as pas le choix d'être seule et puis ce n'est pas toujours désagréable tsé. (Laurie, E2)

Après l'accouchement, elle raconte la difficulté de sentir la dépendance de sa fille envers elle. « C'est au-delà d'une question de nourriture, c'est la présence, c'est le corps, c'est tout, c'est même que moi après deux ou trois semaines, j'ai fait aye c'est difficile là de sentir que le bébé est si dépendant » (E4).

Ses parents habitent en campagne. Elle dit ne pas se sentir particulièrement proche d'eux et elle en parle peu lors des entretiens. À leur sujet, elle dit « de toute façon j'les vois pas souvent donc c'est pas euh quelque chose de, de difficile pour moi de, d'être... d'omettre une information » (E1). Laurie décrit sa mère comme « très angoissée de nature », « un peu alarmiste » avec « un espèce de côté surprotecteur » (E1). Elle qualifie son père de « beaucoup plus posé » en comparaison à sa mère (E1). Lors du premier entretien, elle dit : « c'est la raison pour laquelle j'prends beaucoup de

gants blancs pour y parler de quoi que ce soit » (E1). Puis lors du troisième entretien, plusieurs mois plus tard, elle reprend cette idée en disant : « elle n'aura pas de passoire, ça va y aller au... c'est ça. Et puis ben je ne sais pas là. Des fois, c'est ce genre de chose qui moi m'irrite là » (E3).

Laurie se confie beaucoup à sa sœur qui est de six ans son aînée. Elle habite à une heure de route de Montréal et elle a deux enfants. Laurie décrit sa sœur comme « quelqu'un de clé que je vais souvent appeler pour avoir des informations parce qu'on est vraiment constituée pareil » (E1).

Laurie est suivie à l'hôpital pour sa grossesse. Cette décision aurait été prise par dépit. En fait, elle est inquiète de ne pas pouvoir avoir recours à l'épidurale dans le cadre d'un suivi sage-femme. Elle commence le premier entretien en nommant attendre avec impatience la 12^e semaine de grossesse pour que les risques d'interruptions spontanées de grossesse diminuent. Lors du premier trimestre, elle aurait été inquiète par certains symptômes physiques. Au troisième trimestre, elle dit que le premier trimestre était le « pire, le plus angoissant, le plus déstabilisant » (E3). Son conjoint se préoccuperait d'elle et de son bien-être, il cuisine et lui fait des massages. Bien qu'elle raconte ne pas se sentir toujours comprise par lui, Laurie échange beaucoup au sujet de la grossesse avec son conjoint, et elle relate plusieurs discussions avec des amies.

Laurie a accouché par césarienne d'urgence. La vie du bébé était en danger, ce qu'elle n'aurait réalisé qu'en après-coup. En plus de vivre la convalescence de l'opération, elle dit vivre le deuil d'un accouchement par voie vaginale auquel elle tenait, elle dit « je ne l'ai pas vu sortir de moi » (E4). De plus, Laurie présente des difficultés pour allaiter, et elle prend la décision d'arrêter après cinq semaines d'essais.

L'histoire familiale des grossesses est chargée pour la mère de Laurie. Entre la naissance de sa sœur et celle de Laurie, la mère de Laurie a vécu une interruption de grossesse et le décès d'un garçon à 4 mois de vie en raison d'une malformation interne. Laurie dit avoir toujours eu connaissance de cette histoire familiale. En conséquence de ces deux décès de bébés, la mère de Laurie est restée alitée pendant plusieurs mois lorsqu'elle était enceinte de Laurie.

Thèmes principaux

Les thèmes principaux énoncés par Laurie sont : la gestation vécue entre fascination et étrangeté, la vulnérabilité corporelle et psychologique de son expérience de grossesse, un besoin de sécurité et de continuité.

Laurie élabore amplement à propos du phénomène de la gestation qui la fascine, et aussi sur le caractère étrange de la situation de grossesse. L'adjectif « étrange » est utilisé pour décrire ses symptômes physiques du premier trimestre, la situation de prise en charge médicale ou encore le phénomène de la grossesse. Notons que le mot « étrange » est utilisé en général pour décrire quelque chose qui est peu commun ou qui sort de l'ordinaire, et qui peut susciter de l'intérêt, de la fascination ou de l'inquiétude.

Laurie nomme avoir un grand intérêt pour la période périnatale. Elle raconte s'être déjà questionnée sur la possibilité de devenir sage-femme, profession qu'elle trouve « fascinante ». Elle insiste et utilise maintes fois ces termes « fascinant, fascine, fascination » notamment lors de la deuxième entrevue. Selon cette même idée, elle s'exprime avec ardeur : « c'est fou la génétique », « moi j'en reviens pas c'est incroyable comment qu'on peut être deux êtres complètement différents psychologiquement » (E1), « c'est quelque chose qui me dépasse, tout ce qui est l'idée de la conception et de l'accouchement » (E2), « c'est fascinant, je disais c'est incroyable comment c'est beau de voir que nous on peut créer, former un être humain qui un jour va nous dépasser, tant physique que psychologique tsé » (E2).

Laurie traite de manière similaire la création d'une œuvre d'art et le processus physiologique de la grossesse. « Quand je parle à des gens de mon domaine, je leur dis que je fais la plus grosse création que je n'ai jamais faite, c'est de faire un enfant tsé » (E2). Le sentiment de puissance de Laurie à propos de ce processus physiologique sur lequel elle n'a, de fait, que peu de prise est marquant. Elle décrit la création d'un bébé en ne partant « de rien », ce qui d'un point de vue biologique est erroné, mais qui souligne encore les enjeux de puissance qu'elle ressent. De plus, cette création est perçue comme particulièrement grande, elle dit : « qui nous dépasse », « je trouvais ça beau de créer quelque chose qui va être au-delà de nous » (E2).

En filigrane, Laurie exprime aussi la grande vulnérabilité qu'elle ressent depuis le début de la grossesse, ce qui lui fait vivre beaucoup d'impuissance. Elle dit vivre une fragilité corporelle et psychologique, la grossesse est nommée comme « cet espèce d'état déstabilisant » et elle distingue et énumère l'aspect corporel et l'aspect psychologique plusieurs fois, tout en les mettant en lien par la suite : « C'est ça qui est le plus difficile. De... on ne sait pas chaque jour comment que le corps va réagir donc c'est pour ça que c'est un peu plus difficile d'être très stable émotionnellement » (E2).

Aussi, elle dit ressentir plus de peurs et de dangers lorsqu'elle se déplace dans la ville et dans les transports. Elle raconte avoir déménagé dans un nouveau quartier, car elle ne se sentait pas en sécurité dans le quartier où ils vivaient avant. Ainsi, elle estime avoir régressé concernant certaines angoisses en lien avec la sécurité : « Il y a des choses qui régressent parce que toute cette conception-là, ça nous ramène à l'origine, on dirait tsé. Ça ramène à toutes ces espèces de peur qui étaient là à l'origine, mais qui sont toujours... tsé » (E2). En conséquence de son sentiment de vulnérabilité et de menaces extérieures, Laurie dit : « Tout est en mouvement dans moi, ce n'est pas le temps-là de commencer à essayer là... je veux juste être rassurée » (E2).

Laurie nomme un besoin de sécurité exacerbée depuis la grossesse. Elle est déçue par le manque de continuité dans le suivi médical. Elle évoque aux trois entretiens n'avoir jamais rencontré la médecin « qui la suit » et espère la rencontrer avant l'accouchement (E1, E2, E3). Elle dit se sentir comme un « fichier » (E2). À ce sujet, elle aurait préféré le suivi sage-femme, car « c'est vraiment le contact avec une femme qui te suit tout le long et puis qu'après tsé, il y a quand même un lien qui se crée et puis ensuite c'est elle qui accouche, c'est très significatif pour moi » dit-elle (E2). Elle reprend cette idée lors de l'entrevue suivante : « je sens que la compétence des gens [de l'hôpital], mais je ne sens pas la familiarité ou le contact personne à personne si on veut » (E3). Elle qualifie le suivi hospitalier de « déshumanisant » (E2). Étant donné qu'elle ne l'a pas trouvé auprès des professionnels de la santé, elle dit que son conjoint représente pour elle un point de repère crucial pour sa sécurité émotionnelle et sa capacité à faire face aux défis de la grossesse.

Caractéristiques du discours

Tout au long de l'étude, Laurie élabore facilement et rapporte aisément son expérience affective. D'emblée, il est marquant de constater à quel point elle investit amplement le processus de recherche et la personne qui mène l'entrevue. Elle prend des notes entre les rencontres afin de s'assurer de ne rien oublier. Elle trouve que le temps des rencontres s'écoule rapidement.

Le discours de Laurie est riche de contenus, réflexif et maîtrisé. Elle aborde ses relations familiales et amicales, elle exprime facilement ses ressentis et se met en récit, elle commente son expérience avec les professionnels de la santé. Son discours prend parfois la forme de revendications qui se mêle à la déception qu'elle ressent vis-à-vis du suivi médical.

Laurie s'exprime avec ardeur lorsqu'elle décrit les aspects déstabilisants et angoissants de son expérience de grossesse. Elle emploie des « si » qui accentuent l'intensité de ce qu'elle exprime. Par exemple, elle dit « dans un moment où est-ce que c'est si instable » ou encore « je n'avais pas pensé que mon corps allait être si instable, si imprévisible » (E2). Dans cette même idée, Laurie utilise des « tellement », « très », « beaucoup » à répétition. Relevons aussi le nombre de fois où elle commence ses phrases avec « c'est drôle » au sens de bizarre et étrange. Ce vécu d'étrangeté s'exprime aussi avec l'utilisation de l'expression « espèce de ». Voici trois exemples : « espèce de processus », « espèce d'état » et « espèce de vulnérabilité » (E2).

En dépit de l'expérience angoissante qu'elle décrit, Laurie semble prendre plaisir à participer à la recherche et exprime à plusieurs reprises qu'elle trouve cela « l'un » et qu'elle se sent chanceuse. Face à cette contradiction apparente, on pourrait se demander si cette manière de s'exprimer relève de défenses maniaques ? Ou encore si elle correspond plutôt à une forme d'excitation fébrile liée à la possibilité d'utiliser cet espace contenant pour libérer la charge affective qu'elle porte ?

Laurie investit amplement la chercheuse, à qui elle s'adresse par son titre de psychologue plus que de chercheuse. Elle l'interpelle à plusieurs reprises, notamment lors de l'entrevue 2. Rappelons que l'entrevue 2 est particulièrement marquée par l'expression de sa vulnérabilité. Elle dit : « Il y a un truc d'ailleurs... dont je voulais vous parler », « c'est drôle parce que quand j'ai vu cette espèce de

vulnérabilité qui revenait, j'ai, j'ai failli vous appeler », « Je me dis ah au moins, c'est le fun, moi je la vois de temps en temps. Mais c'est ça, c'est ça, je disais à mon chum, je dis tabarouette, je la verrais plus souvent, si c'était juste de moi » (E2). Elle se projette dans un suivi avec la chercheuse « Je ne sais pas si... j'ai dit Mme Tremblay, elle est psychologue, je ne sais pas s'il y a un moyen de faire un suivi pendant la grossesse », « je trouve ça l'fun dans un sens, comme, c'est comme faire un peu un suivi psychologique si on veut. Ben moi quand même j'ai de la chance de le faire parce que je fais l'étude » (E2).

4.1.5 Simone

Contexte personnel et relationnel de la grossesse

Simone a 31 ans, et travaille comme infirmière au sein d'un centre hospitalier. Elle vit avec son conjoint et leur fils aîné âgé de 2 ans que nous nommons Gabriel. C'est une deuxième grossesse planifiée. Simone participe aux trois entretiens pendant la grossesse et elle ne participe pas au dernier temps prévu pour la recherche.

Simone se décrit comme une personne pragmatique et concrète, une caractéristique qu'elle aurait en commun avec son conjoint selon elle. Elle pratique plusieurs sports, dont le tennis et le volleyball. Lors de sa première grossesse, elle aurait joué au tennis jusqu'au huitième mois, ce qu'elle ne se sent pas de faire pour le moment. Elle est alors entraîneuse une fois par semaine, ce qui lui permettrait de rester active malgré les limitations sportives qu'implique la grossesse.

Pendant la recherche, elle n'évoque que très brièvement sa famille. Elle dit voir de temps en temps sa mère et son frère. Elle ne connaît pas son père biologique, mais elle aurait quelques contacts avec la famille du côté paternel. Elle mentionne que les grands-parents paternels de son fils et sa mère garderaient son fils de temps en temps.

Simone trouve cette grossesse plus difficile que la première sur le plan physique. Lors des deux premiers trimestres, elle présente beaucoup de symptômes physiques (nausées, vomissements,

fatigue) en comparaison à sa première grossesse. Elle trouve l'organisation du quotidien très exigeante et elle ne trouverait plus de temps pour elle. Elle rapporte un certain sentiment de solitude, car son conjoint rentrerait tard du travail. À la deuxième entrevue, les nausées ont disparu, mais elle a des douleurs au dos importantes. Elle continuera de travailler à temps plein jusqu'à 34.5 semaines de grossesse.

Elle est suivie pour sa grossesse à l'hôpital, ce qui lui convient. Elle dit apprécier la planification des rendez-vous et avoir les prescriptions en avance. Il est important pour elle d'« être responsable de nos, de notre grossesse » et elle dit qu'« il n'y a personne qui va le faire pour nous. C'est un peu dans ce sens-là qu'il faut être au courant de nos choses et puis il faut être responsable » (E2). Dans cette idée, la deuxième grossesse serait moins perturbante pour elle sur le plan du suivi. Concernant ses attentes, elle dit : « C'est sûr que tsé il y a moins d'attente pour le deuxième que pour le premier, vraiment je trouve que c'est, c'est un autre monde-là. Parce qu'on sait ce qu'il se passe » (E2).

Caractéristiques du discours

Le discours de Simone est organisé et concis. Concernant l'affect, la première rencontre est marquée par de l'émotivité, elle pleure à quelques reprises. Ce n'est pas le cas pour les deux rencontres suivantes, le discours est particulièrement en contrôle, et les préoccupations sont mises à distance par des dénégations nombreuses : « ça ne m'inquiète pas ce genre de transition là », « je ne vois pas ça comme quelque chose de négatif là », « et puis on n'est pas inquiets de ça là », « c'est comme des beaux problèmes » (E1, E2, E3).

De façon générale, Simone semble être plus à l'aise d'aborder des thèmes moins marqués affectivement. Ses réflexions sont rationnelles et accrochées au réel. À ce titre, concernant l'annonce du fait d'être porteuse d'un gène cancérigène, elle nomme des risques, des conséquences, et elle dit se fier aux statistiques. L'émotivité, présente à ce sujet lors de la première entrevue, a disparu trois, quatre mois plus tard lorsqu'elle en reparle.

La manière dont elle parle de son corps, elle aussi, est factuelle. Pour accompagner son fils à comprendre l'arrivée d'un autre enfant, elle insistera fortement sur le lieu où le bébé se trouve, c'est-

à-dire, l'aspect concret et visible de sa présence. Aussi, lors de l'entrevue 2, elle dit « J'en ai déjà deux. Ça fait que... ben un et demi là » (E2) pour qualifier le nombre d'enfant dont elle est mère. Cette formulation pragmatique est, de fait, erronée, car le bébé même in utero est bien « un » être. Par ailleurs, on imagine que si l'on se représente ce bébé seulement partiellement, cela peut donner l'impression que son arrivée est encore plus éloignée, ce qui rejoint un enjeu présent chez Simone.

Thèmes principaux

La relation avec son enfant aîné et la découverte des gènes responsables de la maladie de Lynch pendant la grossesse sont les thèmes principaux abordés par Simone lors des entretiens de recherche.

Une semaine avant la première rencontre de recherche, Simone raconte avoir appris par la famille élargie que son père biologique est porteur du syndrome de Lynch. Suite à un dépistage, elle apprend être aussi porteuse du gène, ce qui augmente les risques de développer un cancer à l'avenir. De plus, il y a un risque sur deux que le gène soit transmis à ses enfants, qui ne pourront le savoir qu'à l'âge de 20 ans. Ce sujet occupera la majeure partie de la première entrevue. Lors de la deuxième entrevue de recherche, trois, quatre mois plus tard, et pour répondre à une question de la chercheuse après 20 minutes d'échange, Simone dit ne pas se souvenir de ce qu'elle avait bien pu raconter à ce sujet. Elle dit ne pas y avoir beaucoup repensé depuis les résultats du dépistage, et qu'elle s'en préoccupera lors des examens complémentaires qui seront effectués trois mois après l'accouchement. Elle répète que, de toute manière, ses enfants ne pourront être dépistés qu'autour de la vingtaine. Finalement, l'annonce de cette condition génétique active des craintes en ce qui concerne sa santé et celles de ses enfants.

Le thème de la relation à son fils aîné est central dans le discours de Simone. Elle décrit son fils comme très proche d'elle et elle se questionne sur la réaction qu'il aura à l'arrivée d'un deuxième enfant.

Dès le début du premier entretien, elle rapporte se demander s'il comprend bien qu'un autre enfant se trouve dans le ventre de sa mère et elle espère qu'il le comprendra à mesure que son ventre grossisse. D'ailleurs, pour faire réaliser à Gabriel qu'un bébé arrivera bientôt dans la famille,

Simone pointe son ventre en lui expliquant qu'un bébé y loge. Lors de l'entretien 1 et 2, elle décrit plusieurs scènes de ce genre que nous présenterons dans la partie II. Lors de l'entretien 3, elle dit que son fils a maintenant compris qu'un bébé habite dans son ventre ce qui semble la rassurer en partie.

Simone est préoccupée par l'effet que l'arrivée de l'enfant aura sur Gabriel, mais elle met cela à distance et insiste sur le fait que tout se passera bien. Elle mentionne « Mais il va s'adapter, il va s'habituer. Mais ça tsé, c'est comme des beaux problèmes. Ça va se faire au jour le jour. Et puis on n'est pas inquiets de ça » (E1). Elle dit « c'est sûr qu'il va falloir le préparer lui aussi » (E1) et qu'« il ne réalise pas à quel point, ça va chambouler sa vie à lui aussi là » (E2). Lors du troisième temps de la recherche, ces questionnements sont toujours présents. Elle dit : « ça reste toujours la question je pense avec Gabriel là, comment on va pouvoir passer du temps avec chacun des deux. » (E3). On se demande à quel autre elle fait référence en utilisant ces adverbes « aussi » ? Elle continue : « quand l'autre va arriver, et puis il va prendre toute sa place, ben on essaye de lui en donner le plus qu'on peut là cet été. C'est comme son dernier été où il va être tout seul, c'est ça, on essaye d'en profiter » (E2). Avec l'utilisation du pronom « on », elle s'inclut dans le fait de profiter de ces derniers instants.

D'ailleurs, par un mécanisme de déplacement, les préoccupations concernant l'arrivée du bébé pour Gabriel suggèrent également une inquiétude quant à l'impact que cette arrivée aura sur Simone elle-même. Lors de l'entretien 1, elle commence sa phrase par « mon bébé » puis elle se reprend « ben mon petit garçon ». À ce stade, le bébé de Simone, c'est Gabriel, pas celui qui se trouve dans son ventre. Tout en niant l'aspect affectif que cela pourrait susciter en elle, elle nomme la préoccupation au sujet de ce lien : « Ça ne m'inquiète pas ce genre de transition là. Je pense que ça devrait bien aller... pour le lien, le lien mère-fils là » (E1). Elle continue en parlant de leur relation : « Faut toujours que je vienne avec lui, que je sois proche. Il est habitué de jouer avec les adultes, ça va juste être bon là pour... Je ne vois pas ça comme quelque chose de négatif là » (E1). Elle sous-entend que l'arrivée d'un autre enfant pourrait être bénéfique pour lui et elle éprouve le besoin de spécifier qu'elle ne perçoit pas cela comme quelque chose de négatif, ce qui laisse entendre son ambivalence. Lors de l'entretien 3, Gabriel commence à aller à la garderie. L'équipe de la garderie a suggéré qu'il y aille à temps plein afin qu'il s'adapte plus facilement au groupe. Simone se

conforme à cette proposition, malgré son désir initial qu'elle exprime : « même si je l'aurais peut-être gardé un peu plus » (E3).

La grossesse semble représenter ce qui la sépare peu à peu de Gabriel. Elle trouve que son corps enceint la limite dans ses mouvements, et ce sont surtout, les activités qu'elle fait avec son fils qu'elle donne comme exemples. Elle mentionne qu'elle peut moins jouer avec Gabriel depuis la grossesse. Dans cette même idée, l'arrivée du bébé est relayée à plus tard à plusieurs reprises dans le discours de Simone. Elle dit : « C'est sûr qu'on a des vacances qui s'en viennent, ça va être d'organiser pour l'arrivée du petit prochain bébé, mais en même temps c'est comme si on était pas là encore. C'est un peu loin encore » (E2) Elle n'est pas préoccupée par le fait de préparer son espace et ses affaires avant le dernier trimestre de grossesse.

4.1.6 Naomi

Contexte personnel et relationnel de la grossesse

Âgée de 33 ans, Naomi travaille auprès de personnes en situation de handicap. Elle est en couple avec son conjoint depuis une dizaine d'années. Monsieur enseigne à l'université. Naomi rencontre la chercheuse pendant les trois trimestres de la grossesse. La dernière entrevue a lieu quatre semaines après l'accouchement. Elle est en arrêt de travail à partir de la 25^e semaine de grossesse en raison de contractions prématurées.

C'est une première grossesse pour Naomi. Elle reçoit un diagnostic d'infertilité en raison de deux trompes de Fallope dites obstruées quelques semaines auparavant. Les médecins lui annoncent qu'une grossesse ne serait possible qu'en ayant recours à une fécondation in vitro (FIV). Alors qu'elle allait se rendre à la première réunion d'information pour la FIV, elle fait un test de grossesse le matin qui s'avère être positif. N'y croyant pas, elle fait un test de grossesse à nouveau, toujours positif. Les médecins, considérant que cela était impossible, lui proposent une échographie à cinq semaines de grossesse afin de vérifier qu'elle ne soit pas ectopique. La grossesse n'est pas

ectopique, et elle demeure inexplicée sur le plan médical. Ce bébé est nommé « bébé miracle » par Naomi (E1, E4).

Du côté familial, Naomi raconte avoir grandi dans une famille « typique Québécoise », dit-elle. Son père travaillait, et sa mère se serait occupée d'elle et de son frère, qu'ils auraient eus jeunes. Ils sont séparés depuis 8 ans. Naomi dit que sa mère l'aurait toujours encouragée à poursuivre les études et à devenir indépendante financièrement. Elle mentionne être à la recherche de modèles différents, qu'elle trouverait auprès de ses amies. Aussi, elle qualifie sa famille de « dysfonctionnelle ». Elle parle surtout de son père désigné comme « narcissique et blessant ».

Après avoir initialement entamé un suivi prénatal à l'hôpital, Naomi a décidé de se tourner vers une sage-femme pour un suivi en maison de naissance. Concernant les symptômes physiques, la grossesse se serait bien déroulée en général. Depuis l'accouchement, le « monde a été chamboulé », dit-elle. L'accouchement aurait été long et stressant. Elle raconte s'être sentie agressive. Naomi dit avoir été très rassurée d'être à la maison de naissance et d'avoir eu la présence de la sage-femme « comme une maman » selon ses dires. Elle aurait de l'aide de ses parents, sa mère viendrait une fois par semaine, et son père leur préparerait des repas. Elle partagerait beaucoup de moments avec sa mère et sa marraine, ces « femmes qui ont de l'expérience » (E4).

Caractéristiques du discours

De manière générale, le discours de Naomi est laborieux et décousu. La parole est ponctuée par des interruptions et des hésitations. Son propos est marqué par de la nervosité. Elle rit souvent de manière nerveuse, ses mots ont parfois des intonations plus fortes que d'autres, l'excitation est fébrile. L'angoisse est palpable.

Elle se montre ouverte à élaborer au sujet de son expérience bien que cela soit angoissant. Le discours progresse alors lentement, car Naomi réfléchit et élabore en même temps qu'elle parle. Elle utilise souvent l'humour pour mettre à distance l'angoisse. Parfois, elle s'égare et elle s'en aperçoit : « pis là je me perds tout le temps » (E2), « je suis en train de me perdre encore une fois »

(E2), « oups j'ai perdu mon idée » (E2), « mais euh... jt'en train d'me perdre là » (E3), « donc c'est ça, vers euh... là j'viens de perdre mon idée » (E4).

Thèmes principaux

Les deux thèmes principaux du discours de Naomi sont : l'expérience corporelle de la grossesse ou « comment reprendre confiance en son corps ? » et le processus d'ajustement sur le plan personnel et relationnel depuis la grossesse.

D'une part, l'expérience corporelle de la grossesse est angoissante pour Naomi. Particulièrement au premier trimestre, elle relate ses inquiétudes par rapport aux symptômes physiques comme des saignements, des nausées qui pourraient être signe d'interruption de grossesse. Elle relate aussi les contractions à la 25^e semaine de grossesse qu'elle a pu interpréter comme un accouchement prématuré. Elle dit être moins anxieuse lors du deuxième trimestre, « là c'est plus de, de prendre le temps de le vivre, de découvrir que, tsé les changements du corps... ça commence à paraître un peu hein ? » (E2).

Le manque de confiance en son corps, Naomi le met en lien avec le diagnostic de l'infertilité qu'elle a reçu : « Y'a quelque chose qui va pas bien avec moi ? Est-ce que j'vais être capable vraiment de mener ce bébé-là à terme pis euh...est-ce que j'ai cette capacité-là tsé ? » (E3). Elle continue : « Je l'avais toujours pris pour acquis avant, mais là tout est tombé à zéro. Pis c'était de m'convaincre de, de reprendre confiance en moi, en mon corps » (E3). Même suite à l'accouchement, elle se dit : « c'est si spécial, pis euh, ouais, c'est un vraiment un moment de... j'arrivais pas à croire que j'y étais arrivée tsé ! » (E4). D'ailleurs, Naomi exprime une grande peur concernant l'accouchement. Elle en parle dès le premier trimestre et lors des deux suivants. Elle craint de vivre un accouchement prématuré et elle se demande si elle va pouvoir reconnaître le déclenchement de l'accouchement. À quel signe physique se fier ? Cela lui évoque les symptômes du premier trimestre qui l'ont fait craindre la mort du bébé. Ses représentations de l'accouchement sont primitives et angoissantes. Elle associe cette expérience à du sang, de l'agressivité et de l'animalité.

D'autre part, Naomi rapporte vivre un processus d'ajustement sur le plan relationnel et personnel depuis la période périnatale, dont elle parle lors des quatre entretiens. Des dynamiques relationnelles ont évolué avec ses parents. Pendant l'entrevue 3, Naomi raconte qu'elle voudrait régler certaines choses avec son père avant la naissance de son enfant. Elle se serait rapprochée de sa mère depuis la grossesse. Son père aurait des propos « macho, blessant, offensant, contrôlant, dénigrant » selon ses dires (E3). Elle a exprimé son intention de le confronter avant la naissance de son enfant, et somme toute, elle l'a fait. L'arrivée du bébé suscite aussi la nécessité d'un aménagement pour Naomi. Avec son conjoint, ils ont commencé relativement tôt dans la grossesse la préparation de l'espace matériel du bébé. Elle dit que c'était une façon pour eux de rendre de plus en plus concrète l'arrivée du bébé : « Mettons samedi c'était une journée bébé [rires], on travaillait sa chambre on faisait ce qu'on pouvait pis, ça allait à la fin de semaine d'après » (E3).

Dans ce contexte, Naomi dit ressentir un plus grand besoin de sécurité qu'à l'habitude qu'elle trouverait auprès de son conjoint. « J'avais en avoir un autre tout p'tit qui, qui va avoir besoin d'attention donc euh...ça sera pu jamais pareil là » (E2). Elle recherche des moments d'intimité seule aussi : « J'fais bien d'en profiter, c'est l'temps maintenant de faire des choses tsé juste pour moi, juste égoïstement là! Pis de laisser la culpabilité d'côté... Faqu'là j'arrive à cinq mois pis j'commence à être à l'aise [rires] dans ce rôle-là ! » (Naomi, E2)

Est-ce que les entrevues de recherche auront permis à Naomi d'appriivoiser de manière moins angoissante, son corps en transformation ? A-t-elle pu se réapproprier la possibilité de porter un bébé et d'accoucher ? Dans un contexte mouvementé relationnellement, est-ce que cet espace relationnel est-il devenu un point de repère suffisamment intime ?

4.1.7 Billie

Contexte personnel et relationnel de la grossesse

Billie, âgée de 34 ans, est doctorante. Elle suspend ses activités professionnelles à 33 semaines de grossesse. Elle effectue un stage professionnel auprès de femmes enceintes lorsqu'elle participe à

la recherche. En couple depuis une dizaine d'années, Billie et son conjoint sont mariés. Son conjoint est actuellement de retour aux études. Billie a participé aux trois temps de recherche pendant la grossesse. Elle a accouché depuis moins d'un mois lors du dernier entretien de l'étude.

