UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'EXPÉRIENCE DE TRANSITION À LA MATERNITÉ CHEZ DES FEMMES PRÉSENTANT UN RISQUE SUICIDAIRE

ESSAI DOCTORAL

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

PHILIPPE DROUIN

MARS 2025

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral 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.»

Il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux : c'est le suicide. Juger que la vie vaut ou ne vaut pas la peine d'être vécue, c'est répondre à la question fondamentale de la philosophie.

—Albert Camus (1942)

REMERCIEMENTS

Un remerciement tout particulier à ma directrice Thérèse Bouffard qui a su m'accompagner et me guider jusqu'à la ligne d'arrivée. Ta détermination et ton soutien ont été précieux dans cette fin de parcours et m'ont permis de puiser en moi la force nécessaire de compléter ce marathon doctoral. De même, je tiens à remercier mes anciennes directrices Raphaële Noël et Cécile Bardon pour leur accompagnement dans les débuts de cette expérience doctorale. Ce projet doctoral n'aurait jamais pu advenir sans la contribution de toutes ces femmes.

Les mots ne sauraient exprimer toute la gratitude que j'éprouve face à toutes ces personnes que j'ai pu côtoyer durant mon parcours doctoral. Un profond et sincère remerciement à mes amis et collègues Jonathan Morier, Clara Blot, Gabrielle Pelletier ainsi que Luc Dargis pour avoir activement contribué à cet essai doctoral en me prêtant leur réflexion et la sensibilité qui leur est propre. De même, un merci tout particulier à mes amis du club de lecture (Gabriel, Joël et Louis-Alexandre) qui ont su rythmer ma vie un livre à la fois et qui ont été présents dans les meilleurs comme dans les pires moments. Enfin, un merci spécial à Elena pour tous ces moments partagés, la curiosité inébranlable qui t'habite et pour cette authenticité d'être qui a su m'inspirer et me motiver à entretenir cette même authenticité pour moi-même dans mes aventures. Sans toi, cette expérience n'aurait pas été aussi sensée et stimulante, merci pour tout (mulțumesc pentru tot).

À la femme qui a vu naître mon rêve de jeunesse d'un jour devenir psychologue. À celle qui a passé tous ces moments au cours de tout mon parcours académique pour m'écouter, me rassurer, m'encourager et me guider et qui n'a jamais douté de mon succès. À ma mère, sans qui rien de tout cela n'aurait été possible.

Je tiens finalement à remercier toutes ces femmes qui se sont prêtées à l'aventure de cette recherche doctorale. À ces femmes, j'espère que mon essai doctoral saura être à la hauteur de votre brave parole et saura toucher la vie d'autres femmes, comme vous avez pu toucher la mienne.

DÉDICACE

À ma mère, Louise.

À toutes ces femmes qui ont su
partager la richesse de leur vécu
Ainsi qu'aux professionnels
m'ayant donné de leur précieux temps.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS iii

DÉDICACE iv

LISTE DES FIGURES ix

LISTE DES TABLEAUX x

RÉSUMÉ xi

ABSTRACT xii

INTRODUCTION 1

CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE 3

1.1 Les troubles psychologiques et leurs impacts 3

1.2 Guides de pratique relatif à la prévention du suicide en période périnatale 8

CHAPITRE 2 CONTEXTE THÉORIQUE 10

2.1 Transition à la maternité 10

2.1.1 Désir d'enfant 10
2.1.2 La dette de vie 11
2.1.3 Transparence psychique et crise maturative 12

2.2 Comportements suicidaires en période périnatale : perspective épidémiologique 13

2.2.1 Suicides, idéations suicidaires et tentatives de suicide 13
2.2.2 Facteurs de risque et facteurs de protection 15
2.2.3 Impacts et conséquences des comportements suicidaires en périnatalité 17
2.2.4 Modèle motivationnel-volitionnel intégré du comportement suicidaire 17

2.3 Suicidalité : perspective psychanalytique 19

2.3.1 Suicidalité : perspective freudienne 19
2.3.2 Pulsion de vie et pulsion de mort 20
2.3.3 Théorie de la descente vers le suicide 23

2.4 Comportements suicidaires en période périnatale : présentation d'une recherche qualitative 25

2.4.1 Changements dans les symptômes de l'humeur : « Pas que des hormones » 27
2.4.2 Stress et coping : « Je fais avec » 27
2.4.3 Utilisation des services en santé mentale : « Je me connais » 27
2.4.4 Expérience périnatale : « La grossesse rend cela pire » 28

2.5 Clinique de la transition à la maternité chez des femmes présentant un risque suicidaire 29

2.5.1 Clinique psychodynamique de la périnatalité 30
2.5.2 Clinique de la suicidalité 31
2.5.3 Penser l'impensable : la clinique de la suicidalité périnatale 33

2.6 « Grille à penser » organisatrice....35
2.7 Objectifs de recherche....37

CHAPITRE 3 MÉTHODE....39

3.1 Angle d'analyse 1 : l'expérience de transition à la maternité chez des femmes présentant un risque suicidaire....39
3.1.1 Devis et participants....39
3.1.2 Processus de recrutement....40
3.1.3 Méthode de collecte et procédure....41
3.1.4 Analyse des données....42

3.2 Angle d'analyse 2 : l'expérience de suivi d'une professionnelle œuvrant auprès de femmes en transition à la maternité et présentant un risque suicidaire....43
3.2.1 Devis et participants....43
3.2.2 Processus de recrutement....44
3.2.3 Méthode de collecte et procédure....44
3.2.4 Analyse des données....45

3.3 De la triangulation des données à l'articulation des perspectives....45

3.4 Enjeux éthiques associés au projet....47

CHAPITRE 4 RÉSULTATS....49

4.1 Angle d'analyse 1 : l'expérience de transition à la maternité chez des femmes présentant un risque suicidaire....51
4.1.1 L'effet boule de neige : Accumulation de facteurs aggravant l'état de détresse....51
4.1.1.1 Facteurs aggravants : Contextuel....52
4.1.1.2 Facteurs aggravants : Physio-corporel....54
4.1.1.3 Facteurs aggravants : Psychologique....55
4.1.1.4 Facteurs aggravants : Relationnel....57
4.1.1.4.1 Le couple : Lorsque le parental éclipse le conjugal....57
4.1.1.4.2 Les professionnels : Une faillite relationnelle et institutionnelle....58
4.1.1.4.3 Les revers familiaux : Des représentations parentales précaires....59
4.1.2 Le soutien : Un système à configuration multiple....60
4.1.2.1 Entre soi et soi : Méthodes pour composer avec la souffrance....61
4.1.2.2 La famille : Un système qui prend soin des siens....63
4.1.2.3 Le partenaire amoureux : Un tiers nécessaire....64
4.1.2.4 Les amitiés : Soutenir à différents niveaux....66
4.1.2.5 Les professionnels : Entre savoir-faire et savoir-être....68
4.1.2.6 La métaphorisation : Une façon d'organiser le vécu....71
4.1.2.7 Participer à l'étude : Entraide et partage....73
4.1.2.8 Recommandations pour les professionnels et les institutions....75
4.1.3 Être ou ne pas être : Déterminer les repères identitaires....77
4.1.3.1 Advenir mère : Processus et besoins....78
4.1.3.2 L'intergénérationnel – Un miroir sur le passé....81
4.1.3.3 Lorsque l'angoisse rôde : Je est un Autre....83
4.1.3.4 Lutter pour exister : Se réapproprier son expérience....86
4.1.3.4.1 Les pressions médicales et institutionnelles : Combattre pour survivre subjectivement....86

4.1.3.4.2 Maternité et tabous : Être mère veut nécessairement dire être bonne mère 89
4.1.3.4.3 Trouver la juste distance avec la famille : Entre affection et sentiments d'agression 90
4.1.4 La temporalité : Des repères pour mieux se construire 91
4.1.4.1 T0 : L'avant grossesse 92
4.1.4.2 T1 : Trimestre 1 94
4.1.4.3 T2 : Trimestre 2 96
4.1.4.4 T3 : Trimestre 3 98
4.1.4.5 T4 : Le post-accouchement 100
4.1.4.6 Les aléas de la transition à la maternité 103
4.1.4.7 Les suivis : Les moments marquants 105
4.1.5 La suicidalité périnatale : La crise dans la crise 107
4.1.5.1 La suicidalité et ses fonctions : Symptôme polymorphe 108
4.1.5.2 Trajectoire suicidaire : Les montagnes russes de la mort 110
4.1.5.2.1 Trajectoire suicidaire : Isabelle 111
4.1.5.2.2 Trajectoire suicidaire : Cynthia 114
4.1.5.2.3 Trajectoire suicidaire : Stella 117
4.1.5.2.4 Trajectoire suicidaire : Laura 120
4.1.5.2.5 Types de trajectoire suicidaire 122

4.2 Angle d'analyse 2 : l'expérience de suivi d'une professionnelle œuvrant auprès de femmes en transition à la maternité et présentant un risque suicidaire 123

4.2.1 Cultiver une pratique réflexive : Au confluent de soi et des autres 124
4.2.2 Être comme le roseau : L'accompagnement – entre fermeté et flexibilité 129
4.2.3 Le vécu des professionnels : Naviguer les méandres de l'accompagnement 132
4.2.3.1 Crainte d'ouvrir la boîte de Pandore 132
4.2.3.2 Quand le temps et les ressources font défaut : Une course effrénée 133
4.2.4 La violence sous toutes ses coutures 134
4.2.5 Gestion des limites : Frontières à géométrie variable 136

4.3 De la triangulation des données à l'articulation des perspectives : Penser l'accompagnement de femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale 138

4.3.1 Le professionnel suffisamment bon : Entre savoir-faire et savoir-être 139
4.3.2 L'accompagnement suffisamment bon : Vers l'établissement d'un cadre sur-mesure 140
4.3.3 Les services suffisamment bons : Vers une approche proactive et inclusive 140

CHAPITRE 5 DISCUSSION 141

5.1 Synthèse théorisante : La suicidalité en période périnatale 141

5.1.1 L'expérience de transition à la maternité chez des femmes présentant un risque suicidaire 142
5.1.1.1 Facteurs de risque et pulsion de mort 142
5.1.1.2 Facteurs de protection et pulsion de vie 143
5.1.1.3 Articulation des facteurs de risques et de protection : Le modèle motivationnel-volitionnel. 146
5.1.1.4 La construction identitaire maternelle : Entre identification et distanciation 147
5.1.1.5 La violence d'être mère : violence gynéco-obstétrique et tabous 149
5.1.1.6 La continuité d'existence et la temporalité : Réintroduire le temps dans l'espace traumatique 150
5.1.1.7 La suicidalité-signal : L'ultime forme d'angoisse-signal 151
5.1.1.8 Les expériences de suicidalité en période périnatale : pluralité des études qualitatives 152

5.1.2 L'expérience des professionnels œuvrant auprès de femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale 154
5.1.3 Contributions théoriques 155
5.2 Réflexions et recommandations cliniques quant à l'aménagement d'un suivi suffisamment bon 157
5.2.1 De la mère suffisamment bonne au professionnel suffisamment bon 158
5.2.1.1 De la préoccupation maternelle primaire à la préoccupation professionnelle primaire 159
5.2.1.2 Holding 160
5.2.1.3 Handling 160
5.2.1.4 Object-presenting 161
5.2.1.5 Intégration 161
5.2.1.6 Difficultés dans la fonction de la mère suffisamment bonne – angoisse d'annihilation et angoisses primitives 162
5.2.2 Survivance de l'objet et médium malléable : Des professionnels à l'épreuve de la destructivité 164
5.2.3 Vers une éthique de soin subjectivante 166
5.3 Limites 167
CONCLUSION 169
ANNEXE A FORMULAIRES DE CONSENTEMENT 170
ANNEXE B CANEVAS D'ENTRETIEN 179
ANNEXE C QUESTIONNAIRES SOCIODÉMOGRAPHIQUES 184
ANNEXE D APPROBATION ÉTHIQUE 188
RÉFÉRENCES 190

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Organisation des éléments associés au risque suicidaire en périnatalité selon le modèle écologique de Bronfenbrenner. 36

Figure 2. Méta-catégories conceptualisantes de l'expérience de transition à la maternité chez des femmes présentant un risque suicidaire. 50

Figure 3. Articulation de la méta-catégorie conceptualisante « L'effet boule de neige : Accumulation de facteurs aggravant l'état de détresse ». 52

Figure 4. Articulation de la méta-catégorie conceptualisante « Le soutien : Un système à configurations multiples ». 61

Figure 5. Articulation de la méta-catégorie conceptualisante « Être ou ne pas être : Déterminer les repères identitaires ». 78

Figure 6. Articulation de la méta-catégorie conceptualisante « La temporalité : Des repères pour mieux se construire » 92

Figure 7. Articulation de la méta-catégorie conceptualisante « La suicidalité périnatale : La crise dans la crise » 108

Figure 8. Méta-catégories conceptualisantes de l'expérience de suivi de professionnels œuvrant auprès de femmes en transition à la maternité et présentant des idées suicidaires. 124

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Trajectoire suicidaire d'Isabelle 111

Tableau 2. Trajectoire suicidaire de Cynthia. 114

Tableau 3. Trajectoire suicidaire de Stella. 117

Tableau 4. Trajectoire suicidaire de Laura. 120

Tableau 5. Tableau comparatif des recommandations pour l'accompagnement de femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale. 138

RÉSUMÉ

En dépit d'un discours social idéalisant la grossesse, des enjeux de santé mentale en période périnatale sont relativement fréquents (Slomian et al., 2015). En effet, le suicide est la cause de mortalité la plus fréquente durant la période anténatale et durant l'année suivant l'accouchement (BC Reproductive Mental Health Program, 2014). Si Grigoriadis et ses collègues (2017) notent chez les femmes enceintes un taux de suicide moindre que dans la population générale en âge de procréer, celles qui se suicident utilisent en revanche des méthodes plus létales (p.ex., se jeter dans le vide, se pendre). Ainsi, la littérature scientifique sur le suicide chez les femmes enceintes remet en cause la croyance voulant que la grossesse soit un facteur de protection (Oates, 2003) et suggère qu'il pourrait plutôt s'agir d'un facteur de risque pour certaines. En conséquence, le risque suicidaire des futures mères devrait être pleinement évalué lorsqu'un doute apparait.

La présente recherche doctorale propose une étude exploratoire qui, sauf erreur, est la première étude qualitative canadienne portant sur la suicidalité des femmes en période périnatale. Son premier angle d'analyse vise à approfondir la compréhension de l'expérience de transition à la maternité chez des femmes présentant un risque suicidaire. Son second angle d'analyse cible l'expérience d'accompagnement d'une professionnelle œuvrant auprès de ces femmes. Cette recherche doctorale d'approche psychanalytique emploie une méthode qualitative d'analyse des données, méthode inductive d'abord descriptive (analyse thématique) et ensuite interprétative (analyse par catégories conceptualisantes).

Cette étude a permis de faire émerger une meilleure compréhension des enjeux liés à la transition à la maternité chez des femmes présentant un risque suicidaire lors de la période périnatale et des expériences d'accompagnement d'une professionnelle œuvrant auprès de ces femmes. Elle a permis la production d'un modèle ciblant les différentes composantes de l'expérience dont le rapport à la temporalité périnatale, la trajectoire suicidaire, les processus identitaires, ainsi que la mise en évidence de facteurs de risque et de facteurs de protection provenant de l'expérience des participantes. Du côté de l'accompagnement professionnel, la clinicienne interviewée a fait état de ses réflexions et questionnements quant à l'accompagnement, aux fonctions opérées par elle, à son vécu subjectif d'accompagnement, au processus de création des limites dans l'accompagnement, ainsi qu'aux expériences de violence vécues par elle. La combinaison des résultats provenant des deux angles d'analyse a ainsi permis de concevoir une approche compréhensive et spécifique pour prévenir le suicide des futures mères et de formuler 28 recommandations quant à leur accompagnement en période périnatale. Les apports cliniques de l'essai mettent entre autres de l'avant la nécessité d'une éthique de soin subjectivante qui permet de soutenir la narrativité et l'expérience subjective de ces femmes face aux processus traumatiques et désubjectivants de leur expérience périnatale.

Mots clés : transition à la maternité, suicidalité, périnatalité, accompagnement, psychanalyse, trauma

ABSTRACT

The issue of perinatal mental health is of utter importance, despite a social discourse aimed at idealizing pregnancy (Slomian et al., 2015). Indeed, suicide is the most frequent cause of death during the antenatal period and during the year following childbirth (BC Reproductive Mental Health Program, 2014). Although Grigoriadis and colleagues (2017) note a lower suicide rate among pregnant women than the general population of childbearing age. However, those who commit suicide use more lethal methods (e.g., throwing oneself into the void, hanging). Thus, the scientific literature on suicide among pregnant women challenges the belief that pregnancy is a protective factor (Oates, 2003) and suggests, on the contrary, that it may be a risk factor for some women. Accordingly, the suicidal risk of expectant mothers should be fully assessed when deemed necessary.

This doctoral research proposes an exploratory study that is the first Canadian qualitative study about suicidality during the perinatal period and aims to produce an in-depth understanding of the experience of transition to motherhood in women who present a suicidal risk, as well as the experience of care of professionals involved with these women. This psychoanalytic doctoral research employs a qualitative method of data analysis, an inductive method that is first descriptive (thematic analysis) and then interpretative (analysis by conceptualizing categories).

This study have permitted us to gain a better understanding of the issues involved in the transition to motherhood for women who present a suicidal risk during the perinatal period and of the experiences of care of professionals working with these women, in order to devise a comprehensive and specific approach to preventing suicide in mothers-to-be. The research on women at risk of perinatal suicide enabled the production of a model targeting the various components of their experience, including the relationship to perinatal temporality, the suicidal trajectory and identity-related processes, as well as highlighting the risk and protective factors stemming from the participants' experience. For the professionals, it was possible to highlight their thoughts and questions about care, the functions performed by them regarding the process of care, their subjective experience of care, the process of creating limits during the process of care and their experiences regarding perinatal violence. The results of this study led to the production of twenty-eight recommendations for the support of women at risk of suicide during the perinatal period. Among other things, the clinical contributions of this essay highlight the need for a subjectivizing ethic of care that supports the narrativity and subjective experience of these women in the face of the traumatic and desubjectivizing processes of their perinatal experience.

Keywords: transition to motherhood, suicidality, perinatal period, support, psychoanalysis, trauma

INTRODUCTION

Le début de ma réflexion relativement au sujet de mon essai date du moment où je travaillais comme intervenant à Suicide Action Montréal, le Centre de Prévention du Suicide (CPS) de Montréal. Je me suis découvert un intérêt pour la question de la prévention du suicide et de la recherche dans ce domaine, et c'est à la suite d'une discussion avec une appelante qui était, au moment de l'appel, nouvellement mère et débordée, que la question initiale m'est apparue : « comment les femmes vivent le fait d'avoir des idées suicidaires durant la grossesse? ». Ce que vivait cette mère m'est alors apparu comme un paradoxe : comment concilier le fait d'avoir choisi initialement de donner la vie, ensuite d'aimer la vie qu'elle avait donnée puis, vouloir la mort, sa propre mort? Ce paradoxe m'a mené à la question instigatrice de cet essai : « comment ces femmes arrivent-elles à jongler avec ce paradoxe dans leur expérience subjective? ».

Cet essai est donc, en quelque sorte, la mise en corps, la grossesse qui mènera à l'accouchement des suites de cette réflexion initiale portant sur le paradoxe de la suicidalité en période périnatale. J'aborde cette question complexe à travers une introduction à la littérature des domaines composant la prévention du suicide en périnatalité. Pour ce faire, je m'attarde, dans le premier chapitre à la problématique de la transition à la maternité, ainsi qu'aux troubles psychologiques en période périnatale et à leurs conséquences dans toutes les sphères de fonctionnement des mères. Dans le second chapitre du contexte théorique, je propose d'abord une revue de la question de la transition à la maternité selon une perspective psychodynamique principalement inspirée par les travaux de Bydlowski (2001 et 2008), suivie d'une revue de la littérature sur la suicidalité en période périnatale, culminant par une réflexion sur la suicidalité à travers le prisme de la théorie des pulsions de vie et des pulsions de mort. Une recherche qualitative portant sur la suicidalité est ensuite exposée afin de contextualiser le présent essai, ainsi qu'une réflexion sur les différentes cliniques aux confluents du présent essai, soit la clinique psychodynamique de la périnatalité, la clinique de suicidalité et la clinique de la suicidalité périnatale. Le chapitre se clôture par l'articulation conceptuelle au cœur de mon essai que j'ai nommé « Grille à penser » organisatrice, suivie de la présentation de mes objectifs et questions de recherche. Le troisième chapitre est dédié à la présentation de la méthode comprenant la description du devis de recherche, les participantes, le processus de recrutement, le mode de collecte des

données, la procédure et le traitement du matériel recueilli, d'abord pour les mères participantes, puis pour la professionnelle œuvrant en périnatalité. Il se termine par la présentation des enjeux éthiques entourant la conduite de cet essai. Puis, le quatrième chapitre présente les résultats, là encore pour les mères participantes, puis pour la professionnelle œuvrant en périnatalité. Enfin, le cinquième et dernier chapitre propose une discussion abordant en premier lieu une synthèse théorique des résultats obtenus, mis en dialogue avec la littérature existante, puis une réflexion clinique culminant par la formulation de recommandations cliniques découlant des résultats auprès des mères et de la professionnelle œuvrant en périnatalité. Cet essai se termine par une présentation des limites de l'étude et une conclusion proposant des pistes pour des recherches futures.

CHAPITRE 1
PROBLÉMATIQUE

La transition à la maternité, comme plusieurs étapes de vie dont l'adolescence, est considérée comme une période de crise maturative, c'est-à-dire une période où abondent des conflits intenses. Au même titre que les autres étapes de la maturation psychique humaine, la transition à la maternité possède ses propres enjeux maturatifs, en particulier le changement de génération (Bydlowski, 2001). Plusieurs femmes vivent cette étape de crise maturative sans trop d'embûches, mais certaines la vivent comme une période de désorganisation de la structure psychique, pouvant mener à l'éclosion de troubles psychologiques durant la période périnatale. Ce concept étant central au présent essai, une section ultérieure y est consacrée.