C'est une première grossesse qui n'était pas planifiée. Billie commence la première entrevue en racontant le « choc » associé au fait d'avoir appris être enceinte. Elle dit : « Comment ça se passe... Hm ben, disons qu'il y a eu une évolution. Parce que ce n'était pas une grossesse planifiée, euh, c'était euh, un choc disons » (E1). Elle dit plus tard pendant l'entrevue : « Ça été un choc, mais dès le début quand je l'ai su, quand même, ça m'a fait, euh, on va le garder euh, comme j'ai pas eu d'hésitation là » (E1). La décision de poursuivre la grossesse s'appuie sur des éléments plutôt rationnels selon Billie : le fait que le couple soit solide et que les finances soient stables depuis plusieurs années.

Concernant sa famille, Billie a un frère de 7 ans plus âgé, qui a des enfants. Selon elle, ses parents ont beaucoup donné leur avis concernant l'éducation de ces enfants, ce qui aurait parfois causé des problèmes. Dans ce contexte, elle dit échanger avec sa mère au sujet de la grossesse tout en formulant son hésitation à le faire par moment : « Ya toujours de l'espace pour parler avec maman, mais c'est, j'hésite des fois à parler parce que j'ai, j'ai la crainte qu'elle, qu'elle va trop s'impliquer là » (E1). Elle ajoute : « Elle a une ouverture euh, sans être intrusive là. Donc j'imagine ça va pas toujours être aussi rose [rires]. Y va avoir d'autres périodes où elle va se sentir plus interpellée pis qu'elle... j'vais être obligée de mettre des limites » (E1).

Billie a été suivie par sa médecin de famille. À 32 semaines de grossesse, la quantité de liquide amniotique a été considérée anormale par les médecins. C'est aussi à partir de ce moment que la grossesse devient de plus en plus pénible physiquement. Elle espère tout de même que l'accouchement ait lieu après la fin de session de son conjoint. Cela permettrait qu'il puisse être plus présent lors des premiers jours après la naissance.

De plus, elle espère que les professionnels prendront le temps de lui expliquer les étapes, et lui donneront toutes les informations nécessaires au sujet de sa grossesse. Elle rapporte l'importance de se sentir soutenue et de « sentir leur humanité » (E1). Elle rapporte le besoin de se préparer et

elle passerait beaucoup de temps à lire (E2). Pendant la troisième entrevue, Billie raconte comment les forums de femmes enceintes l'aideraient beaucoup (E3). Billie présente quelques inquiétudes par rapport au fait que sa médecin n'ait pas beaucoup d'expérience. C'est la raison pour laquelle elle fait appel aux services d'une accompagnante à la naissance. Cette dernière représente pour Billie un guide lors de l'accouchement, qui connaît l'environnement médical et qui saura donner une place à son conjoint pendant ce moment.

Billie dit qu'il serait pertinent d'inclure des espaces de parole et d'écoute pour les femmes enceintes afin de pouvoir explorer l'ambivalence, dit-elle. Elle précise que le suivi en psychologie serait un exemple (E1). En lien avec un accouchement difficile, elle mentionne le besoin d'un espace pour revisiter l'accouchement (E4).

Billie accouche à 38 semaines de grossesse. Elle qualifie de « traumatisant » son accouchement qui a duré plusieurs heures et aurait été particulièrement douloureux. Deux semaines après la naissance, Billie a été hospitalisée quelques jours en raison d'une hémorragie interne. Lorsque Billie perd les eaux, elle raconte s'être sentie « affolée, en panique, en insécurité » (E4). Elle dit « Ça a commencé l'accouchement... ça été quelque chose en soi là, d'assez euh, assez... toute une expérience là, même là encore, j'y repense encore, j'ai besoin d'en parler, de le revisiter » (E4). Quelques minutes plus tard, elle nomme la teneur traumatique de l'accouchement qu'elle n'arrivait pas à formuler de prime abord : « Ça s'était un autre euh... un mini traumatisme [l'hémorragie]... comme j'dis là. L'accouchement j'trouve que... après coup, j'trouve que c'est un traumatisme en soi, mais heureux là » (E4). L'état affectif de Billie, lors des premières semaines post-partum, est caractérisé par des pleurs nombreux, un sentiment d'être faible (associé à de l'anémie selon elle) et beaucoup d'anxiété.

Thèmes principaux

Les thèmes abordés par Billie sont : l'ambivalence de la grossesse soit « comment aménager une place pour le bébé ? » et l'aménagement des places de chacun chacune, vécu d'intrusion.

L'ambivalence s'exprime clairement pour Billie et elle est omniprésente alors des quatre entretiens. Elle nomme ses craintes quant à la place que son bébé va prendre dans sa vie et dans son couple. L'ambivalence s'exprime aussi dans la manière dont elle vit son corps pendant la grossesse.

Billie raconte avoir acheté un journal dans lequel elle écrit au sujet de la grossesse et du bébé à venir. Elle dit que c'était la place qu'elle était prête à accorder au bébé pour le moment et elle ajoute : « J'ai des périodes où j'écrivais pas du tout, quand j'étais dans le côté plus obscur de l'ambivalence là où j'me sentais plus fermée euh... c'est qui allait être chamboulé, j'écrivais moins, des périodes comme ça, mais là, l'ouverture revient tranquillement » (E1). La première échographie a eu lieu à 12 semaines de grossesse. Là aussi, Billie raconte les mouvements ambivalents qui l'habitent.

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 au « on », mais moi j'ai eu un mouvement de, beaucoup de peurs, de craintes, quand j'ai senti tout cet amour-là, de la place que ça allait prendre, puis euh, après j'étais dans l'ambivalence là. (Billie, E1)

L'identité de mère ne s'agence pas à comment elle se perçoit jusqu'alors. Elle ne se représente pas comme une mère : « J'ai encore d'la misère à me voir comme une mère là » (E2). Elle poursuit : « Je suis encore la petite fille de ma mère, j'suis pas encore devenue... euh comme une mère, mais j'sens... j'ai confiance là, que j'vais être capable... donc j'suis quand même confiante que les choses vont se faire naturellement » (E2).

L'ambivalence pour Billie est particulièrement reliée à la « place » que le bébé occupera dans sa vie, et celle qu'il restera pour elle. Billie relate que la question du projet d'enfant a déjà été discutée avec son conjoint de cette façon depuis plusieurs années. Elle dit : « Donc on se demandait comment on serait capable de, d'y arriver, et puis euh, en même temps, on se demandait quelle place on avait pour un enfant dans notre vie. Disons qu'on en parlait depuis quelques années » (E1). Elle poursuit : « Est-ce qu'on désirait avoir un enfant, est-ce que, euh, est-ce qu'on voyait notre vie avec une famille? Puis on, on était pas certain » (E1). D'ailleurs, lors du quatrième entretien, lorsque Billie nomme comment elle trouve l'adaptation difficile avec le bébé, et elle reprend la question de la place que le bébé occupe. Elle raconte : « J'en ai des petits moments de joie avec

elle, mais j'trouve surtout que ça prend toute la place là en ce moment » (E4). Elle poursuit : « Pis euh, autant j'l'aime beaucoup là, c'est sûr que... tsé, tu peux pas rester indifférent là, mais euh... j'trouve vraiment depuis euh... que ça prend toute la place là » (E4).

Les questionnements au sujet de la place du bébé s'agencent à la question de sa propre existence. Elle raconte : « Les conseils me dérangent beaucoup parce que je sentais, justement, dans l'idée que le bébé prend beaucoup de place. C'était, les conseils qu'on me donnait, c'était, c'était comme si j'existais plus, c'était, c'était au fond pour le bébé » (E1). Elle continue : « On allait me demander pis comment va euh, euh le bébé, comment va notre bébé, tsé, on dirait tout d'un coup, euh ouais, tout d'un coup j'existais plus » (E1).

Billie est particulièrement préoccupée concernant l'effet que l'arrivée d'un bébé aura sur son couple. Lors de la première rencontre avec la chercheuse, elle mentionne ses questionnements : « Qu'est-ce qui va changer dans mon couple là? Ou auprès de mon conjoint? Et puis comment on va inclure cet enfant-là dans notre euh, vie de couple disons? Puis est-ce qu'on va avoir encore la même intimité? » (E1). Lors de la deuxième entrevue, elle dit : « J'aimerais pas que notre rôle de parents euh, nous empêche d'être un un couple aussi là » (E2).

D'ailleurs, elle constate que sa crainte serait déjà en train de s'actualiser : « On est déjà un peu dans l'mode de parents là. On a d'la misère à s'trouver des petits moments de couple... pis c'est sûr, ça m'fait d'quoi. Parce qu'après ben... on va être complètement... on va être une famille » (E2). Dans cet extrait, Billie révèle comment sa représentation du couple s'agence difficilement avec la vie familiale qu'elle imagine, et elle exprime sa frustration à ce sujet... « On va comme se retrouver, mais quand on va se retrouver on va avoir un bébé donc euh... Ça, c'est sûr idéalement j'aurais aimé ça qu'on, qu'on soit plus ensemble cette année, mais c'était pas une année comme ça là » (E3). Encore au troisième trimestre, les questionnements sont nommés. Elle dit : « Ça m'arrive d'avoir d'la misère à y croire... j'le vois comme un apprentissage, une adaptation au début. J'imagine j'vais beaucoup l'aimer donc... ça va s'intégrer dans notre vie. Mais ça reste l'idée d'avoir une troisième personne qui vit avec nous » (E3). Lors de l'entretien post-partum, Billie évoque des tensions dans le couple. La période post-partum est caractérisée par la fatigue et un grand bouleversement dans la vie des nouveaux parents, ce qui peut augmenter les tensions entre eux. Cependant, étant donné

les craintes préexistantes de Billie à ce sujet, on saisit d'autant plus la teneur affective des difficultés qu'elle vit : « On est fatigués donc y va avoir des petites tensions... par rapport à l'enfant, on gère assez bien pour le moment, là, on l'gère bien euh. On arrive à s'parler. Mais des fois on est un peu impatients les deux » (E4).

Des sentiments de jalousie sont craints par Billie. « J'ai même peur d'avoir des fois des jalousies comme, pas des choses très nobles là, mais si on a une petite fille par exemple, comme euh, j'sais que, que mon conjoint, va l'adorer pis que ça va être sa princesse » (E1). Puis elle répète : « Des fois, j'ai peur de sentir que j'vais perdre ma place » (E1). Lors du deuxième trimestre, elle reprend l'idée que son conjoint puisse être gâteux de leur fille, tout en le retournant en son contraire. Elle dit : « Peut-être après l'accouchement, on va voir que c'est moi finalement qui est juste gaga après l'enfant. Et c'est mon conjoint qui va dire : ben là euh, y'a nous aussi » (E2).

À plusieurs reprises, Billie aborde des questionnements au sujet de l'attirance, du désir et des rapports sexuels pendant la grossesse. Au sujet de son corps enceint, elle dit : « Ça fait juste bizarre, de, pour moi aussi dans mon corps là, comme de, d'avoir ça. Tsé, là j'ai un bébé, mais en même temps d'être sexuelle, on dirait ça fait un peu, euh... c'est pas la même chose hein? » (E1).

Le vécu corporel de Billie pendant la grossesse est lui aussi ambivalent. Elle fait plusieurs parallèles entre l'ambivalence de son désir d'enfant et le vécu de son corps enceint. Elle dit : « Par moment j'étais comme contente, comme là par moment, j'suis fière, tsé, je... Surtout que ça, ça commence à paraître un peu plus, donc y'a une certaine fierté » (E1). Elle poursuit : « Puis euh, mais en même temps, j'me souviens au début, quand ça commençait juste à paraître un peu, puis que ça faisait juste étrange, j'me sentais un peu comme si j'étais de retour à l'adolescence » (E1).

Dans son rapport au fœtus, elle se sent parasitée et « envahie » (E1). Elle dit de ne pas apprécier lorsque son conjoint souhaite interagir avec le bébé en lui caressant le ventre, ce qui rejoint l'aspect conflictuel de la formation d'une triade pour elle. Aussi, Billie dit « Je ne possède plus vraiment mon corps » (E2). Dans cette même idée, elle dit avoir hâte de « retrouver mon corps » à deux reprises pendant la troisième entrevue (E3). Nous y reviendrons lors de la partie II.

Alors que Billie est préoccupée de la place que le bébé va occuper et de la place qu'il restera pour elle, notamment au sein de son couple, l'aménagement des places de chacun chacune est à l'œuvre. D'une part, Billie évoque l'aménagement du « territoire » familial (E3). Lors des trois trimestres de grossesse, elle décrit ses questionnements au sujet de l'implication de la famille et de sa belle-famille par rapport au bébé. Billie raconte que sa famille et sa belle-famille les questionnent sur la manière dont ils s'organisent, ou encore quel nom de famille ils vont décider de donner à l'enfant, par exemple. Elle dit : « Des fois on peut trouver ça un peu intrusif là. Mais là, pour le moment, on les laisse un peu parler là, pis on va faire comme, comment on veut » (E2). À ce sujet, pendant l'entretien du deuxième trimestre, elle dit :

Ça peut m'inquiéter un peu nos familles, j'peux anticiper un peu là. Ce qui m'inquiète là-dedans c'est de de...c'est d'arriver à... à respecter notre intimité là, de de notre petit noyau familial là avec mon conjoint pis la petite, donc euh de délimiter un peu notre territoire. (Billie, E2)

Lors de l'entrevue 3 aussi, elle dit : « en gros ce qu'on sait, c'est que ça tourne autour de les impliquer, mais sans être envahis » (E3). Nous y reviendrons dans la partie II. D'autre part, Billie emploie la métaphore du nid à plusieurs reprises. Le nid réfère à l'aménagement de l'espace matériel pour le bébé. Lors du deuxième trimestre, elle décrit que l'ambivalence a rendu difficile la préparation des affaires pour le bébé jusqu'à maintenant. Au troisième entretien, son attitude à ce sujet a évolué, elle souligne l'importance particulière de terminer les préparatifs pour le bébé, pour créer un environnement propice pour son arrivée. Nous y reviendrons dans la partie II.

Caractéristiques du discours

Les entretiens de Billie sont riches concernant le vécu psychique de sa grossesse. Elle exprime sa vulnérabilité de manière très ouverte et semble profiter de chaque entretien pour exprimer les difficultés qu'elle rencontre pour accepter sa grossesse, et pour apprivoiser les nouvelles places de chacun et chacune.

De manière générale, le discours est lent, car hésitant. Sa pensée est particulièrement réflexive. Billie se pose des questions, explicite ses réponses, donne des arguments, essaie de donner des exemples concrets pour illustrer ce qu'elle dit. Tout au long de la recherche, Billie tente d'élaborer

au mieux et de répondre aux questions de la chercheuse. Lors des deux premiers entretiens et de l'entretien post-partum, elle commence les rencontres en demandant à la chercheuse si elle répond correctement à ses questions. Elle manifeste aussi un désir que ses réponses soient utiles à l'étude. Elle dit « j'espère juste que j'donne des réponses euh, pertinentes » (E1).

L'ambivalence est accessible dans sa parole qui alterne d'un pendant à un autre, en utilisant de nombreux « mais », « mais, dans le même temps », « en même temps », « quand même », « après y'a eu l'autre mouvement » lors de chaque entretien de recherche. Nous avons relevé le sentiment de culpabilité associé à l'ambivalence. Afin de la maintenir à juste distance, Billie tente à plusieurs reprises de rationaliser par le biais de ses référents théoriques, ou encore de minimiser son propos avec l'emploi des « un peu » ou des « petit.e.s » de façon récurrente.

4.2 Analyse comparative

Les résultats de l'analyse comparative sont présentés selon les trois rubriques suivantes :

- Aménager un lieu : redéfinitions des espaces corporels, psychiques et matériels
 - Aménager un lieu pour le bébé
 - Le corps : lieu occupé
- Des expériences de femmes enceintes, entre envahissement et protection d'un lieu
 - Le corps : lieu d'envahissement
 - Le corps : enveloppe protectrice
 - Le corps : lieu d'impuissance
- Le corps de la mère contient l'enfant : quel contenant pour la mère?
 - Préserver son lieu
 - Redéfinir des limites au sein de certaines relations
 - Rechercher des espaces contenant

4.2.1 Aménager un lieu : redéfinitions des espaces corporels, psychiques et matériels

4.2.1.1 Aménager un lieu pour le bébé

L'arrivée d'un bébé implique un aménagement intégrant des aspects matériel, corporel et psychique pour la mère. Nous décrivons d'abord comment se déploie chez chaque participante cet aménagement. Par exemple, certaines s'en préoccupent rapidement alors que ce n'est pas le cas pour d'autres. Nous relevons que le terme de « nid » est utilisé par Naomi et Billie de manière métaphorique pour illustrer ce processus d'aménagement matériel. L'aménagement se déploie aussi d'un point de vue relationnel dans le lien avec le conjoint et les enfants pour Billie, Jenny, Olivia et Naomi. Enfin, nous verrons comment cette reconfiguration suscite des projections pour Naomi, Billie et Jenny par rapport à l'espace que le fœtus occupe au sein de leur corps.

Ce thème est organisé selon quatre sous-thèmes :

- Construction d'un lieu : aspects matériels, corporels et psychiques
- La métaphore du nid
- Aménager un espace avec le conjoint et les enfants
- Quel espace pour le bébé au sein du corps?

Construction d'un lieu : aspects matériels, corporels et psychiques

Toutes les participantes ont abordé la question de l'aménagement d'un lieu pour le bébé. Certaines évoquent, explicitement ou implicitement, les correspondances entre l'aspect corporel, psychique et matériel de cette installation.

Billie et Naomi mentionnent l'aspect progressif de l'aménagement du lieu destiné au bébé. Elles racontent comment cela les aiderait à se préparer mentalement à son arrivée dans leur vie. Simone et Jenny ont commencé à préparer les affaires du bébé seulement au cours du dernier trimestre, car l'arrivée du bébé leur semblait encore lointaine avant ce moment. En ce qui concerne Nina, c'est plutôt son conjoint qui s'est montré préoccupé par les préparatifs, pas elle.

Tel que nous l'avons écrit lors de sa présentation, dans le discours de Billie, la question de la place du bébé, de la sienne et du couple, est omniprésente. Elle exprime clairement son ambivalence par rapport à sa grossesse, est-ce que le bébé lui ravira l'attention de son conjoint? Le bébé va-t-il prendre trop de place dans sa vie? Lors de la deuxième entrevue, elle explique qu'il lui était difficile de s'occuper des préparatifs pour le bébé plus tôt pendant la grossesse en raison de l'ambivalence qu'elle ressentait. Lors du troisième entretien, elle semble vivre différemment l'ambivalence, et elle mentionne qu'il est particulièrement important pour elle maintenant de terminer le « nid ».

Ça m'étonnait comment j'pouvais commencé à l'investir là, pis comment elle prenait d'la place... C'est dans ce sens-là, pis en commençant à m'attacher à elle, j'étais plus prête à commencer à lui faire de la place aussi dans les lieux, parce qu'avant, on dirait que je... j'avais pas vraiment l'goût, j'étais pas rendue là encore... J'avais plus le goût de, de comme j'suis allée voir pour des p'tits tissus pour sa chambre puis... j'prenais, j'prends plaisir à faire des p'tites choses-là comme ça, alors qu'avant j'voulais juste pas encore... j'tais pas prête à faire cette place là avant... C'est ça, on dirait aménager les lieux représente un p'tit peu là lui faire de la place à elle aussi. (Billie, E2)

J'vivais pas bien le fait que ça soit un peu chamboulé là toute la maison. Ça m'perturbait. Comme j'avais envie de me sentir prête psychologiquement, mais on dirait tant que... le nid était pas fait, j'arrivais pas à... à penser à moi ou à prendre du temps. (Billie, E3)

Naomi mentionne aussi l'aspect graduel du processus d'aménagement. Lors de l'entrevue 2, elle dit avoir de la « misère à m'voir encore avec un bébé chez nous dans mes affaires ». Alors que lors de l'entrevue 3, elle dit avoir commencé à préparer l'espace pour le bébé.

C'est ça, c'est vraiment d'explorer ce... j'trouve ça bon qu'ça soit neuf mois [rires] parce que bon, pour moi j'suis comme ça là, j'ai besoin d'me préparer, de prendre le temps de... j'ai d'la misère à m'voir encore avec un bébé chez nous dans mes affaires tsé. C'est... ça arrivait aux autres, ça m'arrivait pas à moi. (Naomi, E2)

On a commencé tôt à préparer euh, ben plutôt tsé la chambre là, préparer euh l'environnement, on a commencé cet automne. Pis euh, ben en fait j'avais be... tsé j'avais besoin d'aventures concrètes tranquillement pas vite. (Naomi, E3)

Jenny a commencé à préparer l'espace pour le bébé lors du troisième trimestre, et cela de manière intensive. Elle ajoute avoir eu de l'aide de sa famille, notamment de sa mère et de sa sœur sous prétexte que « les gars ne voient pas ce qu'il y a à faire » dit-elle (E3). Elle qui est si concernée par l'implication de son conjoint par rapport à la grossesse et par rapport à l'enfant, elle semble avoir besoin de s'expliquer cette situation comme elle le peut.

On a eu la chambre du bébé, tsé le dernier trimestre je trouve ça vraiment un sprint un peu, autant qu'avant tu prends ça cool et puis il ne se passe... tsé tu lis, tu t'informes, mais il ne se passe pas grand-chose tandis que là c'est la fête shower du bébé, organisation de la chambre, organisation des jouets, désinfection des biberons, tsé vraiment toutes les tâches là. (Jenny, E3)

Tsé je suis vraiment chanceuse là d'avoir la famille qui aide [...] On a décidé de finir une semaine plus tôt, ça a donné le petit coup de pied aussi à la maison pour clancher ça là avec la sœur et puis la mère qui viennent donner un coup de main là. Tsé parce que les gars, on dirait qu'ils ne voient pas ce qu'il y a à faire tsé. Je pense qu'il en est conscient là, mais ça, ça m'a vraiment aidée. (Jenny, E3)

Laurie parle de la préparation de la chambre seulement lors de la troisième entrevue. Cela ne semble pas être une inquiétude particulière comparativement aux autres éléments qui l'habitent. Après avoir nommé que la chambre est prête, elle raconte ses projections avec le bébé dans cet espace.

Oui, là on a tout monté la chambre, tout est prêt et tout ça. Oui, tout est prêt à la maison, là c'est, je ne sais pas. Des fois, j'ai hâte de la voir sur la table à langer et puis j'ai hâte de la voir dans son lit, de faire comme « ah yé là c'est l'heure ». (Laurie, E3)

Quant à Olivia, elle nomme lors de l'entrevue 2 qu'elle s'occupera d'aménager la chambre lorsqu'ils auront déménagé dans la nouvelle maison. Lors de l'entretien 3, elle dit que la chambre est prête. Elle a trié les vêtements de son fils, et emprunté des vêtements à sa belle-sœur. Elle raconte préparer son fils à l'arrivée du bébé, en l'impliquant dans la décoration. Il a fait un dessin qu'il aurait déposé dans la chambre du bébé. Olivia raconte s'être occupée majoritairement seule de la préparation de la chambre, en raison du travail de son conjoint. Nous ne savons pas si elle aurait aimé qu'il s'implique davantage.

On a déjà beaucoup de choses euh... Éventuellement j pense que quand j'vais arriver dans l'autre maison ben là j'vais préparer plus la chambre. (Olivia, E2)

Je dirais que c'est beaucoup moi, c'est ça que je disais à mon chum, parce que tsé c'est ça, j'ai eu plus le temps aussi parce que j'étais retirée de mon travail. Et puis tsé il a toujours, il approuve mes choix. Tsé nous on n'a pas comme de grosses... il me fait beaucoup confiance dans tout ça là. (Olivia, E3)

En ce qui concerne Simone, les deux premières entrevues, elle insiste sur le fait qu'il n'est pas question de préparer l'arrivée du bébé pour le moment, car cela lui semble encore lointain. Elle déclare aussi son souhait de profiter du dernier été avec son fils aîné. Simone redoute l'effet que

l'arrivée du bébé aura sur leur relation, alors percevoir l'arrivée de l'enfant comme encore lointaine semble moins conflictuel. En commençant la troisième entrevue, elle dit avoir commencé à préparer l'espace pour le bébé.

Peut-être que ça va me préoccuper plus juste avant l'accouchement là. Mais là on dirait qu'il est tôt encore et puis tsé, on va laisser passer l'été, justement le, juste qu'il comprenne, il ne comprend même pas encore. (Simone, E1)

On est un peu en standby là, on n'a rien, tsé on n'a pas magasiné les choses, on n'a pas, on n'a rien regardé encore là. On n'a pas préparé les affaires. (Simone, E2)

Déjà j'ai arrêté de travailler donc c'est sûr que c'est plus, je peux me reposer plus, j'ai le temps de préparer l'espace pour le bébé, de préparer des choses. (Simone, E3)

En ce qui concerne Nina, au contraire des autres participantes, aménager l'espace pour le bébé, n'est pas un sujet. C'est son conjoint qui insiste pour s'en occuper.

Ben y 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. (Nina, E2)

Il m'a aidée à faire la chambre du bébé. En fait, c'est lui qui, on n'avait vraiment pas la même idée là de... c'était quoi une chambre de bébé, là moi ça ne me dérangeait pas s'il prenait juste un lit tsé. Mais non mon chum, il faut que ça soit une chambre de bébé parfaite là. Tsé, avec rien en dessous du lit, il faut que tout on enlève là. Ce n'est pas fini là, il faut tout qu'on enlève l'extra là qui n'est pas lié au bébé. (Nina, E3)

Nous remarquons que les enjeux de chacune s'entremêlent à cette préparation de l'arrivée du bébé. Les participantes définissent la place et l'espace que le bébé occupera à leur rythme et à leur manière. Billie et Naomi utilisent la métaphore du nid pour illustrer cette idée.

La métaphore du nid

Un nid correspond à un « abri que construisent les oiseaux, notamment pour y couvrir leurs œufs et y élever leurs petits » (Dictionnaire de l'Académie française, s.d.). Le dictionnaire Larousse (s.d.) écrit que le nid est « un habitat » que les oiseaux construisent. En référence à la construction du nid d'un oiseau, Billie et Naomi décrivent l'aménagement de l'espace pour le bébé avec l'utilisation de la métaphore du nid.

C'est une étape là faire son nid, ça peut être le fun aussi là, donc euh... j'essaie d'profiter d'ça aussi là, on est comme des p'tits oiseaux là, en ce moment. (Billie, E2)

J'sens que le nid est préparé ça, ça m'aide parce que dans les euh, jusqu'à dernièrement, j'étais beaucoup dans les préparations du nid là, c'était ça qui m'stressait beaucoup. Que sa chambre soit faite, qu'on soit prêt à l'accueillir. C'était vraiment euh, ça fait comme un p'tit oiseau-là qui apporte toutes les p'tites brindilles là pour être prêt. (Billie, E3)

Pis là c'est plus que je, j'commence euh un p'tit peu à voir que bon l'accouchement s'en vient tranquillement, pis tsé préparer euh, préparer euh, le p'tit nid, préparer le... la maison et tout ça. (Naomi, E2)

À un certain temps dans la grossesse, Naomi et Billie mentionnent ressentir le besoin que la chambre et les préparatifs soient prêts le plus tôt possible afin de se sentir rassurées. Billie termine l'entrevue 2 en nommant cela comme attente pour la suite.

Maintenant qu'on est dans le concret là, dans préparer les lieux, ben j'aimerais là finir ça rap', le plus tôt possible, peut-être en février pour après là, être juste comme... plus sereine et puis euh... finir avec c't'étape, cette étape-là du nid là, pour juste être dans l'étape d'la grossesse avant qu'ça finisse. (Billie, E2)

Quin, pis l'autre affaire que j'trouve drôle c'est... tsé ils appellent ça la nidification là tsé, tout le... mettre la p'tite maison propre, pis prête pis, ça c'est fou là, ça fait euh ça fait longtemps, qu'j'suis de même, mais là, j'voulais vraiment qu'un mois avant que j'accouche, que tout soit prêt. (Naomi, E3)

Aménager un espace avec le conjoint et les enfants

Billie, Jenny, Olivia et Naomi parlent de leurs réflexions au sujet de l'aménagement de la vie familiale en construction. Le propos est imagé de manière métaphorique, elles parlent de « bulle », « cellule », « noyau », « cocon ».

Jenny qui aspirait à poursuivre la grossesse dès le début, à la différence de son conjoint, raconte le processus de construction de leur famille. Rappelons que le caractère récent de la relation de couple constituait un obstacle à la décision de poursuivre la grossesse pour son conjoint. Jenny semble alors touchée de l'observer faire des démarches pour créer la « cellule familiale », ce qu'elle souhaitait. Billie dès le premier entretien et aussi lors du deuxième, est préoccupée par rapport à la manière dont s'impliquera la famille par rapport à la grossesse, et par extension, dans la vie de leur

enfant. Elle souhaite, en le minimisant, « délimiter un peu notre territoire ». Olivia s'interroge sur la façon dont les fêtes de fin d'année sont organisées. Elle se demande si ce qui est habituel correspond à leurs désirs. Dans la troisième entrevue, Naomi exprime son souhait de passer du temps en toute tranquillité avec son conjoint en attendant la naissance de leur enfant. Dans la quatrième entrevue, elle évoque également leur désir d'inclure leur bébé dans leur « cocon ».

C'est tout l'aspect pour qu'on soit un peu plus sur la même... pour que moi j'ai... peut-être pas moins de stress, mais dans le fond c'est comme si on devient plus une famille, une cellule ensemble, une famille et non deux individus avec chacun nos propres choses, là il ramène tout ça plus commun. (Jenny, E1)

J'aimerais ça qu'elle puisse venir aider puis me sentir bien avec ça, mais... j'ai une p'tite peur que, d'sentir que c'est intrusif ou que, pis c't'important aussi de vivre ça avec mon conjoint. J'aimerais qu'il soit présent, qu'on puisse avoir notre bulle disons. (Billie, E2)

Dans ma p'tite bulle avec mon chum... Ouais c'est comme ça que j'ai envie d'passer les dernières semaines pour quand il va arriver ben j'sois... tsé si y'arrivait là là, j'suis pas au meilleur de ma forme, mais c'est ça! J'ai envie d'être, d'être vraiment bien tsé! Pis d'l'accueillir dans un climat euh... positif. (Naomi, E3)

Le sous-thème précédent rapporte l'aménagement d'un espace matériel, psychique et relationnel pour le bébé. Dans cette même idée, nous avons relevé que Naomi, Billie et aussi Jenny présentent des préoccupations au sujet de l'espace dont le bébé dispose au sein de leur corps.

Quel espace pour le bébé au sein du corps ?

La question de l'espace qu'occupe le bébé au sein du corps et de son confort est exprimée par Jenny, Naomi et Billie. Dans le discours de Jenny se mélangent des préoccupations pour le confort de son bébé et du sien. Naomi se demande si son bébé est écrasé lors de ses activités de loisirs. Billie souhaite accoucher le plus tard possible afin que son conjoint ait terminé sa session universitaire. Elle se demande si sa fille va être trop serrée au sein de son corps, même si elle souhaiterait que l'accouchement se passe le plus tard possible.

Je me dis « pauv' toi », elle essaie de bouger et puis moi je ne lui offre pas une bonne posture tsé. Ça, ça m'a comme dérangée parce que c'est un être humain là quelque part, elle prend de la place, elle grossit, je me sentais mal envers elle, tu comprends un petit peu, je me disais je veux quand même te donner toutes les chances. (Jenny, E2)

Quand j'me couche le soir, ou si j'suis pliée mettons, des fois pendant l'yoga on a des positions, on est un peu tout croche, pis euh woup là j'sens qu'il se passe de quoi [rires]. Probablement qu'il aime pas ça s'faire écraser... Ben je, je présume. (Naomi, E2)

De plus en plus, on lui parle, on lui demande d'être patiente, mais que si elle est vraiment plus capable d'attendre ou elle est trop serrée, que c'est correct là si euh, si elle vient avant puis euh... oui. (Billie, E3)

Nous avons entendu au sein des discours des femmes comment l'aménagement pour le bébé intègre des aspects matériels, psychiques et corporels. Dans le prochain thème, nous explorons le vécu des femmes enceintes par rapport à l'installation corporelle du bébé au sein de leur corps.

4.2.1.2 Le corps : lieu occupé

Ce thème aborde le vécu des participantes par rapport au développement du bébé dans leur corps. Elles mettent en lumière le sentiment du corps comme un lieu occupé par un autre. Le dictionnaire de l'Académie française (s.d.) définit, en partie, le verbe « occuper » comme suit :

2. Habiter un lieu ; y être installé, y exercer une activité. Occuper une maison, un appartement. Deux secrétaires occupent ce bureau. Fig. Occuper un rang élevé, une position éminente. Il occupe un emploi de comptable. Cet athlète occupe la seconde place au classement général. Par ext. Couvrir une étendue, remplir un espace de temps. Ses livres occupent tout un pan de mur. Les notes occupent le bas de la page. Il ne sait pas occuper ses loisirs. L'exposé du bilan a occupé toute la réunion.

3. Se rendre maître d'un lieu et le tenir en sa possession. Les Sarrasins ont occupé l'Espagne pendant plusieurs siècles. Cette province est occupée par l'étranger, par l'ennemi. Nos troupes occupèrent les hauteurs. Expr. Occuper le terrain, s'y établir solidement pour éviter que d'autres ne s'en emparent et, fig. et fam., déployer une grande activité dans une affaire, une entreprise pour éviter que d'autres ne vous supplantent. Par anal. Les ouvriers ont occupé l'usine pendant toute la durée de la grève.

Quelques mots utilisés dans cette définition sont repris dans les titres des thèmes suivants nous permettant d'imager cette rubrique.

Ce thème est organisé selon trois sous-thèmes :

- Un ventre habité par le bébé
- Occupation du corps et son évolution
- Voir, sentir, entendre le bébé actualise son installation

Un ventre habité par le bébé

Dans le discours des participantes, le ventre est désigné comme le lieu habité par le bébé. Nous avons relevé les récits de chacune qui font mention du ventre comme l'endroit où le bébé réside. Il est marquant d'entendre comment ce sous-thème s'articule aux enjeux affectifs et relationnels de chacune au sujet du bébé et de cette grossesse. Certaines participantes recherchent les interactions par le ventre avec le bébé et les apprécient (Jenny, Laurie), d'autres sont ambivalentes à cela (Olivia, Naomi, Billie). Pour Simone et Nina, le ventre sert de représentation de la présence du bébé, avant tout pour les autres.

En ce qui concerne Jenny et Laurie, des moments d'échanges qualifiés de plaisants, avec le bébé et le conjoint, se déroulent autour du ventre. Jenny raconte que son conjoint exprime ses sentiments vis-à-vis du bébé par l'interface de son ventre, ce qui la réjouit. Rappelons que Jenny aspire à créer un « nous » avec son conjoint, qui n'était pas convaincu de souhaiter poursuivre la grossesse de prime abord. Ces moments semblent venir la rassurer par rapport au désir d'enfant de son conjoint. Quant à Laurie, le ventre n'est pas nommé comme tel. Pourtant la scène est tellement imagée que l'on se représente bien la participante en train de jouer avec sa fille et son conjoint autour du ventre. Elle décrit la scène par les gestes, les mimes, les sons.

On a mis de la musique l'autre fois et puis on mettait mettons ici le téléphone, elle est proche de la musique ou de l'autre côté on s'amuse, on rigole un petit peu d'elle. Ça c'est vraiment plaisant. Mais là je commence à avoir vraiment hâte de la voir par exemple, je commence à être impatiente, même mon chum aussi. (Jenny, E2)

[Comment ça se traduit quand il vous en parle ?] Ah ben c'est souvent par l'entremise du bedon, tsé il va le froter et puis « oh j'ai hâte de voir comment à quoi elle va ressembler » et puis là tsé il parle et tout ça. Ça je trouve ça vraiment cool là. C'est des bons moments là. Tsé que ça commence à être plus concret et puis... avoir hâte. Toujours plaisant de savoir que ton chum il a hâte de voir sa fille là [rires]. (Jenny, E3)

Je parle beaucoup, je chante aussi des chansons, mais surtout je m’amuse... Oui, ben je fais des bing-bing, et puis là elle me répond, ça dépend des fois-là, c’est surtout le matin qu’elle est vraiment réceptive là et puis mon copain aussi a commencé à faire ça là, il joue avec là, pour essayer d’attirer son attention. (Laurie, E3)

En ce qui concerne Billie, Olivia et Naomi, apprécier des moments comme ceux-là est moins évident. Billie décrit une évolution dans le vécu des moments créés autour de son ventre, avec son conjoint et le bébé. D’abord elle mentionne ne pas avoir souhaité que son conjoint lui touche le ventre, et ensuite, un peu plus tard dans l’entrevue, elle décrit que ce serait plutôt elle désormais qui serait à la recherche de ces moments. Des vacillements, à la mesure de son ambivalence, par rapport à la grossesse sont exprimés très clairement par Billie tout au long des entretiens.

On dirait là ben, plus comme qu'elle prend de, elle existe pour moi, mais plus j'sens, j'sens d'l'amour pour elle, ben moins ça m'dérange de, de, qu'elle prenne un p'tit peu de place là... donc euh... Avant comme elle existait moins, ça me dérangeait un p'tit peu plus de voir qu'on va former une triade là. Comme j'ai, j'ai plus de moments où j'ai envie de partager ça avec mon conjoint par exemple, j'aime ça qui m'touche le ventre. Avant, ces moments-là je... j'les recherchais moins ou j'aimais moins. (Billie, E2)

Des fois j'aimerais plus avoir des moments où on... des cajolages avec la p'tite, des p'tits moments comme ça, lui c'est, y vient moins, de lui-même. On va s'installer un moment pour avoir euh... flatter la bédaine genre tsé. Euh, c'est plus moi qui va initier ça, mais en tout cas, c'est correct... j'sens qu'il est, y'est engagé. (Billie, E2)

Olivia non plus n’aime pas particulièrement que son conjoint lui touche le ventre notamment au premier trimestre. Elle éprouve une grande peur de faire une deuxième interruption spontanée de grossesse. Elle mentionne avoir le sentiment que le ventre « c’est elle », que ce corps n’est pas celui du bébé, tout en spécifiant que cela pourrait être différent plus tard lorsqu’elle aura un plus gros ventre.

Je... j’ai pas l’impression que j’suis enceinte. 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... j’m sentais plus comme si j’avais un bourrelet ou tsé... Pis tsé desfois là, tsé j’m dis faut peut-être... comme, si... si j’touche, ben c’est moi! (Olivia, E1)

J'm rappelle l'autre grossesse, à un moment donné euh on voit justement ma belle-famille, tout l'monde les mains sur ma bedaine en même temps... tsé moi j'suis là « haha », mais dans l'fond j'm vois avec le sourire sur la photo, mais tsé j'devais être là là « haha ça m'tente pas ». Tsé comme si j'avais besoin de garder un p’tit quelque chose de euh... pour moi là. (Olivia, E2)

De plus, Olivia rapporte tout au long de la recherche un important sentiment d'envahissement et d'intrusion de la part d'autrui comme mentionné dans sa présentation. Lors du deuxième entretien, Olivia raconte un souvenir lors de sa première grossesse qui met en scène plusieurs mains sur son ventre même si ça ne la « tente » pas. L'intrusion survient sans qu'elle ne l'empêche, le comportement de la belle-famille constitue une agression en soit. Encore une fois, Olivia raconte une situation lors de laquelle elle est envahie et elle se laisse envahir. Nous pouvons relever les hésitations et l'imprécision lors qu'elle dit « un p'tit quelque chose de, euh... pour moi là » et le fait qu'elle suspende son discours par la suite. Quelque chose l'arrête alors qu'elle pointe un besoin légitime et nécessaire. Se préserver, mettre des limites, semble la rendre coupable.

Naomi parle du bébé dans son ventre seulement lors du troisième et du dernier entretien. Lors de la deuxième entrevue, il lui est difficile de distinguer si les mouvements émanent de son corps ou de celui du bébé. C'est un corps auquel Naomi avait très peu confiance depuis l'annonce du diagnostic d'infertilité. Aussi, elle était terrorisée à l'idée d'accoucher et que son corps puisse ne pas fonctionner comme il le faudrait.

C'est l premier, fait qu'j'ai pas d'point d'référence. Y'a des choses que j'pas sûre, mais euh, un moment donné j'vais avoir... Ça pouvait pas être mes intestins ou j'sais pas trop là! Ouais, depuis la semaine dernière j'dirais que j'sens, j'sens des trucs. C'est l'fun [...] Ça j'ai hâte de voir euh, de voir tout ça pis d'être sûre que c'est vraiment l'bébé qui bouge pis pas mes intestins [rires] ! (Naomi, E2)

Là j'peux, j'ai vraiment pas d'doute là, y'a quelqu'un là! Pis...t'sé c'est ça, j'trouve ça spécial tsé c'est comme... on vit pas ça souvent dans notre vie là ! (Naomi, E3)

J'tais sûre j'allais finir par y arriver mais j'suis contente d'avoir été jusqu'au bout de ce que j'voulais faire, au début, pis tsé d'avoir accompli ça c'est quelque chose j'me trouve, j'étais super fière tsé, d'avoir réussi, à mettre un bébé au monde même encore aujourd'hui j'y repense j'me dit « comment on fait ? » J'le regardais après pis... mon doux ! c'était dans mon ventre ça ! [rires] C'est un beau p'tit miracle ! (Naomi, E4)

Ne pas se représenter le bébé dans ce corps qui lui semblait défaillant aurait pu permettre en partie de la protéger. L'expérience du ventre habité, Naomi semble pouvoir l'apprécier maintenant qu'elle est terminée. Elle s'exclame à la fin du dernier entretien, quatre semaines après avoir accouché :

J'm'ennuie de ma bedaine! Tsé quand j'me couchais l'soir, y'avait tout l'temps de, mon p'tit qui me donnait des p'tits coups pis qui bougeait, tsé y'avait tout l'temps euh,

une interaction, bah dans ma tête y'avait une interaction là tsé! J'ai ressenti vraiment un vide, des jours après là! C'est sûr j'suis contente de retrouver ma, ma mobilité pis tout ça là, mais, ouais ça me manque un p'tit peu la bedaine... (Naomi, E4)

Pour Simone et Nina, le ventre serait la représentation de l'existence du bébé pour les autres. Simone montre à plusieurs reprises à son fils aîné qu'un bébé se trouve dans son ventre. Elle est particulièrement soucieuse de l'effet que l'arrivée d'un autre enfant aura sur sa relation avec son fils. Elle se demande si son fils aîné « va finir par réaliser » la présence de ce bébé. Elle est préoccupée et en parle aux trois entretiens.

Oui, ben tu sais on essaye tsé, on essaye de lui parler plus de bébé on lui montre. [...] Comme introduit plus d'images et puis plus d'occasions de parler de bébé. Et puis là on lui dit maman elle a un bébé dans son ventre. Mais comme on dit, il ne comprend pas. Et puis on essaie de dire il va avoir un bébé ici et puis là il nous regarde. Tsé il n'a pas l'air sûr encore. (Simone, E1)

J'étais allée à la bibliothèque chercher des livres de bébés et puis il donne des becs sur mon ventre et puis il sait qu'il y a un bébé là-dedans. Il ne réalise pas à quel point, ça va chambouler sa vie à lui aussi là. Il va avoir moins d'attention, mais... Et puis c'est ça. Il me montre son bedon à lui et puis là il fait gros bedon, un bébé, petit bedon, pas de bébé. [...] Il ne comprenait pas trop là, mais c'est à force de lui répéter là. On ne s'est pas assis pour lui annoncer textuellement parce qu'il ne comprend pas, mais à force de dire qu'il y a un bébé dans le ventre... (Simone, E2)

On sait très bien qu'il ne comprend pas c'est quoi. Le bébé pour lui, c'est dans mon ventre je pense. Tsé, il sait c'est quoi un bébé, à la garderie il en voit, mais mon bébé c'est dedans, c'est mon ventre. On va voir à la naissance. (Simone, E3).

En ce qui concerne Nina, elle raconte comment le ventre suscite des projections de la part de son entourage au sujet du sexe du bébé à venir. Nina fait référence à quelques reprises à l'éducation genrée des enfants dans nos sociétés, ce qu'elle déplore. Elle semble mettre en lien son énervement à ces référents. Pourtant, cet énervement pourrait aussi être compris, en partie, d'une autre manière. Comme nous l'avons écrit précédemment, le désir autour de cette grossesse est particulièrement complexe pour elle et il est probable que les projections au sujet de cet enfant le soient tout autant. Les projections de l'entourage pourraient la renvoyer à ses propres difficultés de représentation avec ce bébé.

Tout le monde le sait qu'on ne veut pas savoir le sexe, mais là tout le monde spéculé à savoir est-ce que c'est un gars, est-ce que c'est une fille, ils regardent la bedaine « 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. (Nina, E2).

Oui c'est une surprise, mais tout le monde y va de sa théorie là. Donc là, à cause de la forme de la bedaine, il y a 90 % des gens qui pensent que c'est un garçon. Donc c'est un peu drôle là. On sait, nous en même temps on s'en parle même pas mon chum pis moi, est-ce que c'est un gars ou est-ce que c'est une fille là. (Nina, E3)

Toutes les participantes mentionnent le ventre comme le lieu d'habitation du bébé. Toutefois, l'installation s'inscrit dans un processus, le corps est peu à peu habité par le bébé. Comment évolue le sentiment d'occupation du corps ?

Occupation du corps et son évolution

Le sentiment d'occupation évolue au fil de la grossesse et ce dont nous souhaitons rendre compte au sein de ce sous-thème. Laurie et Billie décrivent un sentiment d'être parasitées dans un premier temps, qui s'estompe au fil de la grossesse. Pour ces dernières demeurent le sentiment d'un corps vécu comme étrange par rapport à ce qu'elles connaissent de lui. Naomi relate des sensations « d'élancements » en lien avec les transformations aux trois trimestres de la grossesse, et cela reste inchangé dans son discours. Pour Olivia et Nina, tout au long de la grossesse, quelque chose de l'occupation du corps est occulté. Olivia et Nina disent respectivement « ne pas réaliser » et « oublier » être enceintes. Dans le discours de Simone et de Jenny, ce n'est pas du corps enceint dont elles parlent, mais des limitations qu'il implique, et ce, du début de la grossesse jusqu'à l'accouchement. Toutes les participantes décrivent leur corps comme particulièrement frustrant en fin de grossesse.

Laurie décrit le sentiment d'un élément étrange dans son corps, qu'elle associe aux nausées. Depuis qu'elle n'en a plus, elle sent le bébé plus « intégré » en elle. Elle interrompt sa phrase lorsqu'elle nomme ce terme, puis elle se reprend en changeant le sujet de la phrase. Qui s'intègre à l'autre? Cela est confus. Lors de l'entrevue 2, Laurie dit que le premier trimestre aurait été le plus difficile pour elle en comparaison aux deux autres. Elle dit s'être habituée par la suite à ce corps qu'elle vit différemment.

La manière que moi j'me sentais dans mon corps au début euh c'était un corps étranger là j'suis rendue au moment où est-ce que ça monte là j'commence à avoir moins de nausées j'commence à être plus in...tsé j'ai l'impression que le le bébé est plus intégré en moi. (Laurie, E1)

Je n'avais pas pensé que mon corps allait être si instable, si imprévisible. Tsé, tout d'un coup je mange de quoi, et puis hop tout d'un coup j'ai de la misère à le gérer. Oh là paf, je suis super fatiguée pour un rien ou il y a plein de choses comme ça qui se passe chez moi que je ne peux pas toujours comprendre et puis c'est difficile pour euh pour moi. (Laurie, E2)

[Alors vous disiez qu'au niveau et physique et émotionnel, c'est le premier trimestre qui a été le plus tumultueux?] Oui [Donc qu'est-ce qui a changé pour vous depuis le premier trimestre?] Peut-être l'habitude, euh ben s'habituer à ce que son corps soit différent, réagisse différemment... C'est sûr étant une personne à la base qui n'aime pas beaucoup l'inconnu ou tsé dans certaines situations, surtout en rapport avec mon corps, je n'aime pas ça quand je ne comprends pas ce qu'il se passe donc euh avec la grossesse, c'était plus comment je pourrais dire, c'était plus angoissant, si on veut donc maintenant on dirait qu'au fur et à mesure des semaines, ben là je sais comment mon corps il réagit mieux, il réagit différemment dans certaines situations donc c'est ça j'ai l'impression d'être plus calme avec ça parce qu'on s'habitue [rires]. (Laurie, E3)

Dans le premier entretien, Billie rapporte le sentiment d'être envahie par le bébé, d'être parasitée par lui, dans son rêve et dans la réalité. Elle met en lien ces représentations avec l'ambivalence qu'elle ressent à l'égard du bébé. Lors des entretiens suivants, Billie dit ne plus « posséder » son corps, ou encore « avoir hâte de le retrouver » comme s'il lui avait été pris.

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 parasité là un peu là, je faisais des rêves euh, 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, il était comme collé à moi, puis euh y décollait plus, pis c'était comme euh, l'ambivalence j'trouve était représentée là, y'a un attachement, mais en même temps un sentiment d'être envahie un peu, ça contrôle un peu ma vie en ce moment. (Billie, E1)

J'trouve ça un peu euh... comme la mobilité est un peu réduite, c't'un peu dérangent. Un peu beaucoup là, comme si je j'possède plus vraiment mon corps. Ça j'trouve ça dérangent... (Billie, E2)

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 là. (Billie, E3)

Naomi utilise les termes « élaner, élanement » lors de l'entrevue 1, 2 et 3 en faisant référence aux transformations du corps.

Ben, des, des p'tits élanements, les, pincements pis tout ça là. Y'en a qui disent que même à douze semaines on peut sentir bouger... j'attends toujours là! (Naomi, E1)

Maintenant qu'j'me sens plus sécurée j'vais moins chercher d'infos, juste la base là... parce que là j'me mettais à voir des symptômes pis... à m'inquiéter pour des p'tites choses-là en fait, tandis qu'dans l'fond tsé, le corps est en transformation c'est sûr qu'il y a des p'tites choses qui, qui élanent qui étirent qui, qui s'passent là. (Naomi, E2)

Physiquement ça va bien. Ben des fois des p'tits élanements, mais tsé, c'est normal là c'est comme, c'est fou comment le corps est transformé rendu là ! Pis j'pense que la bedaine va encore grossir... encore cinq semaines, faut tenir. (Naomi, E3)

Olivia et Nina vivent leurs corps enceints d'une manière tout autre. Quelque chose semble coupé, et des écueils sont présents dans la représentation psychique de la grossesse. Olivia raconte ne pas avoir « réalisé » porter un bébé jusqu'à l'accouchement. Elle présente tout au long des entretiens de multiples représentations de la mort du bébé, de la maladie et d'un accouchement difficile. Ces angoisses semblent avoir fait barrière à un investissement plus grand du bébé au cours de la grossesse que l'on peut mettre en lien avec ce vécu corporel.

Si je compare à l'autre grossesse c'était un peu pareil... en tout cas c't'ait un peu pareil dans le sens que je... c'est comme si j'étais enceinte pis pas enceinte en même temps. Là j'le vois la deuxième grossesse que ça fait ça aussi... J'suis contente, là en plus peut-être que tsé la première grossesse c'est des p'tites choses à aller acheter ou tout ça, mais même des fois t'attends douze semaines, mais... je... 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 ! ». (Olivia, E1)

Mentalement je suis plus... tsé 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 tsé je me dis oh non pas cette nuit, tsé on dirait que je ne suis pas prête. (Olivia, E3)

C'est comme si jusqu'à la dernière minute encore je ne m'imaginai pas que j'allais avoir un bébé, tsé, c'était encore le même un p'tit peu scénario. Et puis là c'est sûr que depuis qu'elle est là ben tsé c'est comme si jour après jour on apprend à la connaître. (Olivia, E4)

Lors de sa présentation, nous avons décrit comment pour Nina être enceinte semble associé soit à de la frustration, soit à de l'omission. Elle dit « ne pas avoir l'impression que le bébé est dans son

corps » (E1) et « oublier » être enceinte (E1, E2). Oubli qui d'ailleurs se poursuit après l'accouchement, car elle craint d'écraser le bébé pendant son sommeil par l'oubli de son existence, comme nous l'avons noté lors de sa présentation. Pendant la grossesse, lorsqu'elle se rappelle être enceinte, c'est en lien avec la modification de ses habitudes associée à du négatif. Elle porte « un sac de sable dans le bas du ventre » (E2). Il la réveille, il l'empêche de se rendormir, il la dérange pendant son travail. En conclusion, elle « doit écouter son corps, et son corps c'est un peu le bébé là » dit-elle. Autrement dit, lorsqu'elle se sent enceinte, le corps de Nina, qui est associé au bébé, est dérangeant et frustrant.

C'est bizarre je n'avais pas vraiment l'impression encore que le bébé était dans mon corps. Si parce que bon je le voyais là [lors d'une échographie], je savais là que... je sentais là l'instrument sur mon ventre. Et puis je trouvais ça super. En fait, ce qui m'habitait, c'était plus à propos du bébé ce qui m'habitait. (Nina, E1)

Des fois on dirait que j'oublie que je suis enceinte. En fait, ça a l'air bizarre là, mais tsé, comme la nuit je me réveille parce que bon je dois aller aux toilettes et puis en tout cas le bébé il est vraiment à la périphérie devant. Et puis la nuit je le sens vraiment beaucoup quand je me lève pour aller aux toilettes, on dirait que j'ai un sac de sable dans le bas du ventre là. (Nina, E2)

Pour Simone et Jenny, le corps enceint est contraignant et frustrant dès le début de la grossesse et tout au long. Simone décrit comment son corps la limiterait dans les jeux avec son fils aîné. C'est à partir de l'entrevue 3 que Simone décrit avoir hâte de voir son enfant, et de moins se sentir limitée physiquement.

Ça commence à aller mieux, je commence à avoir un petit peu moins de nausées et puis il fait plus beau donc on va jouer plus dehors avec mon petit garçon, c'est plus facile à gérer que tsé en dedans toujours parce qu'il ne fait pas beau. Je sens qu'avec la fin du premier trimestre, ça commence à aller mieux. (Simone, E1)

Tsé je suis, en plus le gros ventre, je me sens un peu limitée un peu de jouer avec mon petit garçon par terre. Juste pour mettre les sandales, c'est pas facile. C'est plus physique qu'autre chose. Sinon au niveau de l'énergie, ça va bien. Et puis on est un peu, on n'est pas encore dans, justement... l'arrivée imminente du bébé. (Simone, E2)

Ben en fait c'est toujours un mélange là, on a hâte. Là on a hâte, tsé on ne sait pas si c'est un gars ou une petite fille non plus, on veut faire une surprise, on a hâte de le voir et tout ça. Et puis c'est sûr que tsé je suis plus limitée dans mon corps, j'ai hâte de ne plus avoir de difficultés à me lever. (Simone, E3)

En ce qui concerne Jenny, le corps enceint la prive et la limite. Elle exprime clairement souhaiter recommencer à bouger le plus rapidement possible, d'où la grande peur qu'ait lieu une césarienne. Elle ajoute appréhender l'allaitement. Lors du troisième entretien, les commentaires à ce sujet sont particulièrement abondants.

Et puis en plus il faut que tu coupes l'alcool, il faut que tu coupes le sport, ça fait qu'il ne me reste plus beaucoup d'échappatoire, tsé je me gatte un petit peu plus, genre crème glacée ou tsé des friandises, je me dis il ne me reste juste ça là [rires]. (Jenny, E1)

J'ai continué le gym avec ma famille et puis tout ça, comme je faisais d'habitude, mais des fois là, tsé je n'ai pas la même endurance, c'est ça que je te dirais qui est le plus frappant là. J'ai de la misère, tsé ta tête et ton corps c'est deux. Ma tête est encore correcte, ça je comprends on dirait que ma tête ne comprend pas que mon corps il n'est pas capable ou, ce n'est pas facile pour ça là. (Jenny, E2).

Je ne t'ai même pas parlé de césarienne à date tsé, chose que j'ai... ça serait comme le scénario qui me rendrait le plus triste parce que je suis quelqu'un qui a le goût de bouger, qui a hâte de faire d'autre chose que d'être enceinte. (Jenny, E3)

Billie, Olivia, Naomi, Nina et Laurie mentionnent aussi les limitations impliquées par le corps enceint, qui perturbent leur rythme habituel, même si elles insistent moins à ce sujet que Jenny et Simone.

Ça j'peux trouver ça dérangent là, comment euh une grossesse, ça limite un peu au niveau physique... (Billie, E2)

J'm'en rends compte que, un peu comme à l'autre grossesse, là ça m'pèse vite tsé vraiment entre les jambes... Là ça s'peut qu'on fasse emballer une partie, y va falloir que j'accepte que c'est comme un rythme plus lent pis peut-être aussi d'avoir de l'aide... (Olivia, E2)

C'est sûr que j'suis j'suis vraiment plus lente là, faut j'm'habitue à mon rythme là! Pis j'ai le souffle plus court, ça depuis quelques semaines... C'est ce que je disais tantôt! (Naomi, E3)

[Suite à une soirée de baby shower] Je n'étais plus capable de bouger, j'avais mal au dos, je m'endurais plus comme on dit là. (Laurie, E3)

Je peux marcher, mais bon en fin de journée ça commence à tirer sur les côtés de la bedaine, donc il faut que je m'assoie plus. J'aime ça m'étendre aussi dans la journée pour permettre de me relaxer. Donc je dirais que c'est beaucoup au niveau physique le bébé il est présent. (Nina, E2)

Les sentiments du corps comme un lieu habité évoluent au fil de la grossesse et se manifestent différemment selon les participantes. Pour chacune des participantes, le sentiment du corps comme un lieu occupé par un bébé semble difficile à se représenter de façon générale. Voir le bébé par la méthode de l'échographie, et sentir le bébé par ses mouvements actualisent son installation.

Voir, entendre, sentir le bébé actualise son installation

La plupart des participantes déclarent que l'observation du bébé lors d'une échographie, la sensation de ses mouvements ou l'entente de son cœur les rendent plus conscientes de l'existence du bébé (Naomi, Jenny, Billie, Nina, Laurie). Les participantes plus angoissées par la possibilité d'une interruption spontanée de grossesse trouvent du réconfort dans les échographies et les mouvements du fœtus (Olivia, Laurie, Naomi, Billie). Les mouvements du fœtus sont également considérés comme un rappel de sa présence (Naomi, Nina et Jenny). De manière très factuelle, Simone énumère les éléments physiques du bébé vus lors de l'échographie.