1.1 Les troubles psychologiques et leurs impacts

Les troubles psychologiques sont définis comme une « affection cliniquement significative qui se caractérise par le changement du mode de pensée, de l'humeur (affects), du comportement associé à une détresse psychique ou à une altération des fonctions mentales. Les troubles psychologiques sont le plus souvent associés à une détresse ou à une altération significative des activités sociales, professionnelles ou des autres domaines importants du fonctionnement. Ils varient également sur un continuum, selon le degré d'incapacité et de détresse associé aux symptômes » (Institut National de Santé Publique du Québec, 2019). Parmi ces troubles psychologiques, la dépression et les troubles anxieux sont de loin les plus prévalents en période périnatale. En effet, Bowen et collègues (2012) relèvent dans leur étude canadienne une prévalence pour la dépression de 14.1% en début de grossesse, de 10.4% durant le troisième trimestre et de 8.1% en période post-partum. De leur côté, Dennis et collègues (2017) notent une prévalence de

troubles anxieux de 15.2% durant la grossesse et de 9.9% en période postnatale. Notons que l'existence d'une anxiété spécifique à la grossesse a été soutenue dans la littérature (Huizink et al., 2004). Finalement, s'ajoute à ces troubles la psychose postpartum, anciennement nommée psychose puerpérale (voir Dayan, 2007) dont la prévalence atteint 0.5% (Vesga-Lopez, et al., 2008).

Ces troubles ont des conséquences tant sur le système familial que sur le système économique. Luca et collègues (2019) notent plusieurs conséquences chez la mère, soit une augmentation de la probabilité de suicide, une augmentation du risque d'avoir en général une moins bonne santé, une augmentation de l'absentéisme et du présentéisme et une plus faible participation à la force de travail. Les conséquences sur l'enfant sont une augmentation du risque de naissance prématurée et d'avoir un faible poids à la naissance, une augmentation du risque du syndrome de mort subite du nourrisson, du risque de développer des troubles comportementaux et développementaux, une probabilité plus élevée d'avoir une moins bonne santé et une probabilité plus faible d'être nourri au sein.

Sur le plan économique, bien qu'il n'existe pas d'estimation spécifique concernant la population canadienne (Healthy Human Development Table, 2018), ceux faits en Australie (Deloitte Access Economics, 2012) révèlent que les coûts directs de la dépression périnatale chez les pères et les mères étaient de plus de 78.66 millions de dollars australiens pour l'année 2012, dont 60.68 millions étaient attribuables à la dépression périnatale chez les mères seulement. Or, cela n'est qu'une partie du portrait des coûts relatifs à la dépression anténatale et périnatale, puisque

les coûts totaux (directs et indirects, tant chez les mères que chez les pères) s'élèveraient à environ 433.52 millions de dollars australiens[1].

De leur côté, Bauer et collègues (2014) ont fait des estimés pour le Royaume-Uni, en fonction du coût par cas, ainsi que par mère donnant naissance, et ce, pour chacun des diagnostics (dépression, anxiété, psychose). Ainsi, ils ont estimé que le coût, par cas de dépression périnatale, pour le secteur public combiné à la société plus large (pertes en termes d'années de vie corrigées du facteur d'invalidité, de pertes en termes de productivité et d'autres coûts associés), était d'environ 74,092£[2]. De même, l'estimé pour l'anxiété périnatale s'élevait à 34,811£ et celui pour la psychose périnatale à 52,611£ par cas.

À ces impacts personnels et financiers s'ajoutent les conséquences sur le niveau de vie de ces personnes. Ces conséquences ont été mesurées en années de vie corrigée du facteur d'invalidité (AVCI) [disability adjusted life year]. Le total des années vécues dans l'incapacité attribuables à la dépression anténatale et périnatale chez les mères et les pères combinés s'élevaient à 20.732 AVCI (Bauer et al., 2014). Dans ce contexte de troubles psychologiques périnataux et sachant que les troubles psychologiques sont parmi les prédicteurs du suicide, y compris en période périnatale (Orsolini et al., 2016), il apparait pertinent de se pencher sur la question de la suicidalité chez les femmes durant la période périnatale.

Les troubles psychologiques en période périnatale peuvent être exacerbés par certains idéaux sociétaux parsemant le paysage fantasmatique maternel. Le premier est l'idéalisation du processus

[1] Environ 385.20 millions de dollars canadiens

[2] Environ 127 093$

menant à la maternité et de la maternité elle-même (Slomian et al., 2015). Le second qui apparaît incontournable dans l'expérience des futures mères est lié à l'injonction sociale de devenir parent. En effet, qui dit devenir parent, ou ici devenir mère, dit avant tout devenir « bon parent », avec un lot de représentations sociales qui accompagne cette injonction, tel que veiller à la sécurité de l'enfant (à venir), mais aussi anticiper certains risques sociaux et psychologiques (Le Pape, 2014). Les deux idéaux soulevés ici mettent en lumière comment la honte, la culpabilité, ainsi que la souffrance que peuvent vivre ces mères aux prises avec des troubles psychologiques en période périnatale peuvent devenir subjectivement intolérables. Cela peut être le cas lorsque divers tabous se rencontrent, comme celui d'être une « mauvaise mère », illustré fantasmatiquement par les troubles psychologiques vécus, et celui d'avoir des idéations suicidaires (Chapple et al., 2015). Il apparait donc pertinent de se pencher sur la question de la suicidalité en période périnatale afin d'aborder également ce qui pourrait être l'un des plus grands tabous de la maternité.

À ces éléments s'ajoutent des facteurs contextuels pouvant exercer une pression grandissante sur les femmes en période périnatale. Ce fut le cas pour la pandémie de la COVID-19 qui a frappé mondialement en mars 2020 entrainant ensuite l'implantation d'une variété de mesures sanitaires visant à restreindre la propagation du virus s'étalant jusqu'en 2022 (Institut national de santé publique du Québec, 2022). Ces diverses mesures sanitaires ont eu des impacts importants sur les femmes en période périnatale, ainsi que sur les services périnataux leur étant offerts. En effet, Iyengar et collègues (2021) rapportent, dans leur revue systématique de la littérature portant sur la santé mentale périnatale et la COVID, une augmentation de la sévérité d'une variété de symptômes (anxieux, dépressifs, état de stress post-traumatique, dissociation, automutilation), ainsi que des difficultés dans la création du lien avec l'enfant en période de pandémie comparativement à la période prépandémique. De plus, la prévalence des symptômes anxieux a augmenté jusqu'à

atteindre un sommet au plus fort de la pandémie (Ibiwoye et Thomson, 2023), soit lors de la 2e vague au Canada (Bérard et al., 2022). Au Canada, les scores dépressifs rapportés ont presque doublé comparativement aux études portant sur d'autres crises comme celle du verglas au Québec en 1998 et lors de périodes non-pandémiques (Bérard et al., 2022 ; Pagès et al., 2022). Au niveau subjectif, les femmes en pré-partum et post-partum ont rapporté une réduction du soutien de diverses sources (système de santé, amis, famille et communauté), une augmentation du sentiment d'isolement et une perturbation des services offerts en périnatalité, dont une diminution du nombre normal de rencontres de suivi, des rencontres majoritairement en mode virtuel, tout ceci augmentant significativement leur stress durant leur période périnatale (Morden et al., 2023). Du côté des professionnels œuvrant en périnatalité, ils ont rapporté une diminution dans leur capacité à fournir des soins adéquats et un sentiment que les consultations en virtuel avaient limité la qualité de la relation avec leurs patientes (Shaw-Churchill et Phillips, 2023).

Il convient ainsi de se pencher sur le suicide des mères en période périnatale puisque, comme le notent deux rapports traitant spécifiquement de la santé mentale périnatale (BC Reproductive Mental Health Program, 2014; Knight et al., 2018), le suicide est l'une des principales, sinon la principale cause de leur décès durant cette période. Plusieurs articles scientifiques portent sur l'aspect épidémiologique de la suicidalité en période périnatale (Gavin et al., 2011; Gelaye et al., 2016; Gressier et al., 2017; Grigoriadis et al., 2017; Guillard et Gressier, 2017; Kim et al., 2015; Lindahl et al., 2005; Luca et al., 2019; Oates, 2003; Onah et al., 2017; Orsolini et al., 2016). Cependant, à ma connaissance, seul l'étude de Tabb et al., (2013) porte sur l'expérience subjective de ces femmes relativement à l'expérience conjointe de maternité et de suicidalité. Pour intéressante qu'elle soit, cette étude américaine provenait d'un échantillon clinique et les

participantes n'étaient interviewées qu'à un seul moment, limitant potentiellement le déploiement et l'approfondissement de certaines thématiques dans le temps.

1.2 Guides de pratique relatif à la prévention du suicide en période périnatale

Considérant la petitesse du corpus relatif à l'expérience de transition à la maternité chez des femmes présentant un risque suicidaire, j'ai prolongé ma quête d'informations en recherchant d'éventuels documents visant à baliser les pratiques de prise en charge de ces femmes au Québec. Il semble n'exister aucun guide de pratique spécifique à la prévention du suicide lors de la période périnatale provenant d'un ordre professionnel au Québec.

Cependant, il existe un rapport provenant de Colombie britannique intitulé « Best Practice Guidelines for Mental Health Disorders in the Perinatal Period » (BC Reproductive Mental Health Program, 2014) qui aborde le sujet de la prévention du suicide en périnatalité. Dans ce rapport de 120 pages, seules quatre pages sont consacrées au suicide durant cette période. Bien qu'elles offrent des lignes directrices générales quant à l'évaluation et la référence de ces femmes vers un service selon le degré de risque, les auteurs ne proposent dans l'appendice que trois questions pour aborder les idéations suicidaires, ce qui peut refléter le manque de connaissances spécifiques et approfondies de cette thématique relativement à la périnatalité.

Un second document provenant d'Alberta est spécifique à la dépression post-partum et bien qu'il contienne des recommandations quant à la prise en charge de femmes présentant un risque suicidaire, comme pour le document précédent, il recommande l'utilisation de l'*Edinburgh Postnatal Depression Scale*, un outil visant à évaluer la dépression post-partum, qui ne contient

qu'un seul énoncé (« Il m'est arrivé de penser à me faire du mal ») susceptible de faire référence à un risque suicidaire.

Sachant que les idées suicidaires ne sont pas exclusives à la dépression post-partum et en se fiant aux recommandations d'Onah et collègues (2017) qui soulignent que l'évaluation devrait aller au-delà d'une simple évaluation de la dépression, il paraît important de développer des balises cliniques quant à la prise en charge des femmes présentant un risque suicidaire durant la période périnatale. De plus, puisque la suicidalité est un phénomène complexe, il est peu probable qu'un outil avec une, voire quelques questions, puisse pleinement le saisir chez les femmes enceintes (Newport, Levey, Pennell, Ragan et Stowe, 2007). Finalement, notons qu'au Canada, aucun guide en français n'est disponible.

Ainsi, je propose dans ce travail de recherche doctorale d'examiner le processus de transition à la maternité chez des femmes présentant un risque suicidaire, ici défini comme la présence d'idéations suicidaires ou ayant un historique de tentatives de suicide, en période périnatale. Pour ce faire, les processus et les enjeux psychiques liés à l'expérience de transition à la maternité de ces femmes ont été considéré dans le but de mieux comprendre leur expérience. Cet essai permettra ainsi d'aborder possiblement l'un des plus grands tabous de la maternité (1er angle d'analyse), soit le fait de présenter un risque suicidaire. De plus, en raison de l'absence de balises cliniques en français et spécifiques au contexte québécois, j'ai examiné l'expérience d'une professionnelle œuvrant en périnatalité et responsable de la prise en charge de ces femmes en explorant le rôle et les besoins de celle-ci (2e angle d'analyse).

CHAPITRE 2
CONTEXTE THÉORIQUE

2.1 Transition à la maternité

2.1.1 Désir d'enfant

La période de transition à la maternité en est une particulièrement riche en changements et en réaménagements dans plusieurs sphères de la vie de la femme. En effet, si on en croit Bydlowski (2008), le début de cette transition à la maternité, qu'elle soit vécue ou non pour la première fois, est précédé par une période de désir d'enfant, c'est-à-dire une période marquée par un désir inconscient et conscient de procréation ayant des racines dans l'infantile et selon lequel la femme souhaite dans une certaine mesure ressembler à ses parents en le devenant elle-même. Ce désir d'enfant se concrétisera plus tard chez certaines en un projet d'enfant avec leur partenaire. Cette notion de projet d'enfant est d'autant plus vraie depuis la création de la pilule contraceptive. La transition à la maternité s'inscrit dans la période périnatale, définie dans la littérature en psychologie comme débutant au moment de la conception et se terminant un an après l'accouchement (Missonnier, 2013b). Toutefois, cette définition de la période périnatale n'en est qu'une parmi d'autres. Par exemple, la définition de l'OMS considère que cette période débute à 22 semaines de gestation et s'étend jusqu'à à sept jours après l'accouchement (World Health Organization, 2013).

2.1.2 La dette de vie

Le processus de gestation prend racine dans des éléments conscients du désir d'enfant, mais sera aussi mélangé à des composantes inconscientes rattachées à ce même désir. Monique Bydlowski définit comme suit ce qu'elle nomme la dette de vie :

> *« La vie n'est pas un cadeau gratuit, mais porte en soi l'exigence de rendre, de rembourser ce qui a été transmis et de reconnaître que le don de la vie est aussi promesse de mortalité […] Cette dette d'existence, dette symbolique à la Terre Mère que l'ombre vient représenter, que l'enfant vient incarner, renvoie bien à ce fait d'observation que, par l'enfantement et singulièrement par le premier enfant, une femme règle sa dette à l'égard de sa propre mère »* (Bydlowski, 2008, p. 79).

La période de la gestation maternelle est une période de réaménagements psychiques profonds et en particulier d'identification. En effet, la propre grossesse de la mère, comme l'indique Bydlowski (2008), est un prolongement de l'expérience de grossesse de sa propre mère. Vivre sa grossesse, c'est s'inscrire dans un prolongement maternel, soit de vivre le désir d'enfant que sa propre mère a elle-même pu vivre, mais aussi de régler sa dette de vie contractée à la naissance, à l'égard de sa propre mère. Pour reprendre les termes de Bydlowski (2008, p. 76) : « en enfantant, une femme rencontre sa propre mère ; elle la devient, elle la prolonge tout en se différenciant d'elle ». Cette réalité inconsciente amène ainsi une transmission des représentations psychiques inconscientes de la grand-mère-en-devenir vers la mère-en-devenir. Ainsi, pour l'auteure, dans ce prolongement filial, ce désir d'enfant, loin d'être seulement le désir de créer un enfant dans sa réalité concrète, renvoie aussi au désir infantile inconscient de la femme enceinte de se revivre elle-même comme bébé des premiers mois (Bydlowski, 2008).

2.1.3 Transparence psychique et crise maturative

Cette période de création fantasmatique et réelle de l'enfant à venir est une période particulièrement active au niveau biologique, mais aussi psychique. En effet, c'est l'occasion de la création du bébé imaginaire, soit le processus dans lequel les futurs parents imaginent leur bébé à venir et s'imaginent comme parents, mais aussi celle de la rencontre du bébé imaginé par chacun des parents et le processus d'affrontement et de réconciliation de cet enfant imaginaire au sein du couple (Sparrow, 2004). Cette période est d'autant plus particulière qu'elle crée un état psychologique particulier de transparence psychique (Bydlowski, 2008) décrit comme un état dans lequel les femmes vivent une période particulière d'authenticité de la vie psychique. Cette période est caractérisée par l'affaiblissement des défenses habituelles, dont le refoulement, et le désinvestissement libidinal lié à des thèmes qui ne réfèrent pas à la grossesse, entrainant ainsi une réactivation de souvenirs, de fantasmes et d'affects infantiles, échappant à la censure habituelle et refaisant surface à la conscience.

Au vu de cet état de transparence psychique, Monti (2015) décrit la maternité comme étant un travail de redistribution des investissements libidinaux et narcissiques fluctuant entre le bébé réel et imaginaire et qui mènerait ultimement à une réorganisation du Moi de la mère et à l'établissement d'un bébé différencié et à soi. Ainsi, la période de la grossesse peut être décrite comme une vraie période de crise maturative (Bydlowski, 2008), où le passé se rejoue de façon manifeste dans le présent et où le bébé à venir est avant tout investi narcissiquement par les représentations inconscientes maternelles, elles-mêmes sous l'influence des représentations inconscientes de ses parents.

Comme la période de la grossesse est une période de crise maturative, elle a tout autant un potentiel transcendant et créateur, qu'un potentiel de désorganisation de la structure psychique de la mère-en-devenir dont l'équilibre pouvait déjà être fragile. Ainsi, puisque cette période en est une, entre autres, de réminiscence des enjeux narcissiques irrésolus relégués dans l'inconscient de la future mère par l'action du refoulement, elle peut être marquée par l'éclosion de symptômes (p. ex. : symptômes anxio-dépressifs, reviviscences traumatiques, symptômes psychotiques, etc.) liés à ces enjeux narcissiques inconscients mais persistants (Bydlowski, 2008).

2.2 Comportements suicidaires en période périnatale : perspective épidémiologique

Ce précédent constat de potentialité de désorganisation psychique dans la période de crise maturative que représente le passage à la maternité ouvre la porte à toute la clinique de la périnatalité. En effet, il peut être déstabilisant pour la mère et pour son entourage de voir surgir de tels symptômes sans raison apparente. Susceptibles d'avoir pris racine dans l'organisation psychique de la future mère et dans ses expériences infantiles, ils peuvent s'aggraver et se chroniciser si la mère ne dispose pas d'un entourage social et/ou familial ou de professionnels soutenant autour d'elle. Cette nouvelle apparition symptomatique psychologique et/ou somatique est d'autant plus difficile à déchiffrer que ses manifestations psychologiques s'inscrivent dans un corps hormonalement en changement (Bydlowski, 2008).

2.2.1 Suicides, idéations suicidaires et tentatives de suicide

Dans la littérature existante sur le sujet, Grigoriadis et ses collègues (2017) notent chez les femmes enceintes un taux de suicide (2.58 par 100 000 naissances vivantes) plus bas que dans la population générale féminine en âge de procréer (6.8 par 100 000 personnes ; Public Health Agency

of Canada, 2019). En revanche, celles qui le font, utilisent des méthodes plus létales (p.ex., se jeter dans le vide et se pendre). Cette létalité viendrait-elle potentiellement témoigner de l'intensité de cette période de crise et des enjeux qui en découlent, ainsi que d'une intentionnalité suicidaire potentiellement plus grande que les femmes de la population générale en âge de procréer ?

La prévalence des idéations suicidaires durant la période périnatale varie énormément selon les études, soit entre 2.7% et 34.1% (Gavin et al., 2011; Gelaye et al., 2016; Guillard et Gressier, 2017; Lindahl et al., 2005; Orsolini et al., 2016), avec une plus grande prévalence des idéations suicidaires en période postnatale. Cette variation peut être due à des différences méthodologiques, comme les outils utilisés pour évaluer les idéations suicidaires, ou encore la nature des échantillons utilisés (populationnel, clinique, etc.). Dans leur recension des écrits, Gelaye et collègues (2016) soulignent que si les femmes en période périnatale sont moins à risque de se suicider (entre 16% et 33% moins à risque) que celles de la population générale, elles sont cependant parfois plus à risque (entre 3 et 33%, dont plus de 9.2% dans la moitié des études) d'avoir des idéations suicidaires que leurs homologues de la population générale (9.2%).

Dans l'étude de Gandhi et collègues (2006) portant sur les tentatives de suicides des femmes en période périnatale, les auteurs rapportent une incidence de 0.4 pour 1000 naissances. En comparant les femmes ayant fait des tentatives de suicide à celles d'un groupe contrôle n'en ayant pas fait, les premières étaient plus jeunes, célibataires, multipares et moins éduquées. 86% de ces femmes avaient tenté de se donner la mort en ingérant une substance corrosive ou une surdose de drogues.

Certains moments de la grossesse et du post-partum semblent présenter un risque plus élevé pour une tentative de suicide. En effet, des études (Bouchiat-Couchouron et al., 2009; Guillard et

Gressier 2017) soulignent que le premier trimestre dans la période prénatale, ainsi que les deux premiers mois de la période post-partum correspondent à des périodes où le risque de tentative de suicide est particulièrement grand, avec une recrudescence du risque vers le 12^{ième} mois en post-partum. Ces auteurs suggèrent que le risque du premier trimestre pourrait être lié au fait d'apprendre l'existence de cette nouvelle grossesse, tandis que les deux premiers mois du post-partum coïncideraient avec le moment où la dépression postnatale serait la plus fréquente. Finalement, le 12ème mois marquerait souvent la fin de l'intervention dont les mères bénéficiaient des professionnels qui ont suivi leur grossesse. Ce moment coïnciderait aussi avec la dépression post-partum tardive, le retour au travail, la fatigue, ainsi que le stress, des facteurs pouvant particulièrement fragiliser la mère.

2.2.2 Facteurs de risque et facteurs de protection

La présence relativement importante de comportements suicidaires chez les femmes en périnatalité a mené Oates (2003) à remettre en question l'idée que la maternité soit un facteur de protection face au suicide. En effet, les résultats provenant de cette étude soutiennent, qu'il n'existe pas de différence significative entre le taux de suicide des femmes après l'accouchement et celui des femmes dans la population générale.

Plusieurs études ont porté sur les facteurs de risque du suicide en période périnatale (Bouchiat-Couchouron et al., 2009; Gelaye et al., 2016; Gressier et al., 2017; Guillard et Gressier, 2017; Onah et al., 2017; Orsolini et al., 2016), mais celles sur les facteurs de protection sont plutôt rares sinon inexistantes. Dans leur recension des écrits, Orsolini et collègues (2016) distinguent cinq niveaux d'influence dans lesquels s'inscrivent les facteurs de risque du suicide en période périnatale : individuel, clinique, gestationnel, socioéconomique et environnemental.

Au niveau individuel, quatre facteurs de risque ont été significativement associés à un risque accru de suicide en période périnatale : un âge plus jeune lors de la conception, être célibataire, avoir un historique personnel ou familial de diagnostics psychiatriques et un historique personnel ou familial d'idéations suicidaires ou de tentatives de suicide.