Naomi, Jenny, Billie, Nina et Laurie racontent que voir le bébé lors de l'échographie, le sentir lorsqu'il bouge ou entendre son cœur, l'aurait rendu plus réel.

Jusqu'à tant que j'vois l'échographie pis j'entende le cœur, c'tait comme irréel. J'avais, j'avais d'la misère à... Pis j'ai pas beaucoup de symptômes donc c'était difficile pour moi de... de m'assurer que j'étais vraiment enceinte là. (Naomi, E1)

Là elle bouge et puis on le voit un peu, ça fait qu'il [conjoint de Jenny] prend ça beaucoup plus... pour lui ça devient plus vraisemblable, plus vrai, ça c'est un bel accompagnement, c'est bien. (Jenny, E2)

Ben y'a eu l'échographie à 20 semaines. On a appris que c'était une petite fille. Puis on nous a dit, 120%, on nous a confirmé que y'avait très, très peu de doute, donc c'est ça. Tranquillement c'est comme si on a fait un peu plus connaissance avec le bébé là. Ça devenait plus, plus concret, plus réel, hum puis... On a commencé aussi, ben moi, à avoir un p'tit peu plus de craintes aussi là, en même temps que ça devenait plus réel, plus concret là. (Billie, E2)

Je dirais qu'à partir du moment où j'ai vu le bébé, oui j'étais à huit semaines, à partir de ce moment-là, c'était plus réel. Vu que je n'avais pas de signe là autre que la fatigue là et puis bon oui c'est ça, je trouvais que c'était plus réel. (Nina, E1)

Laurie aborde ce sous-thème par un sous-entendu. Sa mère aurait perdu un bébé alors qu'elle l'avait déjà senti bouger. À partir de cette histoire, elle insinue que l'attachement serait plus grand une fois les mouvements ressentis.

J'amoindris pas ce que j'ai vécu, mais j'ai vraiment la certitude que si c'était comme ça, c'est que... c'est vraiment mieux et j'ai eu la chance que c'était au début du processus tsé, j'ai pas eu le temps de la voir, de le sentir bouger tsé, d'être comme... c'est autre chose elle, c'est un deuil complet là. (Laurie, E1)

Aussi, Olivia, Laurie et Naomi, qui sont particulièrement inquiètes du bon déroulement de la grossesse, les échographies et les mouvements sont rassurants quant à la vie du bébé. Notons qu'Olivia et Laurie ont chacune vécu une interruption spontanée de grossesse avant celle-ci, et Naomi a reçu un diagnostic d'infertilité. Billie considère parfois les mouvements du fœtus comme étant source d'inquiétudes en raison d'histoires d'interruptions de grossesse qu'elle a entendues. Histoires « pas l'fun » qu'elle tente de mettre à distance par l'utilisation rhétorique de la litote.

On dirait que j'le crois pas, j'ai tous les symptômes, j'veux dire je le sais que j'suis enceinte, mais je, j'le sens pas physiquement encore, pis j'veux juste avoir quelqu'un qui me dise « oui oui c'est ça » tsé en me faisant entendre le cœur ou je sais pas. De là l'importance pour moi de cette échographie-là. (Laurie, E1)

Je pense que j'me mettais vraiment comme une espèce de p'tit mur de protection, pis après ça ben plus tard là tsé, ça commence à plus paraître, c'est des... chaque échographie venait me rassurer comme un peu. (Olivia, E1)

C'est sûr qu'l'échographie a beaucoup aidé. Hm j'pense c'était à dix semaines qu'je l'ai eue ? Ouais. Là j'ai vu que tout était normal, y'avait pas de décollement placentaire, ça m'a beaucoup beaucoup rassurée, pis après ça c'est sûr à chaque visite au médecin ou euh après ça la sage-femme, on écoutait l'cœur pis là tout était beau, plus ça allait j'me disais « ben coudonc c'est parti ! ». (Naomi, E2)

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, 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, elle bouge beaucoup ». (Billie, E2)

Les mouvements du bébé, pour Naomi, Nina, Jenny, rappellent sa présence.

J'trouve ça l'fun, il bouge beaucoup, je peux pas l'oublier! Tsé il est tout le temps là! Pis euh, ça c'est un bout que j'aime beaucoup là, quand il bouge là j'aime ça là, des fois j'ai l'impression que c'est un ptit pied pis là tsé j'tripe là, j'aime ça. (Naomi, E3)

Les postures au travail, parce que je suis trop spontanée, je ne pense pas et pis j'agis là, mais il va falloir que je prenne un ptit recul et pis je me questionne tsé est-ce que je lui nuis? Est-ce que tout va bien? Parce qu'elle prend de la place un ptit peu et puis elle bouge plus dans la journée, ça fait qu'elle me fait plus signe qu'elle est là. (Jenny, E2)

Au sujet de Nina, les mouvements fœtaux lui rappellent la présence du bébé et cela semble être source d'inconfort, malgré ses démentis et ses rires nerveux. Elle vit les mouvements comme des « coups », des « gros coups », des « coups méchants » dont elle parle pendant la grossesse et après la naissance de son fils.

C'est assez spécial en fait la première fois qu'on peut le sentir là, c'est comme, ben oui en fait 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. (Nina, E2)

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. Ça serait bien qu'il sorte aussi là [rires]. (Nina, E3)

C'est plus tu l'regardes tu dis c'est mon garçon, tsé, c'est lui qui était dans mon ventre pendant tout ce temps-là, c'est lui qui avait, tsé, c'est lui qui me donnait des coups de pied et tout ça. (Nina, E4)

Simone parle de l'échographie en insistant sur ce qui a été observable, et avec peu d'affect.

Ils montrent tsé le cerveau, le cœur, les organes, les os, il a différentes positions. C'est drôle, il était... mon bébé je le sens beaucoup en bas, il est plus bas que la première fois et puis toujours à gauche et puis tsé dernièrement il était la face en bas avec les mains comme ça et puis super bas. (Simone, E2)

En résumé, toutes les participantes décrivent leur corps comme étant habité par le bébé et leurs vécus à ce sujet varient. Certaines apprécient les interactions avec lui, par l'intermédiaire de leur corps (chacune le leur), tandis que d'autres y sont ambivalentes. Il est important de considérer que

les perceptions d'un corps occupé ne sont pas figées, alternant entre étrangeté, frustration et réconfort. Le corps enceint peut être vécu comme étrange un moment, ou tout au long de la grossesse. Il est aussi vécu comme frustrant notamment en fin de grossesse. Plusieurs expériences sensorielles, telles que voir le bébé, le sentir ou l'entendre rendent son existence plus tangible pour les femmes interrogées et les rassurent sur le bon développement du bébé.

En parallèle, les femmes expriment des vécus d'envahissement et d'intrusion au niveau relationnel et affectif que nous explorons dans la rubrique suivante.

4.2.2 Des expériences de femmes enceintes, entre envahissement et protection d'un lieu

4.2.2.1 Le corps : lieu d'envahissement

Les termes « envahissement » et « intrusion » sont utilisés à plusieurs reprises par les participantes. Le terme « envahissant » se définit par le dictionnaire de l'Académie française (s.d.) comme suit :

1. Qui envahit, occupe par la force. L'armée envahissante. 2. Par anal. En parlant d'une personne. Qui s'impose, qui force indiscrètement l'intimité d'autrui. Des voisins envahissants. C'est une femme envahissante. Fig. Qui tend à dominer l'esprit, les facultés de quelqu'un. Un amour envahissant. 3. En parlant de choses. Qui pénètre partout, que l'on ne peut contenir. Un lierre envahissant.

Le terme « intrusion » est défini par « le fait de s'introduire, contre le droit ou la forme, dans un lieu, dans une société ou une compagnie, dans une charge » (Dictionnaire de l'Académie française, s.d.). Relevons qu'à nouveau, le mot de « lieu » est utilisé ici.

En bref, les termes « envahissant » ou « intrusion » réfèrent, entre autres, à l'occupation non désirée d'un espace qui appartient à un autre. La notion d'une introduction contrainte sur le lieu est exprimée par les deux termes. Par l'utilisation de ces mots dans leurs récits, les participantes racontent des situations qui perturbent leur espace personnel. Il peut s'agir de commentaires ou de

conseils non sollicités par rapport aux bons comportements à adopter pendant leur grossesse. L'implication de la famille et de la belle-famille soulève des inquiétudes chez les participantes, qui redoutent de vivre de l'intrusion de leur part. Plusieurs femmes nomment la crainte que leur espace physique et psychique ne soit pas préservé lors de l'accouchement. Certaines femmes évoquent des angoisses d'étouffement.

Ce thème regroupe quatre sous-thèmes :

- Commentaires et conseils non sollicités
- Envahissement et famille
- Intrusion et accouchement
- angoisses d'étouffement

Commentaires et conseils non sollicités

Jenny sollicite les avis de sa famille, qu'elle considère comme une source de support indispensable pendant la grossesse. Laurie aime que sa sœur partage avec elle son expérience et lui donne des recommandations. Dans un autre contexte, certaines regrettent les réactions reçues au sujet de l'allaitement comme c'est le cas d'Olivia. Billie et Nina déplorent les recommandations et les avis, notamment au sujet de leurs corps enceints, que s'autorisent la famille et la belle-famille.

Billie et Nina rapportent des conseils et commentaires de la part de la belle-famille qu'elles qualifient d'agressants, de dérangeants, d'intrusifs et de contrôlants. Les suggestions sous-tendent la question de leur corps et de ce qu'elles en font. Nina relate des commentaires au sujet de l'alimentation. Olivia a participé à un groupe de soutien pour les mères allaitantes lors duquel elle aurait reçu beaucoup trop de conseils. Ayant aussi vécu des difficultés pour allaiter, Laurie dit « j'en ai senti de la pression et puis oui je l'ai senti, même à la limite du jugement » (E4).

L'aspect alimentation, dans la famille à mon chum, ils vérifient ce que je mange et puis on est tout le temps en train de parler de qu'est-ce que je mange tsé. 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. (Nina, E2)

Quand elle [belle-mère] m'a dit ça là, moi je me suis sentie vraiment contrôlée au maximum là. Ça m'est vraiment resté sur le cœur et ça va rester aussi longtemps encore là. Parce qu'elle sait que je m'alimente bien de manière générale. Et puis je veux dire peu importe là. Tsé, je veux dire, c'est mon corps là, c'est mon bébé, je fais très attention et puis donc et puis c'est toujours comme ça là. Tsé, c'est toujours, par exemple on mange le souper, si y a du brocoli... « Ça, Nina, tu vas en prendre plus de de brocolis parce que c'est bon pour le bébé ». (Nina, E2)

J'suis allée souvent là dans des trucs parce que j'avais des petits problèmes, des fois de, d'allaitement là. Des fois j'trouvais que c'était quasiment comme des sectes, parce que tsé comme là tout le monde te taponne pis toutes les filles sont autour de toi. Tsé, ça dépend là, mais des fois j'étais arrivée dans des moments où c'était un peu comme ça pis là wou! Pis tu te fais donner trop de conseils d'un coup pis tu viens d'accoucher. Mais tsé j'veux dire par rapport à l'allaitement c'était bien. Mais tsé j'me dis peut-être si c'était à recommencer j'aurais... disons que c'était ma première. (Olivia, E1)

Olivia et Billie expriment recevoir trop de conseils et de commentaires, sans préciser de quel type de commentaires il s'agit.

Je trouve ça un p'tit peu dérangeant, un peu agressant, comme euh c'est sûr, 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. (Billie, E1)

J'suis aussi dans une phase où on dirait que les gens m'énervent [rires] 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. (Olivia, E2)

Contrairement aux autres participantes, Laurie recherche par moment l'opinion de sa sœur. Ses conseils et recommandations l'aideraient et la rassureraient, car elle réagirait « pareil qu'elle ».

[Au sujet de sa sœur] Elle a déjà eu des enfants il y a longtemps, elle est de bons conseils aussi sur... en général, comme quand je me pose une question des fois, je l'appelle et je dis qu'est-ce que tu en penses de tel truc. Ça fait qu'elle va me dire, elle va me dire son avis. (Laurie, E3)

Jenny recherche aussi les opinions de son entourage, notamment de sa mère. Comme mentionné précédemment, la mère de Jenny fait partie intégrante du processus de sa grossesse. Ce besoin de l'inclure dans le processus est présent dès l'annonce de la grossesse.

Même si ce n'était pas sûr qu'on le gardait moi je l'avais annoncé là, c'était plus fort que moi, je n'allais pas vivre ça toute seule, j'avais besoin des autres qui sont près de moi, le père, la mère et tout ça pour avoir leurs opinions. (Jenny, E1)

Alors que pour Jenny l'implication de sa mère dans le processus de la grossesse lui paraît évidente, pour d'autres participantes, cela suscite plusieurs interrogations.

Envahissement et famille

Naomi, Nina, Billie et Olivia portent de nombreux questionnements quant à la manière d'impliquer la famille, parents et beaux-parents, sans se sentir envahies. En revanche, ceci n'est pas un sujet pour Simone. Elle exprime brièvement que ses beaux-parents, sa mère et son frère sont impliqués dans leur vie familiale. Laurie apprécie le souci et l'aide des personnes autour d'elle, sauf celui de ses parents qu'elle trouve « surprotecteurs ». Elle se demande comment cela évoluera par la suite dans le lien avec ses parents. Quant à Jenny, comme nous venons de l'écrire, elle intègre complètement sa mère dans le processus de grossesse et cela semble aller de soi pour elle. Le thème de l'envahissement n'est pas abordé dans le rapport vécu à la famille par Simone et Laurie.

Comme indiqué dans sa présentation, le sujet de l'envahissement est omniprésent dans les propos d'Olivia. En particulier lors de la deuxième entrevue, elle répète en boucle son sentiment d'être envahie par la présence de sa belle-mère. C'est la seule des participantes qui dit ressentir une gêne physique lorsque sa belle-mère est proche d'elle. Elle peine à tolérer ses étreintes, et elle se sent mal à l'aise lorsqu'elle se trouve dans la même pièce qu'elle. L'expérience d'envahissement d'Olivia semble plus prononcée comparée à ce que les autres participantes rapportent.

Elle veut m'aider mais faut que j'lui montre quasiment comment m'aider parce que ça m'aide pas... en tout cas, j'reste toujours correct, mais j'me sens souvent très mal intérieurement quand elle est là. Pis pourtant, je l'aime quand même là, mais euh y'a plein de choses qui vont me stresser qui... c'pour ça que ça m'dérange. (Olivia, E2)

Si elle m'prend pis qu'elle m'serre fort fort fort, j'vais m'sentir comme... disons que j'change une couche pis elle est quasiment par-dessus moi pendant que j'la change c'est un peu ça là, quasiment vouloir que, tsé c'est difficile de, un moment donné quand t'es pas habituée de faire, de dire « ben regarde là, j'ai besoin de mon espace ». (Olivia, E2)

Pour Olivia, d'une part, être enceinte constitue un moment lors duquel l'inconfort semble si fort qu'elle s'autoriserait enfin à reconnaître l'envahissement associé à la présence de sa belle-mère. D'autre part, cela semble l'en empêcher.

Pis elle a va vouloir m'aider. Pis là moi j'suis enceinte tu comprends. J'aurais comme pas l'choix de m'laisser aider. [...] Un moment donné j'avais eu mal au dos puis elle est venue m'aider ici, mais dans l'fond y fallait comme... que j'l'aide à m'aider. C'était pas aidant. Puis on dirait que ça m'aide plus, ça m'énerve plus quand elle m'aide. Si c'est ma mère qui vient, ou l'autre belle-mère, euh, j'me sens pas envahie comme ça. D'une certaine façon oui, mais c'est comme si je le tolère plus tsé. En tout cas. Là peut-être qu'aujourd'hui j'ai plus tendance à en parler. Là j'me dis mon Dieu ! Il faudrait que j'me sorte de ça là. (Olivia, E2)

Naomi et Nina s'inquiètent du moment où les parents et les beaux-parents leur rendront visite après la naissance, dans le but de protéger leur espace personnel et familial. Elles se demandent aussi comment tirer parti de leur aide et de leur support sans le vivre de manière intrusive. Nina exprime avoir craint leur envahissement, mais elle l'énonce lors du dernier entretien, une fois que leur visite après l'accouchement a été terminée.

Elle veut beaucoup aider, elle veut être là ben c'est sûr que... mes beaux-parents, mes beaux-parents y'ont plus de distance. Mais j'ai envie juste d'être avec mon chum, j'ai pas envie qu'toute la famille débarque chez nous là. Mais c'est pas nécessairement leur genre, mais ma mère pourrait peut-être venir. Mais va falloir que j'lui dise... ben en fait j'veux au moins décider, peut-être que j'vais vouloir qu'elle soit là... (Naomi, E2)

Les premiers à nous faire une visite, ça a été les parents de mon chum. Et puis j'avais quand même peur, ben j'avais peur, avant d'accoucher, j'avais peur tsé justement de la réaction des grands-parents, pis leur envahissement surtout leur envahissement et pis finalement les parents de mon chum, ça a été parfait. (Nina, E4)

Lors des trois entrevues de grossesse, Billie se demande comment intégrer les parents et beaux-parents dans la vie de l'enfant sans le vivre de manière intrusive. Elle énonce ces questionnements en les remettant à plus tard à chaque fois.

J'ai un peu la crainte que mes parents, quand y vont commencer à s'impliquer, y vont prendre beaucoup de place. Ça va créer des tensions avec eux là, pour le moment y réagissent bien puis y sont très respectueux de, de garder une certaine distance si je pourrais dire. Ils sont pas trop intrusifs, mais ils s'étaient beaucoup mêlés de l'éducation [des enfants] de mon frère. (Billie, E1)

[au sujet de la famille et de la belle-famille] Qu'ils soient impliqués, mais en même temps qu'ils nous laissent de l'espace là. Mais jusqu'à maintenant ça s'est bien géré là, donc euh... Une étape à la fois-là, c'est de se dire ça là. (Billie, E2)

[Au sujet des beaux-parents] Au moins, j'sens qu'ils sont... ce qui est bien là, c'est qu'ils ont dit, ils sont disponibles. Pis ça c'est apprécié. Des fois, ils peuvent être trop euh envahissants, ça va être à... ça on va le régler euh... rendu là j'imagine... (Billie, E3)

Laurie ajoute qu'elle apprécierait les attentions des personnes de manière générale. Alors qu'elle venait de mentionner ne pas supporter le « côté surprotecteur » de sa mère.

J'ai hâte de voir comment ça va aller parce que j'ai toujours eu de la misère à jauger un peu avec ça, avec la surprotection de, du côté de mes parents, vis-à-vis de mon indépendance. Enfin là je vois que des fois ça tend à revenir parce que j'suis enceinte. Est-ce que ça va rester parce que là j'ai, j'ai un enfant ou est-ce que ça va, ça va se rééquilibrer? On va voir. (Laurie, E3)

Elle associe au sujet des attentions des autres personnes qui l'entourent qui peuvent être aidantes :

Il y aurait peut-être le fait aussi que des fois, ça peut être même fatigant de, d'avoir des gens qui sont trop attentionnés autour de soi [rires]. Il y aurait ça que je dirais, je rajouterais au niveau de la grossesse là. (Laurie, E3)

Les attentions de monsieur, madame tout le monde en général, ou des amis, ça me va. Des fois les gens ils sont, ils sont attentionnés, ils vont te demander... on a fait un shower en fin de semaine, on a été obligé de tout déplacer dans l'appartement parce qu'on recevait trop de monde [rires] et puis à la fin on a des amis qui ont tout remplacé. (Laurie, E3)

En ce qui concerne Jenny, ce thème est présent dans son contraire, elle ne cherche pas à mettre de la distance avec sa mère. À l'inverse, sous prétexte que sa mère ait travaillé comme professionnelle de la santé en périnatalité, elle souhaite qu'elle participe aux rendez-vous médicaux et qu'elle soit présente lors de l'accouchement. Elle va magasiner des vêtements pour sa fille et prépare la chambre du bébé avec elle.

Mon chum il a fait la première, comme les premières 15 minutes, et puis après ça ma mère elle voulait venir voir et puis tsé on lui a dit « écoute si ça te dérange on n'a vraiment pas de problème là » et puis il a dit « non, non c'est correct » et puis après ça elle est rentrée et puis elle a regardé aussi à la fin, elle voulait voir un p'tit peu le bébé. Ça fait qu'ils ont fait chacun leur temps. (Jenny, E2)

Ça a donné le petit coup de pied aussi à la maison pour clancher ça, là avec la sœur et puis la mère qui viennent donner un coup de main là. Tsé parce que les gars, on dirait qu'ils ne voient pas ce qu'il y a à faire tsé. Je ne pense qu'il en est conscient là, mais ça, ça m'a vraiment aidée. (Jenny, E3)

Enfin, Simone raconte que les parents de son conjoint sont très impliqués pour s'occuper de leur fils aîné, ce qu'elle apprécie. Elle ajoute que c'est aussi le cas de sa mère et de son frère. Elle ne développe pas davantage, et change de sujet.

Les parents à mon conjoint, ils sont super contents, c'est des grands-parents qui sont très présents, qui s'occupent de Gabriel. Ils le gardent, c'est mon petit garçon, ils vont le garder les fins de semaine, donc ils ont déjà appelé, ils ont déjà hâte de le garder, ils ont déjà hâte de le voir. Du côté de ma mère aussi puis de mon frère. (Simone, E1)

La présence de la famille, les conseils et les attitudes peuvent susciter des vécus d'envahissement corporel et psychique. La recherche d'une juste distance est au travail. L'accouchement est représenté comme un moment susceptible d'être particulièrement marqué par de l'intrusion, ce qui est redouté par les participantes.

Intrusion et accouchement

Olivia et Naomi nomment leurs craintes quant au nombre de professionnels de la santé qui seront présents lors de leur accouchement. Simone mentionne l'espoir d'avoir une chambre individuelle à ce moment.

Nous avons relevé précédemment qu'Olivia insiste largement dans la deuxième entrevue au sujet de l'envahissement vécu dans le rapport à sa belle-mère. Il est intéressant de noter que lors du premier entretien, c'est de l'intrusion vécu dans le contexte de son premier accouchement dont elle parle. Sans qu'elle le formule d'emblée comme tel, le plan de naissance qu'elle avait demandé n'a pas été respecté. Elle parle de dix personnes dans sa chambre tout en insistant sur le fait qu'ils étaient « extra sympathiques, gentils ». À nouveau, elle est envahie et se laisse envahir.

Ils parlaient du ptit plan de naissance pis j'avais tout fait ça très bien. Finalement, on était comme dix dans ma chambre à la fin, tsé on était pas dix, mais tsé on était plusieurs, tsé les résidents, les internes, c'est un peu ça à l'hôpital. Une chance que tout le monde était extrasympathique, mais dans l'fond mon plan de naissance là [rires]. (Olivia, E1)

Naomi relate l'accouchement de sa belle-sœur pendant lequel de nombreuses personnes, professionnels de santé et membres de la famille, auraient été présentes. Elle espère vivre son propre accouchement de manière contraire, dans lequel son « cocon », son espace personnel, serait préservé.

Une douzaine de personnes dans la salle là avec nous autres pis j'trouvais ça tellement impersonnel puis là c'était comme : « Envoie, let's go ! » euh tsé euh ! Là tout l'monde regardait c'était comme... Non non non non je veux pas, c'pas vrai que j'veux vivre ça là. C'est sûr qu'elle, bon c'était exceptionnel là, mais... J'avais envie vraiment d'un p'tit cocon, quelque chose de... de tranquille, de calme. (Naomi, E2)

Lors des trois entrevues, Simone semble ne rien oser espérer quant à une prise en charge différente de celle qui lui est proposée. Elle dit qu'il est nécessaire d'« être responsable de sa grossesse » et elle dit ne rien attendre de particulier par rapport au suivi de grossesse. Enfin, lors de la troisième entrevue, elle formule pour la première fois un désir, celui d'être dans une chambre individuelle lors de son accouchement. Elle se reprend en précisant que cela peut être potentiellement impossible dans le contexte hospitalier actuel.

Mes attentes à l'accouchement, j'espère que je vais être en forme, que je vais avoir une chambre, je sais que ça déborde là, je veux une chambre, je n'ai pas le goût de me... mais c'est parce que je travaille ici que je suis au courant de ça, mais tsé, j'espère que tout va bien aller, mais c'est tout, je n'ai pas d'autre attente particulière. (Simone, E3)

La plupart des femmes interviewées ont évoqué des sentiments d'envahissement et d'intrusion, se manifestant sous forme d'appréhensions ou de vécus. De plus, deux participantes expriment des angoisses d'étouffement.

Angoisses d'étouffement

Billie et Nina décrivent des angoisses d'étouffement, en particulier après l'accouchement. L'étouffement renvoie à l'« action de faire périr par asphyxie ; le fait de périr asphyxié », soit un corps qui suffoque jusqu'à l'arrêt de la respiration. Pour Nina, les angoisses se manifestent dans ses rêves mettant en scène son fils en train de s'étouffer. Billie, quant à elle, les éprouve personnellement et les imagine pour sa fille.

J'ai eu des moments où après l'accouchement... Là j'commence à pleurer un peu moins, mais j'pleurais tous les jours... je me sentais étouffée un peu là. Mais j'avais pas l'goût de sortir en même temps, mais euh, sentiment d'être étouffée, de me sentir étouffée, sentir un peu prise là, comme j'ai plus là de... liberté. Donc ça été un peu un choc à c'niveau-là. (Billie, E4)

J'avais comme peur qu'elle régurgite pendant la nuit pis qu'elle s'étouffe, comme... c'était comme ma peur. J'sais pas combien d'fois j'leur ai posé la question : est-ce qu'il y a un risque qu'elle s'étouffe ? (Billie, E4)

J'ai eu bien du mal à dormir parce qu'en fait je faisais des rêves, je pense que ça a duré deux semaines là, où je rêvais à chaque fois que je me réveillais, je rêvais que le bébé, il était pris dans mes couvertures. Et puis qu'il était comme étouffé. (Nina, E4)

J'ai fait vraiment des rêves et pis je me réveillais, mais je savais que c'était un rêve, mais j'étais dans le rêve et puis tsé je pleurais et puis j'appelais mon chum pour dire et viens voir là, il est où? Il est où William? Est-ce qu'il est pris dans les couvertures? Et puis mon chum me disait, ben non là il dort dans son lit là. (Nina, E4)

L'environnement relationnel peut susciter des enjeux d'envahissement et d'intrusion pour les femmes enceintes. Plusieurs participantes relatent des commentaires non désirés sur les façons de faire ou de ne pas faire en ce qui concerne leur corps. La plupart des participantes se questionnent sur la manière d'inclure leur famille dans leur grossesse sans se sentir envahies. L'accouchement est perçu comme une situation potentiellement intrusive. Billie et Nina rapportent des scènes angoissantes d'étouffement. Dans ce contexte, les femmes abordent plusieurs défis en ce qui concerne la protection de leur bébé et d'elles-mêmes.

4.2.2.2 Le corps : enveloppe protectrice

Les participantes expriment leur inquiétude de devoir assurer la protection du bébé qui loge dans leurs corps. La définition du verbe « protéger » est (Dictionnaire de l'Académie française, s.d.) :

1. Veiller sur quelqu'un, lui prêter secours et appui. Que Dieu les protège ! Les chevaliers avaient le devoir de protéger les plus faibles. Protéger la veuve et l'orphelin, secourir les malheureux, les opprimés. Par anal. La loi protège la personne aliénée. Par ext. Garantir, mettre à l'abri de quelque danger, dommage ou dégât. Les poumons et le cœur sont protégés par la cage thoracique.

Certaines participantes mentionnent leur préoccupation constante de devoir protéger le bébé. En parallèle, elles rapportent le sentiment d'être plus vulnérables sur le plan psychique et physique qu'à l'accoutumée. Elles vivraient aussi un sentiment d'être hypervigilantes face à l'environnement extérieur. D'ailleurs, la définition du verbe « protéger » reprend l'idée de « garantir, mettre à l'abri de quelque danger, dommage ou dégât ». Finalement, elles ressentent un besoin accru de se sentir elle-même en sécurité.

Ce thème est organisé selon quatre sous-thèmes :

- Protéger le bébé
- Vulnérabilité exacerbée
- Hypervigilance envers l'environnement
- Sécurité : être protégée

Protéger le bébé

Laurie, Billie et Olivia parlent du souci de protéger le bébé qui se trouve dans leur corps. Alors que lors de l'entrevue 1, Billie dit se sentir comme un contenant servant à protéger quelque chose de précieux, lors de l'entrevue 2, elle rapporte la prudence dont elle fait preuve et sa crainte qu'il puisse arriver un malheur au bébé. Laurie mentionne « l'être en moi en plus à protéger » à deux reprises lors de la deuxième entrevue.

J'me sens un peu comme euh, un contenant, comme je contiens quelque chose de très précieux pour moi aussi. (Billie, E1)

Je suis rentrée chez nous plus stressée et puis là je me suis rendue compte à quel point non seulement cette peur-là qui m'habitait autrefois revenait, mais en plus, c'est comme plus grand, parce que là j'ai un être en moi en plus à protéger. Ça m'a amené sur plein de questionnements sur la vulnérabilité qu'on peut ressentir tsé. [...] Je me sens beaucoup plus vulnérable parce que là en plus de moi, j'ai quelque chose d'autre à protéger. (Laurie, E2)

Olivia raconte une scène lors de laquelle elle aurait chuté, elle associe au sujet des coups sur le ventre que son fils aîné lui aurait donné pendant les cours de natation. Ces histoires suggèrent que Olivia peut avoir l'impression que son bébé n'est pas suffisamment protégé.

J'l'ai pris [Léon, son fil aîné] pis j'ai glissé sur une voiture [jouet] pis j'suis tombée de tout mon long. Donc euh tsé je, j', pis... au cours de natation tsé c'est arrivé qu'il me donnait des coups sur la bedaine. Ça fait j'avais comme hâte... j'veux dire sans l'vouloir, en battant des jambes, j'ai décidé que les deux derniers cours c'est pas moi qui irait dans l'eau, mais j'avais quand même hâte à cette échographie-là. (Olivia, E2)

En parallèle de ce souci de protéger l'enfant qui vit dans leurs corps, Laurie et Billie évoquent une vulnérabilité corporelle et psychologique qui leur paraît exacerbée. Ce sous-thème est aussi exprimé par Simone et Naomi.

Vulnérabilité exacerbée

Laurie, Billie, Simone et Naomi rapportent se sentir plus vulnérables pendant la grossesse, particulièrement Laurie qui nomme une vulnérabilité totale, corporelle et psychologique. Un sentiment d'instabilité émotionnelle est partagé par Simone, Billie et Naomi. Par rapport à la gestion émotionnelle, Simone parle d'une variation accrue. Billie dit se sentir davantage atteinte par des sources de stress. Naomi rapporte être plus émotive qu'à l'habitude. Au contraire, Nina dit se sentir très calme. Notons que ceci est surprenant considérant les angoisses au sujet de la maternité qu'elle porte, l'affect est coupé ou dénié.

Je suis plus facilement émue. Pis j'suis facilement triste, mais j'essaie de ne pas l'être trop souvent. Mais c'est drôle parce qu'il y a un truc d'ailleurs dont j'voulais vous parler. Parce que j'ai eu une réflexion là-dessus il y a quelques semaines. Et pis je me rendais compte à quel point la grossesse nous rapportait à notre vulnérabilité corporelle. Et même psychologique tsé. (Laurie, E2)

C'est totalement déstabilisant là, l'état dans lequel je suis pis ce n'est pas évident de l'expliquer toujours à l'autre, tsé. À un moment donné, justement j'en ai parlé et pis j'ai dit tsé, je me sens tellement déjà 1) instable, je ne sais jamais comment mon corps va réagir, de 2), je me sens beaucoup plus vulnérable parce que là en plus de moi, j'ai quelque chose d'autre à protéger tsé. (Laurie, E2)

Je suis assez tsé stable dans mes émotions d'habitude et puis là tsé je suis comme contente, mais il y a des moments où j'ai peur, des moments tsé on dirait je varie plus. (Simone, E1)

Les émotions hein sont un peu plus « woouu! », tsé je pleure, ça m'en prend pas beaucoup pour pleurer... donc [rires], pis euh... un p'tit peu plus à fleur de peau. (Naomi, E1)

J'ai pas beaucoup de tolérance au stress comme... donc moins que d'habitude là. Donc on dirait quand c'était à l'envers, y'avait trop de choses à penser. Ça m'faisait comme y'a trop de choses, y'avait trop de choses à penser pis j'le gérais pas bien. (Billie, E3)

Je n'ai jamais été aussi zen que ça, de toute ma vie. Donc même pour finir le travail là, je n'ai même pas été stressée. Vraiment je... en tout cas je ne sais pas comment j'ai réussi là, mais oui j'étais comme de meilleure humeur que d'habitude. (Nina, E3)

En résonance à une vulnérabilité accrue, Billie, Laurie et Naomi décrivent se sentir plus vigilantes par rapport à l'environnement extérieur qu'à l'habitude.

Hypervigilance envers l'environnement

Billie et Laurie ont rapporté percevoir et vivre l'environnement différemment pendant la grossesse. De plus, avec Naomi, elles ont décrit des situations où elles se sentent menacées par l'extérieur.

Au sujet de la perception de l'environnement, Laurie mentionne qu'elle observerait et vivrait différemment le monde, les autres depuis qu'elle est enceinte. Comme Billie qui dit avoir plus de difficultés qu'à l'habitude à recevoir les contenus souffrants de ses patients. Elle aurait d'ailleurs arrêté de travailler deux semaines plus tôt que prévu.

À la fin, comme euh, ça a commencé un peu au troisième trimestre, j'sentais que j'arrivais plus à contenir disons. Pis j'sentais que si je voulais être prête pour mon... pour ce qui s'en venait pour moi, j'avais besoin de, m'entourer un p'tit peu plus de positif... ouin... c'est ça, j'ai arrêté, ça fait cinq semaines. (Billie, E3)

J'me rendais compte à quel point la perception aussi extérieure était différente. Ben, et d'ailleurs aussi, mais c'est parce que tout est tellement... [...] On dirait que l'environnement extérieur est plus, je ne sais pas si je pourrais dire menaçant, je trouve que c'est un gros mot, parce que je ne me sens pas nécessairement toujours menacée, ce n'est pas ça, mais je suis plus alerte. J'aurais tendance à dire ça, je suis plus alerte. (Laurie, E2)

Laurie dit se sentir plus alerte envers l'environnement, car elle le trouve plus « menaçant » dit-elle. Elle raconte avoir été témoin d'une scène pendant laquelle une voiture se serait arrêtée proche d'un landau. Par identification à la femme qui se déplace avec son bébé, elle aurait fortement réagi. Billie craint d'être bousculée dans le métro, elle décrit aussi sa prudence lorsqu'elle marche ce qui serait inhabituel. Quant à Naomi, elle dit se sentir particulièrement effrayée à l'idée d'être à l'hôpital, entourée de personnes malades.

Je regarde chaque pas que j' fais. Quand y'a plein de monde autour dans l'métro, j'suis consciente un peu de mon environnement pour pas comme être accrochée. Donc c'est un peu désagréable là comme d'être un peu hyper consciente de tous les dangers possibles. (Billie, E2)

Hier, j'ai passé et puis il y a une femme qui a traversé avec un landau et puis il y a une femme en voiture qui s'est presque pas arrêtée, finalement elle s'est arrêtée en dernier. Et pis je me dis, mais, je veux dire j'aurais été prête à aller cogner dans sa vitre et pis à crier injustice, je veux dire enfin je sens que l'extérieur est beaucoup plus menaçant, si on veut, qu'avant. (Laurie, E2)

J'étais dans salle d'attente de mon médecin avant d'aller voir la sage-femme et pis là y'en avait une qui était malade comme un chien là, elle devait, j'sais pas qu'est-ce qu'elle avait là, mais tsé elle était juste à côté d'nous autres pis elle toussait. Là j'dis, moi j'viens ici une fois par mois tsé euh... [rires], c'est la pire place pour une femme enceinte en fait là, salle d'attente des médecins là ou des hôpitaux. (Naomi, E2)

En lien avec une vulnérabilité exacerbée et un sentiment d'être plus alerte vis-à-vis de l'environnement, certaines participantes rapportent avoir le besoin de se sentir en sécurité afin de protéger le bébé.

Sécurité : être protégée

Naomi et Laurie disent éprouver un besoin de sécurité. Le mot « sécurité » se définit par « sérénité, tranquillité d'esprit résultant de l'opinion, bien ou mal fondée, qu'aucune menace n'est à redouter » (Dictionnaire de l'Académie française, s.d.). La définition met en évidence l'idée d'une menace à éviter qui résonne avec le sous-thème précédent « hypervigilance envers l'environnement ».

Jenny évoque ce sous-thème sans l'exprimer clairement, en lien avec sa relation de couple. Naomi et Laurie ont rapporté un besoin d'être rassurées, en particulier par leur conjoint. Naomi déclare se

sentir généralement plus indépendante et être surprise de ressentir ce besoin de réassurance pendant la grossesse. Quant à Laurie, elle raconte qu'elle connaît bien le besoin de sécurité qu'elle ressent actuellement, tout en ayant travaillé à le contenir pendant plusieurs années. Cependant, depuis la grossesse, ce besoin « refait surface » selon ses dires.

J'suis habituée à être indépendante, mais là j'me sens plus comme ça, j'ai l'impression que j'ai besoin qu'il soit là, j'ai besoin d'lui... Pis ça, ça m'fait peur un ptit peu. (Naomi, E2)

J'aime ce sentiment de sécurité là, j'en ai besoin, je dois l'exiger souvent tsé, qu'il soit vraiment présent et puis j'en ai pas besoin tant que... ben oui j'en ai besoin, il est là, ce sentiment-là. [...] Ça... un grand besoin de sécurité là de la grossesse. C'est ça ma réflexion le dernier mois. (Laurie, E2)

Comme mentionné précédemment, Jenny insiste sur l'implication de son conjoint pendant la grossesse. Dans cet extrait, elle parle de sa recherche de sécurité financière et la recherche de sécurité affective qui semble y être associée.

C'est comme si on devient plus une famille, une cellule ensemble, une famille et non deux individus avec chacun nos propres choses, là il ramène tout ça plus commun. Et puis il me soutient plus je dirais qu'avant. Tsé avant il sait que j'ai des difficultés monétaires, il sait tout le temps, il ne me l'avait jamais offert... tandis que là il est prêt à me soutenir là-dedans. (Jenny, E1)

Le corps enceint joue un rôle protecteur pour le bébé qui y loge. Dans ce contexte, certaines participantes nomment l'exacerbation de leur vulnérabilité et de leur vigilance afin de se protéger des menaces extérieures. Finalement, elles ressentent un besoin de sécurité accrue.

Les ressentis de la situation, porter le devoir de protéger le bébé tout en se sentant particulièrement envahie et vulnérable, suscite une importante impuissance. L'analyse relève un vécu de grande impuissance vis-à-vis de leur grossesse et de leur corps.

4.2.2.3 Le corps : lieu d'impuissance

Laurie, Billie, Simone, Jenny, Olivia et Naomi évoquent l'impuissance vécue face à la grossesse. D'une part, Laurie, Billie, Jenny et Naomi parlent de l'impuissance liée à leur corps et aux transformations du corps. D'autre part, toutes les participantes mentionnent leur manière d'apprivoiser comme elles le peuvent, le manque de contrôle sur l'évolution de la grossesse.

Ce thème est organisé selon trois sous-thèmes :

- Transformations physiques
- Impuissance vis-à-vis du corps
- Tolérer l'impuissance

Transformations physiques

Jenny, Billie, Naomi mentionnent les transformations de leurs corps et des difficultés qu'elles ressentent à ce sujet. Jenny en parle à l'entretien 2 et 3. Elle relève le contraste entre la perception des autres sur les changements physiques et la perception d'elle-même. Billie se demande si son conjoint la trouve toujours désirable malgré ce corps changeant. En racontant le déroulement d'une séance de magasinage, Naomi décrit l'apprivoisement de ce corps dont elle ne connaîtrait plus les caractéristiques.

Ben je me rends compte que ce que tu n'aimes pas sur ton corps avant d'être enceinte, c'est comme pire enceinte. C'est plus... dans le fond, c'est comme les cuisses je trouve, je ne les ai jamais aimé mais là c'est encore pire. (Jenny, E3)

Pis euh, là c'était plus les changements corporels là, qui, qui me... qui étaient euh qui sont... ça aussi [rires] c'est une adaptation là... pis là c'était euh, est-ce que le conjoint me trouve toujours attirante ou non ? (Billie, E1)

Les premières fois quand mon corps changeait pis là, j'allais magasiner pis, plus rien qui faisait pis j'savais pu quelle pointure, tsé j'avais vraiment... [...]. J'ai, au début ça été euh, un apprivoisement hein. Pis là ça fait juste commencer, j'dis : « un moment donné ça va être grand d'même! ». La bedaine ça allait, mais c'est le reste que j'avais d'la misère! M'habituer aux changements corporels là. (Naomi, E2)

L'impuissance de Jenny, Billie et Naomi se situe, en partie, dans la position d'observatrices de leur corps en processus de changement. Laurie et Billie parlent aussi de l'impuissance vis-à-vis de ce qui se déroule au sein du corps.

Impuissance vis-à-vis du corps

Laurie mentionne que l'aspect inconnu de l'expérience de grossesse et de son corps enceint la rendrait plus vulnérable. Billie exprime la difficulté de ne pas avoir de prise sur ce qui se passe au sein de son corps.

Tsé, je me connais quand même beaucoup et là je suis quand même un peu dans l'inconnu. Ça, c'est ça qui est le plus difficile. (Laurie, E2)

Comme pendant la grossesse, j'trouve j'avais plus tendance à être anxieuse de, est-ce que ça se déroule bien ? Pis euh, j'trouve que... enceinte, on a pas vraiment de, de contrôle sur ce qui se passe à l'intérieur de notre corps pis c'est gros, immense, puis ça représente beaucoup là. (Billie, E3)

Dans ce dernier extrait, Billie nomme la cohabitation des enjeux de toute-puissance du corps (« c'est gros, immense, ça représente beaucoup ») et d'impuissance qu'il suscite (« on a pas vraiment de contrôle sur ce qu'il se passe à l'intérieur de notre corps »). Laurie l'évoque aussi dans l'extrait suivant :

On dirait que tout d'un coup, on dirait que ton intérieur est si grand que l'extérieur est immense, je ne sais pas si si tu peux un peu comprendre. C'est tellement, c'est tellement, c'est tellement gros ce qu'on, ben ce que je suis en train de faire, ce qu'on fait en conception, quand on est en grossesse, que tsé tout tourne autour de ça sauf que tu te rends compte que l'extérieur est là, et puis on dirait que notre bulle est encore plus grosse. (Laurie, E2)

Billie dit « c'est gros, immense » ce qui se déroule dans son corps, et elle nomme l'angoisse importante de ne pas avoir de prise à ce sujet. Laurie insiste plus explicitement sur la toute-puissance de son corps, qui est « si grand ». Comme mentionné précédemment, le thème de la conception et le vécu de puissance qui s'en dégage est très présent dans le discours de Laurie. Dans cet extrait, elle parle d'une situation de conception qu'elle « est en train de faire ». La phrase commence en étant verbalisée au pronom neutre « on » pour se réapproprier au « je » ensuite cette

conception. L'utilisation du mot « intérieur » est équivoque pouvant référer à son espace psychique ou physique. Elle termine en ramenant le vécu de fragilité et le besoin de contenance qui serait augmentée en conséquence de cette toute-puissance.

Hormis ces deux extraits, l'envers de l'impuissance, c'est-à-dire la toute-puissance, est moins rapporté par les participantes que l'impuissance. En raison des grands changements qui se produisent en elles sans qu'elles n'aient de prise sur eux, toutes les participantes parlent d'apprendre à tolérer leur impuissance.

Tolérer l'impuissance

Toutes les participantes parlent de leur expérience d'impuissance pendant la grossesse. Laurie nomme l'inconfort causé par l'incertitude de la grossesse. Olivia dit comment la grossesse l'inviterait à être moins en contrôle. Avec un ton inquiet, Billie mentionne son manque de contrôle et comment elle tente de « faire confiance » à son corps, ce qui ne semble pas aller de soi pour elle. Naomi mentionne devoir regagner la confiance en son corps après un diagnostic d'infertilité. Jenny, qui avait l'habitude de contrôler son poids depuis plusieurs années, a du mal à accepter le fait qu'elle ne peut plus le faire actuellement. Lors des entretiens 3 et 4, Nina dit qu'elle était très nerveuse parce qu'elle ne savait pas quand l'accouchement allait se produire. « Rare fois de sa vie », dit-elle, qu'elle n'avait pas prise sur son emploi du temps. Lors du premier entretien, Simone nomme l'impuissance ressentie vis-à-vis de son corps qui porte un gène potentiellement cancérigène. Elle dit aussi qu'elle contrôle ce qu'elle peut pendant cette période et elle laisse le reste. La situation de la grossesse exacerbe cette impuissance, car des examens médicaux ne peuvent être effectués pendant cette période.

Ca pourrait être bien là que je sois juste tsé, je lâche prise et puis je relaxe, mais en même temps la grossesse m'apprend ça là. C'est juste de travailler ça là. C'est comme ça que je me sens là ces temps-ci. (Olivia, E3)

J'vois ça un peu comme euh, faire confiance à notre corps, faire confiance à... ça fait un peu ésotérique là, mais c'est qui 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. (Billie, E3)

Le fait aussi qu't'as pas vraiment l'contrôle c'est, ben t'en as pas pantoute du contrôle [rires] ! C'est un bout qui est difficile pour moi à accepter de... l'accouchement ça va être une autre place où j'aurais pas ben ben d'contrôle. (Naomi, E3)

Je dirais que ce n'est pas agréable, moi j'avais un stress intense, à savoir quand est-ce que le bébé allait venir. J'ai eu beaucoup de misère en fait avec l'attente et puis l'absence de contrôle là sur quand est ce que le bébé arrive. Ça, ça m'a vraiment beaucoup stressée. (Nina, E4)

Le corps enceint est source d'impuissance. L'impuissance est plus souvent rapportée par les participantes que son envers la toute-puissance. Les femmes interviewées rapportent l'enjeu important qui consiste à tolérer l'impuissance vécue face à leur corps et à la situation de la grossesse. Mobilisées à protéger leur enfant, alors qu'elles se sentent fragilisées et globalement impuissantes face à la grossesse, les mères expriment plusieurs besoins, tentatives et/ou mises en œuvre, de préserver leur espace. Ces éléments renvoient à la fonction contenante.

4.2.3 Le corps de la mère contient l'enfant : quel contenant pour la mère ?

Toutes les participantes sauf Jenny, nomment être à la recherche d'espaces contenant. Laurie, Billie et Olivia ont exprimé le besoin de réserver du temps et de l'espace pour elles-mêmes durant cette période. Certaines, comme Billie, Naomi et Olivia souhaitent, depuis la grossesse, fixer des limites au sein de certaines relations.

Ce thème est organisé selon trois sous-thèmes :

- Préserver son lieu
- Redéfinir des limites au sein de certaines relations
- Rechercher des espaces contenant
 - Rechercher des espaces de paroles
 - Créer un environnement intime pour l'accouchement

4.2.3.1 Préserver son lieu

Billie, Olivia et Laurie utilisent les métaphores de la « bulle » et du « cocon » pour décrire le besoin de préserver leur espace. Laurie utilise la métaphore de la bulle pour décrire son besoin d'être protégée. Lors de l'entrevue 1, Billie dit être surprise de sa difficulté à travailler, en référence à la distance plus difficile à maintenir dans le rapport aux contenus de souffrance avec lesquels elle travaille. Elle observe se manifester une certaine porosité à l'angoisse des autres et elle ressent le besoin d'un cocon pour s'en préserver. Lors de l'entrevue 4, elle nomme le sentiment d'être dans une bulle et son besoin d'espace. Olivia mentionne l'idée de la bulle pour pouvoir se réfléchir sans être prise par les opinions des autres. Aussi, Olivia, à la différence des autres, utilise ce terme dans un récit où sa bulle est déjà envahie par autrui.

On dirait que notre bulle est encore plus grosse. Enfin que l'extérieur c'est encore plus menaçant si on veut. (Laurie, E2)

On dirait j'ai jamais pensé qu'enceinte on aurait de la misère à travailler. Mais euh... une fois que je l'étais, j'sentais comme si j'avais envie un p'tit peu de me créer un cocon pour prendre soin de moi pis euh, j'pouvais pas vraiment faire ça, fallait que la vie continue. (Billie, E1)

J'veux juste de l'espace, comme physiquement, j'veux comme, j'ai pas l'goût de rien là. On dirait euh, physiquement c'est comme euh... j'me sens sursollicitée là. Pis avec la fatigue aussi là. J'suis pas très disponible. J'suis plutôt dans ma bulle aussi. J'suis un peu dans, dans ma caverne, j'suis un peu euh... moins disponible... c'est ça. (Billie, E4)

Pis là ben tsé là j'sentais que tout l'monde avait déjà son opinion pis c'était pas méchant, mais moi ça me, mon chum est plus grand livre ouvert. Mais moi on dirait que j'ai comme besoin de, de me retrouver dans mon p'tit cocon pour essayer de m'faire mon idée pis tout ça. (Olivia, E2)

Olivia utilise le terme de « bulle » pour décrire comment elle est envahie par la présence de sa belle-mère, lors de l'entrevue 2 et 3. Il n'est même plus question de préserver sa bulle, elle est déjà envahie.

C'est comme si elle m'envahissait, si elle rentrait dans ma bulle, pis j'pense que j'accumule ça pis euh... là maintenant, c'est rendu des fois ça va, tsé ça va plus sortir avec des, ça va devenir plus bête comment j'suis. Ben tsé, j'aimerais ça changer ça là, mais c'est encore en mettant mes limites d'une façon. (Olivia, E2)

Je l'aime et tout, mais ça, ça rentre trop dans ma bulle. Tsé, il faudrait qu'elle arrive soit après pour pouvoir voir le bébé ou soit plus avant et puis c'est bien correct, mais pas la journée où ça se passe. Pour moi, j'ai besoin d'avoir comme une espèce de... je rentre dans mon intimité, c'est comme une affaire qui me stresse. (Olivia, E3)

Billie, Olivia et Laurie utilisent les termes « bulle » et « cocon » de manière métaphorique pour parler de leur espace personnel qu'elles souhaitent protéger. Le terme de « bulle » est aussi utilisé par Billie, Naomi et Nina dans le contexte de l'accouchement.

Pendant la grossesse, certaines participantes souhaitent redéfinir certaines dynamiques relationnelles sur le plan des distances et des limites dans le lien à l'autre. Certaines participantes expriment des remaniements dans leurs relations avec les autres, ce qui entraîne des répercussions sur leur vie de couple et familiale. Billie, Jenny, Olivia et Naomi réfléchissent à la manière dont s'agenceront les nouvelles dynamiques familiales avec le conjoint et les enfants.

4.2.3.2 Redéfinir des limites au sein de certaines relations

Dans le cadre de son travail, Billie raconte avoir eu besoin de mettre une distance avec les récits traumatiques de ses patientes au cours de la grossesse afin de se préserver. Lors du troisième entretien, Naomi décide de faire part à son père de plusieurs éléments qui la dérangent au sujet de leur relation. Dans son rapport aux professionnels de la santé, ou encore au sein de sa famille, Olivia nomme son souhait de mettre des limites.

C'était rendu difficile pour moi physiquement, beaucoup psychologiquement aussi là, je, j'manquais de distance avec les patientes là. Donc j'voyais plus de femmes qui avaient perdu leur bébé c'est sûr là, depuis que ma grossesse était apparente, mais quand elles m'parlaient de leur accouchement douloureux ou traumatique ou ces histoires-là, là j'étais plus capable, j'trouvais ça plate un peu là, mais, j'sentais que c'était rendu au-dessus de mes forces là, donc euh, j'sentais que j'avais besoin de me concentrer sur ma grossesse à moi. (Billie, E3)

J'avais lu dans les livres que des fois euh, ça brassait beaucoup d'choses dans la famille d'avoir un enfant, mais, j'pensais pas que, que j'irais jusque-là tsé que j'serais prête même à couper les ponts avec mon père tsé. Je, j'aurais pas pensé que j'serais prête à... à aller là, pis à le confronter pis à mettre des limites. (Naomi, E3)

J'vais les dire en ordre là disons, l'externe, le résident, le médecin, le boss. Là tsé eux autres ils ont tous des grades, bon, tout l'monde m'avait examinée, parce que l'premier avait pas été capable, il a appelé le deuxième plus haut gradé, le troisième jusqu'à... Ah! 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. (Olivia, E2)

Les participantes expriment un besoin de préserver leur espace personnel et de définir les limites de certaines relations depuis la grossesse. Les participantes font appel à des espaces contenus, contenant.

4.2.3.3 Rechercher des espaces contenant

Ce thème comprend deux sous-thèmes : rechercher des espaces de parole et créer un environnement intime pour l'accouchement.

Rechercher des espaces de parole

Naomi, Laurie, Olivia et Billie expriment chacune le besoin d'espace de parole et d'écoute. Naomi, Laurie et Billie considèrent que les changements sont tellement grands en cette période que cet espace de parole et d'écoute permettrait d'apaiser et d'éclaircir par le récit l'intensité qu'ils suscitent. Pour Olivia, cet espace se caractérise par un sentiment de confiance dans le rapport à l'autre qui permettrait qu'elle s'autorise à poser ses questions.

J'aimerais ça qu'avec mon médecin je me sente moins euh, peut-être stressée un peu de poser mes questions... mais là tsé, j'sais qu'elle m'connait déjà, tout ça. J'pense que c'est juste dans son attitude corporelle ou quoi... (Olivia, E1)

C'était l'fun de, d'avoir cet espace-là [les rencontres de recherche] pour pouvoir euh, tsé m'exprimer parce que c'est tellement nouveau, c'est ça... c'est tellement nouveau que, j'pense qu'on a besoin, en tout cas moi j'ai besoin de, d'exprimer pis de poser mes questions pis de, raconter, pis l'écoute, j'ai trouvé, ça m'a fait du bien qu'il y ait une écoute comme ça, ça aidé à c'que j'me sente en confiance. (Naomi, E2)

C'est tellement déstabilisant la grossesse, surtout la première, j'ai dit il devrait avoir ça, un suivi psychologique tsé. Quelqu'un qui nous suit et pis qui est... qui nous aide

à voir plus clair au niveau psychologique aussi parce que c'est le changement... n'est pas que physique, il est psychologique aussi. (Laurie, E2)

[au sujet de l'ambivalence] Quand j'étais dans ma période plus fermée... une fois que je, j'ai réussi à parler de ça, pis à trouver un espace pour parler de comment j'trouve ça dur des fois à accepter, ben ça m'a aidée un peu à être moins fermée. (Billie, E1)

Ça a commencé l'accouchement, ça été quelque chose en soi là, d'assez euh, assez... toute une expérience là, même là encore, j'y repense encore, j'ai besoin d'en parler, de, de le revisiter. (Billie, E4)

Créer un environnement intime pour l'accouchement

La représentation de l'accouchement suscite, à juste titre, chez les participantes, un fort besoin d'intimité qui demande à être préservé. Billie utilise le terme de « bulle » et Naomi de « cocon » pour représenter l'intimité qu'elles recherchent pendant l'accouchement. Naomi mentionne que son besoin aurait été respecté par les professionnelles présentes à ce moment. Comme mentionné précédemment, Simone dit n'avoir aucune attente au sujet de son suivi de grossesse. La seule chose qu'elle a exprimée concerne le désir d'avoir une chambre individuelle lors de son accouchement, autrement dit, que son espace personnel soit délimité.

Moi ça m'angoissait beaucoup pour l'accouchement en tant que tel euh, parce que, de... comment ça allait se passer, parce que c'est important pour moi l'accouchement de me sentir dans une bulle pis, c'est important pour moi un accouchement d'avoir une intimité. (Billie, E3)

Y'avait deux sage-femmes à la fin, mais tsé c'est très intime, très respectueux de notre bulle, y'a ben des bouts dans la nuit où est-ce que j'étais toute seule avec mon chum pis que, pis après quand le bébé est né, ils nous ont laissé tout seul dans notre petit cocon aussi c'était vraiment euh, un beau moment. (Naomi, E4)

Mes attentes à l'accouchement, j'espère que je vais être en forme, que je vais avoir une chambre, je sais que ça déborde ici là, je veux une chambre, je n'ai pas le goût de me... mais c'est parce que je travaille ici que je suis au courant de ça là. (Simone, E3)

Lors de la quatrième entrevue, Nina insiste amplement sur l'accouchement qualifié de « parfait » alors que plusieurs éléments suggèrent que ce moment n'a peut-être pas été si appréciable et apprécié. À ce propos, le terme de « bulle » est aussi évoqué par Nina à plusieurs reprises. Toutefois,

il n'est pas clair de quelle bulle il s'agit : de la sienne, de celle avec son conjoint, d'une bulle avec ou sans leur fils, ou encore sans les sages-femmes. Le récit est plus confus qu'il n'y paraît.

Et pis c'est ça, j'étais vraiment dans ma maison, je suis vraiment rentrée dans ma bulle, mon chum était avec moi. Ça a vraiment, en fait c'était génial, les sages-femmes étaient... c'était parfait là. (Nina, E4)

Et puis nous on a dormi aussi et puis il dormait entre nous deux en fait dans le lit. Et puis, tsé, c'est ça, en fait quand je disais il est rentré dans notre bulle, c'était comme Noël, tsé. (Nina, E4)

Je dirais que la bulle là, elle s'est créée pas mal plus quand les sages-femmes sont parties. Quand ça a été tranquille dans la maison, quand on était juste nous trois, quand on avait des draps propres, que bon moi je m'étais aussi lavée. [...] On était là, les trois, tsé, c'était calme aussi la maison. Il n'y avait pas de bruit et puis ça tombait à six heures le matin, il n'y a pas de bruit nulle part là. Donc c'est plus là que la bulle s'est formée, tsé, je dirais qu'avant ça c'était plus le branle-bas de combat. (Nina, E4)

Ces sous-thèmes renvoient à des lieux physiques et relationnels, permettant de préserver leurs espaces intimes tant sur le plan physique que psychologique.