Au niveau clinique, cinq facteurs de risque ont été mis de l'avant dans les études analysées. Outre, un historique personnel de troubles psychiatriques et d'idéations suicidaires et/ou de tentatives de suicide déjà mentionnés, c'est aussi le cas de la présence d'une comorbidité psychiatrique, de la récence du diagnostic psychiatrique et de la présence de symptômes psychologiques (p.ex. : irritabilité prémenstruelle, perception de complications de la grossesse, une attitude négative face à la grossesse, avoir de l'anxiété à propos de l'accouchement, etc.).

Au niveau gestationnel, les deux facteurs associés à un plus grand risque de suicide sont d'avoir une grossesse indésirée/inattendue et la nulliparité (le fait de n'avoir jamais donné naissance).

Quant aux facteurs de risque d'ordre socioéconomique, les quatre principaux sont les conflits familiaux, l'exposition dans le foyer à de la violence physique et/ou psychologique, la solitude et le manque de soutien de l'entourage proche et le rejet par le partenaire amoureux de sa paternité.

Finalement, au niveau environnemental, six facteurs ont été liés à un risque accru de suicide en période périnatale : vivre des inégalités sociales et de genre, de la discrimination sociale et raciale, appartenir à un groupe ethnique ou religieux minoritaire, vivre dans un logement inadéquat ou bondé, vivre en zone rurale et avoir été exposé à des désastres, des conflits ou des guerres.

2.2.3 Impacts et conséquences des comportements suicidaires en périnatalité

Dans leur revue des travaux épidémiologiques sur les idéations suicidaires durant la grossesse, Gelaye et ses collègues (2016) mettent de l'avant une variété de conséquences des idéations et tentatives suicidaires de la future mère sur la vie de l'enfant. Ainsi, l'empoisonnement de la mère durant la grossesse a été lié à une augmentation des probabilités d'une perte fœtale précoce (OR=6.09, 95% CI: 3.82–9.71) et une diminution des probabilités d'un accouchement viable (OR=0.08, 95% CI: 0.23–0.72; Czeizel et al., 1999; Gelaye et al., 2016). De plus, les enfants nés d'une mère ayant fait une tentative de suicide avaient une plus grande probabilité d'être de petit poids à la naissance (<2500 g; OR=1.25, 95% CI: 1.08–1.44) et d'avoir un syndrome de détresse respiratoire (OR=1.41, 95% CI: 1.07–1.86; Gandhi et al.; Gelaye et al., 2016). De plus, les idéations suicidaires en période périnatale ont été liées à un moins bon développement cognitif de l'enfant (différence moyenne ajustée − 6.1; 95% CI − 10.3 to − 1.8; p = 0.03 ; Mebrahtu et al., 2020), ainsi qu'à un score significativement plus bas du développement neuropsychologique à 4 mois en post-partum (p. ex. : contrôle des mouvements, habiletés de motricité fine, etc. ; Martini et al., 2019).

2.2.4 Modèle motivationnel-volitionnel intégré du comportement suicidaire

O'Connor et Kirtley (2018) propose un modèle théorique biopsychosocial conceptualisant le processus suicidaire en décrivant ce qui amène la formation d'idées suicidaires, mais aussi les facteurs facilitant ou précipitant le passage de l'idéation à l'agir suicidaire. Ce modèle permet d'intégrer la précédente littérature quant à la modélisation du processus suicidaire et intègre ainsi la littérature épidémiologique précédemment présentée. Ce modèle est ainsi divisé en trois phases menant à l'agir suicidaire: (1) la phase pré-motivationnelle ; (2) la phase motivationnelle ; la phase volitionnelle.

La phase pré-motivationnelle est composée d'une combinaison d'éléments biopsychosociaux, soit de la diathèse, environnementaux, et événementiels. La diathèse fait référence aux vulnérabilités de l'individu aux niveaux génétique, biologique ou cognitif (p. ex., perfectionnisme négatif, fragilité de la neurotransmission, etc.). Cette diathèse couplée à des facteurs environnementaux adverses (p. ex., niveau socioéconomique faible, conditions de vie précaires, etc.) et à des événements de vie stressants (p. ex., traumas à l'enfance) mènent potentiellement au développement d'idées suicidaires. La présence de ces facteurs de vulnérabilité augmente à leur tour la sensibilité au vécu subjectif de défaite ou d'humiliation.

Lors de la phase motivationnelle du modèle de O'Connor et Kirtley (2018), les expériences subjectives de défaite ou d'humiliation sont à la base du déclenchement de la suicidalité. Ce processus suicidaire est à son tour soutenu par l'expérience d'être incapable de se soustraire à ces expériences aversives, se sentir piégé. Toutefois, pour que ces expériences aversives se transforment en un sentiment d'être pris au piège, plusieurs facteurs modérateurs de menace de soi (comme des ruminations ou des difficultés de coping etc.) peuvent accentuer la souffrance vécue. De même, l'expérience conjointe de défaite ou d'humiliation couplée au sentiment d'être pris au piège ne mène pas nécessairement au développement d'idéations suicidaires, mais est modulée par des modérateurs motivationnels comme le sentiment d'être un fardeau, l'absence de soutien social, etc. Lorsque toutes les conditions sont réunies, les idéations suicidaires et l'intentionnalité suicidaire se développent.

Lors de la phase volitionnelle, l'expérience d'idéations suicidaires est elle-même modulée par plusieurs modérateurs volitionnels comme l'accès à un ou des moyens, l'impulsivité, une

exposition précédente au suicide, etc., qui permettent la transition des idéations suicidaires vers un agir suicidaire (voir O'Connor et Kirtley, 2018. pour le modèle complet).

En résumé, le modèle prédit que la trajectoire menant à l'agir suicidaire passe d'abord par une phase pré-motivationnelle marquée par des vulnérabilités individuelles et environnementales couplées à des événements de vie stressants menant potentiellement à des expériences de défaite et d'humiliation. Ces expériences peuvent à leur tour se cristalliser en un sentiment d'être pris au piège, ce qui amènerait l'émergence d'idéations suicidaires. Ces idéations suicidaires se préciseraient en agirs suicidaires lorsque certaines conditions permettant l'augmentation de l'intentionnalité suicidaire et lorsque le degré de volition sont suffisamment élevés.

2.3 Suicidalité : perspective psychanalytique

Le risque suicidaire peut souvent apparaître comme un phénomène particulièrement complexe et invitant une prise en charge immédiate. Ce risque suicidaire est défini pour les fins du présent essai comme englobant les idéations suicidaires, ainsi que les tentatives de suicide.

2.3.1 Suicidalité : perspective freudienne

Plusieurs auteurs psychanalytiques se sont intéressés à la conceptualisation de la suicidalité. Il semble pertinent de commencer par la conceptualisation freudienne du suicide, puisqu'elle a sa suite inspiré plusieurs conceptualisations plus contemporaines. Freud, dans son article « Deuil et mélancolie » (1917) nous renseigne sur les éléments en jeu dans la mélancolie : « Alors nous trouvons la clef du portrait clinique : nous percevons que les reproches faits à soi-même sont des reproches contre des objets d'amour qui ont été déplacés de ceux-ci, vers le Moi du patient » [traduction libre] (Freud, 1917, p. 248). Ainsi, Freud conceptualise le suicide comme une tendance du Moi qui se prend pour objet et vers qui le Surmoi, utilisant l'énergie sadique qui était

précédemment tournée vers l'objet d'amour, tente de détruire l'objet d'amour qui est maintenant placé à l'intérieur du Moi en nourrissant les reproches faits à soi-même. Finalement, le suicide serait ici la résultante d'un Surmoi sadique qui détruirait l'objet dans le Moi en poussant celui-ci au suicide (Ronningstam et al., 2009).

2.3.2 Pulsion de vie et pulsion de mort

Afin d'envisager l'idée de la suicidalité comme un processus qui s'inscrit dans une dynamique intrapersonnelle, je mettrais de l'avant la théorie freudienne de la pulsion de vie et de la pulsion de mort, telle que revisitée par André Green (Green, 1993/2016). Il définit la pulsion de vie de la façon suivante :

« La visée essentielle des pulsions de vie est d'assurer une fonction objectalisante. Ceci ne signifie pas seulement que son rôle est de créer une relation à l'objet (interne et externe), mais qu'elle se révèle capable de transformer des structures en objet, même quand l'objet n'est plus directement en cause. Autrement dit, la fonction objectalisante ne se limite pas aux transformations de l'objet, mais peut faire advenir au rang d'objet ce qui ne possède aucune des qualités, des propriétés et des attributs de l'objet, à condition qu'une seule caractéristique se maintienne dans le travail psychique accompli : l'investissement significatif. » (Green, 1993/2016, p. 122).

En rassemblant la littérature empirique et épidémiologique exposée précédemment sur la suicidalité en période périnatale, nous pourrions dire que le travail des pulsions de vie, c'est-à-dire celui d'assurer une fonction objectalisante par le registre de la liaison, peut être renforcé par la mobilisation par la femme présentant un risque suicidaire de ressources internes et externes agissant comme facteurs de protection. Sachant que la manifestation première de la pulsion de vie est l'investissement libidinal des objets d'amour, il devient aisé de comprendre en quoi, à côté de

la qualité de ses objets internes, le réseau social direct de la femme suicidaire peut jouer un grand rôle dans le soutien et dans le triomphe des pulsions de vie au sein de sa dynamique pulsionnelle.

De l'autre côté du spectre pulsionnel, la pulsion de mort est, quant à elle, définie par Green de la façon suivante :

« À l'opposé, la visée de la pulsion de mort est d'accomplir aussi loin que possible une fonction désobjectalisante par la déliaison. Cette qualification permet de comprendre que ce n'est pas seulement la relation à l'objet qui se trouve attaquée, mais aussi tous les substituts de celui-ci – le moi par exemple, et le fait même de l'investissement en tant qu'il a subi le processus d'objectalisation. La plupart du temps, nous n'assistons, en effet, qu'au fonctionnement concurrent des activités en rapport avec les deux groupes de pulsions. Mais la manifestation propre à la destructivité de la pulsion de mort est le désinvestissement. » (Green, 1993/2016, p. 122-123).

Ainsi, contrairement à la pulsion de vie, la pulsion de mort vise avant tout la déliaison, et sa manifestation principale au sein du sujet est l'autodestruction. Dans la perspective de mettre en lien épidémiologie et théories psychanalytiques, nous pourrions considérer les éléments décrits comme des facteurs de risque relativement au suicide venant renforcer la déliaison psychique, dont l'autodestruction.

Toutefois, comme le mentionne Green (1983/2016), il est impossible de parler de l'un des versants pulsionnels sans parler de sa contrepartie. C'est donc dans un mouvement d'intrication-désintrication que s'inscrit la dynamique pulsion de vie – pulsion de mort (Green 1993/2016). Ainsi il devient possible d'envisager le passage à l'acte suicidaire comme l'œuvre d'une désintrication complète de la pulsion de mort d'avec la pulsion de vie, dans un état où les manifestations

autodestructrices de la pulsion ne sauraient être liées à la vie par l'influence des pulsions de vie. Si l'on envisage la question de la suicidalité dans cette perspective, les manifestations suicidaires, telles que les idéations suicidaires, témoigneraient de la domination de la composante pulsion de mort, sans toutefois signifier une désintrication complète de la dynamique pulsion de vie – pulsion de mort.

À ce titre, pour penser le mouvement d'intrication-désintrication des pulsions de vie et des pulsions de mort, la référence clinique à l'adolescence comme crise maturative apparait pertinente (Bydlowski, 2001). Dans une étude comparative d'un groupe d'adolescents suicidants et d'un groupe témoin d'adolescents non suicidants, Diwo et collègues (2004) soulignent qu'il n'y a chez les premiers aucune corrélation entre la pulsion de vie et la pulsion de mort, élément interprété comme étant la résultante du travail de désintrication, de déliaison pulsionnelle. Toutefois, ces auteurs notent que si l'expression de la pulsion de mort ne prédomine pas sur la pulsion de vie chez les adolescents suicidants, la pulsion de vie se manifeste largement moins chez eux. Les auteurs ajoutent que les suicidants auraient une moins bonne capacité de liaison entre les deux types de pulsion et donc une plus grande désintrication de celles-ci. Cependant et au contraire des attentes des auteurs, la manifestation de la pulsion de mort était similaire chez les deux groupes de jeunes, un élément mettant de l'avant le travail actif de deuil et de désintrication lié au processus développemental naturel à l'adolescence. Ainsi, aux vues des résultats portant sur les adolescents suicidaires, il apparait pertinent de tracer des parallèles quant au processus interne d'intrication-désintrication des pulsions de vie et des pulsions de mort chez les femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale. En effet, puisque la période de gestation est elle aussi une période de crise maturative — la matrescence (Thomas, 2001) — marquée par un travail de deuil et de désintrication, au même titre que l'adolescence, il devient possible d'envisager que tout comme

pour les adolescents suicidaires, les femmes suicidaires en période périnatale pourraient avoir : 1) une plus faible manifestation des pulsions de vie, 2) des manifestations pulsionnelles qui ne sont pas prédominées par la pulsion de mort, et 3), une capacité plus faible de liaison entre les pulsions de vie et les pulsions de mort.

De plus, il apparaît que l'utilisation des concepts de pulsion de vie et de pulsion de mort offre un terreau fertile pour penser la dynamique suicidaire dans le paradoxe dans lequel se trouve la femme présentant un risque suicidaire en période périnatale, soit porter la vie tout en voulant, en quelque sorte, se l'enlever à soi. Étant donné la nature intrinsèquement humaine des pulsions de vie et de mort chez l'humain, l'utilisation de ces concepts m'apparaît comme ayant un potentiel déstigmatisant quant à la suicidalité chez ces femmes qui sont exposées à l'idéalisation de la grossesse (Slomian et al., 2015). La différence significative entre un sujet non-suicidaire et un sujet suicidaire serait ainsi la prédominance des pulsions de mort sur les pulsions de vie au sein de la dynamique psychique du sujet et des modalités d'intrication-désintrication des pulsions. Bien que la théorie des pulsions de vie et de mort, telle que conceptualisée par Green, soit particulièrement éclairante quant à l'articulation intrapsychique (intrication-désintrication de la pulsion de vie – pulsion de mort) de la suicidalité, il apparaît également pertinent d'utiliser la théorie de la descente vers le suicide de Maltsberger (2004) permettant de contextualiser la suicidalité dans une dimension processuelle et temporellement circonscrite.

2.3.3 Théorie de la descente vers le suicide

Maltsberger (2004) conceptualise le processus suicidaire en quatre grandes étapes relatives à l'expérience des personnes à risque suicidaire. La première étape concerne un état qu'il qualifie de *déluge affectif* qui rassemble une grande variété d'émotions, mais qui est principalement

caractérisé par un sentiment de désespoir, qu'il définit comme un état d'angoisse profond avec un besoin urgent et immédiat d'être soulagé. Cet état composé de mouvements affectifs intolérables est généralement mis en branle par un facteur précipitant (p. ex.: deuil, découverte d'une grossesse non-désirée, etc.) qui donne alors place à un déluge affectif.

La seconde étape est la lutte pour maîtriser le déluge affectif, une période caractérisée par une détérioration de l'état de la personne perceptible à travers plusieurs comportements (p.ex. : toxicomanie, verbalisations suicidaires, etc.), un désinvestissement émotionnel et une vision distordue et biaisée de la réalité des autres personnes et de sa propre réalité.

La troisième étape porte sur la perte de contrôle et le sentiment de désintégration du Soi. À ce moment, le patient commence à être dépassé et à ressentir qu'il s'effondre. Ce sentiment d'effondrement du Soi peut par exemple se manifester dans le contenu onirique sous la forme de contenu mortifère relié à des parties du corps ou littéralement à une vision de désarticulation de son propre corps. C'est à cette étape particulièrement souffrante que le sentiment de désespoir commence à s'installer et que les défenses commencent à s'affaiblir.

Finalement, Maltsberger (2004) a nommé la dernière étape de sa théorie « Survie grandiose et abandon du corps ». Cette étape fait référence à l'expérience du client qui, face au déluge affectif, à la désintégration du Soi et à l'échec de solutions réelles, peut vivre et agir des comportements suicidaires sur l'impulsion de fantasmes grandioses dans lesquels il serait capable de transcender sa condition souffrante à travers la mort du corps, tout en continuant à vivre d'une certaine façon (p. ex. : aller rejoindre une personne précédemment décédée, etc.).

Ces éléments liés à la fantasmatique grandiose qui permettrait la survie par le suicide chez ces personnes présentant un risque suicidaire rappellent le concept de narcissisme de mort/narcissisme négatif introduit par Green (1983/2016) :

« Au lieu de soutenir la visée de l'unification du Moi par le biais des pulsions sexuelles, le narcissisme négatif sous la domination du principe de Nirvâna, représentant des pulsions de mort, tend vers l'abaissement au niveau Zéro de toute libido, aspirant à la mort psychique […] Au-delà du morcellement qui fragmente le Moi et le ramène à l'auto-érotisme, le narcissisme primaire absolu veut le repos mimétique de la mort. Il est la quête du non-désir de l'Autre, de l'inexistence, du non-être, autre forme d'accès à l'immortalité. Le Moi n'est jamais plus immortel que lorsqu'il soutient n'avoir plus d'organes, plus de corps » (Green, 1983/2016, p. 311).

Ainsi, cette conceptualisation en étapes proposée par Maltsberger (2004) permettrait de poursuivre la recherche de compréhension de la dynamique pulsionnelle pulsion de vie – pulsion de mort du point de vue du monde interne. Par exemple en recherchant les manifestations concrètes de ces mouvements pulsionnels à travers des étapes spécifiques du processus suicidaire (déluge affectif, lutte pour maîtriser le déluge affectif, perte de contrôle et sentiment de désintégration du Soi et survie grandiose et abandon du corps).

2.4 Comportements suicidaires en période périnatale : présentation d'une recherche qualitative

Comme cela a été précédemment exposé, il existe un pan assez vaste de la littérature empirique quantitative portant sur la santé mentale périnatale qui traite spécifiquement de la suicidalité (Gavin et al., 2011; Gelaye et al., 2016; Gressier et al., 2017; Grigoriadis et al., 2017; Guillard et Gressier, 2017; Kim et al., 2015; Lindahl et al., 2005; Luca et al., 2019; Oates, 2003; Onah et al., 2017; Orsolini et al., 2016). Toutefois, sauf erreur, un seul article dans la littérature scientifique traite de

l'expérience des femmes ayant des idéations suicidaires durant la période périnatale dans une approche qualitative (Tabb et al., 2013). Cet article permet d'approfondir les connaissances issues des précédentes études épidémiologiques en s'inscrivant dans une perspective plus individuelle, mettant ainsi l'accent sur l'expérience subjective de ces femmes. L'article met à jour les paramètres de l'expérience subjective des femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale permettant ainsi de soutenir l'élaboration de la méthode de la présente étude doctorale. Il convient alors d'exposer cet article plus en détails

L'échantillon de Tabb et collègues (2014) comprenait 14 femmes majeures enceintes recevant un suivi prénatal dans un hôpital universitaire. Les femmes retenues avaient préalablement accepté de participer à une plus vaste étude longitudinale portant sur les troubles de l'humeur (N = 416) et avaient répondu positivement à un énoncé du Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) évaluant la présence d'idéations suicidaires. La moitié des 14 femmes était primipare. Une entrevue semi-structurée d'environ 29 minutes a été conduite avec chaque participante relativement à son expérience suicidaire en période périnatale. Le guide d'entrevue comprenait cinq grands thèmes orientant les questions posées. Dans l'ordre, ces thèmes portaient sur l'évaluation 1) du début des symptômes, 2) des pensées suicidaires, 3) des mécanismes de coping, 4) de la recherche d'aide et 5) des comorbidités. À la suite de l'analyse par réseau thématique (Attride-Striling, 2001), quatre thèmes centraux sont ressortis de la narration de ces femmes : (1) les changements dans les symptômes de l'humeur: "pas que des hormones", (2) le stress et le coping: "je fais avec", (3) l'utilisation des services en santé mentale: "je me connais" et (4) l'expérience périnatale: "la grossesse rend cela pire" .

2.4.1 Changements dans les symptômes de l'humeur : « Pas que des hormones »

Le premier thème englobe une variété d'expériences relatives aux symptômes vécus par les participantes. Il y est question de la relation entre leur douleur psychologique et leurs symptômes somatiques, comme les enjeux psychologiques liés aux difficultés à dormir et à la douleur ressentie dans leur corps. Cette relation semble indiquer un débordement de la souffrance psychique dans le domaine du somatique. Elles rapportent aussi des événements stressants comme expliquant principalement leurs changements d'humeurs, une période où elles se décrivent comme n'ayant aucun contrôle et étant terrifiées par le futur.

2.4.2 Stress et coping : « Je fais avec »

Dans le second thème, les femmes décrivaient comment l'expérience d'idéations suicidaires était une façon de gérer les stresseurs multiples de leur vie. Ainsi, deux types de coping sont ressortis dans le discours de ces femmes, soit les méthodes de coping positif et les méthodes de coping négatif. Sur le plan positif, elles notaient que le fait de penser à leur nouvel enfant ou à leurs enfants plus vieux et de faire appel à leur réseau de soutien étaient aidant. Sur le plan négatif, elles rapportaient l'utilisation de comportements comme l'automutilation l'isolement, d'autres « acting out » et l'abus d'autres personnes faisant parti de leur foyer. Le suicide s'inscrit ici comme une façon pour elles d'échapper à ces stresseurs. Cet élément de leur vécu semble faire écho à la théorie escapiste du suicide voulant que le suicide soit une solution logique pour fuir une situation perçue comme insupportable (Gunn, 2014).

2.4.3 Utilisation des services en santé mentale : « Je me connais »

Dans le troisième thème, les femmes abordaient la question d'avoir une nouvelle perspective quant à l'utilisation des services en santé mentale. Ainsi, elles mettaient de l'avant la

grossesse comme période critique pour prendre soin de soi en faisant appel aux professionnels en santé mentale et d'ainsi s'installer dans le rôle de la bonne mère. Cet élément met en lumière ce que Bydlowski (2008) a décrit comme étant une période de vulnérabilité psychique où la future mère a tendance à faire appel à un référent solide, qui est souvent trouvé en la personne du thérapeute ou de tout autre professionnel de la santé. C'est aussi un moment propice pour elle d'acquérir une nouvelle perspective quant à certains de ses enjeux psychiques et à la résolution de ceux jusque-là non réglés. Ainsi, cette temporalité propre à la transition à la maternité semble être un moment favorisant la mobilisation de ressources internes et externes chez la future mère.