Pour conclure ce chapitre, il est essentiel de souligner l'importance du terme « lieu » tel qu'il apparaît dans les discours des participantes, devenant ainsi le cœur de cette thèse sur les expériences du corps enceint.

CHAPITRE 5

DISCUSSION

Le cœur de cette thèse réside dans le désir de donner la parole aux femmes pendant leur grossesse, avec pour objectif de les écouter d'une manière nouvelle. À partir d'une série d'entretiens provenant d'une étude menée au Québec, qui s'inscrit dans un projet international plus vaste, nous avons exploré les vécus subjectifs des femmes enceintes dans leur ensemble, en enrichissant la reconnaissance des expériences plurielles, en insistant sur leurs complexités, leurs nuances, leurs tensions. Les voix des femmes, tout comme celles d'autres groupes sociaux, sont souvent étouffées par les discours dominants, les normes préétablies et les représentations sociales enracinées. Malgré le fait que notre écoute ne fasse pas exception, toujours empreinte de constructions sociales, nous avons tenté, à partir des discours des femmes, d'entendre quelque chose qui est peu entendu, peut-être peu entendable, de leur expérience. L'objectif n'est certainement pas tout à fait atteint, quoi qu'il en soit, la thèse soulève assurément différentes interrogations, tant sur le plan sociétal qu'intime.

Cette thèse s'inscrit dans une mouvance clinique en périnatalité qui a lieu depuis une vingtaine d'années. Plusieurs écrits insistent sur l'importance de reconnaître la diversité des expériences des femmes enceintes, et en cela ils déconstruisent certaines représentations qui collent à la grossesse (Missonnier, 2014b; Molénat, 2012). Toutefois, ces écrits négligent parfois l'influence des facteurs sociaux et politiques; ce dont se chargent très bien les travaux féministes.

Ainsi, cette thèse s'inscrit aussi dans une mouvance féministe. Depuis les années 2010, de multiples initiatives militantes appellent les femmes à se réapproprier leurs corps : déconstruction du tabou menstruel, dénonciations du sexisme systémique et des violences sexuelles, débats sur les violences obstétricales, libération de la parole sur la période du post-partum. Dans ce contexte, l'appréhension du thème des corps enceints devient incontournable (Froidevaux-Metterie, 2023). D'autant plus car la grossesse et le moment de la naissance, tout au long de l'histoire et jusqu'à aujourd'hui, ont été l'objet de nombreux impensés (Froidevaux-Metterie, 2023; Michel et Squires, 2018). En écho à ce constat, Camille Froidevaux-Metterie (2023), philosophe féministe et professeure de science politique, interroge 28 personnes enceintes durant leur dernier trimestre de grossesse, ainsi que quelques-unes d'entre elles après l'accouchement. Elle présente son travail dans l'ouvrage « Un si gros ventre : expériences vécues du corps enceint » publié en septembre 2023, au sein duquel elle vise à mettre en lumière des vécus des femmes enceintes passés sous silence en raison notamment des structures sociales en place.

Il convient de noter que la première version de cette thèse a été soumise en août 2023, ce qui explique pourquoi ce livre est mentionné qu'à ce moment dans le texte. Avoir eu par la suite l'opportunité d'intégrer ses contributions à notre travail et à cette discussion nous semble précieux car le livre de Froidevaux-Metterie (2023) éclaire les résultats de notre étude. Du fait des différents domaines de pratique, philosophie et sciences politiques vs psychologie, elle offre une analyse plus détaillée du versant social et politique des expériences corporelles de la grossesse, tandis que notre travail approfondit plus spécifiquement les éléments intimes.

La présente recherche a permis la formulation d'une réflexion au sujet des vécus de grossesse mettant l'accent sur les articulations entre les aspects corporels et psychiques, et ceux-ci intégrant les dimensions intrapsychiques et intersubjectives. Grâce à la métaphore du lieu et à ses différentes déclinaisons, notamment en considérant les espaces corporels et sociaux comme des lieux qui se chevauchent ou s'excluent mutuellement, nous avons été amenée à réfléchir à la question de l'enveloppe, à la représentation de soi et à son rapport à l'autre, ainsi qu'à la manière dont ces éléments s'aménagent pour les femmes enceintes. Cette thèse souligne la responsabilité sociale dans l'établissement d'environnements favorables aux grossesses.

Nous proposons dès lors une part de discussion au sujet de ces quatre thèmes :

- Écouter des récits des femmes enceintes et considérer la nécessité d'une réflexion sociale
- La présence d'un autre en sa demeure perturbe l'ordre établi chez soi
- Au-delà de l'altérité en soi : préserver son Moi
- Pour des lieux propices au bon déroulement des grossesses

5.1 Écouter des récits de femmes enceintes et considérer la nécessité d'une réflexion sociale

5.1.1 Circonscrire les lieux

Notre question de recherche a émergé de l'utilisation fréquente de métaphores telles que le nid, la bulle et le cocon par les femmes participant à l'étude. L'analyse du texte révèle que ces termes sont utilisés de différentes manières, mais toujours pour imaginer les besoins de circonscrire des espaces, préserver un lieu ou définir des limites.

Les concepts de nidification et de nidation développés par Missonnier (2007) reprennent la métaphore du nid et font écho à ces phénomènes. L'utilisation de l'image du nid renvoie principalement à l'aménagement de l'espace matériel pour le bébé, qui accompagne la préparation psychique à son arrivée. Certaines participantes ont explicitement ou implicitement évoqué les correspondances entre l'aspect corporel, psychique et matériel de cet aménagement. Cette installation s'articule selon l'adaptation de chaque femme à l'arrivée prochaine du bébé, ce dont parle aussi Schauder (2016). Il est intéressant de noter que pour les deux participantes dont la présence du bébé dans le corps est plutôt occultée, l'aménagement de son espace matériel, préparer sa chambre par exemple ne fait pas parti des préoccupations non plus. Pour certaines participantes, aménager une place pour le bébé dans les lieux accompagne la transition psychique à la parentalité et son intégration dans la vie de la femme.

Lorsqu'elles utilisent les métaphores « bulle », « cellule », « noyau », « cocon », les participantes évoquent leurs réflexions sur l'aménagement de la vie familiale en construction. Tous ces mots font

référence à des structures qui délimitent, entourent quelque chose. Une parle de l'établissement de l'entité familiale par la décision de poursuivre la grossesse et l'investissement de son conjoint. Pour d'autres, l'image illustre la volonté de délimiter la famille avec le conjoint et l'enfant à naître par rapport au reste de la famille ou le processus d'inclure le bébé dans un cercle à trois avec le conjoint. Même lorsque ces métaphores ne sont pas utilisées, nous avons relevé le besoin de redéfinir certaines limites relationnelles pendant la grossesse. Une délimitation spatiale et relationnelle est évoquée dans le rapport à certains membres de la famille. Une parturiente décide pendant la grossesse de faire part à son père de plusieurs éléments qui la dérangent au sujet de leur relation. Dans son rapport aux professionnels de santé, ou encore au sein de sa famille, une autre parturiente nomme, lors des quatre entrevues, son souhait de mettre des limites, sans vraiment y parvenir.

Enfin, certaines participantes utilisent les métaphores de la « bulle » et du « cocon » pour décrire le besoin de préserver leur espace et de se protéger des influences extérieures. Une bulle est une petite quantité de gaz contenue dans une fine enveloppe de forme sphérique. Un cocon est une enveloppe protectrice tissée par certains insectes. En utilisant ces termes, une femme interrogée parle des dangers présents dans l'environnement, une autre fait le constat de se sentir plus poreuse à l'angoisse des autres et de ressentir le besoin d'un cocon pour s'en préserver. Pour une autre, une bulle permet de penser sans être influencée par les options des autres.

Aussi, les participantes utilisent le terme de « bulle » et de « cocon » pour représenter l'intimité qu'elles recherchent pendant l'accouchement, d'un point de vue spatial et relationnel. À travers les époques et les civilisations, l'accouchement a souvent été associé à un lieu clos et distinct, séparés de leurs quotidien, soit en raison de croyances sur l'impureté ou par mesure de précaution contre les risques infectieux, bien que cela soit contestable (Michel et Squires, 2018). Aujourd'hui, les services d'obstétriques hospitaliers remplissent ce rôle, créant un espace dédié à cette expérience, ce qui offre une certaine forme de contenance où des représentations qu'elles soient positives ou non, lui sont attachées et peuvent rester associées à cet endroit spécifique (Michel et Squires, 2018).

D'une autre perspective, les termes de « bulle » et de « cocon » renvoient à la demande de contenance des femmes; notion centrale chez les professionnels de la périnatalité (Belot et de Tychey, 2023; Ciccone, 2012). La dimension contenante fait référence à un environnement stable

et prévisible qui fournit un sentiment de sécurité, tandis que la dimension affective réfère aux aspects plus émotionnels d'une relation ou de l'environnement; même si les deux dimensions sont interreliées. Ainsi, les métaphores de la bulle, du nid, du cocon évoquent les besoins de contenance et traduisent aussi la dimension affective qui est très saillante pendant la grossesse et en post-partum. La future mère, surtout lorsqu'elle attend son premier enfant, recherche activement un soutien affectif, accordant une importance particulière à ses propres parents. Si ces derniers ne sont pas disponibles, le.la partenaire peut alors incarner à la fois le soutien et la protection nécessaires (Abdel-Baki et Poulin, 2004). Pendant l'accouchement, les figures contenantantes ont été progressivement incarnées par les professionnels de la naissance tels que les sages-femmes, les infirmières et les médecins obstétriciens. Parallèlement, émergent les services d'accompagnantes et pro à la naissance, les doulas, des accompagnantes non médicales qui apportent un soutien émotionnel, physique et informatif pendant la grossesse et lors de l'accouchement, soulignant ainsi l'importance de la dimension affective (Michel et Squires, 2018). Une sage-femme française écrit que « les maternités débordent d'affects dont on ne sait que faire » (Yapaudjian, 2021, p. 40). Cette dimension paraît encore trop souvent négligée dans les suivis et les formations aux soignants en périnatalité.

Le titre de notre thèse évoque un seul lieu, mais à la lumière des éléments exposés, nous interrogeons la pertinence du pluriel. En effet, il est indéniable que l'expérience des femmes enceintes implique plusieurs lieux, à la fois intimes et sociaux, comme nous l'avons souligné dès le premier chapitre. Il y a le lieu de la femme enceinte, bien sûr, mais également ceux du fœtus, du couple, de la famille, de l'environnement. Il est question de la manière dont la femme enceinte s'y inscrit, est incluse ou exclue de ces différents espaces. En conservant le singulier, cependant, nous mettons en évidence que c'est avant tout le lieu de la femme enceinte qui est le foyer d'aménagements considérables, et c'est cela que nous souhaitons mettre en lumière dans cette thèse.

5.1.2 Entre un corps à soi et le corps de l'autre

Dans le rapport à son ventre de grossesse quelque chose de gênant peut venir se glisser qui prend la forme d'un ressenti de dédoublement ou d'invasion. Ce ventre, c'est toujours soi, mais c'est aussi simultanément autre chose que soi, c'est un autre, l'enfant

à naître. Pour certaines, cette présence qui s'impose peut-être ponctuellement difficile à supporter. (Froidevaux-Metterie, 2023, p. 145)

Cet extrait de l'enquête de Froidevaux-Metterie aborde des thèmes qui font écho à ceux traités dans le chapitre théorique de la thèse, en particulier la notion d'une « créature en soi » associée à l'idée d'invasion, ainsi que le sentiment de gêne et d'inconfort lié au concept d'inquiétante étrangeté ou de présence envahissante. Soulignons la représentation du dédoublement que nous n'avions pas relevé. Mais surtout, la correspondance de ces phénomènes au sein de nos enquêtes respectives est marquée. Il n'est pas rare qu'une grossesse soit perçue comme une sorte d'« occupation » de soi, c'est plutôt une appréhension commune chez les femmes enceintes interrogées.

Pour toutes nos participantes, l'impression de ne plus posséder leur corps domine pendant la grossesse. Ce corps est le lieu du fœtus, ou plutôt c'est le ventre qui est désigné comme le lieu habité par le fœtus. Certaines femmes recherchent les interactions à travers ce ventre avec le bébé alors que d'autres n'apprécient pas cela, et encore moins que leur corps soit perçu comme l'espace du bébé par d'autres personnes. Il est aussi question de quel corps s'intègre à l'autre selon une participante qui a eu beaucoup de nausées au premier trimestre. Ne plus « posséder » son corps, ou encore « avoir hâte de le retrouver » comme s'il leur avait été pris est une expression très utilisée.

La coexistence du corps de la femme enceinte avec celui de l'autre résonne avec les enjeux de rivalité présentés dans le premier chapitre qui ressortent de la littérature concernant les femmes enceintes (section 1.5.2.3.). Au-delà de l'espace physique à l'intérieur du corps, qu'est-ce que le bébé vient prendre ? À travers les récits des participantes concernant leur appréhension de leur corps transformé, plusieurs tensions émergent quant à la présence de cet être. Deux participantes expriment leur malaise face au fait que leur conjoint touche leur ventre. Pour l'une d'entre elles, il s'agit de son propre corps uniquement, et ce geste matérialise la présence du bébé qu'elle ne parvient pas à se représenter pour elle-même. Pour une autre femme interrogée, ce geste de la part de son conjoint suscite de la jalousie, car elle craint de perdre l'attention de son partenaire lorsque le bébé sera là. Une autre participante perçoit clairement que le ventre est le lieu de résidence du bébé, et elle tente par tous les moyens de le faire comprendre à son fils aîné. Sans le formuler explicitement, ou en l'exprimant plutôt par des dénégations répétées, elle redoute l'impact que l'arrivée de ce bébé aura sur la relation privilégiée qu'elle entretient avec lui.

Froidevaux-Metterie (2023) indique que la plupart des femmes enceintes ont été confrontées à des regards d'assignation et à des remarques blessantes, même si elles n'appréhendent pas nécessairement leur grossesse comme une forme de dépossession. Tant au sein de son étude que de cette thèse, les femmes enceintes rapportent que les interactions sont souvent dirigées vers le futur enfant et qu'il est fréquent que les gens touchent le ventre de la femme enceinte, parlent directement au bébé et oublient parfois de s'adresser à la femme elle-même. Ces exemples illustrent comment la fonction que remplit la femme est mise au premier plan. À ce titre, la pensée de Butler (1990) permet de conceptualiser combien le corps est le reflet d'une singularité tout en étant construit par les attentes, les représentations et les rapports de force de la société. Les témoignages des participantes illustrent comment leur corps leur apparaît comme insaisissable; mais aussi combien il est souvent considéré comme un acquis, une réalité objective, alors que les témoignages des participantes suggèrent qu'il est plutôt perçu comme un état plus qu'un lieu clairement défini.

Revenons sur la permissivité sociale dans le toucher à l'égard des femmes enceintes (Froidevaux-Metterie, 2023; Kukla, 2005). Ceci est d'autant plus marquant dans la culture occidentale. Le rapport au toucher dans nos sociétés est souvent empreint d'une certaine pudeur et de limites claires à la différence d'autres cultures au sein desquelles le contact physique fait partie intégrante des interactions quotidiennes. Dans le contexte de notre réflexion au sujet du corps des femmes, lieu d'ajustements colossaux pendant la grossesse, il nous semble important de remettre en question la permissivité du toucher à l'égard des corps enceints.

Cette thèse relève combien les sentiments d'occupation du corps de la femme sont étroitement exacerbés par le contexte dans lequel ils s'inscrivent : une appropriation collective des corps enceints.

Du fait de l'égalisation des conditions féminine et masculine dans le monde social, cette réalité de l'objectivation corporelle est occultée, recouverte du voile des droits conquis, pas seulement invisible, cachée. Ce sont les féministes qui ont révélé ce scandale que les femmes n'ont jamais cessées d'être considérées comme des corps disponibles au sein des sociétés occidentales prétendument émancipées. Elles l'ont fait une première fois dans les années 1970 (« le privé est politique »), et elles le refont depuis le début des années 2010 (« l'intime est politique »), relançant avec force la dynamique de réappropriation de nos corps. (Froidevaux-Metterie, 2023, p. 139)

Comme nous l'avons souligné dans le premier chapitre, le paradigme médical aborde les corps enceints de manière impersonnelle (Bordeleau-Payer, 2022). Il est question de corps-chairs examinés et manipulés par les professionnels médicaux. Les procédures de ce modèle dominant entraînent de « "techniciser" la relation qui s'instaure entre le corps médical et la parturiente à un moment où cette dernière nécessite pourtant un accompagnement respectueux de ses besoins singuliers, de même que des soins empreints d'humanité » (Bordeleau-Payer, 2022, p. 65). Cette appréhension des corps pourrait probablement accentuer, dans la réalité, un sentiment de dépossession, voire d'intrusion, pour les femmes.

À ce titre, les récents débats autour des violences obstétricales soulèvent de multiples questions.

Les unes revendiquent la pleine possession de leur subjectivité et de leur corps, quand les autres répètent que les gestes dont on les accuse sont des gestes médicaux, et dressent alors le savoir obstétrical comme un fait objectif incontestable. La subjectivité débat avec l'objectivité. Dans l'imperméabilité qui caractérise souvent ces échanges, ces deux pôles restent donc étanches l'un à l'autre. (Michel et Squires, 2018, p. 26)

La réflexion des autrices mène à l'idée que le dialogue à amorcer entre subjectivité et objectivité réside dans l'écoute des récits car « opposer l'objectivité médicale à la subjectivité de la femme, c'est donc également, dans une certaine mesure, perpétuer la violence vécue dans la salle d'accouchement » (Michel et Squires, 2018, p. 28). Pour comprendre pleinement l'émergence de ces violences, il faut prendre en compte les contextes historique, politique et social. Il devient ainsi possible de remettre en question les pratiques hospitalières, de tenir compte des bouleversements liés à la périnatalité et d'examiner la dynamique entre subjectivité et objectivité dans ce contexte (Michel et Squires, 2018).

Tout cela s'inscrit dans une configuration intrapsychique spécifique chez les femmes interrogées qui amplifie leur malaise face à cette permissivité vis-à-vis de leur corps. Les récits des participantes mettent en évidence des représentations de soi moins bien définies qu'à l'habitude, et un sentiment de porosité accrue face aux influences extérieures. Par des phénomènes de projections, il convient d'explorer les liens entre la propension des femmes à vouloir circonscrire les lieux, leur représentation psychique de soi floue et leur demande de contenance. Nous présentons l'idée selon

laquelle la cohabitation d'un être au cœur de notre lieu intime entraîne des perturbations pour les repères intérieurs préétablis, qui constituent l'enveloppe.

5.2 La présence d'un autre en sa demeure perturbe l'ordre établi chez soi

Pendant la grossesse, l'enveloppe, comme représentation de Soi, et ses fonctions sont fragilisées. Nous proposons une réflexion au sujet de la conflictualité vécue pendant la grossesse, et nous questionnons l'idée de l'intégration psychique de la grossesse, et celle d'aménager une relation avec le bébé sans altérité absolue. Enfin, il nous semble que plusieurs vécus d'envahissement rapportés par les femmes enceintes peuvent être exacerbés par des projections de l'intrusion vécue de l'intérieur.

5.2.1 L'enveloppe fragilisée

Ces sensations (les mouvements d'un être en moi) sont mes sensations, elles contribuent à modifier le sens que j'ai de mon espace physique et psychique. La grossesse fluidifie la frontière entre ce qui est dedans, moi-même, et ce qui est dehors, séparé. Les frontières du corps évoluent, tout comme l'espace occupé, tant et si bien que la femme enceinte ne ressent plus de façon certaine là où son corps se termine et là où le monde commence. (Froidevaux-Metterie, 2023, p. 156)

Il se dégage au travers de nos analyses qu'en raison de la fluidification des frontières, l'état de grossesse, vivre avec un autre en soi, perturbe l'ordre établi. Cela peut fragiliser le sentiment d'unité et d'intégrité du Moi. L'espace intérieur est vécu comme moins bien protégé. Une certaine vulnérabilité en émerge et altère le sentiment de capacité à contenir ses contenus psychiques. Nous allons maintenant développer ces éléments.

La présence du bébé perturbe l'équilibre somato-psychique établi chez des femmes enceintes. D'une part, le corps est décrit comme un lieu occupé. L'impression d'être parasitée peut être présente dans un premier temps et s'estomper au fil de la grossesse. Ces femmes rapportent comment voir, sentir, entendre le bébé, actualisent son installation à l'intérieur de soi, bien qu'il

dégage toujours quelque chose d'irreprésentable. Pour certaines, quelque chose de l'occupation du corps est, complètement ou temporairement occulté, ce qui peut porter à interrogation. Les participantes expriment parfois une préoccupation pour l'espace dont dispose le bébé au sein du corps, cette inquiétude peut également être interprétée comme le sentiment que le bébé occupe véritablement « toute la place » dans ses sens multiples. D'autre part, le sentiment d'un corps étrange par rapport à ce qui est connu de lui peut être présent tout au long de la grossesse. Toutes les participantes décrivent leur corps comme particulièrement frustrant tout au long de la grossesse, ou en fin de grossesse. Le lieu, leur corps, n'est pas dans son état habituel et cela influence les représentations de soi.

Les représentations de soi et leurs fonctions sont en mouvement pour les femmes enceintes, et cela influence le sentiment d'unité et d'intégrité du Moi. L'enveloppe perd ses repères habituels et elle exerce moins bien ses fonctions. D'un côté, la délimitation entre l'intérieur et l'extérieur est floue, elle ne sépare plus précisément le dehors en le maintenant à l'extérieur. Il y a alors une ambiguïté sur ce qui appartient à l'un ou à l'autre, car le bébé se situe bien à l'intérieur alors que l'intérieur est plutôt associé à soi. D'un autre côté, la possibilité d'échanges entre l'intérieur et l'extérieur n'a plus les mêmes variations qu'à l'habitude, l'enveloppe semble plus perméable aux influences externes. Dans ce contexte, le sentiment d'unité et d'intégrité du Moi est fragile.

Leur corps, leur espace semble moins bien protégé; un thème central dans le discours des femmes. L'enveloppe n'est plus une barrière suffisamment protectrice contre l'intrusion des agressions d'autrui, sujets ou objets. Pourtant, le devoir de protéger le bébé est grand. Après l'accouchement, la réalisatrice Poirier (1968) dit dans son film : « Maintenant il existe hors de moi. Pour toujours hors de moi. Un être qui a son identité. Son destin. Je ne contiens plus sa vie. Mon corps ne le protège plus du monde ». Par cette remarque en post-partum, elle révèle dans le même temps son sentiment d'avoir protégé le bébé lorsqu'il logeait dans son corps, et aussi que l'identité du bébé n'était pas clairement définie, pour elle qui vivait sa grossesse comme « un corps à corps ». Bien que ceci se déploie de manière fantasmatique, l'idée de devoir protéger le bébé semble renforcée par les injonctions sociales et les documentations périnatales proposées aux femmes enceintes. Le discours tenu envoie l'idée qu'elles sont les seules responsables du bon développement du fœtus tel que nous l'avons décrit dans le premier chapitre.

Malgré le désir d'être une enveloppe robuste, la plupart des femmes interrogées sont pourtant souvent prises par le sentiment d'être plus vulnérables, et de ressentir le besoin d'être elles-mêmes protégées. Nous avons exposé la difficulté des femmes qui réside dans la volonté de protéger le territoire du bébé, tout en éprouvant un sentiment d'envahissement. Les femmes disent être plus alertes, plus hypervigilantes par rapport à l'environnement. Les angoisses et les peurs sont plus marquées, le sentiment de capacité à les contenir semble mis à mal. Ce à quoi s'ajoutent les nombreuses conflictualités dont nous avons discuté dans le premier chapitre. Se représenter comme un « Moi contenant les contenus psychiques » est fragilisé.

5.2.2 Intégration du bébé ? Relation avec lui ? Réflexions sur la conflictualité

Nous avons bien décrit comment la différenciation soi/non-soi est vacillante pour la femme enceinte. Pouvoir considérer l'autre comme une entité distincte implique de se représenter soi-même comme une seule et même entité distincte, et c'est bien cela qui est perturbé pendant la grossesse. Or c'est le fait de concevoir l'autre comme un être différencié qui permet d'être en relation avec lui, tel que nous l'avons décrit lors du troisième chapitre (Winnicott, 1990). Winnicott (1956) et Racamier (1979) parlent de l'état psychique de la femme enceinte comme d'une maladie qui n'en est pas réellement une. Il est vrai que le flou dans les frontières soi/autre s'apparente à des fonctionnements plutôt psychopathologiques. La grande différence réside dans le fait qu'un élément de réalité s'ajoute dans le contexte de la femme enceinte. Le bébé est bien là, à l'intérieur d'elle-même, elle n'est pas « folle » de se sentir ni plus tout à fait elle, ni plus tout à fait autre.

Plus récemment, le concept d'interpsychique de Bolognini (2014) peut être éclairant dans ce contexte.

L'interpsychique, c'est cette dimension de vie en commun et de coopération dans laquelle le self s'étend – naturellement et de façon non pathologiquement divisée – à un autre être proche, avec des effets qui se propagent parfois de manière réciproque également au niveau du moi central, avec un acquis de conscience de ce qui est en train de se passer – mais pas toujours et pas nécessairement (Bolognini, 2004, cité dans Bolognini, 2011, p. 114).

L'interpsychique représente la zone de partage d'éléments intrapsychiques entre deux individus. Au sein de cette zone, chacun se présente alors avec un fonctionnement particulièrement perméable afin que les échanges puissent avoir lieu, qui reposent notamment sur des identifications projectives (Bolognini, 2014). Dans ce contexte, les frontières soi-autre sont assouplies plus qu'à l'habitude sans que cela soit psychopathologique; ce qui pourraient s'appliquer lors des circonstances telles que la période périnatale.

Tel que nous l'avons mentionné dans le troisième chapitre, Bayle (2016) invite à s'interroger sur la possible relation entre les mouvements psychiques dont nous avons précédemment discuté dans le premier chapitre et l'intrusion de l'être humain conçu dans l'espace corporel et psychique de la femme. Cela remet en question l'idée couramment véhiculée selon laquelle la préoccupation maternelle primaire serait

indispensable pour les soins au nouveau-né, pour son portage, sa survie, son holding au sens psychique du terme, fragilise celui qui le porte, car il amène une porosité de l'adulte aux émotions archaïques du bébé. Mais il rend les parents sensibles aux signaux du bébé, ce qui leur permet de s'ajuster : sensibility et responsiveness sont pour les cognitivistes des marqueurs de compétence parentale (Guerin Franchitto, 2021, p. 64).

La porosité soi-autre des femmes enceintes contribuant à les fragiliser, peut-elle s'entendre autrement ? Nous reprenons ces questions formulées à la fin du deuxième chapitre : Comment vivre avec cette présence de l'autre en soi propre à la grossesse ? Comment est vécue l'intégration psychique, s'il y a lieu, de l'être conçu ? Quelles sont les possibles relations entre les transformations psychiques dont nous avons précédemment discuté et l'intrusion de l'être humain conçu dans le lieu psychique et corporel de la femme ? Comment être en relation sans distinguer l'autre qui n'est pas tout à fait autre ? Quel rapport entretenir avec cette altérité ?

Afin de donner des éléments de réponse, nous questionnons deux idées : que signifie intégrer psychiquement la grossesse ? Comment aménager une relation avec le bébé sans altérité absolue ?

5.2.2.1 Réflexion sur la notion d'intégration psychique de la grossesse

Que signifie « intégrer psychiquement la grossesse » ? Selon Racamier (1961), les psychoses puerpérales représentent un arrêt du processus d'intégration psychique. Mais à quoi correspond cette « intégration psychique » ? Est-ce l'idée que l'équilibre psychique soit suffisamment tenace pour tolérer pendant plusieurs mois ce ressenti étrange du « corps à corps » ou celle de la « créature en soi », et/ou leur co-existence ? Toutes les femmes interrogées parlent de l'inconfort lié à leur impuissance face à ce qui se passe à l'intérieur de leur corps, mais peut-on considérer cela comme l'inconfort de la présence envahissante qui guide leur corps ? Lorsque nous disons « tolérer », entend-on supporter l'inconfort de cet état étrange d'être à la fois soi-même et autre ? Est-ce principalement une question de survie psychique, de maintenir un équilibre somato-psychique sans décompensation ni effondrement malgré sa mise à mal ?

Dans cette perspective, nous questionnons l'image sociale idyllique de la grossesse, qui s'apparente au vécu fusionnel et dit harmonieux qui pourrait s'y apparenter. D'ailleurs, dans la théorie psychodynamique, l'état fusionnel n'est pas un état homéostatique stable (Racamier, 1979), cet état psychique n'est pas pérenne et pas nécessairement enviable. Ainsi, nous retenons l'attention sur ces extrêmes, l'occultation du corps enceint, le fait de ne pas réaliser sa grossesse, pose question tout autant. Nous croyons plutôt que l'inconfort associé à l'état de grossesse serait de l'ordre du « normal », ce qui contraste avec la représentation idyllique fusionnelle.

5.2.2.2 Comment aménager une relation avec le bébé sans altérité absolue ?

Porter le bébé est souvent perçu comme l'occasion de développer un lien privilégié avec lui, à la différence du partenaire qui ne le porte pas. Cependant, nous avons vu que non seulement l'instinct dit maternel n'existe pas (Badinter, 2010), et qu'une relation avec un bébé est loin d'être une évidence, autrement dit que la relation se construit au même titre que d'autres (Molénat, 2012). Dans ce contexte, nous sommes amenée à réfléchir à l'idée qu'une relation particulière devrait se former, pendant la grossesse, entre la femme qui porte l'enfant et le bébé lui-même. Les discours de certaines participantes nous montrent comment le fait de porter l'enfant à l'intérieur de soi pourrait au contraire entraver la construction de cette relation pendant la grossesse.

Grâce à la capacité de rêverie de la mère, une forme de relation peut bien sûr se développer pendant la grossesse, même si celle-ci n'est que fantaisies et qu'il y aura toujours confrontation avec l'enfant réel après la naissance. Bydlowski (2001) écrit que l'enfant dont parle la femme enceinte est toujours imaginaire et qu'il renseigne plus sur elle que sur lui. Imaginer, être capable de rêveries, sont souvent bon signe concernant la vie psychique, peu importe le contexte d'ailleurs. L'espace potentiel, qui est le support de l'imaginaire, est en mouvement constant à ce moment, probablement au même titre que le parent qui ne porte pas l'enfant.

En envisageant la transition vers la parentalité de cette manière, nous pensons que la place accordée à l'autre parent, que ce soit le père ou la mère, pourrait enfin s'étendre. L'idée ici n'est pas seulement de concevoir le développement de la relation à travers le simple fait de porter l'enfant, mais plutôt de considérer l'espace potentiel qui s'ouvre et se nourrit lors de cette transition vers la parentalité. Cela permet en même temps que de créer un espace pour la femme qui porte l'enfant, de redonner toutes ses potentialités à l'espace du parent qui ne le porte pas. Ainsi, « appréhender la grossesse comme une transition, [...] C'est aussi et surtout découpler, une bonne fois pour toutes, la biologie de la parentalité, et remettre au centre la question du désir de famille, qu'elles qu'en soient les formes » (Froidevaux-Metterie, 2023, p. 136).

Loin de nous l'idée de mettre au même niveau l'expérience du parent qui porte, et de celui qui ne porte pas. Chacune a ses propres spécificités. Nous accordons une importance primordiale à l'intégrité du corps pendant la grossesse, ce qui est le fil conducteur de cette thèse. Nous remettons en question l'idée préconçue selon laquelle porter l'enfant entraînerait automatiquement une relation privilégiée avec lui. Les fondements de cette représentation ne sont pas neutres. Pour les participantes de notre étude, porter l'enfant est source d'inconfort, de présence envahissante, et toujours en dehors d'un équilibre habituel, ce qui ne favorise pas une relation harmonieuse d'emblée avec le bébé porté.

D'un point de vue clinique, cette thèse soutient l'idée qu'au-delà de la préoccupation concernant la relation avec l'enfant à naître dont fait preuve la femme, il est essentiel de soutenir en premier lieu le déploiement d'un espace potentiel pour elle, cet espace interne qui lui serait propre. Ceci permettrait de redonner des contours au Moi et soutiendrait les besoins de contenance, et sa capacité

à contenir ses contenus psychiques qui n'appartiennent qu'à elle. De cette manière, la distinction soi/autre serait renforcée, et il serait alors possible d'envisager développer un imaginaire autour de l'enfant à naître.

5.2.3 Phénomènes d'envahissement et mécanismes de projection

L'expérience corporelle de la grossesse suscite un ressenti de présence envahissante (2.1.4). Dans le cadre de notre analyse, l'expérience d'envahissement est majeure chez les participantes, et pourtant, elle est formulée la plupart du temps par rapport à ce qui se déroule à l'extérieur, dans les relations et dans l'environnement (4.2.2.1.). Seules quelques-unes d'entre elles nomment l'impression d'être parasitée en début de grossesse, et que cela s'affaiblit au fil de la grossesse. Une participante rapporte, dans un rêve, le sentiment étrange que le bébé soit « collé à elle, qu'il ne se décolle plus » et interprète directement ce rêve comme le reflet de sa réalité actuelle, c'est-à-dire sa grande ambivalence à l'égard de la grossesse. Elle dit se sentir attachée à lui, mais aussi envahie par lui « qui prend toute la place ».

La projection est un mécanisme de défense, une « opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs, voire des objets qu'il méconnaît ou refuse en lui » (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 344). Nous posons deux hypothèses au sujet des phénomènes d'envahissement, qui ne s'excluent pas nécessairement. D'une part, les fonctions de l'enveloppe pendant la grossesse sont altérées, ce qui entraîne une diminution de la protection du Moi, et par conséquent, une augmentation des sentiments d'envahissement. D'autre part, l'envahissement serait vécu de l'intérieur par la présence du bébé, et il serait projeté à l'extérieur venant exacerber les expériences d'intrusion vécues à l'extérieur.

Serait-il plus tolérable de vivre l'intrusion provenant de l'extérieur plutôt que celle qui est vécue de l'intérieur, suscitée par le bébé ? Une perspective pourrait être que cette intrusion crée une ambivalence difficile à tolérer pour la mère, et elle serait ainsi projetée vers le monde extérieur (Reeves et coll., 2016). L'exemple le plus frappant concerne la participante qui fait l'expérience d'envahissement de tous bords, de la part de sa famille et des professionnels, et nous pouvons

aisément penser que la grossesse et le bébé ne font pas exception. Pourtant, sa grossesse se déroule du début à la fin avec une impression de ne pas être réellement enceinte. Elle éprouve aussi de grandes angoisses concernant la répétition d'une interruption spontanée de grossesse. Pourrait-on imaginer qu'elle se sente également envahie de l'intérieur et que cela soit complètement occulté par un mécanisme défensif ? Cette absence de représentation de l'autre en soi permettrait-elle de se protéger de l'intrusion vécue par lui ? Est-ce que les angoisses de mort ressenties sont liées à une forme d'agressivité, qui émerge en réponse à l'intrusion perçue ? Cette agressivité serait-elle mieux gérée si elle était refoulée ou niée ?

En fin de compte, cette participante insiste fortement sur son désir d'un temps d'arrêt qu'elle associe à la période de la grossesse. Elle exprime à deux reprises : « j'ai comme le besoin de me retrouver moi ! ». Ce qui s'entend de manière particulière étant donné qu'un autre occupe son corps. Est-ce que l'état de grossesse, et ce qui se déploie autour suscitent tant d'empiètement en elle que le besoin s'exprime enfin ? Cette participante cherche désespérément à s'aménager un lieu pour elle pendant cette période, et cela se manifeste à tous les niveaux, dans ses relations familiales, dans sa relation avec les professionnels et dans ses expériences d'accouchement. Finalement, elle semble réussir à mettre en place cet espace, ne serait-ce que temporairement, lors des entretiens de recherche seulement.

Qu'en est-il de la capacité de rêverie des femmes dont l'expérience prédominante a été celle d'être envahie ? Bachelard (1957) établit des liens entre l'espace intime du dedans et l'imagination. Pour être capable de rêveries, il faut avoir pu se blottir (Ide, 2006), et « le blottissement est une expérience sensible de la proximité » (Clerget, 2021, p. 97). Qu'en est-il de la possibilité de proximité, et de rêveries, des femmes dont l'expérience principale a été l'envahissement ?

5.3 Au-delà de l'altérité en soi : préserver son Moi

Les femmes interrogées décrivent des ajustements nécessaires dans la distance relationnelle pendant qu'elles sont enceintes, tout en étant à la recherche d'étayage et de contenance. Toutes les femmes témoignent comment leur corps et l'état de grossesse sont sources d'impuissance.

5.3.1 Entre recherche de proximité et mise à distance

Pour les femmes de notre étude, certaines sphères relationnelles sont redéfinies, ce qui implique parfois une mise à distance de l'entourage proche. Par ailleurs, elles appellent à des besoins de contenance et de sécurité affective. Mettre à distance l'entourage, mais sur qui s'appuyer ? Être portée par qui ?

Tel qu'abordé lors du premier chapitre, l'environnement est d'une importance majeure pendant la grossesse. Pendant cette période de transition où une nouvelle identité parentale se développe, il est essentiel d'offrir un soutien solide aux futurs parents. C'est bien ce besoin que l'on entend chez les femmes interrogées, le narcissisme (sens psychanalytique) est fragile, la vulnérabilité est exacerbée, elles cherchent des espaces pour être entendues et prises en considération, pour que l'on prenne soin d'elles, de leur narcissisme. La prise de distance avec l'entourage est d'ailleurs parfois déclenchée par ce besoin. Mais alors, sur qui s'appuyer ? Comme mentionné précédemment, le défaut d'étayage pour les nouveaux parents est marquant dans la société actuelle. L'émergence d'une certaine solitude et d'une grande impuissance des parents pendant la période périnatale suscite des préoccupations (Belot et coll., 2013). De plus, les individus sont soumis à l'impératif de devenir autonomes, et rapidement (Tagawa, 2012).

Les parents ont besoin de trouver en eux-mêmes et dans leur entourage les ressources nécessaires pour conserver, voire restaurer, une confiance suffisante en leurs propres capacités. C'est cette confiance qui constitue le fondement de la sécurité qu'ils transmettront à leur enfant (Molénat, 2012). Comme formulé lors du premier chapitre, les notions de sécurité et de continuité sont primordiales dans l'accompagnement périnatal non seulement d'un point de vue intrapsychique, car elles permettent de soutenir le narcissisme (sens psychanalytique) mis à mal en cette période, mais aussi, d'un point de vue intersubjectif, car elles soutiennent un sentiment d'étayage et une certaine réponse à la demande de contenance de la personne. Parmi nos participantes, certaines font état de l'aide qu'elles ont reçue grâce aux réseaux sociaux. Ces témoignages illustrent l'importance croissante de ces communautés virtuelles dans le soutien et l'accompagnement des parents (Villocourt-Couchat, 2018).

Les enjeux de proximité et de distance nous semblent frappants lorsque les femmes racontent leurs rapports aux professionnels de la santé, les deux notions coexistant de manière très rapprochée. Les exemples de récits de l'accouchement, où le corps se trouve dans une position de vulnérabilité importante, témoignent souvent de l'expérience d'un « trop proche » qui s'apparente même fréquemment à un vécu d'intrusion. Dans le même laps de temps, les participantes rapportent la grande distance vécue du point de vue relationnel avec certains professionnels. Une participante insiste sur le fait de n'avoir jamais rencontré la médecin qui « la suit » selon ses dires. Une autre mentionne qu'elle ne se sent pas en confiance avec son médecin et qu'elle n'est pas à l'aise de lui poser ses questions.

L'idée de repenser la permissivité de toucher les femmes enceintes se transpose au manque de retenue observé chez les personnes qui commentent et conseillent les femmes enceintes. Pendant la grossesse, il semble que les gens se permettent une proximité relationnelle surprenante. Les commentaires et les conseils non sollicités sont fréquents et suscitent des sentiments d'intrusion pour les femmes. Cela pose question, qu'est-ce qui explique ces attitudes pendant la grossesse ? Froidevaux-Metterie (2023) écrit que ce phénomène pourrait être lié au contrôle social auquel les femmes enceintes sont soumises et qu'elles finissent par intérioriser. Elles se jugent mutuellement en comparant leur conformité aux normes prénatales. L'injonction de protéger le bébé exacerbe ce phénomène, renforçant la culpabilité des femmes et pouvant susciter un sentiment de honte et d'insuffisance.

5.3.2 Entre toute-puissance et grande impuissance

Lors du premier chapitre, nous présentions l'expérience de la grossesse comme une crise analogue à celle de l'adolescence. Les thèmes du narcissisme (sens psychanalytique), de la vulnérabilité et de la toute-puissance sont particulièrement saillants, ce que nous retrouvons aussi dans les récits de femmes enceintes. Même si le discours d'une des participantes retranscrit bien cet élan de toute-puissance par son insistance et sa fascination à l'égard de « son corps qui peut créer un autre corps », c'est cette même participante qui vit son corps comme étant si vulnérable par son imprévisibilité. En effet, la notion de toute-puissance ne va pas sans son envers, la grande impuissance. Alors que

c'est plutôt la toute-puissance des femmes enceintes qui a intrigué les écrits psychanalytiques souvent, au sein de nos entrevues, elle semble plus clairement se manifester par le sentiment de grande impuissance associée à l'état de grossesse dont parlent toutes les participantes.

« Avoir confiance en son corps » est le dicton souvent utilisé par les femmes interrogées, et cela ne semble pas aller de soi pour la plupart d'entre elles. L'impuissance s'exprime à travers ce que les femmes disent de leur corps, et de cette grossesse sur laquelle elles n'ont aucune prise. L'impuissance se situe, en partie, dans la position d'observatrices de leur corps en processus de changement. Certaines parlent de l'impuissance liée à leur corps en transformation et des difficultés qu'elles ressentent à ce sujet, dans le regard des autres, et dans leur regard par rapport à elles-mêmes. Perdre la maîtrise de son corps jusqu'à vivre des empêchements physiques pendant la grossesse présente des similitudes avec l'expérience vécue par les personnes en situation de handicap (Froidevaux-Metterie, 2023). Par exemple, en lien avec la prise de poids et l'encombrement, il peut devenir difficile de bouger, de marcher pour les femmes. L'appropriation de ce corps dont elles ne connaîtraient plus les caractéristiques est un défi.

Cette idée rejoint la représentation de Soi dont nous avons parlé amplement, mais à un niveau plus concret. Ce qui semble le plus marqué dans la recherche doctorale est le sentiment d'impuissance vis-à-vis de ce qui se déroule au sein du corps, l'inconfort causé par l'incertitude des étapes de la grossesse, à quel moment surviendra l'accouchement par exemple. En raison des grands changements qui se produisent en elles sans qu'elles aient de prise sur eux, toutes les participantes disent apprendre à tolérer leur impuissance.

Pour la majorité des femmes, les trois premiers mois de la grossesse sont une période extrêmement difficile sur le plan physique et psychologique : nausées, vomissements, épuisement physique, envie de dormir, émotions contradictoires, risque d'interruption de grossesse. Pourtant dans le contexte québécois actuel, il est attendu de taire son début de grossesse et de dissimuler les effets pénibles qui y sont associés (Aquien, 2021). Même lors de la suite de la grossesse, les douleurs de la grossesse peuvent être banalisées, perçues comme des manifestations ordinaires du processus (Froidevaux-Metterie, 2023).

Enfin, les résultats montrent que l'impuissance se manifeste aussi à travers la coexistence des enjeux contraires à laquelle elles sont confrontées. La tension entre la protection et l'envahissement d'un lieu renforce le sentiment d'impuissance. Aussi, il convient de supporter tous les mouvements dans la représentation de Soi qui se déploient malgré elles. La confusion soi/autre qui nécessite d'être tolérée. Le besoin de contenance reste constant sans qu'il soit suffisamment soulagé. Les tentatives d'aménagement d'un espace pour soi demandent beaucoup d'énergie psychique. La fragilité des frontières soi-autre peut contribuer à un sentiment accru d'envahissement, tandis que l'expérience de l'envahissement par le bébé peut être d'abord ressentie de l'intérieur avant d'être projetée à l'extérieur. Aménager un espace pour soi est la demande des femmes; y répondre adéquatement consisterait à offrir des espaces adaptés, comme l'ont souligné les entretiens de recherche.

5.4 Pour des lieux propices au bon déroulement des grossesses

Conformément au troisième objectif de la recherche doctorale, nous réfléchissons aux ressources et aux besoins de ces femmes enceintes.

5.4.1 Ressources des femmes enceintes

Concernant les ressources des femmes, bien que cela puisse sembler évident, en accordant une attention particulière à l'expérience subjective des femmes et en la valorisant, nous mettons en lumière leur engagement et leurs capacités à s'investir dans leur grossesse. Ceci a déjà été relevé par plusieurs professionnels en périnatalité (Missonnier, 2014b, Molénat 2012). Ainsi, contrairement à l'idée d'un processus marqué par l'inertie et par l'attente, ces transitions se révèlent en réalité très actives et dynamiques, les femmes y étant le plus souvent très investies (Froidevaux-Metterie, 2023).

Au fil des années, voire des décennies, la grossesse a été conceptualisée comme une période de transition majeure (section 1.5.2.1) qui engendre des transformations profondes à la fois dans la

sphère intime et dans la sphère sociale. Récemment, l'aspect politique de cette transition a été de plus en plus mis de l'avant (Froidevaux-Metterie, 2023). Une redéfinition de la grossesse propose qu'elle ne devrait pas être aliénante; une grossesse n'empêche pas de rester un sujet, dans toute sa complexité. Dans cette perspective, il semble crucial de réviser les textes des documentations périnatales qui négligent les aspects divers et complexes des expériences de grossesses, sur-responsabilisent les femmes et prônent un discours culpabilisant.

Il est primordial de repenser les idées préconçues, surtout parmi les professionnels de la santé périnatale, en reconnaissant pleinement les ressources des femmes et en valorisant leur implication active dans leur suivi de grossesse. Le principe « Primum non nocere », enseigné aux étudiants en médecine comme « d'abord, ne pas nuire », revêt une signification particulière dans le domaine de la périnatalité (Michel et Squires, 2018). Dans le premier chapitre, nous avons soulevé la question de ce que signifie être un professionnel « suffisamment bon » en périnatalité. Nous pensons qu'il est crucial pour les professionnels de placer véritablement les expériences spécifiques des femmes au cœur de leurs pratiques. Bien que l'accompagnement périnatal soit devenu un aspect essentiel des politiques sociales, il est parfois négligé que la première étape, souvent la plus importante, consiste à accueillir les préoccupations et les demandes des futurs parents (Missonnier, 2014b; Molénat, 2012; Tagawa, 2003). Une meilleure sensibilisation et écoute des expériences corporelles et des questions liées aux frontières pourrait enrichir la prévention des troubles psychiques en pré et post partum. Bien entendu, il ne s'agit pas de remplacer les compétences de ces professionnels ni de contester leurs recommandations médicales. L'intention n'est pas non plus de supplanter le travail des professionnels de la santé mentale par ceux qui ne le sont pas, mais surtout de veiller à ne pas nuire dans leurs propres domaines d'intervention.

La recherche illustre bien comment, en encourageant les femmes à s'exprimer librement, nous pouvons accéder aux aspects intimes et plus difficiles de leurs expériences. Par ailleurs, accueillir l'expression de leur vécu conflictuel nécessite plus que de simplement permettre la parole; il faut également créer des espaces propices pour la recevoir. Cela nous amène à discuter des besoins qu'elles expriment.

5.4.2 Aménager des lieux à soi et en soi

En ce qui concerne leurs besoins, il est essentiel de protéger l'enveloppe et la frontière soi-autrui, et ainsi de créer collectivement des conditions favorables au déroulement des grossesses. Nous proposons d'abord de réfléchir à la manière de préserver leurs lieux existants en respectant leur intégrité corporelle, ensuite de soutenir le déploiement de leur espace potentiel (Winnicott), et enfin de fournir des environnements à visée contenantante.

Cette section est composée de trois parties :

- Respecter leur intégrité corporelle : la question du toucher
- Aménager un lieu en soi : l'espace potentiel
- Aménager des espaces d'accueil

5.4.2.1 Respecter leur intégrité corporelle : la question du toucher

Les femmes ont témoigné de leur malaise, voire de leur sentiment d'agression, face à l'autorisation de personnes, qu'elles connaissent ou non, de les toucher. Il est important d'entendre cela, et collectivement, d'arrêter de toucher les femmes enceintes par automatisme. Cela permettrait de protéger leur enveloppe, de préserver la frontière entre soi-autre, au bénéfice de leur Moi (Bayot, 2019). Des campagnes de sensibilisation, notamment par le biais d'affiches, pourraient être envisagées pour aborder ce sujet.

Comme nous l'avons mentionné, les frontières entre soi et autrui devenant plus floues, les femmes sont plus vulnérables sur le plan corporel et psychique. Cette considération est cruciale compte tenu de la nature invasive des techniques obstétricales utilisées dans les suivis médicaux de grossesse. Pendant la grossesse et l'accouchement, Bayot (2019), sage-femme, suggère d'encourager des gestes contenantants, c'est-à-dire des gestes médicaux accompagnés de paroles qui favorisent la préservation de l'intimité de la femme.

5.4.2.2 Aménager un lieu : l'espace potentiel

L'espace potentiel, dont nous avons parlé dans le deuxième chapitre, met en évidence le rôle essentiel de l'imaginaire au sein de la vie psychique. Aussi, les femmes expriment être à la recherche d'espaces de parole, et de contenance. Dans un moment où les représentations de soi sont instables, où l'identité est en mouvement et où des sentiments d'envahissement semblent si présents, le concept d'espace potentiel ouvre la possibilité d'aménager, de se réapproprier un lieu à soi pour les femmes.

Le corps de la mère contient l'enfant, qui contient la mère ? Telle est la question que nous avons formulé à la fin du quatrième chapitre afin de retranscrire la demande substantielle de contenance qui se manifeste chez les participantes. Pendant la grossesse, la demande de contenance est le plus souvent adressée au partenaire, à la famille et/ou aux professionnels. Qu'est-ce qui contient ? Pour l'adulte, ce qui contient c'est l'acte de parole. La mise en récit contribue à maintenir un sentiment d'existence continue malgré le manque de continuité des interventions (Molénat, 2012; Gagnon, 2021). La vie affective troublée, désorganisée, souffrante, doit trouver un espace au sein duquel elle puisse être reçue et déposée. Dans l'ensemble, les participantes expriment toutes le désir de bénéficier d'un tel espace de parole axé sur leur expérience, où elles se sentent écoutées et en confiance. C'est probablement la raison pour laquelle elles sont venues parler à la chercheuse. Plusieurs participantes considèrent que les changements sont tellement grands en cette période que cet espace de parole et d'écoute permettrait d'apaiser l'intensité qu'ils suscitent.

Ici résonnent les fondements de l'accompagnement périnatal que nous avons abordé dans le premier chapitre. Le narcissisme au sens psychanalytique, support des représentations de soi, s'étaye sur des expériences intersubjectives, continues, cohérentes et répétées. En effet, ce type d'accompagnement cherche à contenir la conflictualité vécue et à pallier les discontinuités liées au contexte médical qui exacerbent les sentiments d'instabilité. L'espace de parole permet non seulement de contenir l'expérience affective, mais aussi par le processus de mise en récit, le vécu peut ainsi retrouver certains contours, se différencier du reste, et soutenir le narcissisme de la femme mis à mal en cette période.

5.4.2.3 Aménager des espaces d'accueil

Il est suggéré de créer des espaces à visée contenante pour les femmes enceintes, afin de protéger leur enveloppe, favorisant le développement de l'espace potentiel, bénéfique à leur Soi et à l'enfant imaginaire. Malgré la simplicité apparente de cette idée, force est de constater que la mise en place de ces lieux est complexe. Ce thème nous renvoie au début de la thèse et au texte de Woolf (1929) explorant la problématique des espaces physiques et des lieux intérieurs pour les femmes.

Certains groupes de personnes ont travaillé à la création d'environnements favorables pour le soutien à la parentalité, tels que les organismes communautaires dans les quartiers. Aussi, les communautés en ligne se développent grandement probablement à la mesure du bienfait que suscitent ces espaces d'échange pour les femmes (Villecourt-Couchat, 2018). Les groupes de préparation à l'accouchement ou un groupe postnatal peuvent aussi avoir cet effet (Tagawa, 2012).

Quant au suivi médical de grossesse, pour que ces espaces puissent réellement être accueillants, il est essentiel d'amorcer collectivement un travail de déconstruction des représentations sociales chez les professionnels en périnatalité, et d'être formé à la diversité des expériences de grossesse. Missonnier (2011) constate que « tant de vocations soignantes en direction des "charmants" bambins et des "gentils" parents s'enracinent dans des formations réactionnelles parfois caricaturalement à fleur de clinique » (p. 259).

Aussi, il faut porter attention à l'invisibilisation des seconds parents au sein de ces différents espaces (Britt et coll. 2013) qui « constitue un puissant ressort de perpétuation des mécanismes d'assignation des femmes à leur rôle maternel » (Froidevaux-Metterie, 2023, p. 199). Ainsi, une des entraves majeures à l'égalité des opportunités homme-femme réside dans la considération de la parentalité comme une responsabilité naturellement féminine (Hamelin, 2017).

Alors que la période du post-partum est désormais une préoccupation de santé publique, l'invisibilité sociale des mères pendant cette période est un défi de taille. La multiplication des visites à domicile par des professionnels de la santé et des services de relevailles représente une assistance précieuse pour les parents et devrait être davantage promue (Bayot, 2017; Gagnon, 2018).

CONCLUSION

Aménager un lieu : voici l'expression qui a guidé notre réflexion.

La recherche a tout d'abord dressé un portrait de l'expérience subjective des femmes enceintes proposant une comparaison de leur corps/de leur Soi, à un lieu. L'expérience singulière qu'est la grossesse, qui peut mettre à l'épreuve l'équilibre somato-psychique de la femme, a été mise de l'avant. La recherche a permis de proposer des réflexions sur la représentation de Soi pendant la grossesse, et des répercussions dans le rapport à autrui, que ce soit l'entourage, les professionnels ou le bébé porté. Les entretiens ont permis de décrire le mandat de protéger le bébé et les vécus d'invasion qui coexistent, plaçant les femmes face à des ressentis paradoxaux.

Les nombreux défis exprimés par les femmes ont amené une réflexion plus générale sur les représentations et comportements socialement admis envers les femmes enceintes, jugés problématiques. Il devient manifeste que les lieux personnels et sociaux jouent un rôle actif dans l'expérience des femmes, soulignant notre responsabilité collective à créer des conditions propices au déroulement d'une grossesse. La proposition de créer des espaces à visée contenante pour les femmes enceintes, afin d'assurer la protection soi-même, favorisant le développement de l'espace potentiel, bénéfique à leur Soi et à l'enfant imaginaire. Malgré la simplicité apparente de cette idée, la mise en œuvre de ces espaces se heurte à des réalités complexes.

Dans la perspective de retombées cliniques, la recherche a permis de proposer des paramètres à un accompagnement qui puisse se situer plus proche du vécu des femmes enceintes afin de réduire les écarts entre les représentations sociales, les pratiques médicales et leurs expériences. L'analyse des discours aura permis de mieux comprendre comment les représentations de soi peuvent s'aménager pendant la grossesse. La mise en parallèle de la littérature psychanalytique et de nos analyses a permis de repenser les représentations bien ancrées telles que le vécu fusionnel idyllique de la grossesse, et la relation soi-même-disant privilégiée entre la mère et l'enfant porté pendant la grossesse. Cette déconstruction permettrait dans le même temps de redonner toute sa valeur à l'espace potentiel de l'autre parent.

D'un point de vue méthodologique, ce travail démontre en quoi une approche de recherche inductive basée sur la méthode clinique analytique peut être pertinente. De plus, notre démarche aura permis de démontrer la possibilité de faire dialoguer différents champs de pensées, qu'ils soient clinique, sociétal, et/ou politique. De nombreux domaines s'inspirent des théories psychanalytiques, mais nous croyons que la psychanalyse doit aussi s'enrichir en s'imprégnant d'autres domaines.

La recherche comporte plusieurs limites. Bien que l'étude ne vise pas à obtenir une représentativité statistique comme c'est le cas dans une recherche quantitative, la limite la plus saillante relève de l'homogénéité du groupe de femmes qui ont été interrogées : femmes caucasiennes, hétérosexuelles, universitaires, d'un certain statut socioéconomique. Ce manque de représentativité des femmes de classes populaires ou de groupes minoritaires est un phénomène connu en recherche et en sociologie; et présente le défaut de participer à ne pas relayer la parole de ces personnes. De plus, des thèmes abordés dans la thèse, notamment la proximité/distance relationnelle, la permissivité du toucher à l'égard des femmes enceintes, et l'effet de contenance de l'entourage autour de la transition à la parentalité, sont teintés culturellement. Nous insistons sur l'importance d'explorer ces thématiques chez les femmes enceintes au sein d'un groupe diversifié. Assurément, la recherche comporte bien d'autres limites dont la présence de nos points aveugles empêche l'accès. Nous espérons alors qu'elles puissent s'exprimer au contact de la subjectivité des lectrices et des lecteurs permettant la poursuite des réflexions.

Ces phénomènes, qui impliquent l'intime, le social et le politique, représentent un domaine encore à explorer. Il serait intéressant de se pencher davantage sur les effets de la confusion soi-autrui pendant la grossesse, ainsi que de contribuer à la recherche sur l'expérience corporelle des femmes enceintes en général. Il semble également judicieux de privilégier une utilisation plus fréquente de méthodes de recherche qualitatives et inductives afin de générer de nouvelles connaissances sur la perspective subjective des femmes enceintes. Cette recherche a en effet révélé que ces femmes ont rarement l'impression de pouvoir exprimer leur réalité.

En poursuivant l'étude des interactions complexes propre à la période de la grossesse, nous aspirons à ce que cette thèse, à son échelle, soit devenue un espace d'exploration des diverses expériences maternelles. Au-delà de l'aménagement d'un lieu dont il a été question pour les participantes de l'étude, persistons à aménager des espaces où chaque expérience de femme puisse être reconnue sans entrave.