2.4.4 Expérience périnatale : « La grossesse rend cela pire »

Dans le dernier thème, deux éléments principaux sont ressortis du discours des mères. Le premier touchait à la question des changements hormonaux comme affectant davantage l'humeur qu'à d'autres périodes de la vie. Le second était relatif aux expériences d'accouchement traumatique. Certaines femmes décrivaient leur grossesse comme une période durant laquelle des sentiments antérieurs de perte et d'angoisse, à la suite d'une fausse-couche ou de complications, refaisaient surface. De plus, certaines ont aussi décrit leur accouchement comme un événement décevant, sentiment qui leur créait de la culpabilité.

La lecture de cet article aura permis de mettre en lumière quelques thématiques qui semblent centrales à l'expérience de suicidalité chez les femmes en période périnatale, telles que le vécu relativement aux symptômes, les stresseurs et les méthodes de coping, l'utilisation des services en santé mentale et l'importance des professionnels et finalement, les changements hormonaux, ainsi que les potentiels traumatismes liés à la grossesse ou à l'accouchement. Ainsi, l'étude de Tabb et collègues (2014) met en relief la pertinence de se référer à l'expérience

subjective de ces femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale afin d'avoir une idée plus juste de comment leur vécu s'articule. Sur le plan méthodologique, cette recherche capture cette expérience de suicidalité dans une perspective transversale. Le présent essai reprendra donc une méthodologie qualitative mettant de l'avant le discours des femmes présentant un risque suicidaire lors de la période périnatale, tout en s'inspirant de certaines thématiques qui ont pu ressortir de cette étude et en contextualisant l'expérience de ces femmes dans une temporalité qui leur est propre.

2.5 Clinique de la transition à la maternité chez des femmes présentant un risque suicidaire

La période périnatale, tout en étant favorable à la survenue d'un lot de symptômes et à une désorganisation psychique chez la mère, peut, en raison de l'état de transparence psychique dans lequel elle se trouve, être avec de l'aide psychothérapeutique, un moment propice à des réorganisations psychiques. Bydlowski (2008) note que durant cette période, les femmes, en plus d'être capables de révéler des éléments liés à des problématiques infantiles dû à l'abaissement des défenses, font aussi souvent appel à l'aide d'un référent solide et bienveillant que représente un ou une thérapeute. Au-delà de cet élément, l'auteure souligne relativement à l'espace thérapeutique pour la future mère que : « cette attention particulière lui [la mère-en-devenir] est nécessaire à un moment où l'ensemble du milieu, médical et familial, accorde prioritairement son intérêt au bébé » (Bydlowski, 2008). Ainsi, la période de transition à la maternité peut créer une temporalité qui serait propice à l'accompagnement thérapeutique et à la possible résolution d'enjeux demeurés sans solution, en plus de réinstituer la parole symbolisante chez une mère qui peut être momentanément oubliée au profit de son propre enfant-à-venir.

2.5.1 Clinique psychodynamique de la périnatalité

Il apparaît important de noter qu'en raison de l'état de transparence psychique, les professionnels œuvrant en périnatalité font face à des reviviscences de conflits archaïques dans leur expérience clinique avec cette patientèle. En effet, Missonnier note les éléments suivants relativement au suivi thérapeutique périnatal :

« *La « transparence psychique » (Bydlowski, 1991) actualise d'abord et surtout en prénatal chez les parents une reviviscence des conflits les plus archaïques de la relation d'objet virtuelle mettant en scène les avatars primitifs de la contenance (et toutes les formes d'« agonies primitives » pré- et postnatales évoquées par Winnicott [1975]), du rapport dedans/dehors, de la différenciation soi/non-soi, de la genèse interactive périnatale des premières relations précoces et de la tonalité structurante du bain d'affects des identifications projectives des parents d'autrefois, en passe de devenir grands-parents* » (Missonnier, 2009, p.384).

Ainsi, femmes enceintes et professionnels se rencontrent dans une temporalité périnatale caractérisée par l'influence de l'archaïque, tant du côté de la cliente que du professionnel, élément qui affecte nécessairement le cadre thérapeutique mis en place. Missonnier (2013a) décrit le propre de cette clinique comme celle d'une tragédie classique, tragédie qui potentiellement invite la terreur ou la pitié et face à laquelle le professionnel peut être tenté de s'isoler, car mettant en scène la « situation où l'homme prend douloureusement conscience d'un destin ou d'une fatalité qui pèse sur sa vie, sa nature ou sa condition même ».

Pour résumer la configuration thérapeutique de la clinique périnatale:

« *Au cœur de l'intrication d'Éros et de Thanatos, la clinique périnatale met en scène spectaculairement la rencontre de nos forces vives, notre créativité avec le vertige de notre vulnérabilité. La psychologie clinique périnatale relève le défi d'explorer la réalité somato-psychique de cette scénographie individuelle et collective et d'en soutenir la symbolisation à travers des dispositifs pertinents* » (Missonnier, 2013a, p.120).

2.5.2 Clinique de la suicidalité

La clinique de la suicidalité est une clinique qui prend racine au cœur de l'intrication d'Éros et de Thanatos (pulsion de vie/pulsion de mort), tout comme ce qui semble se jouer dans la clinique périnatale (Missonnier, 2013a). À ce titre, le passage à l'acte suicidaire vient justement court-circuiter la capacité de symboliser, soit de mettre en mots/mettre en sens, dans un mouvement où la pulsion de mort, par l'agir, prend le relais de la fonction symbolisante (Menès, 2004).

De plus, la clinique de la suicidalité comporte son lot de paradoxes, témoins de la grande oscillation pouvant exister chez les sujets à risque suicidaire, tel qu'illustré dans la citation suivante :

« *Le sujet, qui ne se supporte plus suspendu entre crainte et espoir, veut se faire maître de sa vie au risque de la perdre. C'est un des paradoxes de l'acte suicidaire que de chercher dans la mort une sortie vers la vie. Le penchant vers la mort sert à éviter un danger plus grand encore : la douleur d'exister, l'impossibilité d'apaiser une tension intenable, de traiter l'angoisse ou la dépression autrement qu'en l'éliminant avec soi* » (Menès, 2004, p. 106).

Toutefois, chez certains patients, la fantasmatique suicidaire relèverait d'un mécanisme de défense contre le passage à l'acte suicidaire, qui comporte alors en son sein un espoir paradoxal. Tant et aussi longtemps qu'ils maintiennent le fantasme du suicide comme potentielle voie de sortie

à leur souffrance existentielle, cela leur permet de ne pas mettre en acte leur propre suicide, le tout, à comprendre dans une logique d'auto-apaisement et de renarcissisation (Maltsberger et al., 2010).

C'est donc dans cette réalité paradoxale que doit naviguer le clinicien qui offre un suivi thérapeutique aux personnes présentant un risque suicidaire : dans une temporalité qui oscille entre le vivant et le mortifère, dans un cadre clinique pouvant alterner entre thérapie et intervention de crise et dans des mouvements paradoxaux du mortifère au service du vivant et du vivant au service du mortifère. Plusieurs enjeux thérapeutiques peuvent se présenter au clinicien et rendre particulièrement difficile le suivi thérapeutique des personnes présentant un risque suicidaire (Schechter et al., 2013). Un de ceux-ci est l'anxiété que peut ressentir le clinicien devant l'incertitude de la marche à suivre lorsque le patient quitte les lieux de la thérapie tout en étant encore suicidaire. Cette incertitude peut rendre les moments de rupture dans l'alliance thérapeutique particulièrement inconfortables tant chez le clinicien que chez le patient. De plus, l'anxiété du clinicien peut rendre difficile la tâche d'être en phase avec ce que le patient peut vivre.

L'espace thérapeutique avec un client suicidaire peut aussi être le terreau fertile pour un contre-transfert haineux particulièrement fort chez le clinicien, dû, entre autres, aux projections négatives pouvant provenir du client. Maltsberger et Buie (1974) notent que ce contre-transfert peut se présenter sous plusieurs formes, pouvant ainsi osciller entre un désir d'abandonner le client et des mouvements sadiques envers ce dernier. Ces différentes formes de vécu contre-transférentiel peuvent donner lieu à plusieurs sortes de réponses défensives chez le clinicien, soit la retenue bienveillante, la répression, le retournement de la haine contre soi, la formation réactionnelle la projection, la distorsion et le déni et l'échec soudain des défenses.

Ainsi, être au contact du grand désespoir et de l'impuissance que peut ressentir le client suicidaire peut être particulièrement épuisant et potentiellement éroder l'espoir du clinicien. Or, l'espoir est un élément central de la thérapie auprès de clients présentant un risque suicidaire et c'est grâce au cadre thérapeutique (au sens où Winnicott l'entend) que le thérapeute peut potentiellement relancer le processus de symbolisation porteur d'espoir chez le client suicidaire :

« *Le comportement de l'analyste, représenté par ce que j'ai appelé le cadre, en étant suffisamment bon dans le cas de l'adaptation aux besoins, est graduellement perçu par le patient comme quelque chose qui fait émerger un espoir que le véritable soi puisse être enfin capable de prendre les risques impliqués dans l'expérience de vivre* » [traduction libre] (Winnicott, 1975, p. 386).

Finalement, tel que mentionné plus avant, le cadre thérapeutique avec un client suicidaire peut alterner entre thérapie classique et intervention de crise, demandant un travail de repositionnement régulier chez le thérapeute. En effet, bien que l'attention du thérapeute soit normalement partagée entre l'écoute et l'observation, avec les clients présentant un risque suicidaire, la fonction d'observation chez le clinicien est augmentée, car celui-ci doit alterner entre écouter et évaluer le risque suicidaire (Schechter et al., 2013).

2.5.3 Penser l'impensable : la clinique de la suicidalité périnatale

À défaut de trouver des auteurs qui auraient déjà pensé à la question de la clinique de la suicidalité périnatale, j'ai dû prendre appui sur mes propres expériences d'intervention de crise auprès de femmes suicidaires en période périnatale, ainsi qu'emprunter à une clinique toute particulière, celle du deuil périnatal, afin de pouvoir commencer à penser l'impensable. En effet,

c'est ainsi que Soubieux (2014) décrit la réalité partagée des clientes comme des cliniciens lorsque faisant face à cette question de la perte d'un enfant en période périnatale. Elle met en lumière les dynamiques psychiques sous-jacentes à ce qui se joue affectivement chez les femmes enceintes :

« *Collusion insupportable entre la vie et la mort, bousculant l'ordre des générations, survenant dans la fragilité de la grossesse, s'incrustant dans la chair meurtrie de la mère […] Le plus souvent, les parents devront apprendre à vivre avec une partie d'eux-mêmes endeuillée et une partie tournée vers la vie* » (Soubieux, 2014, p. 22-23).

Ce sont des mouvements que nous pouvons reconnaître dans la clinique de la suicidalité périnatale, un corps contenant/contenu et une psyché qui oscille entre une logique de vie et une logique de mort. L'impensable à penser de la suicidalité périnatale amène une série de questions quant à la part de vivant (qui veut vivre ? Quelle partie veut vivre ? Donner vie à qui, à quoi ?), autant qu'à celle de mortifère (qui veut mourir? Quelle partie veut mourir? Donner mort à qui, à quoi?). Ces questions surviennent dans un environnement clinique qui possède déjà son lot de fantasmes, de mouvements paradoxaux et de temporalités entremêlées, rendant encore plus complexe le travail thérapeutique l'étant déjà par la nature du cadre thérapeutique alternant entre intervention de crise et thérapie classique. Le cœur de mon objet de recherche est de vouloir comprendre la femme enceinte dans une temporalité oscillant entre le passé, le présent et le futur, entre l'archaïque et le mature, entre la vie et la mort et, finalement, dans une temporalité où s'articule la transition à la maternité, mais aussi le processus suicidaire. Outre cela, il s'agit aussi de chercher à comprendre les interactions/configurations possibles des multiples pièces du casse-tête présentes dans la psyché d'une femme enceinte présentant un risque suicidaire.

2.6 « Grille à penser » organisatrice

Cette revue de littérature aura permis de mettre en lumière la présence d'une certaine littérature quantitative et épidémiologique quant au sujet de la suicidalité en période périnatale, tout en exposant la pauvreté de la littérature d'approche qualitative, centrée sur l'expérience subjective de ces femmes enceintes. Cette approche fait écho aux propos de Bydlowski (2008) quant à la nécessité pour ces femmes d'un espace de parole et d'une reconnaissance de leur souffrance dans une période où, trop souvent, leur intérêt est mis de côté par le corps familial et médical, au profit de l'enfant à naître. De plus, cette revue de la littérature met aussi de l'avant l'importance de prendre en compte le contexte biopsychosocial dans lequel évoluent ces femmes ainsi que l'importance des ressources externes (famille, professionnels, etc.) dans leur bien-être.

Ainsi, puisque la question de la suicidalité en période périnatale se situe au confluent de plusieurs domaines (périnatalité, santé mentale et suicidologie) et de plusieurs acteurs (mère, famille, professionnels œuvrant auprès de ces femmes, institutions et société), il m'apparaît nécessaire de me doter d'un cadre conceptuel empruntant à ces domaines et étant assez flexible pour prendre en compte la dynamique complexe qui existe au sein de tous ces systèmes en interrelations. Pour ce faire, j'ai choisi d'utiliser une « grille à penser » pour ma recherche dans une perspective écosystémique telle que conceptualisée par Bronfenbrenner (1979). C'est donc l'idée de consulter les acteurs principaux de la question de la suicidalité en période périnatale qui permet d'articuler le fil conducteur de cette recherche doctorale en deux angles d'analyse, chacun cherchant à intégrer la perspective de différents acteurs autour de la mère, ainsi que la perspective de celle-ci. Cette articulation écologique (voir figure 1) se répartit donc en six systèmes, intégré dans le présent essai dans trois sphères.

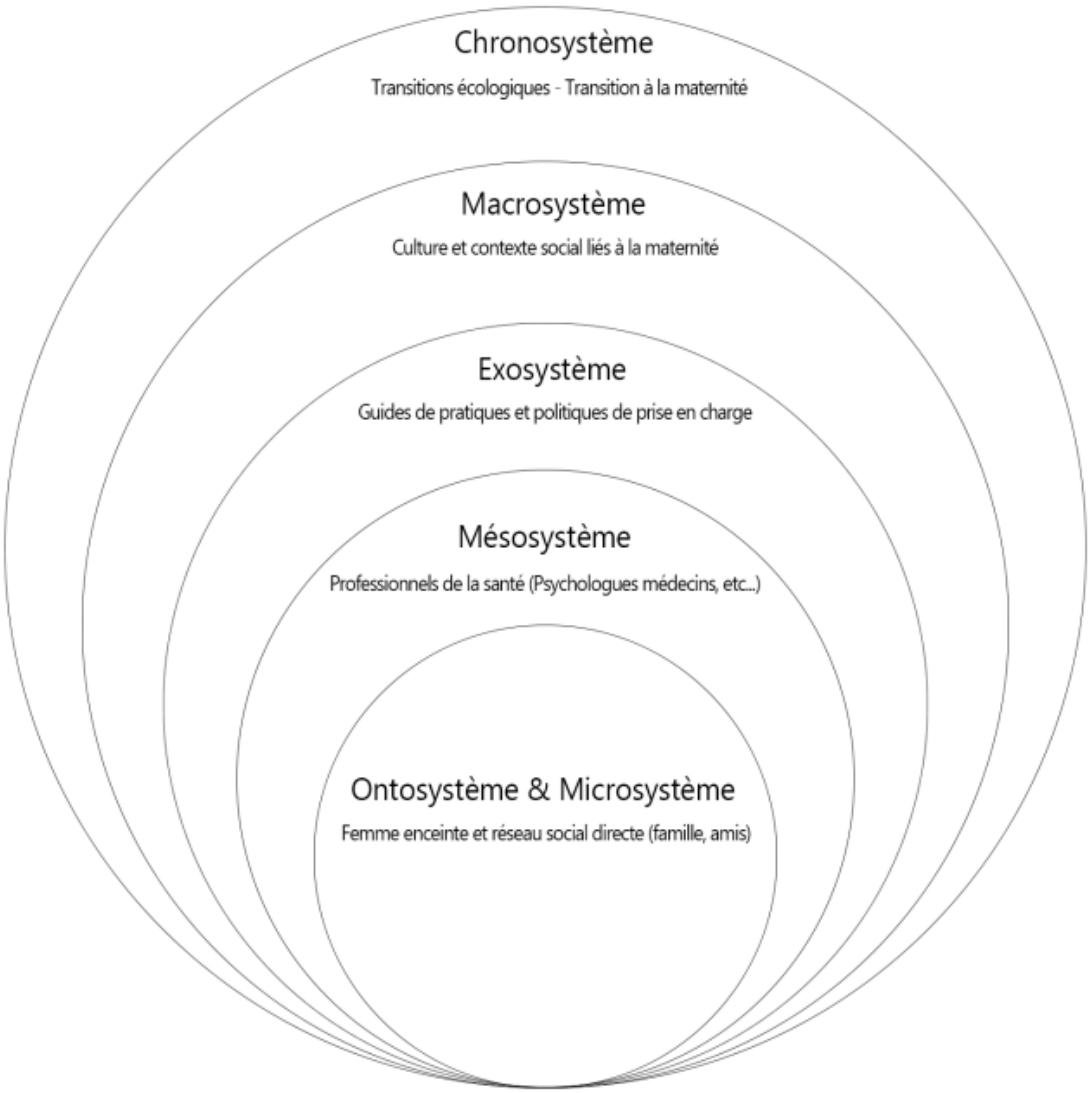

Figure 1. Organisation des éléments associés au risque suicidaire en périnatalité selon le modèle écologique de Bronfenbrenner.

La première sphère (ontosystème et microsystème) est l'objet du premier angle d'analyse et vise à recueillir par entretien avec les femmes présentant un risque suicidaire leur expérience de transition à la maternité; elles ont pu aussi parler directement de leur entourage proche (social et familial). Cet angle d'analyse tient compte du chronosystème en mettant de l'avant la temporalité

propre de ces femmes en se penchant sur le processus circonscrit temporellement qu'est la transition à la maternité.

Le second angle d'analyse concerne la seconde sphère (mésosystème) en mettant de l'avant l'expérience d'une professionnelle œuvrant en périnatalité et qui intervient auprès de ces femmes, permettant d'être cohérent avec l'expérience de transition à la maternité vécu par ces femmes, relativement aux multiples suivis auxquels elles sont exposées lors de la période périnatale.

Le fil conducteur de l'essai sera donc de comprendre la transition à la maternité dans une perspective de pulsion de vie et de pulsion de mort, intégrée au sein des systèmes dans lequel la femme enceinte évolue. La méthode de cet essai vise donc à recueillir des données provenant de deux sources, les femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale et une professionnelle œuvrant en périnatalité, puis de les mettre en commun afin de voir les vases communicants les reliant et les zones de non-communication (p. ex. : les balises cliniques indiquées dans les guides de pratique sont-elles celles utilisées par les professionnels? Sont-elles congruentes ou se contredisent-elles? etc.). Le tout visera finalement l'articulation de l'information provenant de ces différentes sources de savoir afin d'élaborer une compréhension prenant en compte les ressources internes et externes de ces femmes suicidaires en période périnatale. De plus, cela permettra de proposer des recommandations pour une prise en charge qui sera congruente avec les informations provenant des acteurs principaux impliqués dans la question de la suicidalité en période périnatale.

2.7 Objectifs de recherche

Afin de mieux comprendre l'expérience de transition à la maternité chez des femmes présentant un risque suicidaire, d'en dégager les enjeux psychologiques et, au final, de cibler les paramètres d'un accompagnement au plus près de leurs besoins, tout en tenant compte de la réalité des professionnels œuvrant en périnatalité et des institutions de soin, les objectifs et questions de recherche du présent essai sont les suivants :

- Mieux comprendre l'expérience de transition à la maternité de femmes présentant un risque suicidaire en :
    - Identifiant leurs enjeux psychiques ;
    - Cernant comment s'articulent processus suicidaire et transition à la maternité;
    - Cernant les processus suicidaires à l'œuvre.
- Mieux comprendre le rôle des professionnels dans la prise en charge des femmes présentant un risque suicidaire en transition à la maternité en :
    - Identifiant les enjeux qu'ils vivent lors de cette prise en charge : spécificité de leur vécu.
    - Identifiant les éléments de leur questionnement relatifs à cette prise en charge et les pistes de développement anticipées et/ou pensées quant à la prise en charge de ces femmes ;
        - Cernant leurs besoins d'accompagnement relatifs au suivi de ces femmes.

CHAPITRE 3

MÉTHODE

Afin de répondre à ces objectifs, cette recherche comporte deux angles d'analyse complémentaires : l'expérience des femmes et l'expérience des professionnels leur venant en aide.

3.1 Angle d'analyse 1 : l'expérience de transition à la maternité chez des femmes présentant un risque suicidaire

3.1.1 Devis et participants

La présente étude utilise un devis longitudinal à deux temps de mesure, et une méthode qualitative par théorisation enracinée, telle que proposée par Luckerhoff et Guillemette (2012).

L'échantillon comprend quatre participantes vivant au Québec et présentant ou ayant présenté un risque suicidaire en période périnatale. Celles-ci étaient âgées entre 32 ans et 42 ans et possédaient toutes un niveau de scolarité compris entre le Cégep et l'Université. Trois participantes étaient mariées et une était en union de fait au moment des entrevues. La durée du couple des participantes était comprise entre 6 à 12 ans. Finalement, trois participantes n'ont eu qu'un seul enfant et une participante a eu plus de deux enfants.

Les participantes ont été rencontrées à deux reprises lors d'entrevues tenues à 10 jours d'intervalle maximum. Ces entrevues visaient à explorer rétrospectivement leur expérience d'idéations suicidaires survenues durant la période périnatale, soit la période couvrant le début de leur grossesse jusqu'à 12 mois après leur accouchement. L'intervalle de temps entre les deux entrevues visait, comme proposé par Green (2004), à recueillir l'après-coup de la première entrevue.

Selon ce dernier, « le moment où ça se passe n'est pas le moment où ça se signifie et le moment où ça se signifie ne s'appréhende pas comme moment actuel, mais comme une rétrospection » (Green, 2004, p. 22).

3.1.2 Processus de recrutement

Le processus de recrutement a été fait en plusieurs vagues via les réseaux sociaux. Des organismes pertinents à contacter ont été identifiés à l'aide du répertoire québécois du 211 (service permettant de trouver des services communautaires et sociaux). Les domaines retenus étaient la périnatalité, les services pour les familles, l'aide médicale à la procréation et les services en prévention du suicide. Les organismes ont été contactés par courriel et l'affiche de recrutement a été envoyée à ceux ayant accepté de la diffuser dans leur réseau. Le processus de recrutement s'est également fait conjointement à l'étude COCON (Continuité du soutien professionnel et social en contexte de COVID-19). Les répondantes ayant indiqué avoir ou avoir eu des idées suicidaires et ayant indiqué accepter d'être relancées dans le cadre de futures recherches ont été contactées par courriel par la chercheuse en charge du projet COCON. Le processus de recrutement s'est déroulé en deux vagues (juin 2021 et novembre 2021). L'affiche de recrutement a également été diffusée en octobre 2022 via la liste des étudiants participant et ayant participé au programme court en psychologie périnatale à l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Finalement, les participantes de la recherche étaient invitées à diffuser ou à parler de la recherche à des personnes de leur entourage qui pourraient être intéressées à participer, selon un échantillonnage boule de neige.

3.1.3 Méthode de collecte et procédure

En raison du contexte pandémique, les entrevues ont eu lieu à distance via la plateforme Zoom. L'information a été recueillie lors d'entrevues semi-structurées d'orientation psychanalytique, d'une durée allant de 60 à 90 minutes, avec consigne de départ large permettant la narration du vécu de la grossesse des participantes et avec relances au plus près de leur discours (p. ex. : « Vous êtes présentement au Xème trimestre de grossesse et vous avez mentionné présenter un risque suicidaire, parlez-moi de comment cela se passe pour vous présentement »). À la fin de la première entrevue, les participantes étaient invitées à remplir un formulaire sociodémographique (voir annexe C). À la suite des deux premières entrevues avec la première participante, il est apparu nécessaire de structurer les entrevues de façon à dédier la première entrevue au recueil d'information portant sur le vécu périnatal des femmes et la seconde à l'approfondissement d'éléments apportés de la première entrevue et au recueil d'information sur leur vécu de suicidalité en période périnatale.

Comme le mentionne Gilbert (2007), l'entrevue de recherche d'orientation psychanalytique s'inspire d'une écoute de type entretien clinique d'orientation psychanalytique, en laissant une grande place à la subjectivité consciente et inconsciente du sujet, tout en limitant le plus possible les interventions de l'intervieweur afin de laisser l'opportunité au participant d'élaborer pleinement sa réponse. Les entrevues s'inscrivent dans une posture analytique où le sens se coconstruit dans l'échange entre le chercheur et le participant dans un mouvement de va-et-vient qui sollicite les deux subjectivités (Malo, 2006). Cette posture paraît être la plus adaptée pour donner librement la parole à ces femmes et recueillir toute la richesse et la complexité de leur vécu subjectif.

3.1.4 Analyse des données

Les enregistrements audios provenant des entrevues ont été transcrits mot à mot, en ne négligeant pas de noter les détails entourant l'entrevue (pauses, exclamations, silences, etc.). Les verbatims ont ensuite été analysés à l'aide du logiciel QSR N'Vivo selon des analyses thématiques, devenant progressivement des analyses par catégories conceptualisantes, montant ainsi en niveau de théorisation et d'interprétation du matériel (Paillé et Mucchielli, 2016). L'analyse thématique consiste en « la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce, en rapport avec l'orientation de recherche (la problématique) » (Paillé et Mucchielli, 2012, p.232). La catégorie conceptualisante quant à elle « va au-delà de la désignation de contenu pour incarner l'attribution même de la signification ». Ainsi, l'analyse par catégories conceptualisantes suppose « une intention d'analyse dépassant la stricte synthèse du contenu du matériau analysé et tentant d'accéder directement au sens, et l'utilisation, à cette fin, d'annotations traduisant la compréhension à laquelle arrive l'analyste » (Paillé et Mucchielli, 2012, p.316).

Comme le sous-tend l'utilisation de la théorisation enracinée (Luckerhoff et Guillemette, 2012), l'analyse des données a été faite dans une logique itérative et inductive, soit dans une séquence simultanée de recueil de données et d'analyse de celles-ci. Les entrevues précédemment conduites ont ainsi permis d'enrichir le canevas d'entrevue avec les thématiques et questionnements ayant précédemment émergés et d'ainsi incorporer ces éléments aux entrevues subséquentes.

Ainsi, dans une perspective itérative et interprétative, les analyses des données ont été conduites en tandem, tel que conceptualisé par Castonguay et Noël (2017). En effet, l'utilisation d'un journal de bord du chercheur (Baribeau, 2005) a permis de consigner vécus et réflexions aux

différentes étapes de la recherche et en particulier lors du recueil des données, éléments qui ont été travaillés, en lien avec le matériel d'entrevue, lors de rencontres post-entrevue avec les auxiliaires de recherche ayant contribué à la présente recherche. Ainsi, les auxiliaires de recherche ont pu jouer le rôle de tiers et rendre possible l'analyse de ce qui a pu être du contenu contre-transférentiel (vécu du chercheur en entrevue). De cette façon, le matériel recueilli en entrevue via une co-construction de sens entre la participante et le chercheur a pu, en plus d'être enrichi par l'analyse du vécu du chercheur, être enrichi par le travail associatif provenant du chercheur principal et des auxiliaires de recherche, dans un second processus de co-construction (Brunet, 2009). Le processus de co-construction du sens avec les tiers (auxiliaires de recherche) s'est déroulé en deux étapes, soit lors d'une première rencontre post-entrevue où le matériel d'entrevue était initialement discuté et analysé, culminant par la rédaction d'un mémo post-entretien. Puis, lors d'une deuxième rencontre à la suite d'un premier mouvement d'analyse des entrevues via des analyses thématiques et conceptualisantes, où la thématisation et la théorisation étaient ensuite discutées avec les tiers, afin de faire émerger une deuxième mise en sens des données.

3.2 Angle d'analyse 2 : l'expérience de suivi d'une professionnelle œuvrant auprès de femmes en transition à la maternité et présentant un risque suicidaire

3.2.1 Devis et participants

La présente étude utilise un devis longitudinal à deux temps de mesure, qualitatif avec une méthodologie par théorisation enracinée, telle que proposée par Luckerhoff et Guillemette (2012).

La participante recrutée œuvrait en périnatalité comme doula et avait une expérience de suivi tout au long de la grossesse, auprès de femmes présentant un risque suicidaire en période

périnatale. Les deux entrevues avec la participante ont eu lieu à 10 jours d'intervalle et ce pour la même raison que celle évoquée avec les femmes ayant des idéations suicidaires en période périnatale.

3.2.2 Processus de recrutement

Le recrutement de la professionnelle s'est fait dans un premier temps via la liste des étudiants participant et ayant participé au programme court en psychologie périnatale à l'Université du Québec à Montréal (UQAM) en octobre 2022. Dans un second temps, l'affiche de recrutement a été diffusée en plusieurs vagues via les réseaux sociaux (novembre 2022, juin 2022, janvier 2023 et mars 2024) en même temps que l'affiche de recrutement de la première recherche. De plus, les mêmes organismes précédemment identifiés via le répertoire québécois du 211 (service permettant de trouver des services communautaires et sociaux) ont été contactés par courriel et l'affiche de recrutement leur a été envoyée, les invitant à la diffuser dans leur réseau. Les domaines retenus étaient la périnatalité, les services pour les familles, l'aide médicale à la procréation et les services en prévention du suicide.

3.2.3 Méthode de collecte et procédure

L'information a été recueillie lors d'entrevues semi-structurées d'orientation psychanalytique, d'une durée de 60 à 90 minutes, avec consigne de départ large (p. ex. : « Vous avez mentionné avoir ou avoir eu des suivis avec des femmes en transition à la maternité et présentant un risque suicidaire, parlez-moi de comment cela se passe / s'est passé pour vous lors de ces suivis ») permettant la narration de l'expérience professionnelle au plan affectif et cognitif auprès de femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale et complété avec des

relances se tenant au plus près du discours. À la fin de la première entrevue, la participante a été invitée à remplir un formulaire sociodémographique (voir annexe C).

3.2.4 Analyse des données

Les enregistrements audios provenant des entrevues ont été transcrits mot à mot, en ne négligeant pas de noter les détails entourant l'entrevue (pauses, exclamations, silences, etc.). L'analyse a ensuite été conduite de manière identique à celle décrites pour les mères participantes. Par souci de concision et pour éviter la redondance, cette description de sera pas reprise ici.

3.3 De la triangulation des données à l'articulation des perspectives

La visée finale du présent essai est, à la suite du recueil des données provenant de chacun des angles d'analyse et de leur première mise en sens, de mettre en commun le corpus de savoir recueilli et d'organiser ce matériel à l'aide d'un tableau permettant de regrouper tous les éléments de recommandation dans l'accompagnement de ces femmes provenant des différentes sources de savoir. En effet, le matériel provenant des femmes présentant un risque suicidaire nous a renseigné quant à leur réalité propre, leurs attentes et leurs besoins d'une prise en charge thérapeutique (ontosystème et microsystème). De même, le matériel provenant de la professionnelle nous a renseigné quant à sa réalité propre en tant que professionnelle prenant en charge des femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale, ainsi que ses attentes et besoins face à sa tâche d'un suivi avec ces femmes (mésosystème).

Ainsi, cette mise en commun du corpus recueilli nous a renseigné quant aux zones de communication entre tous les acteurs interrogés de la suicidalité en période de transition à la maternité, aux zones de non-communication, ainsi qu'à toutes les zones grises pouvant émerger du

discours des participantes. Cette mise en commun et cette articulation des perspectives visent une meilleure compréhension du vécu de ces femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale, pour ultimement formuler des recommandations spécifiques relatives à leur suivi thérapeutique et à une offre de services tenant compte de la complexité de leurs enjeux.

3.4 Enjeux éthiques associés au projet

Sachant que la recherche auprès de personnes présentant un risque suicidaire peut être éthiquement complexe, il convient d'exposer divers éléments.

J'ai une expérience professionnelle comme 'intervenant en prévention du suicide. Ainsi, en plus d'avoir reçu une formation reconnue pour intervenir auprès de personnes présentant un risque suicidaire (formation accréditée de l'Association Québécoise de Prévention du Suicide – 21 heures), j'ai travaillé trois ans dans le domaine de la prévention du suicide à titre d'intervenant de crise pour l'organisme Suicide Action Montréal.

Cela étant, une question qui surgit spontanément dans toute étude auprès de personnes présentant un risque suicidaire est la suivante : « la participation à l'étude où l'on questionne la personne sur ses idées suicidaires augmente-t-elle potentiellement ses symptômes et idées suicidaires? ». À ce titre, Dazzi et collègues (2014) rapportent n'avoir trouvé dans la littérature existante aucun résultat statistiquement significatif à cet effet et suggèrent même que le fait de parler de ses idées suicidaires pourrait contribuer à diminuer les idéations suicidaires et à améliorer la santé mentale de participants provenant d'une population qui recherche activement un traitement.

Le second élément concerne la confidentialité versus la sécurité des participantes. À ce titre, les participantes ont été avisées verbalement et dans les formulaires de consentement que les informations qu'elles transmettaient lors des entrevues seraient confidentielles, mais que la confidentialité serait levée au profit de la sécurité dans l'éventualité où des éléments fournis durant l'entrevue laisseraient croire que la sécurité d'une personne ou de la participante elle-même serait en danger imminent (présentant un risque dans les prochaines 24h). Les informations fournies lors

de l'entrevue et justifiant la mobilisation du service d'urgence (911, hospitalisation) seraient transmises aux policiers/ambulanciers et/ou personne prenant en charge la potentielle hospitalisation de la participante. De même, face à la divulgation d'informations laissant entendre un risque suicidaire potentiel d'une personne de l'entourage de la participante, celle-ci était informée des ressources existantes et invitée à les contacter et à proposer à la personne pour laquelle elle s'inquiétait de faire de même.

Le troisième élément, lié au précédent, est la mise en place d'un plan de sécurité et de potentielles relances téléphoniques auprès des participantes. Une liste de ressources potentielles (p. ex. : 811, ligne québécoise de prévention du suicide, centres de crise, etc.) a été incluse dans le formulaire de consentement des participantes (voir annexe A). L'évaluation du degré de danger de leur passage à l'acte suicidaire à la suite de la rencontre a été faite en fin d'entrevue lors d'une période de débriefing. Il était prévu que dans l'éventualité où une participante présenterait un faible risque de passage à l'acte suicidaire, elle serait invitée à utiliser les ressources mises à sa disposition, et d'en discuter avec son thérapeute au besoin. Dans le cas d'un risque modéré de passage à l'acte suicidaire, la procédure serait la même que pour un faible risque, mais il était prévu d'offrir la possibilité d'un ou de plusieurs contacts téléphoniques avec la participante dans une perspective de suivi post-rencontre. Finalement, dans l'éventualité d'un risque élevé de passage à l'acte suicidaire (moins de 24h), les services d'urgence seraient contactés en collaboration avec la participante afin d'assurer immédiatement sa sécurité. Au terme des rencontres, aucun cas de présence d'idées suicidaires n'est apparu chez l'une ou l'autre des participantes.

CHAPITRE 4
RÉSULTATS

Dans ce chapitre, les résultats provenant des deux angles d'analyses sont successivement présentés en fonction des méta-catégories conceptualisantes ayant émergé du corpus de recherche. Ces méta-catégories sont le niveau le plus élevé de théorisation provenant d'un processus de théorisation continu. Le premier niveau de théorisation a émergé lors des analyses thématiques, qui étaient davantage descriptive et près des données de recherche, puis se transformant, se raffinant et se synthétisant dans une théorisation par catégories conceptualisantes. Ces catégories sont elles-mêmes regroupées sous des méta-catégories conceptualisantes.

Ce processus a permis l'émergence progressive de cinq méta-catégories centrales des données :1- L'effet boule de neige : accumulation de facteurs aggravant l'état de détresse ; 2- Le soutien : Un système à configuration multiple ; 3- La suicidalité périnatale : La crise dans la crise ; 4- La temporalité : Des repères pour mieux se construire ; 5- Être ou ne pas être : Déterminer les repères identitaires (voir Figure 2).

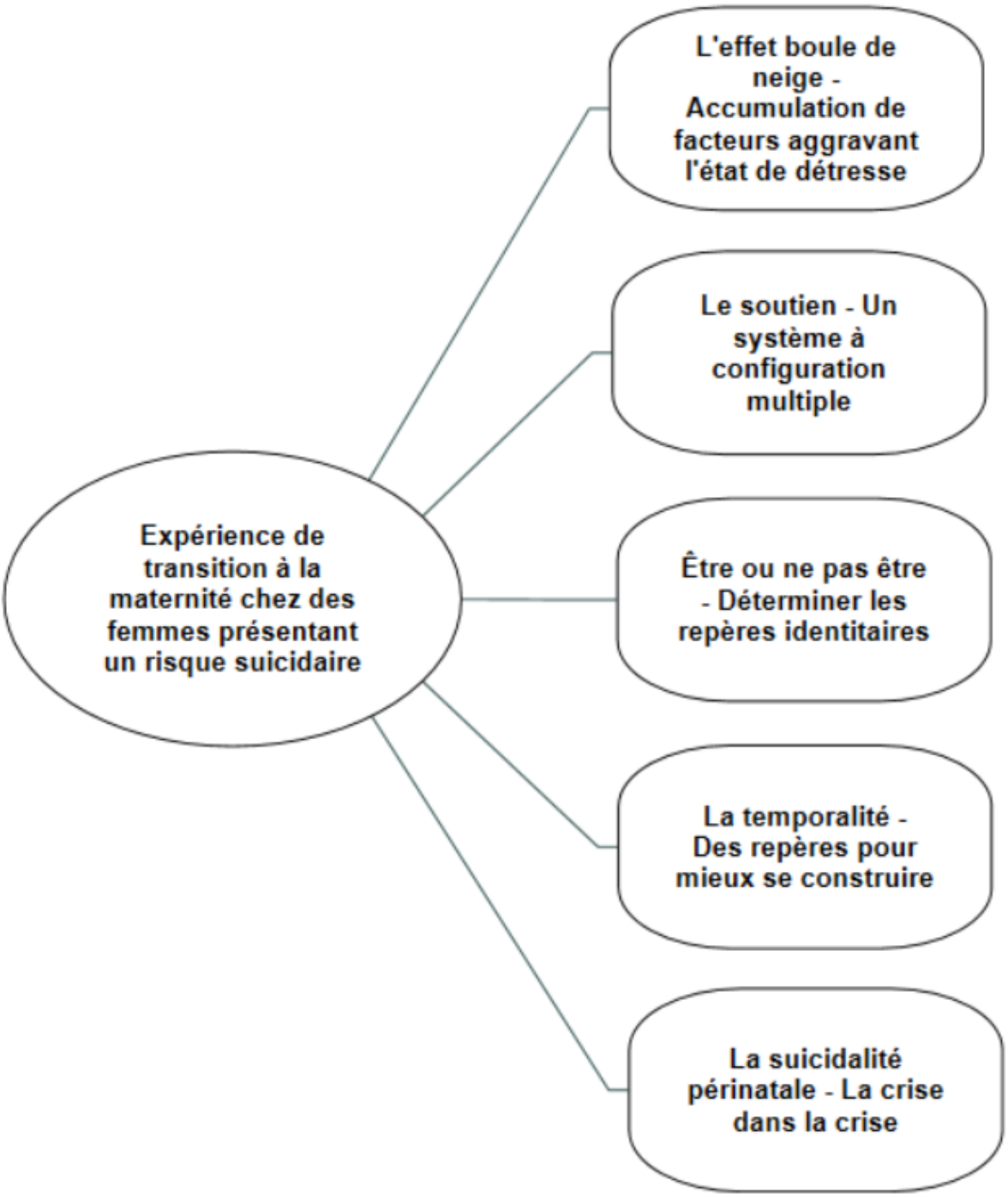

Figure 2. Méta-catégories conceptualisantes de l'expérience de transition à la maternité chez des femmes présentant un risque suicidaire.

4.1 Angle d'analyse 1 : l'expérience de transition à la maternité chez des femmes présentant un risque suicidaire

4.1.1 L'effet boule de neige : Accumulation de facteurs aggravant l'état de détresse

La première méta-catégorie conceptualisante ayant émergé des analyses et présente dans le discours de toutes les participantes, touchait aux facteurs ayant aggravé l'état de détresse vécue par les femmes lors de leur parcours de grossesse par un effet d'accumulation. Cette méta-catégorie était elle-même composée de quatre catégories conceptualisantes. Les facteurs aggravant l'état de détresse rapportés par les participantes ont été regroupés en quatre catégories selon la provenance des expériences : contextuel, physio-corporel, psychologique et relationnel (voir figure 3).

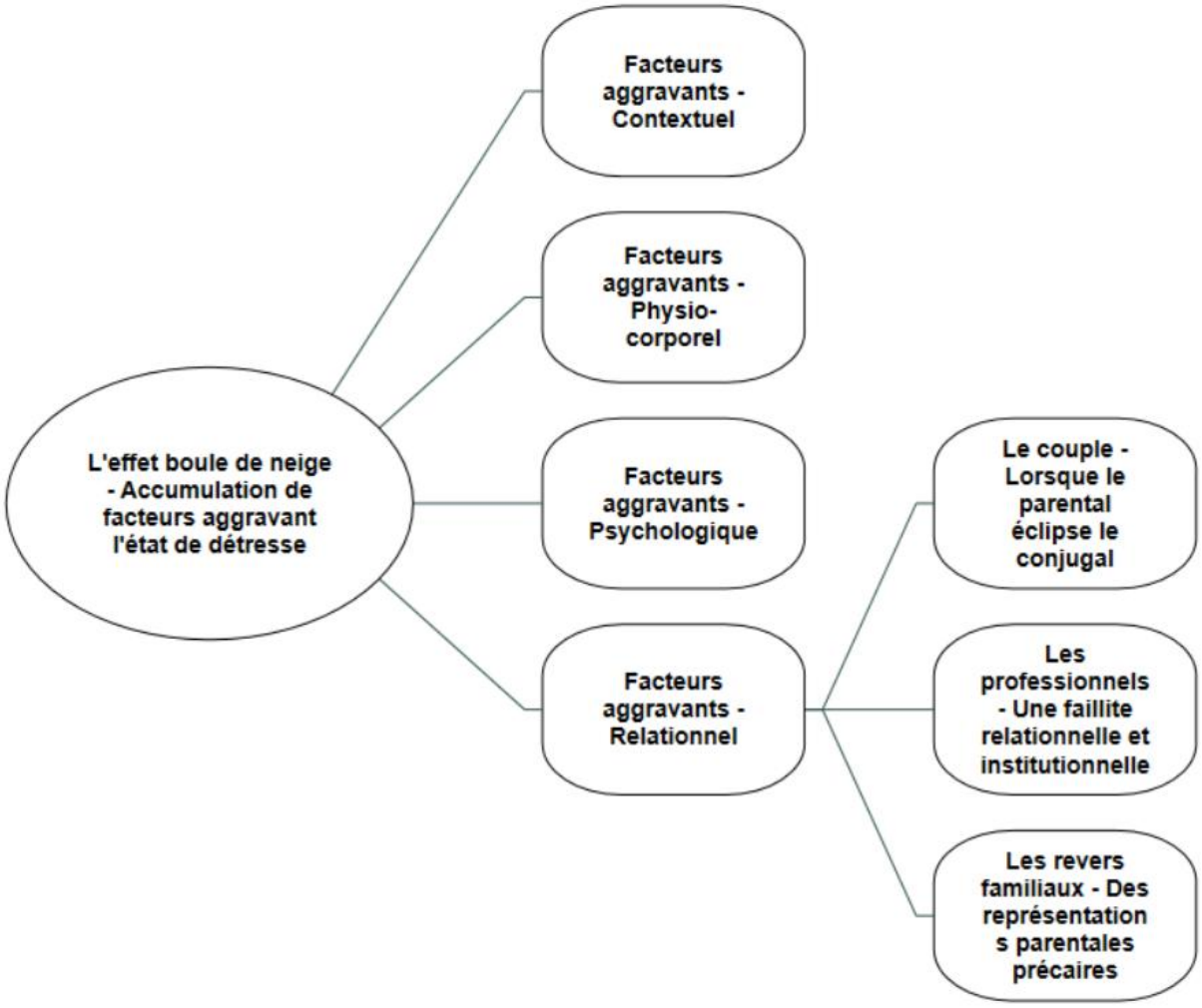

Figure 3. Articulation de la méta-catégorie conceptualisante « L'effet boule de neige : Accumulation de facteurs aggravant l'état de détresse ».