ANNEXE A

RÉCAPITULATIF MÉTHODOLOGIQUE (Schauder, 2011)

**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 Recif 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 équivalent 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 cependant 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

ANNEXE B

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



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)
3841, rue Saint-Urbain
Montréal (Québec)
H2W 1T8

HÔPITAL NOTRE-DAME
1560, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec)
H2L 4M1

HÔPITAL SAINT-LUC
1058, rue Saint-Denis
Montréal (Québec)
H2X 3J4

- 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. Également, 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

FORMULAIRE 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

APPROBATION ÉTHIQUE – CHUM



COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Édifice Cooper
3981, boulevard St-Laurent, Mezz 2
Montréal (Québec) H2W 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 (Siège social)
3840, rue Saint-Urbain
Montréal (Québec)
H2W 1T8

HÔPITAL NOTRE-DAME
1560, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec)
H2L 4M1

HÔPITAL SAINT-LUC
1058, 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@sss.gouv.qc.ca

ANNEXE E

AVIS FINAL DE CONFORMITÉ – CIEREH



AVIS FINAL DE CONFORMITÉ

Date : 29 août 2023

Titre du projet : *Aménager un lieu : l'articulation corps-psyché au cœur de l'expérience de femmes enceintes*

Nom de l'étudiante : Marie Lhussier (LHUM17529205)

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 Marie Lhussier 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 du projet *Étude comparative interculturelle de l'attente des 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.

Le président,

Yanick Farmer, Ph. D.
Professeur

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abdel-Baki, A., et Poulin, M.-J. (2004). Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement. *Psychothérapies*, 24(1), 3. [https://doi: 10.3917/psys.041.0003](https://doi.org/10.3917/psys.041.0003)
- Achim, J., Simard, V., Meilleur, D., Fruchier, T. et Gagné, A. (2022). Attitudes et comportements alimentaires, image corporelle et poids durant la grossesse : portrait des préoccupations de femmes enceintes québécoises. *Périnatalité*, 14, 9-19. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.3166/rmp-2022-0146>
- Ansermet, F. (2003). Psychanalyse et prévention. La prévention, entre nécessité et contingence. *Psychanalyse et périnatalité*. Les cahiers de l'Afrée (18), 13-21.
- Anzieu, D. (1985). *Le moi-peau*. Dunod.
- Aquien, J. (2021). *Trois mois sous silence: le tabou de la condition des femmes en début de grossesse*. Éditions Payot.
- Arbour, C., et Youwakim, P. (2023). *Habiter nos corps : pour en finir avec la banalisation des douleurs des femmes*. Les Éditions Cardinal.
- Bachelard, G. (1957). *La poétique de l'espace*.
- Badinter, E. (2010). *L'amour en plus: histoire de l'amour maternel, XVIIe-XXe siècle*. Flammarion.
- Barthe-Deloizy, F. (2011). Le corps peut-il être « un objet » du savoir géographique ? *Géographie et cultures*. <https://doi.org/10.4000/gc.544>
- Bayle, B. (2016). Les négations de grossesse, un trouble de la gestation psychique. Dans : *Le déni de grossesse, un trouble de la gestation psychique*. 17-38. Érès. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.3917/eres.bayle.2016.01.0017>
- Bayle, B. (2005). *L'enfant à naître: Identité conceptionnelle et gestation psychique*. Érès. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.3917/eres.bayle.2005.01>
- Bayot, I. (2019). À fleur de peau... de qui?. *Spirale*, 89(1), 90-98.
- Bayot, I. (2017). Les congés parentaux au Québec : une source d'inspiration ?. *Spirale*, 82, 118-125. <https://doi.org/10.3917/spi.082.0118>

- Beauvoir, S. d. (1949). *Le deuxième sexe (tome 2)*. Gallimard.
- Belot, R.-A., & de Tychev, C. (2023). Une contenance pluridisciplinaire en post-partum immédiat en faveur du bébé et de ses parents. *Psychothérapies*, 43(2), 69. <https://doi.org/10.3917/psys.232.0069>
- Belot, R. A., Bonnet, M., Vennat, D., et Mellier, D. (2020). Somatisation chez le bébé, enjeux de la construction des premières enveloppes psychiques et fonction contenante. *Soins, corps et langage*, 57.
- Belot, R. A., Vennat, D., Moissenet, A., Bluon-Vannier, A., Herse, V., de Montigny, F., ... et Mellier, D. (2013). Accès à la parentalité et isolement familial La nouvelle solitude des parents. *Dialogue*, (1), 7-18.
- Bénard, L-É. (2010). *À la croisée des chemins: l'intervention des travailleurs sociaux en périnatalité en contexte hospitalier, selon un modèle d'intervention de crise*. [thèse de doctorat, Université de Montréal].
- Benhaïm, M. (2002). Ambivalence maternelle. *Spirale*, (21), 99-107. Repéré à : <https://doi.org/10.3917/spi.021.0099>
- Bergeret, J. (1974). *La personnalité normale et pathologique*.
- Bibring, G. L. (1959). Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *The psychoanalytic Study of the Child*, 14(1), 113-121.
- Bion, W. R. (1962). *A theory of thinking*. London : Routledge.
- Blanchette, J. (2022, 6 mai). *La galère des mères*. Le Devoir. <https://www.ledevoir.com/opinion/chroniques/707868/famille-la-galere-des-meres>
- Boige, N. (2004). 12. Le pédiatre et la grossesse. Dans : Sylvain Missonnier (Ed.), *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*. 255-271. Presses universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.misso.2004.01.0255>
- Bolognini, S. (2014). Interpsychique, intersubjectif, interpersonnel : états et passages. *Revue française de psychosomatique*, 45, 143-161. <https://doi.org/10.3917/rfps.045.0143>
- Bolognini, S. (2011). Animaux symboliques, animaux interpsychiques. *Revue française de psychanalyse*, 75(1), 103-120.
- Bordeleau-Payer, M-L. (2022). Dénier de reconnaissance et violence obstétricale: Contribution à une analyse du vécu des parturientes. Dans F. Vinit et C. Thiboutot (Eds.), *Habiter le monde au féminin: Entre récits et phénoménologie*. 65–86. Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctv3405p9b.9>

- Bottemanne, H., et Joly, L. (2022). *Dans le cerveau des mamans : la maternité, l'amour et le baby-blues expliqués par les neurosciences*. Éditions du Rocher.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*.
- Britt, F., Arsenault, I., Allard, M., Voyer-Léger, C., Bürger, A., Desrochers, A., Morin, A., Beaucage, M.-C., Pettersen, G., & Atelier 10 (Organisme). (2013). *Les tranchées : maternité, ambiguïté et féminisme, en fragments*. Atelier 10.
- Brunet, L. (2008). Réflexions sur la validité et la légitimité des méthodes diagnostiques. *Revue québécoise de psychologie*, 29(2), 29-42.
- Bruwier, G. (2012). *La grossesse psychique : l'aube des liens*. Yakapa.
- Butler, J. (1990). *Trouble dans le genre: le féminisme et la subversion de l'identité*. La découverte.
- 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. (2005). *La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité*. Presses universitaires de France.
- Bydlowski, M. (2008). Les dépressions maternelles en question. Dans : Alain Braconnier éd., *Dépression du bébé, dépression de l'adolescent*. 81-101. Érès. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.3917/eres.golse.2010.01.0081>
- Capponi, I., Bacro, F., et Boudoukha, A. H. (2013). Effets différentiels des types de soutien social sur l'anxiété maternelle périnatale. *Bulletin De Psychologie*, 525(3), 209–209. <https://doi.org/10.3917/bupsy.525.0209>
- Ciccone, A. (2012). Contenance, enveloppe psychique et parentalité interne soignante. *Journal de La Psychanalyse de L'enfant*, 2(2), 397. <https://doi.org/10.3917/jpe.004.0397>
- Ciccone, A. (2008). L'archaïque et l'infantile. *Spirale*, 45(1), 133-147. <https://doi:10.3917/spi.045.0133>
- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*.
- Clerget, J. (2021). Comment se blottir et résonner ?. *Spirale*, 100, 97-101. <https://doi.org/10.3917/spi.100.0097>

- Cribalet, G. (2003). Prise en charge émotionnelle de la grossesse. Sur quels arguments? Paroles de sage-femme. *Place des émotions dans les pratiques autour de la naissance : quelle évaluation ?*. Les cahiers de l'Afrée (17), 23-29.
- Daigle, K. (2019). *Co-construire un modèle de continuité relationnelle des soins infirmière-femme en périnatalité*. [thèse de doctorat, Université de Montréal].
- Darchis, É. (2016). *Clinique familiale de la périnatalité*. Dunod. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.3917/dunod.darch.2016.01>
- Delassus, J.-M. (2014). *La difficulté d'être mère* (Ser. Enfances. psychologie et pédagogie). Dunod.
- Delassus, J.-M. (2011). *Penser la naissance*. Dunod.
- Delion, P. (2021). Peut-on encore toucher les enfants aujourd'hui? Yapaka.
- Delion, P. (2019). Être porté pour grandir. Yapaka.
- Descarries-Bélanger, F., et Corbeil, C. (1987). La maternité : un défi pour les féministes. *International Review of Community Development*, 18(18), 141–152. <https://doi.org/10.7202/1034274ar>
- Desmecht, S. et Achim, J. (2016). Image corporelle, attitudes et conduites alimentaires durant la grossesse : une recension des écrits. *Revue québécoise de psychologie*, 37(1), 7–26. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.7202/1040101ar>
- Direction générale des services de santé et médecine universitaire du Québec (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018 - Un projet porteur de vie*. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-918-02.pdf>
- Dolto, F. (1956). *L'image inconsciente du corps*. Éditions du Seuil.
- Doré, N. et Le Hénaff, D. (2022). *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les parents*. Québec, Institut national de santé publique du Québec. Repéré à : <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/consultez-le-guide>
- El-Hage, W. et Jansen, E. (2021, 8 septembre). *Maternité : les difficultés du post-partum, un tabou dangereux*. The conversation. <https://theconversation.com/maternite-les-difficultes-du-post-partum-un-tabou-dangereux-136010>
- Envahissant. (s.d.). Dictionnaire de l'Académie française. Repéré à : <https://academie.atilf.fr/9/consulter/ENVAHISSANT?options=motExact>
- Fahami, F., Amini-Abchuyeh, M., et Aghaei, A. (2018). The relationship between psychological wellbeing and body image in pregnant women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(3), 167–171. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_178_16

- Faure-Pragier, S. (2011). Rester psychanalyste face au chaos des nouvelles filiations. *Revue française de psychanalyse*, 75(4), 1063-1080.
- Flahault, F. (1978). *La parole intermédiaire*. Éditions du Seuil.
- Fournand, A. (2008). Le corps des femmes, enjeu géopolitique. *Géographie et cultures* (68), 63-80. [https://doi: 10.4000/gc.907](https://doi.org/10.4000/gc.907)
- Franck, M., Friehe, M., Hillmeyer, A., Hinderer, A. et Jeannelle, M. (2019). L'enveloppe de soins en centre maternel et parental. Dans : Denis Mellier éd., *Quelles psychothérapies pour bébé*. 321-336. Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.melli.2019.01.0321>
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*.
- Freud, S. (1919). *L'inquiétante étrangeté*.
- Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*.
- Freud, S. (1923). Le moi et le ça. *Œuvres complètes*, 1921-1923.
- Froidevaux-Metterie, C. (2023). *Un si gros ventre : expériences vécues du corps enceint*. Stock : Philosophie Magasine éditeur.
- Froidevaux-Metterie, C. (2021). *Un corps à soi* (Ser. La couleur des idées). Éditions du Seuil.
- Gagnon, R. (2021). Mettre au monde un enfant: une période de vie sensible dans un univers fragilisant. *Vulnérabilités et familles*. Les Cahiers du CEIDF (8), 113-132.
- Gilbert, S. (2009). La recherche qualitative d'orientation psychanalytique : l'apport heuristique des rencontres intersubjectives. *Recherches Qualitatives*, 28(3), 19-39.
- Giroux, M. (2011). *Le corps pris aux mots dans le récit de femmes à risque d'accoucher prématurément* [thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal].
- Golse, B. et Biot, M. (2017). Sensibiliser les adolescents aux bébés (qu'ils furent et qu'ils auront). *Le Carnet PSY*, 208, 20-37. <https://doi.org/10.3917/lcp.208.0020>
- Golse, B. (2016). Des sens au sens : la place de la sensorialité. Éprouver, percevoir, construire. *Revue française de psychanalyse*, 80, 998-1011. <https://doi.org/10.3917/rfp.804.0998>
- Gonnaud, F. (2003) Le sentiment de continuité : un fil d'Ariane dans le labyrinthe de la périnatalité. *Psychanalyse et périnatalité*. Les cahiers de l'Afrée (18), 23-29.

- Goron S. (2017). *La dépression postnatale, un phénomène dépressif atypique? : analyse des critères de sévérité de la symptomatologie et de la spécificité des symptômes et des causes* [thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal].
- Guerin Franchitto, L. (2021). Winnicott en maternité: Témoignage d'une pédopsychiatre. *Spirale*, 98, 61-68. <https://doi.org/10.3917/spi.098.0061>
- Gustin, P. (2019). Contenance et transferts pluriels au temps de la naissance. Dans : Denis Mellier éd., *Quelles psychothérapies pour bébé*. 61-92. Érés. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.3917/eres.melli.2019.01.0061>
- Hamelin, M. (2017). *Maternité, la face cachée du sexisme*.
- Hamelin-Brabant, L., de Montigny, F., Roch, G., Deshaies, M., Mbourou-Azizah, G., Borgès Da Silva, R., Comeau, Y. et Fournier, C. (2015). Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une revue de la littérature. *Santé Publique*, 27, 27-37. <https://doi.org/10.3917/spub.151.0027>
- Huard, C., et Caldairou-Bessette, P. (2022). Enfanter, entre souffrance et habitation: Un regard humaniste sur la naissance. Dans F. Vinit et C. Thiboutot (Eds.), *Habiter le monde au féminin: Entre récits et phénoménologie*. 47–64. Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctv3405p9b.8>
- Horincq Detournay, R., Noël, R., et Guillemette, F. (2018). Introduction: points d'attention pour améliorer la recherche qualitative en psychologie. *Approches inductives*, 5(2), 1-10.
- Horincq Detournay, R. (2021). Le concept d'emergent-fit dans les approches méthodologiques inductives. *Enjeux et société*, 8(1), 36-61.
- Hubin-Gayte, M., et Squires, C. (2012). Étude de l'impact de la grossesse sur les comportements alimentaires à travers l'utilisation du questionnaire SCOFF. *L'Evolution psychiatrique*, 77(2), 201-212.
- Ide, F. (2006). Penser les modes de spatialisation contemporains: la dialectique du dedans et du dehors chez Bachelard, Foucault et M. de Certeau. *Cahiers Gaston Bachelard*, 8(1), 140-152.
- Institut de la statistique Québec (2022). Bilan démographique du Québec. Édition 2022. Repéré à : <https://statistique.quebec.ca/fr/document/le-bilan-demographique-du-quebec/publication/naissances-fecondite-bilan-demographique-2022>
- Institut national de santé publique du Québec (2023). Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans. Repéré à : <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/consultez-le-guide>
- Intrusion. (s.d.). Dictionnaire de l'Académie française. Repéré à : <https://academie.atilf.fr/9/consulter/INTRUSION?options=motExact>

- Kaës, R. (2008). Du Moi-peau aux enveloppes psychiques. Genèse et développement d'un concept. *Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites*. 67-87. Érès.
- Klein, M. (1932). *La psychanalyse des enfants*.
- Knibiehler, Y. (2012). *Histoire des mères et de la maternité en Occident*: Presses universitaires de France.
- Kukla, R. (2005). Pregnant bodies as public spaces. *Motherhood and space: Configurations of the maternal through politics, home, and the body*, 283-305.
- Krymko-Bleton, I. (2014a). Recherche psychanalytique à l'université. *Recherches qualitatives - Hors-série*, 16, 52-60.
- Krymko-Bleton, I. (2014b). Rencontre et discours de la méthode. *Filigrane*, 23(2), 109-124.
- Krymko-Bleton, I. (2016). Entre la psychanalyse et la linguistique : une démarche de recherche au sein d'un département de psychologie. *Recherches qualitatives – Hors-série*, 20, 487-499.
- Laplanche, J., et Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*.
- Laufer, L. (2022). *Vers une psychanalyse émancipée : renouer avec la subversion*. La Découverte.
- Lalancette, M., et Germain, P. (2018). "Être une bonne mère" : représentations de la maternité dans deux magazines canadiens sur l'art d'être parent. CEIDEF.
- Le Breton, D. (2016). *Corps et adolescence*. Yapaka.
- Lechartier-Atlan, C. (2001). La grossesse « mère » de toutes les séparations. *Revue française de psychanalyse*, 65(2), 437. <https://doi: 10.3917/rfp.652.0437>
- 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, Hors Série*(3), 384-396.
- Letu, N. (texte, narration et réalisation). (2016). *Compression* [Film cinématographique]. Montréal, Québec : Angie-Pepper O'Bomsawin dans le cadre du programme Documentaire 2016. Repéré à <https://www.lafabriqueculturelle.tv/capsules/10820/compression>
- Lévy, O. (2022, 20 novembre). *Le regret maternel « Si c'était à refaire, je n'aurais pas d'enfant »*. La presse. <https://www.lapresse.ca/societe/famille/2022-11-20/le-regret-maternel/si-c-etait-a-refaire-je-n-aurais-pas-d-enfant.php>
- Lieu. (s.d.) Dictionnaire Robert. Repéré à : <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/lieu>

- Lieu. (s.d.). Dictionnaire de l'Académie française. Repéré à :
<https://academie.atilf.fr/9/consulter/LIEU?options=motExact>
- Lupien Chénier, C. (2020). *Pour une ambiguïté de l'excès. Lecture phénoménologique-féministe du rapport au corps dans le récit de l'existence de femmes à morphologie pléthorique*. [thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal].
- Mahler, M. (2013). Symbiose et séparation-individualisation. *Le Coq-héron*, 213, 59-73. <https://doi.org/10.3917/cohe.213.0059>
- Mauger, B. (2022, 5 février). *Les podcasts sur la maternité ont apaisé mes appréhensions de mère en devenir*. Le Monde. https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/02/05/les-podcasts-sur-la-maternite-ont-apaise-mes-apprehensions-de-mere-en-devenir_6112475_3224.html
- Mavrikakis, C. et Lévesque, N. (2014). *Ce que dit l'écorce*. Nota Bene.
- Mellier, D. (2005). La fonction contenante, une revue de la littérature. *Perspectives Psy*, 44(4), 303-310.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*.
- Michel, C., et Squires, C. (2018). Entre vécu de l'accouchement et réalité médicale : les violences obstétricales. *Le Carnet PSY*, 220(8), 22. <https://doi.org/10.3917/lcp.220.0022>
- Michel, L. et Wendland, J. (2020). L'attachement des femmes en période périnatale : de la vulnérabilité à la responsabilité. *Périnatalité*, 12, 8-14. <https://doi.org/10.3166/rmp-2020-0073>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2019). La ministre McCann souligne les 25 ans de la pratique des sages-femmes au Québec. Repéré à :
<https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communique-1794/?fbclid=IwAR3ygqq1h0NsmGsFDgftyFTo4n0E-3Nc6avSEjJki7HQMnX-62Ctd4CS-KY#:~:text=Actuellement%2C%20la%20proportion%20de%20suivis,est%20de%20pr%C3%A8s%20de%207%20%25>
- Minjollet, P. et Valente, M. (2015). Période périnatale et épreuves projectives : une revue de la littérature. *Psychologie clinique et projective*, 21, 137-170. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.3917/pcp.021.0137>
- Missonnier, S. (2014a). Entre douleur et fureur, une passion de la haine en périnatalité. *Le Carnet PSY*, 177, 25-29. <https://doi.org/10.3917/lcp.177.0025>
- Missonnier, S. (2014b). *Pour une hospitalité périnatale*. Yakapa.

- Missonnier, S. (2011). Aphrodites sur la lune ou les tribulations d'un psychologue à la Maternité. *Féminin, masculin, bébé* (p. 259-269). ERES.
- Missonnier, S. (2009). M^r Prévention, I presume ?. *La consultation thérapeutique périnatale: Un psychologue à la maternité*. 75-90. Érès.
- Missonnier, S. (2007). Le premier chapitre de la vie ? nidification fœtale et nidation parentale. *La psychiatrie de l'enfant*, 50, 61-80. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.3917/psy.501.0061>
- Missonnier, S., Roussillon R., et Blazy, M. (2012). *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité* (Ser. Psychologie). Elsevier Masson.
- Molénat, F. (2001). *Naissances : pour une éthique de la prévention*. Ramonville Saint-Agne : Érès.
- Molénat, F. (2012). *Accompagnement et alliance en cours de grossesse*. Yakapa.
- Moulin, A-M. (2006). Le corps face à la médecine. Dans J-J.Courtine (Ed.). *Histoire du corps*. 3. *Les mutations du regard. Le XXe siècle*. 15-71. Éditions du Seuil.
- Moreau, N., et Vinit, F. (2007). Empreintes de corps : Éléments de repères dans l'histoire de la médicalisation. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), 34-45.
- Mucchielli, A. (2007). Les processus intellectuels fondamentaux sous-jacents aux techniques et méthodes qualitatives. *Recherches qualitatives*, 3, 1-27.
- Neyrand, G. (2018). *La parentalité aujourd'hui fragilisée*. Yakapa.
- Nid. (s.d.). Dictionnaire de l'Académie française. Repéré à : <https://academie.atilf.fr/9/consulter/NID?options=motExact>
- Nolen, E., Siegel, J. A., Pownall, M., Talbot, C., et Dann, C. (2022). "I feel more protective over my body:" a brief report on pregnant women's embodied experiences during the covid-19 pandemic. *Body Image*, 42, 197–204. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.06.007>
- Occuper. (s.d.). Dictionnaire de l'Académie française. Repéré à : <https://academie.atilf.fr/9/consulter/OCCUPER?options=motExact>
- Paillé, P., Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Pascal, C., Spiess, M., et Thévenot, A. (2011). Expérience de passivité et affects d'angoisse dans le temps de la grossesse. [Passivity Experience and Affects of Anxiety during Pregnancy]. *Dialogue*, 192(2), 137-148. <https://doi: 10.3917/dia.192.0137>

- Péretié, R. (2010). La grossesse de l'analyste : un événement de vie fertile dans la relation analytique. [The Analyst's Pregnancy: A Reproductive Life Event in the Analytical Relationship]. *Revue française de psychanalyse*, 74(2), 489-506. [https://doi: 10.3917/rfp.742.0489](https://doi.org/10.3917/rfp.742.0489)
- Perreault, M.-A. (2022). Se faire (in)visible: Motilité et déploiement spatial féminins. Dans F. Vinit et C. Thiboutot (Eds.), *Habiter le monde au féminin: Entre récits et phénoménologie*. 175–190. Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctv3405p9b.15>
- Pięta, M., Rzeszutek, M., Lendzion, M., Grymowicz, M., Pięta, W., Kasperowicz, A., Kucharski, M., Przybył, M., et Smolarczyk, R. (2021). Body image during pregnancy in the era of coronavirus disease 2019: the role of heterogeneous patterns of perceived social support. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.742525>
- Poirier, A-C. (réalisatrice). (1968). *De mère en fille* [film documentaire]. Office national du film du Canada. Repéré à https://www.onf.ca/film/de_mere_en_fille/
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans J. Poupart *et al.* *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. 173-206.
- Pragmatique. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pragmatique/63224>
- Prat, R. (2019). Entre tenu et lâché, quels processus de reconstruction de la continuité en thérapie parents-bébé ?. Dans : Denis Mellier éd., *Quelles psychothérapies pour bébé*. 37-60. Érès. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.3917/eres.melli.2019.01.0037>
- Protéger. (s.d.). Dictionnaire de l'Académie française. Repéré à : <https://academie.atilf.fr/9/consulter/prot%C3%A9ger?page=1>
- Przybyła-Basista, H., Kwiecińska E., et Iłska, M. (2020). Body acceptance by pregnant women and their attitudes toward pregnancy and maternity as predictors of prenatal depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24). <https://doi.org/10.3390/ijerph17249436>
- Racamier, P. C. (1979). *De psychanalyse en psychiatrie: études psychopathologiques*.
- Racamier, P. C. (1961). *La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum*.
- Raphaël, D. (1975). Matrescence, becoming a mother, a “new/old” rite de passage. *Being female: Reproduction, power, and change*, 65-71.
- Raphaël-Leff, J. (2010). Healthy maternal ambivalence. *Studies in the Maternal*, 2(1).

- 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. <https://doi.org/10.3917/dev.161.0043>
- Schaming, C. et Wendland, J. (2021). Évaluation du sentiment de sécurité postnatal chez les mères : adaptation et validation en langue française du Parents' Postnatal Sense of Security instrument (PPSSi). *Devenir*, 33, 181-207. <https://doi.org/10.3917/dev.213.0181>
- Schauder, C. (2007). *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*. Conventions Université de Strasbourg-Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, Strasbourg.
- Schauder, C. (2016). De l'intime et de son partage au temps de la grossesse. *Penser l'intime*, 97-108.
- Sechaud, É. (2008). Didier Anzieu : penser les pensées. *Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites*. 11-30. Érès.
- Sécurité. (s.d.). Dictionnaire de l'Académie française. Repéré à : <https://academie.atilf.fr/9/consulter/s%C3%A9curit%C3%A9?page=1>
- Spiess, M. (2002). Le vacillement des femmes en début de grossesse. *Dialogue*, (3), 42-50.
- Tagawa, O. (2012). L'accompagnement périnatal: point de vue de la sage-femme. Dans *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité*. 33-43. Elsevier Masson.
- Tang, L., Tiggemann, M., et Haines, J. (2022). #fitmom: an experimental investigation of the effect of social media on body dissatisfaction and eating and physical activity intentions, attitudes, and behaviours among postpartum mothers. *Bmc Pregnancy and Childbirth*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05089-w>
- Tarrius, M. (2022). Blanchité féminine et appropriation de l'espace: Déconstruire la spatialité du privilège blanc. Dans F. Vinit et C. Thiboutot (Eds.), *Habiter le monde au féminin: Entre récits et phénoménologie*. 191–206. Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctv3405p9b.16>
- Toubin, R., Molénat, F. et Boulot, P. (2019a). Continuité périnatale : quels enjeux ?. *Périnatalité*, 11, 147-148. <https://doi.org/10.3166/rmp-2020-0070>
- Toubin, R., Chanal, C., Donadille, M. et Sergi, A. (2019b). La première consultation pédopsychiatrique en périnatalité : un canevas rigoureux comme socle de continuité environnementale pour le bébé. *Périnatalité*, 11, 187-194. <https://doi.org/10.3166/rmp-2019-0069>

- Vacheron, M. (2015). Chapitre 1. Désir d'enfant, désir de grossesse et gestation psychique. Dans : Marie-Noëlle Vacheron éd., *Maternité et psychiatrie: Répercussions et prise en charge*. 7-11. Cachan : Lavoisier.
- Vennat, D., Belot, R. A., Capponi, I., et Mellier, D. (2018a). Le défaut de soutien familial dans l'immédiat post-partum: quels impacts sur l'émergence de la détresse maternelle?. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 66(6), 370-381.
- Vennat, D., Mellier, D., et Belot, R.-A. (2021). La solitude du devenir mère, enjeux individuel, conjugal, familial et sociétal. exploration d'un cas clinique. *Dialogue*, 233(3), 117–117. <https://doi.org/10.3917/dia.233.0117>
- Vennat, D., Panagiotou, D. et Mellier, D. (2018b). Idéologies hypermodernes, quels enjeux dans la construction de la parentalité ?. *Bulletin de psychologie*, 556, 749-757. <https://doi.org/10.3917/bupsy.556.0749>
- Villecourt-Couchat, I. (2018). Accession à la parentalité, solitude maternelle psychique... et communauté virtuelle. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 70, 127-136. <https://doi.org/10.3917/rppg.070.0127>
- Watson, B., Broadbent, J., Skouteris, H., et Fuller-Tyszkiewicz, M. (2016). A qualitative exploration of body image experiences of women progressing through pregnancy. *Women and Birth*, 29(1), 72–79. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.08.007>
- Winnicott, D. W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. *De la pédiatrie à la psychanalyse*.
- Winnicott, D. W. (1963). *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*.
- Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité : l'espace potentiel*.
- Winnicott, D. W. (1989). *Holding and interpretation: Fragment of an analysis*.
- Winnicott, D. W. (1990). *La nature humaine*. (traduit par B. Weil). Gallimard.
- Woolf, V. (2016). *Un lieu à soi*. (traduit par M. Darrieussecq). Denoël.
- Woolf, V. (1951). *Une chambre à soi*. (traduit par C. Malraux). Denoël.
- Wysocka, N. (2020, 25 avril). *Être ou ne pas être mère*. Le Devoir. <https://www.ledevoir.com/lire/577597/etre-ou-ne-pas-etre-mere>
- Young, I. M. (1990). *Justice and the Politics of Difference*.