4.1.1.1 Facteurs aggravants : Contextuel

Dans la catégorie « contextuelle », la majorité des participantes ont exprimé des répercussions négatives provenant du contexte pandémique de la COVID-19. C'est entre autres le cas d'Isabelle, de Cynthia et de Stella qui ont exprimé à quel point la pandémie a été une expérience engendrant de l'isolement et une sensation de solitude profonde :

« *I : On était plusieurs, à ce moment-là à vivre ça. Je pense vraiment que, c'est le fait que ce soit la pandémie et qu'on ne pouvait voir personne et qu'on était toute seule chez nous et c'étaient nos premiers enfants pour [nous] toutes. Donc ça a été vraiment… ça a été vraiment horrible, pour tout le monde, je pense* » (Stella, entrevue 2).

Pour Isabelle et Stella, ces répercussions prenaient, entre autres, la forme de conséquences sur les soins périnataux offerts et la disponibilité des professionnels. Celles-ci ont rapporté comment les mesures sanitaires mises en place au sein des institutions de santé amenaient une hausse significative de leur anxiété, entre autres, avec la restriction de la possibilité que leur conjoint soit présent lors de l'accouchement, ainsi qu'en raison du manque de continuité des suivis de grossesse et post-grossesse :

« *I* : *Avec la Covid, j'ai eu l'impression d'être abandonnée à mon sort […] c'est fâchant, je demande des choses, qui sont tout à fait normales, dans ma situation, mais ma situation n'était comme… pas jugée urgente, même si je devais être vue d'urgence par le CHUM, ma situation n'était pas jugée urgente à cause de la Covid, l'urgence c'est ça, on dirait que le monde a arrêté de vivre à cause de la Covid* » (Isabelle, entrevue 1).

Plusieurs participantes ont également rapporté des difficultés financières liées à leur arrêt de travail engendré par leur grossesse, ainsi que par le contexte pandémique :

« *I : Financièrement ça n'allait pas, j'avais de la misère à me nourrir, j'ai deux enfants à nourrir, je suis enceinte, j'en ai un 3*^{e} *qui faut que je nourrisse […] je ne travaille pas, je n'ai pas d'entrée d'argent, j'ai… c'est la covid aussi, on a de la misère à recevoir nos subventions parce que l'argent est lancé partout* » (Isabelle, entrevue 1).

4.1.1.2 Facteurs aggravants : Physio-corporel

Toutes les participantes ont rapporté au cours des entretiens de recherche des variations et des difficultés en lien avec leurs fonctions physiologiques ou avec leur corps. Relativement aux fluctuations des fonctions physiologiques, Isabelle et Cynthia rapportent des fluctuations hormonales importantes affectant leur humeur et influençant négativement leur processus suicidaire :

> « *I : Les hormones rentrent dedans aussi […] ça me rend encore plus irritable, plus spontanée, rapide, j'ai comme, j'ai la mèche courte comme qu'on dit en québécois, je n'ai pas de patience […] les hormones jouent, puis on dirait que justement là, mi-grossesse, les côtés négatifs reviennent, l'irritabilité et tout ça [grand soupir] […] on dirait qu'on voit plus le noir plus rapidement […] qui vient jouer, en même temps, sur l'humeur pis sur les états dépressifs là* (Isabelle, entrevue 2).

Toutes les participantes ont aussi rapporté des difficultés de sommeil, comme Cynthia qui mentionne : « *le manque de sommeil, je pense que c'est le plus gros facteur de ma dépression, ça été le manque de sommeil* » (Cynthia, entrevue 2) ou Laura qui souligne « *J'ai vraiment plus de la misère à dormir d'après moi, je devais commencer à être vraiment déshydratée, puis à vraiment moins bien dormir, donc ça aussi ça a un impact sur l'humeur, le manque de sommeil* » (Laura, entrevue 1). Ces difficultés à dormir étaient généralement accompagnées d'une fatigue présente tout au long de la grossesse et qui, souvent, s'accentuait dans les premiers mois de vie de l'enfant.

Sur le plan physique, les mamans ont rapporté une variété de problèmes physiques (blessures, symptômes physiques engendrant de la souffrance, etc.), ainsi que des difficultés en lien avec leur prise de poids :

> « *I : C'est sûr que j'ai de moins en moins le goût de faire des trucs, je reste souvent allongée, je suis vraiment fatiguée, je n'ai pas de motivation et tout me demande un effort, parce que je pense que j'ai pris 60 livres […] j'ai pris 60 livres donc en vraiment peu de temps, puis tout me demande un effort là, juste de me déplacer, c'est compliqué, donc je ne fais pas grand-chose, je suis fatiguée, j'ai hâte, j'ai hâte d'accoucher, je, oui, j'ai hâte* » (Stella, entrevue 1).

4.1.1.3 Facteurs aggravants : Psychologique

Toutes les participantes ont rapporté avoir vécu une variété de symptômes psychologiques tels que des états amotivationnels, de l'anxiété relativement à la grossesse ou à l'accouchement, des idées intrusives, des hallucinations auditives, des états traumatiques, etc. Ces éléments sont bien visibles dans les propos de Laura :

> « *I : J'avais un choc post-traumatique d'agression sexuelle, mais je me souviens même pas que je me suis fait agresser […] c'est comme vraiment spécial, ça fait beaucoup de choses, donc ça aussi avec mes enfants, j'ai vécu beaucoup de culpabilité par rapport à ça […] c'est sûr là, parce que tu as des images qui te viennent en tête, mais crime, tu ne veux pas avoir ces images-là, donc le plus que tu ne veux pas les avoir, plus qu'ils reviennent et là ça devient comme un TOC, dans le fond […] je n'avais aucune capacité de gérer ça là* » (Laura, entrevue 2)

Divers sentiments en lien avec la réalité de la maternité ont aussi été exprimés (p. ex. : sentiment de difficulté à créer un lien avec l'enfant ou le sentiment de ne pas être une bonne mère). C'est le cas de Laura qui parlant son enfant mentionne :

> « *Elle a tellement passé proche de mourir, il y a des fois, je réalise que maintenant j'ai de la misère à me connecter avec elle parce que ça me fait peur, tu sais quand tu as perdu un enfant ou quand tu es proche d'en perdu un […] tu fais une partie de ton deuil ou tu te protèges en coupant un peu la relation* » (Laura, entrevue 1)

Pour sa part, Isabelle relève le caractère tabou de son expérience au regard des attentes sociales et questionne son expérience de maternité en la comparant à celle d'autrui :

> « *C'est un peu comme une claque dans la face, puis là de te dire, ben là, écoute, je devrais-tu, je ne devrais pas… tu te questionnes, je n'y arrive pas, ça devient lourd, comment font les autres ? Donc la roue de la dépression embarque rapidement* » (Isabelle, entrevue 2).

Des difficultés relatives à leur expérience émotionnelle (p. ex. : sentiment de débordement ou sentiment que la grossesse amplifie la détresse vécue) ont été mentionnées par la plupart des participantes:

> « I : *Oui, parce que ce n'est [pleure]… ce n'est pas moi [silence et pleure], ce n'était pas moi de [silence]… de vouloir comme jeter l'éponge de de… je pense c'est ça qui me touche que, je me reconnaissais plus, j'ai été dépassée par ce qui était la maternité […] c'était trop, comment qu'on fait pour [silence]… on se lance dans l'aventure d'avoir un enfant pis on dirait qu'on, on se dit qu'on est prêt, mais on est naïf de dire ça parce qu'on ne l'est pas*

prêt à vivre ça… oui, c'était trop, je me suis sentie dépassée par les événements » (Cynthia, entrevue 2).

4.1.1.4 Facteurs aggravants : Relationnel

Les participantes ont rapporté avoir rencontré des difficultés relationnelles au sein de leur couple, avec les professionnels dans le cadre de leur suivi et certains membres de leur famille.

4.1.1.4.1 Le couple : Lorsque le parental éclipse le conjugal

La transition à la maternité semble avoir eu des impacts significatifs sur le couple de toutes les participantes. En effet, la plupart ont souligné comment la venue de leur enfant a pu fragiliser le couple conjugal au profit du couple familial. C'est le cas de Stella qui élabore quant à ses difficultés de prendre du temps pour leur couple :

« *Il faut toujours penser à… au petit d'abord, puis on n'avait personne, vraiment personne du tout pour… bien garder le petit une soirée, puis aller une après-midi ou juste 1h, pour aller prendre un café juste ensemble, le couple […] mais c'est sûr qu'on n'avait personne ici pour… bien souffler un peu et puis juste être le couple et pas juste les parents, donc, ça, c'est sûr que ça a fragilisé [le couple]* » (Stella, entrevue 2).

Pour Cynthia et Laura, ces difficultés s'articulaient spécifiquement autour de la sexualité de leur couple. Cynthia mentionne comment : « *je n'avais pas envie de faire l'amour, non, non, ça là, pfff, j'étais fatiguée, moi quand je me couchais, je voulais dormir* » (Cynthia, entrevue 2). Du côté de Laura, la sexualité était empreinte de reviviscence de difficultés sexuelles provenant de son passé : « *ça a été vraiment difficile pour ça parce que j'étais, j'ai eu la douleur, puis là, je pense*

que ça a beaucoup ravivé mes craintes ou ma difficulté de mettre mes limites et tout ça » (Laura, entrevue 2).

Toutefois, une seule participante a rapporté une expérience où son rôle parental a complètement éclipsé son couple :

> « *Je n'avais pas le temps en fait réellement, je n'avais pas… parce que… mon mari était super touché par tout ça [opération de leur fils], je l'ai mis dehors de l'hôpital parce qu'il pleurait dans la chambre et tout, je disais, écoute, non, donc c'est déjà… j'ai déjà un enfant à gérer, je ne veux pas te gérer toi en plus, donc va-t'en* (Stella, entrevue 2).

4.1.1.4.2 Les professionnels : Une faillite relationnelle et institutionnelle

Plusieurs participantes, lors de leur expérience périnatale, ont fait face à ce qu'elles percevaient comme des faillites relationnelles dans le cadre de leur interaction avec les professionnels ou les institutions de soin. Parmi ces expériences de faillites professionnelles, Stella souligne les manques d'explications reçues relativement aux procédures médicales : « *j'étais vraiment prise dans mon truc, à date, je ne sais même pas combien de points de suture j'ai eu parce qu'elle [la gynécologue] ne m'a jamais rien dit* » (Stella, entrevue 2). Ce vécu fait également écho à l'expérience d'Isabelle qui rapporte avoir senti un manque de considération, du rejet et une capacité insuffisante des professionnels pour l'accompagner convenablement :

> « *En partant, personne n'a validé les idées suicidaires, zéro pis une barre, il n'y a personne qui m'a dit, écoute ça se peut que ton bébé soit trisomique, comment ça va ? Comment prends-tu ça ? Zéro pis une barre, personne, personne, personne […] puis j'avais l'impression que, le*

personnel médical, disons-le comme c'était, était indifférent, à nos émotions en tant que parents, qu'on vivait, aux étapes qu'on a dû faire » (Isabelle, entrevue 1).

4.1.1.4.3 Les revers familiaux : Des représentations parentales précaires

Pour Isabelle, Stella et Laura, l'expérience périnatale a été marquée par des moments où elles étaient confrontées aux faillites de leurs parents, que ce soit dans le passé, comme pour Stella qui relate la violence qu'elle a elle-même vécue : « *Elle [sa mère] a des réactions qui me font penser à… aux réactions qu'elle avait avant d'être violente physiquement avec moi, juste les instants avant et quand je la vois faire ça, ça me déclenche pas mal* » (Stella, entrevue 2) ou pour Isabelle où la maternité est marquée par l'absence de sa famille, particulièrement celle de sa mère :

> « *Ma famille, j'ai été pendant 8 ans sans leur parler […] j'ai su le mois d'août avant la covid, que ma mère était atteinte d'un cancer, qu'elle voulait me revoir, en fait, elle ne voulait pas me revoir, elle voulait voir mes enfants, ça m'a été présenté comme ça, donc déjà une claque sur la gueule, c'est ça… mes enfants, pas moi* » (Isabelle, entrevue 1).

De toute les participantes, Stella est la seule maman rapportant avoir vécu des difficultés dans la relation à son enfant, marquée par la peur et l'effroi et ses tentatives d'apaiser un enfant qui pourrait lui faire du mal :

> « *Un peu quand on parle à quelqu'un, quand on parle à un méchant là et qu'on essaie de l'apaiser, il ne faut pas qu'il nous fasse trop de mal, on lui dit : non, mais tu sais, ça va bien se passer, tu sais ça, ça va aller. Bien, c'est exactement ça que je me souviens, j'avais vraiment peur, il me faisait vraiment peur* » (Stella, entrevue 2).

4.1.2 Le soutien : Un système à configuration multiple

La seconde méta-catégorie conceptualisante touchait aux ressources mobilisées, que celles-ci soient internes ou externes, favorisant le bien-être des participantes. Là où la précédente méta-catégorie venait exacerber l'état de détresse vécu, celle-ci a plutôt pour fonction d'atténuer les difficultés vécues. Cette méta-catégorie était elle-même composée de huit catégories conceptualisantes. Les facteurs soutenants ont été regroupés en cinq catégories représentant les différents types de relations procurant des expériences soutenantes : 1- entre soi et soi : méthodes pour composer avec la souffrance ; 2- la famille : un système qui prend soin des siens ; 3- le partenaire amoureux : un tiers nécessaire ; 4- les amitiés : soutenir à différents niveaux ; 5- les professionnels : entre savoir-faire et savoir-être. À ces catégories s'ajoutent également trois catégories conceptualisantes exprimant des méthodes ou processus employés et/ou à employer afin de soutenir l'expérience de ces femmes : 6- La métaphorisation : une façon d'organiser le vécu ; 7- Participer à l'étude : entraide et partage ; 8- recommandations pour les professionnels et les institutions (voir figure 4).

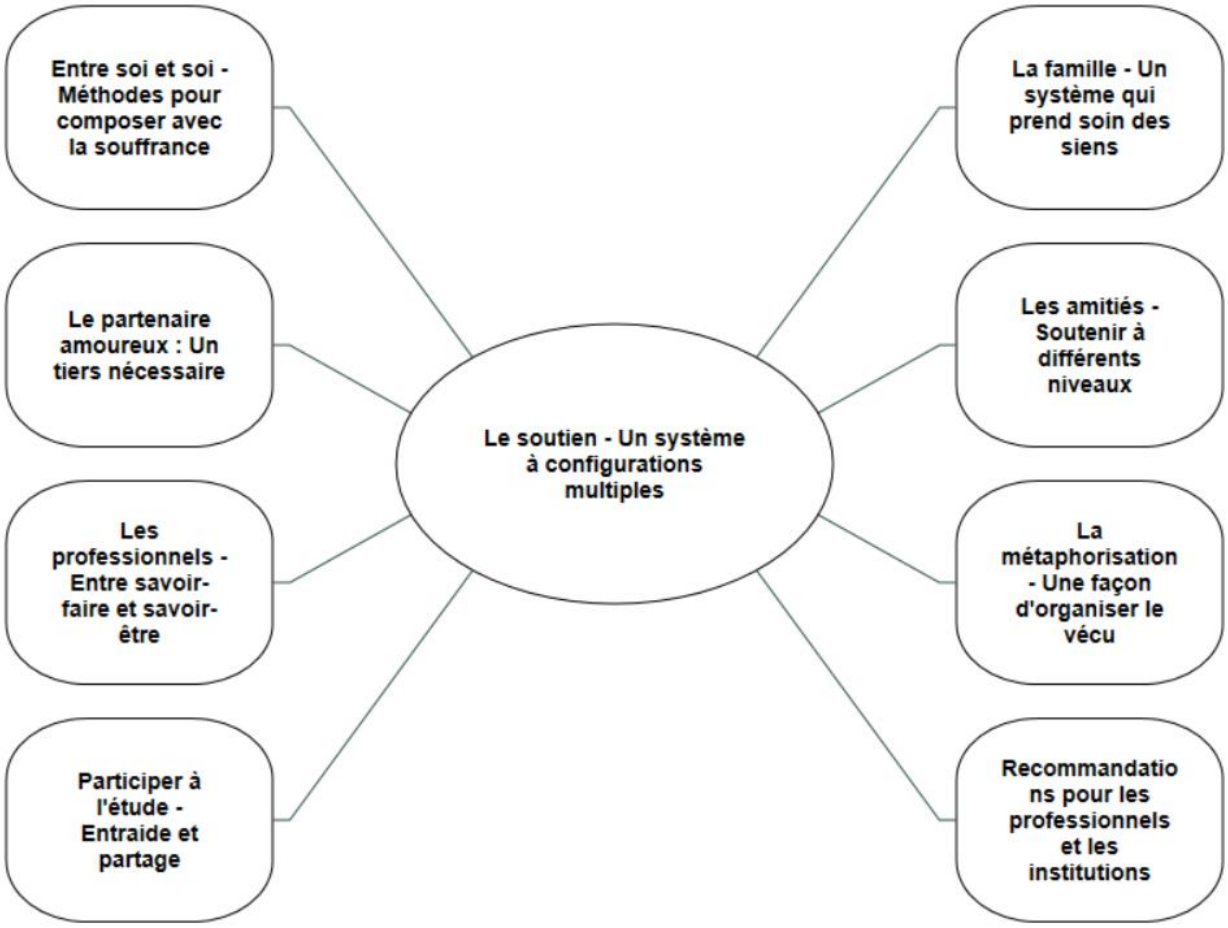

Figure 4. Articulation de la méta-catégorie conceptualisante « Le soutien : Un système à configurations multiples ».

4.1.2.1 Entre soi et soi : Méthodes pour composer avec la souffrance

Lors des entretiens, chacune des participantes a évoqué des façons qu'elles avaient de prendre soin d'elles-mêmes ou de composer avec la souffrance émergeant de leur vécu. Une méthode partagée par la plupart des participantes afin de composer avec l'intensité de leur souffrance a été d'opérer, bien malgré elles, une coupure de leur vécu émotionnel. C'est le cas d'Isabelle qui décrit son expérience de coupure émotionnelle comme une déconnexion, une coupure l'amenant à tomber dans sa tête et l'éloignant de ses émotions :

« *C'est comme s'il y avait tellement d'émotions, que je me suis coupée des émotions […] c'est comme un mécanisme de défense qui a embarqué et qui a fait comme : la madame en a plus d'émotions… je ne pleurais pas sur le balcon, je n'étais plus en crise, je ne criais pas, je n'étais pas… j'étais comme juste pas là… une déconnexion, moi c'est l'impression que j'ai eue, je suis tombée dans ma tête* » (Isabelle, entrevue 2).

De son côté, Laura mentionne plutôt : « *j'ai suivi plein de formations […] j'ai fait plein de formations sur les traumas, il n'y a rien que je n'ai pas fait* » (Laura, entrevue 2).

Les méthodes les plus employées par les participantes étaient la mise en perspective temporelle : « *Finalement tout fini par passer et puis les choses ont… elles ont moins d'importance à mesure que le temps avance […], plus le temps avance, plus on se détache* » (Laura, entrevue 2); l'utilisation de groupes d'entraide : « *J'avais créé un groupe Facebook avec d'autres mamans, puis on a commencé à ce moment-là à sortir dans les parcs […] je me suis rendu compte que j'étais pas toute seule à vivre des difficultés* » (Stella, entrevue 2) et de se recentrer sur soi, « *d'avoir vu des gens pendant le temps des fêtes, ça m'a nourrie, ça m'a recentrée… sur mon moi […] dans le temps des fêtes, le bébé se promène, de bras en bras [rires], donc tu penses plus à toi* » (Cynthia, 2).

Il est intéressant de noter qu'en plus de ces méthodes partagées par plusieurs participantes, celles-ci ont également employé des méthodes qui leur étaient propres, telles que prendre du temps pour soi (Isabelle), relativiser (Stella), verbaliser pour trouver des solutions (Cynthia), suivre des formations (Laura), etc.

4.1.2.2 La famille : Un système qui prend soin des siens

Le second type de relation soutenante a été la famille. Le discours des participantes a fait ressortir plusieurs fonctions remplies par la famille. Pour Cynthia et Stella, la famille permet d'avoir un espace afin de parler des expériences périnatales vécues et d'y trouver une écoute permettant de tolérer ou de relativiser leur souffrance :

> « *J'ai souvent appelé ma sœur, il y a eu des fois où il pleurait et moi je n'arrivais pas à le… ça me stressait… lui il ressentait ça. J'arrivais à reconnaître ses pleurs de stress et je sais que c'est moi qui le stressais et j'essayais de le calmer, mais en étant stressée, puis au bout d'un moment, j'ai arrêté de faire ça, je le laissais puis, j'appelais ma sœur, je lui disais : ''mais je vais le balancer par la fenêtre quoi'' et elle me disait : non, mais… elle me dit : ''moi aussi, ça m'est souvent arrivé, tu fais bien de sortir de la chambre et tout ça, c'est bien''* » (Stella, entrevue 2).

Il est intéressant de noter que les fonctions énoncées et partagées ne convergeaient que pour Cynthia et Stella. En effet, pour ces deux participantes, la famille avait également la fonction d'apaiser la souffrance vécue :

> « *Il [son conjoint] savait que ma mère était là, donc de savoir que mon conjoint était plus calme, plus apaisé par sa présence, je pense que ça me calmait moi aussi. Ça m'apaisait, tu sais, c'était… ma mère c'est une force de la nature, c'est un pilier dans la famille, donc je pouvais m'accrocher à elle* » (Cynthia, entrevue 1).

Du côté de Laura, bien que le lien avec sa mère ait pu être complexe, la fonction de la famille semble avoir été de l'orienter et de la référer vers des services professionnels, afin qu'elle puisse être soutenue dans son expérience :

> « *J'étais en détresse, puis à l'époque, quand j'étais en détresse, j'appelais ma mère [rires], donc c'est elle qui m'a référé à la thérapeute […] je pense qu'elle faisait de son mieux, je suis sûre qu'elle faisait de son mieux […] je pense, je l'appelais, je l'appelais souvent, puis j'y disais que ça n'allait pas, probablement, mais rapidement, elle m'a dit : ''va voir la thérapeute''… [silence]* » (Laura, entrevue 1).

Contrairement aux autres participantes, Isabelle semble peu aborder la thématique de la famille et lorsque cela est le cas, le thème est davantage vécu comme quelque chose venant exacerber sa détresse. Ainsi, aucune fonction de soutien n'a émergé de son discours lors des analyses.

4.1.2.3 Le partenaire amoureux : Un tiers nécessaire

Lors de leur grossesse, toutes les participantes ont rapporté avoir eu un partenaire présent avant et après l'accouchement. Plusieurs fonctions liées au soutien ont émergé au cours de l'analyse du corpus de recherche en lien avec le partenaire amoureux. En effet, pour Isabelle et Stella, la place du père dans le processus d'accouchement est un incontournable qui a été mis à mal lors de la pandémie de la COVID-19. À ce titre, Isabelle souligne : « *le père, pour moi, c'est nécessaire qu'il soit impliqué […] le père doit s'occuper du bébé et de la mère* » (Isabelle, entrevue 1). De même, Stella fait écho aux paroles d'Isabelle en mentionnant : « *on ne peut pas priver, on ne peut*

pas priver le père de ça [l'accouchement], puis on ne peut pas priver la mère non plus » (Stella, entrevue 1).

Pour Stella et Laura, le partenaire amoureux joue une fonction de présence soutenante, qui permet de contenir l'intensité des émotions vécues :

> « *Il me rassure, oui, il me rassure beaucoup, il est présent au maximum et mes sautes d'humeur qui sont quand même intenses, puis il est, il est, il ne dit rien, il est tranquille, il est là, il me soutient* » (Stella, entrevue 1).

Le partenaire amoureux joue également un rôle varié pour Isabelle, soit de valider et de faire écho aux difficultés vécues, de compenser dans les moments de débordement ou de surmenage, ainsi que d'être une personne fiable sur qui elle peut compter :

> « *Il est venu beaucoup plus comprendre […] il est venu me donner un coup de main un moment donné où, justement, lui aussi là, il se sentait plus fatigué mettons, épuisé par la COVID […] il est venu voir la tâche de travail que j'avais à la maison, il a pu constater* » (Isabelle, entrevue 1).

Quant à elle, Stella met plutôt l'accent sur la fonction rassurante de son partenaire amoureux contre l'angoisse envahissante qu'elle a pu ressentir :

> « *Il essaie de me rassurer en me disant que non, c'était bien moi sa mère, et que j'allais très bien m'en occuper, que ça allait bien se passer, qu'il était là, que je n'étais pas toute seule […] lui était vraiment là pour moi, il me rassurait beaucoup* » (Stella, entrevue 2).

Finalement, pour Laura, la fonction de soutien du partenaire amoureux passe, entre autres, par le fait que celui-ci est quelqu'un à qui elle peut parler de ses expériences :

> « *Quand le bébé ne dort pas la nuit et tout ça, puis que tu allaites, mais quand même là, tu es vraiment brûlé, donc c'est sûr que le fait de ne pas avoir beaucoup d'énergie, puis d'être retranchée dans tes limites… d'avoir de la difficulté à dormir, tu te réveilles à tout bout de champ, puis je me souviens, dans mon 3e trimestre, même la nuit, je ne savais pas trop encore là, mais, j'allais, j'allais parler avec mon mari qui travaillait de nuit des fois sur Internet, en plein milieu de la nuit* » (Laura, entrevue 2).

4.1.2.4 Les amitiés : Soutenir à différents niveaux

Lorsque les participantes racontent leurs expériences de soutien, celles-ci font parfois référence aux fonctions opérées par leur réseau d'amis. Tout comme pour la famille ou les partenaires amoureux, la fonction des amitiés est variée, mais quelques fonctions centrales sont partagées par plusieurs participantes. Pour Isabelle et Laura, le soutien apporté par les amitiés est synonyme d'un espace où l'on peut parler authentiquement de soi et de ses difficultés:

> « *À un moment donné, fallait que j'en parle là […] d'en parler avec elle [amie] ou d'en parler avec ma mère […] Je pense qu'elle a été hyper empathique, puis qu'elle m'a soutenue, c'est ce que je me souviens, c'était comme : ''je suis désolée pour toi, mais je t'aime'', je ne suis pas sûre qu'elle ait dit ça de même, mais c'est ça que j'ai ressenti, dans le sens que… elle était là, puis ''si tu as besoin de moi je suis là''. Je n'ai pas ressenti de jugement là, ça, je peux en être sûr. Je me souviens qu'elle avait été super empathique* » (Laura, entrevue 2).

Or, le soutien des amis ne passe pas que par la parole, celui-ci est également exprimé via une dimension plus physique par les activités qui sont partagées avec les amis. C'est le cas d'Isabelle qui mentionne : « *il y en a une [amie] qui habite près de chez moi, elle venait prendre une marche* » (Isabelle, entrevue 1) ou pour Stella :

> « *Je me rappelle qu'on allait dans les parcs avec d'autres mamans, alors les bébés étaient allongés sur les tapis, mais tu sais, on les mettait ensemble, on voyait qu'il y avait des interactions et tout. Puis là, je me disais : '' Bah non en fait, en fait, c'est mon bébé'' […] si je ne les avais pas rencontrées, je ne sais pas comment j'aurais continué mon congé de maternité, c'est vraiment… sans cela et sans ces filles-là et sans ces sorties-là, je ne sais pas si je m'en serais sorti de cette dépression en fait* » (Stella, entrevue 2).

Pour ces mêmes participantes, le soutien est aussi exprimé au travers d'actes de service, comme le fait que les amis gardent les enfants lors des moments importants : « *une [amie] qui gardait mes enfants quand j'avais des rendez-vous médicaux ou quand je suis allée accoucher, c'est elle qui a gardé mes deux plus vieux* » (Isabelle, entrevue 1).

Pour Cynthia et Laura, le soutien est composé d'une dimension affective importante et est véhiculé via l'amour qui est communiqué et ressenti, un amour qui permet de surmonter les épreuves vécues et à venir :

> « *On dirait que les gens donnaient beaucoup, on dirait que j'ai reçu beaucoup d'amour de gens qui devaient savoir ce qui s'en venait, donc ils me donnaient beaucoup d'amour pour que j'en emmagasine, pour que je sois capable de… je vais dire… survivre à l'arrivée de bébé* » (Cynthia, entrevue 1).

Finalement, pour Isabelle et Laura, le soutien reçu est une fonction d'un savoir-être relationnel qui se base sur une sensibilité à l'autre :

> « *Quand je suis revenue dans la région ici, j'ai fait un bon ménage autour de moi, parce que, comme je te disais, j'ai eu d'autres grossesses et j'ai tendance à faire des post-partum assez solides avec idées noires, et tout ça, donc, dans le bon moment où est-ce que j'allais bien, j'ai constaté justement que ces personnes-là n'étaient pas aidantes dans ces moments-là, je les ai flushées. J'ai commencé à avoir des amis où est-ce que justement je jugeais que c'était du monde qui semblait plus être sensible à moi et vice-versa, de meilleures relations, des relations plus saines* » (Isabelle, entrevue 1).

4.1.2.5 Les professionnels : Entre savoir-faire et savoir-être

Lors des entrevues, les participantes ont toutes abordé leurs expériences avec les professionnels. Contrairement aux expériences négatives relatées par certaines des participantes quant à certains suivis (voir chapitre 4.1.1.4.2 Les professionnels : Une faillite relationnelle et institutionnelle), dans le contexte d'autres suivis, des éléments positifs et soutenants ont pu émerger. Cette catégorie conceptualisante met ainsi en forme les différentes fonctions de soutien des professionnels. Les fonctions ayant émergé au cours des analyses semblent ainsi s'organiser autour de deux meta-fonctions, soit relativement au savoir-faire, qui fait référence au volet technique du suivi et relativement au savoir-être, qui fait davantage référence à ce que le professionnel incarne comme fonction dans la relation avec les participantes.

De ces éléments, deux ont émergé dans le contexte de la relation avec le chercheur principal pour Stella et Laura, lors des entrevues de recherche. Ces deux fonctions incarnées par le chercheur

principal étaient le besoin de sécuriser les participantes dans le lien, dans l'espace et dans leur vécu, et la nécessité de soutenir leur processus de mentalisation (« [capacité de se représenter ses propres états mentaux, ainsi que celui des autres, afin d'ainsi comprendre les intentions et les affects] » (APA, 2024) face aux éléments potentiellement traumatiques de leur vécu :

> « *I : Je pense qu'elle [mère] faisait de son mieux, bien je suis sûre qu'elle faisait de son mieux, mais comment ça se passait ? [réflexion] Je ne sais pas tant à l'époque c'est, parce que ça fait longtemps, mais je pense, je l'appelais, je l'appelais souvent, puis je lui disais que ça n'allait pas, probablement, mais rapidement, elle m'a dit va voir la thérapeute [silence]*
>
> *P : Comment est-ce que vous sentez-vous en ce moment de me dire ça ?*
>
> *I : En ce moment, je suis un petit peu activée, si je regarde à l'intérieur, probablement que j'étais un peu sur la défensive là je dirais… full dans le sympathique là*
>
> *P : Oui, donc vous êtes activée corporellement en ce moment ?*
>
> *I : Oui*
>
> *P : Si on sonde un peu plus votre physique, votre sensitif, qu'est-ce qui vous fait dire que vous êtes activée ?*
>
> *I : Je le sens, mon cœur bat un petit peu plus vite […] je ressens un peu de colère aussi.*
>
> *P : Est-ce que c'est quand on a abordé le thème de votre mère que ça, ça s'est manifesté ?*
>
> *I : [rires] tu es pas mal drôle… attends là, est-ce que c'est quand on a abordé… Peut-être…c'est sûr que si je pense à elle, puis à comment elle n'était pas capable de m'aider, je ne sais pas… sûrement, ça doit être encore un déclencheur.*
>
> *[…]*
>
> *I : Ça va là, je suis moins énervée* » (Laura, entrevue 1)

Pour Isabelle et Laura, les expériences de soutien vécues en relation avec les professionnels reposent avant tout sur le fait que ces derniers les impliquent dans le processus décisionnel et leur redonnent le contrôle, là où elles avaient précédemment pu se sentir en perte de contrôle en raison de la souffrance qu'elles avaient traversée :

> « *De prendre emprise au sens de me remettre le choix de mon futur… est-ce que tu veux la prendre, la médication ? Qu'est-ce que tu en penses ? Elle me remettait ça à moi… est-ce que tu penses que tu en as de besoin ? […] le fait de me remettre… parce que dans le suicide, souvent, j'ai l'impression de perdre le contrôle alors que là, elle me donnait le contrôle* » (Isabelle, entrevue 2).

Les suivis, pour Stella et Laura, sont également l'opportunité de réorganiser et de restructurer des parts de leur vécu qui étaient précédemment désorganisées et difficile à intégrer :

> « *Les premières séances, on balance un peu tout, c'est tout désorganisé. Une fois que c'est fait, j'ai le sentiment d'avoir tout dit et de m'être… je me suis soulagée et puis, ça va mieux, puis après j'ai plus envie de venir […] elle [la psychologue] m'a dit, si tu veux la prochaine séance, reviens, puis on va parler de tel sujet précis, donc je suis revenue et puis après, on a structuré un peu plus les choses et ça, c'est sûr que je pense que si elle n'avait pas fait ça, je ne serais pas revenue la voir* » (Stella, entrevue 2).

Pour Isabelle et Stella, le soutien des professionnels est synonyme d'une écoute qui permet aux professionnels de prendre en compte dans le suivi les expériences passées des participantes, ainsi que leurs craintes liées au futur, afin de pouvoir intervenir de façon adaptée : « *C'est la super-*

infirmière avec une grosse oreille, écouter ce que j'ai à dire… prendre le temps d'entendre mon discours, mon passé, mon présent et mes craintes de mon futur » (Isabelle, entrevue 2).

Finalement, la spécificité du vécu des participantes a également fait émerger une diversité de fonctions propres à chacune des participantes, dont la fonction de réinstituer l'individualité (Isabelle), de rassurer avec l'efficacité professionnelle (Cynthia), de valider l'expérience (Stella) et de pouvoir réincarner des figures parentales bienveillantes au cours des suivis (Laura).

4.1.2.6 La métaphorisation : Une façon d'organiser le vécu

Toutes les participantes lors du récit de leur vécu ont eu recours au processus de métaphorisation, soit le fait de mettre en sens leur vécu complexe à l'aide de l'emploi de métaphores et d'images représentant l'intensité et les nuances de leur expérience périnatale.

La métaphore la plus utilisée pourrait se résumer par « une mère à la mer ». En effet, toutes les participantes ont utilisé des éléments provenant du champ lexical de l'eau tels que : l'océan, les vagues, couler, nager, naviguer, etc. Par l'emploi de ces termes, les participantes semblent chercher à mettre de l'avant l'étendue importante de leur détresse et le sentiment d'esseulement profond en découlant. Il est également intéressant de noter que les solutions apportées spontanément à ces situations proviennent également du même registre (p. ex. : le bateau ou la bouée de sauvetage) :

> « *J'avais l'impression d'être dans un océan, qu'il y a une perpétuelle tempête, avec des grosses vagues, donc tu prends une bouffée d'air, mais tu avales trois gorgées d'eau. Je me suis sentie comme ça toute ma grossesse et même, post-accouchement […] toujours de [prend une grande respiration] chercher mon air, essayer justement de s'agripper à tout, mais tu n'as pas de roche, tu n'as rien dans l'océan, tu coules, oups tu ressors, tu coules,*

tu ressors… je te dirais ça été mon mari […] ça a été en quelque sorte une bouée […] c'est toujours plus facile d'être à deux pour confronter la vague, que d'être toute seule » (Isabelle, entrevue 1).

Une grande part des métaphores ayant émergé du discours des participantes prend ancrage dans les phénomènes de la nature. C'est entre autres le cas pour Isabelle et Laura qui emploient l'image du gouffre afin de mettre en forme l'espace de souffrance dans lequel elles peuvent se sentir ou vers lequel elles craignent de tomber : « *J'ai eu l'impression de rester sur le bord du gouffre plus longtemps, à mes deux premiers [enfants], j'ai l'impression de tomber dans le gouffre avec des idées suicidaires et tout ça dans le post-partum* » (Isabelle, entrevue 1). Pour Laura, l'opacité du vide ressenti et de sa souffrance est représentée par la noirceur du gouffre : « *Je ressentais comme juste un gros vide, je me revois sur le bord de la porte patio et tout ce que je vois, c'est du noir, c'est comme une espèce de gouffre de souffrance* » (Laura, entrevue 1).

Dans le cas de Cynthia et de Laura, c'est plutôt l'image d'un volcan qui est élaboré afin de mettre en sens le processus émotionnel et l'intensité débordante de leur vécu durant la période périnatale. Là où pour Laura le volcan est visualisé comme étant tranquille : « *j'étais quelqu'un que les gens voyaient comme un volcan tranquille, à l'intérieur ça bout, parce que j'étais tout le temps en hyper vigilance, mais à l'extérieur, j'étais relax* » (Laura, entrevue 1), pour Cynthia, celui-ci est plutôt imaginé comme débordant d'une agressivité explosive :

« *Fatiguée, au bout du rouleau, avec mon fils […] plus capable de l'entendre pleurer, trop fatiguée, pas capable de gérer mon volcan qui a explosé, je sors dehors en pleurant […] pendant la 1ère année, je ne me reconnaissais plus, j'avais une agressivité […] j'ai eu*

beaucoup de la misère durant la 1ère année à gérer mon volcan, aucune, aucune, aucune gestion du volcan, ça éclatait » (Cynthia, entrevue 2).

4.1.2.7 Participer à l'étude : Entraide et partage

Toutes les participantes ont mentionné au cours des entretiens de recherche ce qui les a amenées à participer à la recherche malgré le caractère potentiellement tabou de la suicidalité en période périnatale.

Pour Isabelle, l'importance de sa participation s'ancre dans son désir de contribuer à aider d'autres femmes et de lutter contre le tabou entourant l'expérience de suicidalité en période périnatale. Toutefois, elle rapporte également que sa participation aura été l'occasion d'une certaine introspection quant à son parcours :

« *C'est ce que des entrevues des fois comme ça nous apportent qu'on pense pas, qui est un positif de pouvoir faire une introspection d'où on vient pour continuer dans l'avenir tout en aidant son prochain […] j'ai l'impression de pouvoir contribuer même si ce n'est qu'une goutte dans l'océan, de pouvoir contribuer à peut-être changer le tabou, à peut-être venir en aide à des femmes futures […] si ça peut venir en aide à d'autres d'avoir nommé ce que j'ai nommé, d'avoir discuté de mon vécu, que ça peut améliorer le quotidien, voire peut être améliorer la vie d'une autre femme, voire peut-être sauver une vie même si je ne sais pas que j'ai sauvé une vie, moi j'ai l'impression d'avoir contribué même si ce n'est qu'une goutte dans l'océan* » (Isabelle, entrevue 2).

Pour Cynthia, sa participation s'articule autour du thème du partage et vise à normaliser l'expérience de détresse vécue par d'autres femmes comme elle. Tout comme pour Isabelle, sa

participation a aussi une fonction personnelle qui permet de répondre à son désir de raconter sa propre expérience :

> « *Je trouve ça tellement important de partager ce que on a vécu parce que chaque grossesse, chaque accouchement, chaque maternité est tellement différente, puis on nous la vend comme étant quasiment unique, si je suis capable de partager mon expérience et que ça peut profiter aux autres […] ça me tente de partager ce que j'ai vécu pour pas, pour plus que ça arrive à d'autres, mais, pour normaliser… ça* » (Cynthia, entrevue 1).

De son côté, la participation de Stella est une façon pour elle de reprendre le contrôle et de contribuer au développement des connaissances et des services :

> « *Peut-être que ça va aider à développer des services ou des outils ou des meilleures connaissances, puis qu'il y aura moins de mères qui sont confrontées à toutes ces difficultés-là. C'est plus ça, un peu l'espoir que les choses puissent changer un peu. C'est un peu dans la même vague, mais de reprendre un peu le pouvoir où je me dis si ça contribue à faire changer les choses mon histoire, mais tant mieux, c'est comme si ça n'aura pas été pour rien alors* » (Stella, entrevue 2).

Laura quant à elle porte également un désir de partager et de faire avancer la science avec sa participation, mais également de pouvoir faire une expérience réparatrice pour elle-même :

> « *C'est drôle parce que ça fait comme des années que j'y pense, 3-6 mais je me dis : ''je ne peux pas croire que tout le cheminement que j'ai fait ça ne servira à personne, il faut que ça serve'' […] Pour moi c'est important de partager […] Puis on ne va pas dire… il y a*

sûrement mon ego qui voulait dire combien je suis rendue bonne, ça lui a fait du bien puis c'est sûr de vouloir aider mon ego et sûrement quand même l'envie d'être entendue, d'être accompagnée, d'être aidée » (Laura, entrevue 2).

4.1.2.8 Recommandations pour les professionnels et les institutions

Lors des entretiens de recherche, les mamans étaient invitées à élaborer quant à leurs expériences de suivi, mais également quant à ce qu'elles auraient préféré comme suivi ou ce qu'elles sentaient qui était manquant à leur suivi. De leur discours ont émergé 20 recommandations allant de l'expérience avec les professionnels jusqu'à des recommandations visant les institutions et le système de santé.

Cinq de ces 20 recommandations étaient partagées par plus d'une participante, soit que les professionnels devraient adresser directement les idées suicidaires lors des suivis (Isabelle, Cynthia et Laura), ils devraient travailler à impliquer les partenaires amoureux (Isabelle et Laura), ils devraient travailler à lutter contre les tabous existant autour de la santé mentale (Isabelle, Stella et Laura), ils devraient lutter et dénoncer toutes les formes de violences (obstétricales, gynécologiques, racisme systémique, etc.) (Isabelle, Stella et Laura) et la nécessité que les professionnels aient une solide formation qui est à jour quant aux connaissances en prévention du suicide et en périnatalité (Isabelle, Stella et Laura).

Pour Isabelle, ses recommandations afin d'offrir un accompagnement mieux adapté aux femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale étaient les suivantes :

- Les professionnels devraient pouvoir accueillir le débordement provenant de l'intensité vécue.
- Les professionnels devraient prendre le temps d'entendre ce qui tente réellement de s'exprimer au travers de la souffrance.
- Les professionnels devraient prendre le temps nécessaire afin de pouvoir bien accompagner ces femmes
- Les professionnels devraient impliquer les femmes dans le processus de soin et leur demander leur avis.
- Les professionnels devraient prendre le temps de bien expliquer les interventions et procédures.

Pour Cynthia :

- Les institutions/organismes devraient être plus proactifs dans les services proposés et aller vers les mamans (p. ex. : parler des services offerts dans la communauté).
- Les institutions et les professionnels devraient se concentrer davantage sur le bien-être des mamans par-delà le bien-être du bébé.
- Les institutions/organismes devraient travailler à développer leurs services en incluant les nouvelles technologies (chat, texto, etc.).

Pour Stella :

- Les institutions/organismes devraient adapter davantage les services de relevailles en favorisant des services en personne et permettant de se reposer sur une plus longue durée.
- Les professionnels devraient normaliser la souffrance vécue en période périnatale.

- Les institutions et les professionnels devraient faire davantage de repérage et de dépistage lors du post-accouchement en lien avec la santé mentale.

Pour Laura :

- Les professionnels devraient offrir un suivi chaleureux et humain.
- Les professionnels devraient être suffisamment solides afin de pouvoir accueillir le vécu de ces femmes.
- Les professionnels devraient aménager un espace permettant et favorisant l'introspection.
- Les institutions/organismes et les professionnels devraient utiliser systématiquement des questionnaires sur l'histoire de vie (p. ex. : traumatismes, santé mentale, etc.).

4.1.3 Être ou ne pas être : Déterminer les repères identitaires

La troisième méta-catégorie conceptualisante s'articulait autour de la question de l'identité. Cette méta-catégorie conceptualisante aborde les mouvements identitaires présents chez les femmes présentant un risque suicidaire durant la période périnatale. Suite aux analyses, quatre catégories conceptualisantes ont émergé du discours des participantes, soit : 1- Advenir mère : Processus et besoins ; 2- L'intergénérationnel : Un miroir sur le passé ; 3- Lorsque l'angoisse rôde : Je est un Autre ; 4- Lutter pour exister : Se réapproprier son expérience (voir figure 5).

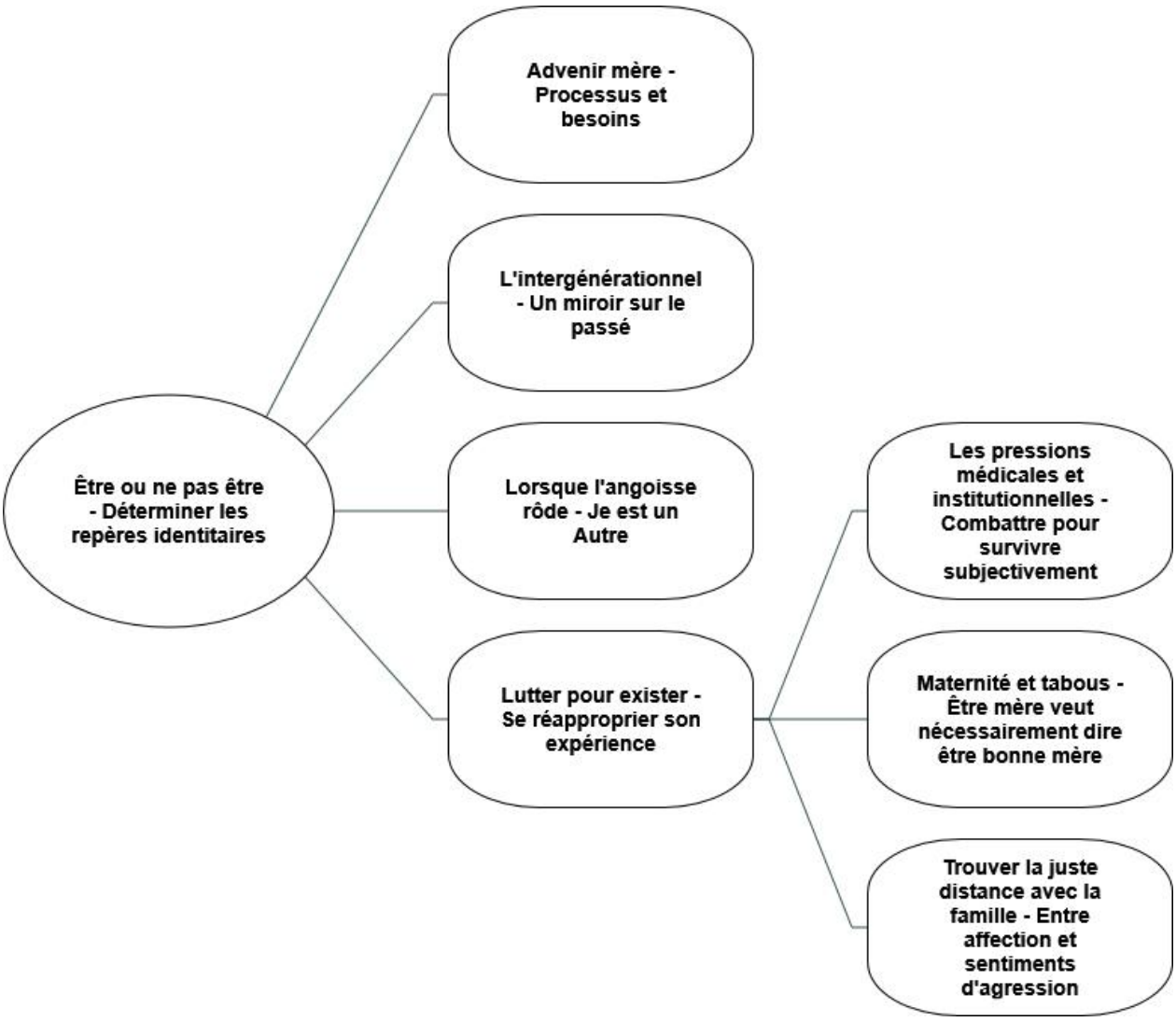

Figure 5. Articulation de la méta-catégorie conceptualisante « Être ou ne pas être : Déterminer les repères identitaires ».

4.1.3.1 Advenir mère : Processus et besoins

Lors des analyses conceptualisantes, plusieurs éléments ont émergé en lien avec la construction et le développement de l'identité maternelle. Cette catégorie conceptualiante a ainsi trait aux mouvements identitaires liés au développement et à la consolidation de l'identité maternelle. Ces éléments sont répartis selon les éléments processuels présents dans cette

construction identitaire, ainsi que les besoins nécessaires pour les participantes à l'établissement d'une identité maternelle dans le contexte d'un vécu de suicidalité en période périnatale.

Pour Cynthia et Stella, le passage de la grossesse au fait d'advenir mère via l'accouchement est un événement déroutant qui comporte des demandes importantes en termes d'apprentissages pour lesquelles elles ne se sentaient pas préparées:

> « *C'était trop, comment qu'on fait pour… [silence] on se lance dans l'aventure d'avoir un enfant, puis on dirait qu'on se dit qu'on est prêt, mais on est naïf de dire ça parce qu'on ne l'est pas prêt à vivre ça… oui, c'était trop, je me suis sentie dépassée par les événements, c'était difficile, c'est beaucoup de nouvelles choses que tu apprends sur le tas, euh, puis du jour au lendemain, ta vie change, il y a un avant, il y a un après, c'est beaucoup d'apprentissages en même temps, mais maudit qu'on est tout seul, on est vraiment toute seule* » (Cynthia, entrevue 2).

La transition à la maternité, en plus d'être une période bouleversante, en est également une qui, du fait de son intensité, force l'introduction d'un changement au sein de l'organisation identitaire maternelle. Pour Laura, cette période a introduit un profond réaménagement et a forcé le début d'un processus de guérison en lien avec son passé traumatique :

> « *Je ne pense pas que j'étais rendue là dans ma vie de guérir tout ça. En fait, si tu parles de la crise développementale d'avoir des enfants… sérieux, je pense que c'est le plus beau moteur de changement qu'on peut avoir. Si tu ne changes pas pour tes enfants, je ne sais pas ce qui va te faire changer ? Oui, il y a sûrement d'autres affaires, mais… en tout cas, pour moi, ça a été vraiment… salvateur* » (Laura, entrevue 2).

Les participantes ont également exprimé plusieurs besoins en lien avec leur grossesse et le processus lié à leur identité maternelle. Dans un premier temps, la grossesse entraîne un désir d'être vue et d'être reconnue dans ce corps en changement qui marque le début du processus pour advenir mère. Isabelle mentionne quant à sa grossesse : « *on est enceinte, on veut en profiter, on veut montrer ça au monde, on veut en parler* » (Isabelle, entrevue 1). Toutefois, cette fonction de miroir, base de l'établissement du sentiment de devenir mère, semble avoir été court-circuité avec la venue de la pandémie de la COVID-19 et des mesures sanitaires visant la restriction des contacts sociaux :

> « *J'ai eu une grossesse que j'ai vécu cachée en fait […] où est-ce que je n'ai pas le droit de côtoyer personne, puis ce sont des moments, à mon avis, importants dans nos vies de parent, qu'on veut démontrer aux autres, c'est quelque chose de positif dans une vie, qui pour moi est devenu négatif, une lourdeur* » (Isabelle, entrevue 1).

Lors de sa transition à la maternité marquée par le potentiel diagnostic de trisomie de son enfant, Isabelle a ressenti le besoin d'être conforté dans son choix de parentalité par un tiers créant un espace suffisamment dégagé de la réalité du quotidien pour entamer un processus réflexif quant au désir d'avoir un enfant :

> « *Je l'ai comme appelé pour essayer de parler et voir, puis je me souviens très bien qu'elle m'ait dit : ''mais Isa est-ce que vous le vouliez cet enfant-là? I : Oui. S : bien laisse faire ce que les autres te disent et faites ce que vous autres vous voulez''. On dirait que c'est à partir de ce moment-là que j'ai comme pris un recul* » (Isabelle, entrevue 1).

Après l'accouchement et l'introduction dans le réel de la maternité, il devient aussi important pour certaines participantes de libérer un espace où elles existent par-delà leur nouveau

rôle de mère. Pour Stella, l'introduction d'une distance physique avec son enfant a été nécessaire pour apaiser le sentiment d'envahissement qu'elle vivait : « *Je n'y arrivais pas, la nuit, ce n'était pas possible, si j'avais pu le mettre dans une autre pièce tout de suite, je l'aurais fait* » (Stella, entrevue 1). Pour Cynthia, l'introduction d'un tiers et d'une distance sont plutôt des façons de retrouver une individualité qui a été mise à mal au profit des besoins de son fils : « *J'ai fusionné avec mon gars je pense, dans la première année, je n'ai pensé qu'à lui, pas à moi, donc j'avais besoin peut-être de me détacher donc, qu'il y aille un autre adulte qui venait, ça me faisait du bien* » (Cynthia, entrevue 2).

4.1.3.2 L'intergénérationnel – Un miroir sur le passé

Dans le processus de grossesse et de parentalité, les participantes entrent en contact avec les vestiges de leur propre histoire développementale et de ceux de leurs parents. La grossesse et la parentalité sont pour les participantes un miroir, parfois déformant, sur leurs legs familiaux et sur les legs qu'elles souhaitent offrir ou ne pas offrir à leur propre descendance. Ces mouvements identitaires mêlent les temporalités, entre passé, présent et futur, dans une tentative d'établissement d'une construction identitaire parentale à l'image de ce qu'elles désirent.

Pour ce faire, Laura met en comparaison les éléments provenant de la grossesse de sa mère avec sa propre expérience de grossesse afin de retracer un parcours marqué par le vide et la tristesse :

> « *J'étais dans son ventre quand elle l'a vécu [la mort de son frère], elle était déjà enceinte […] Là, je te fais des parallèles, je suis un peu dans mon subconscient, mais si je laisse mon subconscient parler, je me dis, la grande noirceur, ça pourrait être ça aussi, ça pourrait être ce rappel de ce froid-là, de cette tristesse-là quand j'étais moi-même fœtus,*

dans le ventre de ma mère, parce que si on se souvient, c'est à peu près à la fin de mon premier trimestre, puis elle aussi, que son frère est décédé, donc ça pourrait être une mémoire qui soit remontée de cette époque-là, quand j'ai vécu la grossesse » (Laura, entrevue 2).

De même pour Stella, son propre parcours développemental semble faire écho à son expérience périnatale, dans un espace temporel où le passé viendrait se superposer au présent, rejouant ainsi les événements de son enfance :

« *Je sais que j'ai mis du temps à me dire que c'était mon fils, j'ai vraiment détesté devenir maman. Je ne sais pas s'il y a vraiment un lien ou pas, mais je ne peux pas trop m'empêcher de penser que ça a quand même un lien avec mon histoire, parce que j'ai été adoptée et que ma mère ne voulait pas me garder […] je me rappelle que ça, c'était très présent, je lui disais toujours ça, je dis on ne peut pas garder cet enfant-là, il faut que quelqu'un l'adopte […] quand j'ai réalisé, entre guillemets, que c'était vraiment mon fils et tout ça où je me suis sentie sa mère, c'était autour de ses 5 mois. Puis moi, j'ai été en famille d'accueil jusqu'à mes 4 mois et demi, puis après ça, j'ai été dans ma famille avec mes parents adoptifs, donc c'est comme vraiment le même laps de temps. À l'époque je sais que les familles d'accueil qui recevaient des bébés, on leur disait de ne pas être trop proches des bébés pour ne pas s'attacher, tout ça, ne pas créer de lien […] c'est un peu ça que je faisais avec mon fils aussi* » (Stella, entrevue 2).

C'est dans ce jeu de rapprochement et de distanciation des figures parentales que les mouvements identitaires des participantes prennent racine. Pour Stella et Laura, leur expérience développementale semble faire émerger une crainte marquée de reproduire les modèles parentaux

de leurs propres parents. La violence parentale apparait à l'avant-plan des craintes qu'elles énoncent: « *j'étais terrorisée de l'agressivité de mon père, donc moi le fait d'être agressive envers mes enfants, c'était un gros non* » (Laura, entrevue 2). Pour Stella, la crainte de devenir comme ses parents et de prendre leur place était source de tellement d'angoisse, que la simple idée d'avoir une fille qui aurait pu lui rappeler son enfance devenait insoutenable :

> « *Je n'ai pas eu de fille et je ne voulais pas du tout avoir de fille, parce que je me suis dit que si c'est une petite fille qui me ressemble et tout ça, je sais que je vais, je vais me voir et puis ce n'est vraiment pas le but. Je ne voulais absolument pas une fille, je pense que j'aurais pu avorter si j'avais eu une fille…* » (Stella, entrevue 2).

Finalement, pour Stella et Laura, l'expérience de parentalité semble réactualiser les enjeux du passé. Pour Laura, le débordement et l'agressivité vécus semblaient induire une forme de régression à un stade infantile, limitant ainsi sa capacité d'être présente dans le lien à son enfant :

> « *Quand j'arrivais au bout de mes limites, j'ai reproduit ce que j'ai vécu quand j'étais petite. Je tombais dans l'agressivité ou… Je ne perdais pas la tête, mais je devenais en grosse colère […] ça vient se rattacher à mes traumas et à plein d'affaires […] un moment donné, je ne savais plus quoi faire, je ne savais pas, puis je n'étais pas capable de m'apaiser moi-même, donc je n'arrivais pas à l'apaiser lui [son fils] non plus. C'est comme si j'avais peur de le toucher, de toucher* » (Laura, entrevue 2).

4.1.3.3 Lorsque l'angoisse rôde : Je est un Autre

Les participantes ont, à divers degrés, exprimé une tendance à faire l'expérience qu'une part de leur vécu, une part angoissante, était vécue comme étrangère à elles-mêmes. Cette catégorie

conceptualisante se penche ainsi sur les phénomènes de mise à distance, d'isolement des affects, de dissociation et de déni en lien avec les expériences périnatales souffrantes.

Pour quelques participantes, l'expérience de certains phénomènes était vécue comme faisant partie d'une part étrangère à soi. C'est le cas de Cynthia qui décrit combien elle se sentait fragilisée et dépassée par les manifestations suicidaires qu'elle vivait : « *une fois le flash m'est passé de, on sacre tout ça là, je n'y arriverai pas [montée d'émotions] […] parce que ce n'est pas moi [silence et pleure], ce n'était pas moi […] je ne me reconnaissais plus* » (Cynthia, entrevue 2).

Pour d'autres participantes, c'est plutôt le vécu en lien avec l'agressivité éprouvée qui est source d'une mise à distance, comme pour Stella lorsque cette agressivité est agie : « *j'ai hurlé, c'est comme si j'étais sortie de mon corps et je m'observais, je me disais, mais tu es complètement folle !* » (Stella, entrevue 1) ou que celle-ci est vécue en pensées : « *c'est bizarre parce que j'avais ces idées-là, mais je n'ai jamais eu envie de le faire […] je me disais : ''je vais vraiment le secouer, mais je n'ai jamais eu vraiment envie de le faire* » (Stella, entrevue 2). Cette agressivité donne lieu pour Cynthia à un sentiment de peur face à cette part d'elle-même qu'elle n'arrive pas à reconnaître comme faisant partie d'elle : « *je ne m'aimais pas, je ne me reconnaissais pas et j'avais peur de moi* » (Cynthia, entrevue 2). À défaut de pouvoir intégrer ces affects intolérables comme étant part d'elles-mêmes, Cynthia et Stella vivent des moments de vide émotionnel lorsque l'angoisse et la charge affective deviennent trop importantes : « *Je ne sais pas parce que c'est comme des moments où je me dis que normalement, il doit se passer des trucs là, de ressentir des émotions et vraiment je n'en avais aucune* » (Stella, entrevue 2).

Pour Stella, cette difficulté dans la reconnaissance de soi est certes psychologique, mais elle se joue également sur le plan physique : « *physiquement, je ne me reconnais plus parce que j'ai pris vraiment beaucoup de poids* ».

Dans l'expérience d'Isabelle et de Stella, ces mouvements de distanciation et de compartimentalisation du vécu est représenté sous la forme d'un vécu dichotomique, soit par la création d'un soi à valence positive et négative pour Isabelle : « *c'était comme si dans ma tête, il y avait deux moi, la moi plus négative, sombre et la moi qui est plus persévérante* » (Isabelle, entrevue 2) et un soi rationnel et émotionnel pour Stella : « *il y a vraiment deux parties en moi. Il y a une partie où j'arrive à rationaliser et puis je, je sais exactement ce qui se passe […] puis il y a l'autre partie où ce sont vraiment juste les émotions* » (Stella, entrevue 1). Dans les deux cas, il apparait difficile pour les participantes de réconcilier les deux parts de leur vécu dans un tout cohérent qui permet d'intégrer leur vécu et d'en faire sens.

Pour Isabelle et Stella, l'expérience d'accouchement a été source de traumatisme, les laissant incapables de s'approprier subjectivement leur nouveau rôle de mère : *« je ne l'ai pas pris mon enfant, je l'ai vu, il était bleu, ils sont partis avec et quand je l'ai récupéré, ce n'était pas mon enfant… la connexion ne s'est pas faite* » (Isabelle, entrevue 2) et allant jusqu'à une perte de contact avec la réalité dans le cas de Stella : « *je ne réalise pas que le bébé qu'on vient de me poser sur le ventre euh, je l'avais dans mon, je l'avais à l'intérieur, en tout, je comprends pas trop, puis euh, je ne suis plus trop dans la réalité* » (Stella, entrevue 2). Toutefois, dans les moments où Stella arrive à reprendre partiellement contact avec la réalité, elle vit plutôt des épisodes dissociatifs la rendant spectatrice de sa propre vie :

« *J'étais comme dans la scène, mais pas dans la scène en même temps […] un peu plus spectatrice, je pense, oui, c'est ça, les choses se passaient malgré moi et puis j'étais là, mais ça se passe et je ne peux rien faire* » (Stella, entrevue 2).

4.1.3.4 Lutter pour exister : Se réapproprier son expérience

En lien avec la construction et la délimitation d'une identité maternelle, plusieurs éléments relatifs à l'image de la lutte ont émergé du discours des participantes. Ainsi, cette catégorie conceptualisante se penche sur le phénomène de lutte dont les participantes ont fait l'expérience face à différents acteurs impliqués de près ou de loin dans leur processus de transition à la maternité, et ce, dans le but de délimiter une espace, une identité et des valeurs qui leur sont propres. Ces différents acteurs sont répartis en trois différentes sous-catégories conceptualisantes, soit : Les pressions médicales et institutionnelles : Combattre pour survivre subjectivement ; Maternité et tabous : Être mère veut nécessairement dire être bonne mère ; Trouver la juste distance avec la famille : Entre affection et sentiments d'agression.

4.1.3.4.1 Les pressions médicales et institutionnelles : Combattre pour survivre subjectivement

Cette première sous-catégorie conceptualisante met en scène les luttes des participantes avec les professionnels et les institutions/ressources de soin impliqués dans leur transition à la maternité.

Toutes les participantes, sauf Laura, ont relaté s'être senties éclipsées, peu considérées par les professionnels, leur valeur semblant se résumer au fait d'être porteuses d'un enfant : « *pendant la grossesse, tout le monde focalise sur la mère et tout ça et une fois que le bébé est né, il y a peu de gens qui nous demandent comment on va* » (Stella, entrevue 2). Pour Isabelle, cette lutte

s'articule plutôt autour du fait d'exister par-delà son rôle de mère, soit de pouvoir être vue dans son individualité et comme personne à part entière :

> « *C'est comme si elle avait donné de l'importance à mon rôle de personne-individu et non juste à mon rôle de mère ou au rôle de ma fille… c'est comme si j'existais en tant que personne et non juste en tant que mère ou en tant que rien pantoute parce que c'est ma fille qui a priorité…* » (Isabelle, entrevue 2).

Pour toutes les participantes sauf Cynthia, l'expérience avec les professionnels en période périnatale est marquée par un sentiment de lutte constante contre le corps médical qui est vécu comme une entité insensible et décalée des besoins émis par les participantes : « *ça a toujours été de se battre, tout le temps, tout le temps, tout le temps* » (Isabelle, entrevue 1). Pour Isabelle et Stella, cette lutte avec le corps médical est également en réponse avec le sentiment vécu d'avoir été agressées dans leur intégrité par celui-ci : « *j'ai eu l'impression d'être…allons, allons-y jusqu'à me sentir agressée dans mon corps, en fait* » (Isabelle, entrevue 1). La présence de cette violence gynéco-obstétrique se retrouve également dans le discours de Stella :

> « *J'ai eu une déchirure et l'écho qui doit avoir cours, je lui dis que j'ai mal et que je sens tout, elle me dit que ce n'est pas possible parce que je suis anesthésiée. Puis, je lui redis plusieurs fois que je sens son aiguille et elle me dit : ''non, mais là, non, non, c'est beau, mais là ça ne se peut pas, vous êtes anesthésiée, c'est bon, ça suffit, il n'y en a pour longtemps…''. Finalement, je ne suis pas recousue à vif parce qu'évidemment, je pense que j'ai encore un peu de péridurale qui est là, mais je sens quand même tout ce que la gynéco est en train de faire* » (Stella, entrevue 2).

Face à ces expériences souffrantes en lien avec le corps médical, Isabelle souligne la nécessité de faire appel à un tiers qui saura l'aider à résister face à l'insistance du corps médical, craignant de succomber à celle-ci : « *j'ai exigé de l'hôpital d'être accompagnée, entre autres justement parce que j'avais peur… j'avais peur en fait que je flanche devant la répétition et la lourdeur des propos du corps médical* » (Isabelle, entrevue 2). Ces expériences de lutte et de violence subies ont ainsi poussé Isabelle à devoir mettre des limites fermes face à ces entités envahissantes : « *il a fallu, pas physiquement, que je mette mon poing sur la table et dire au médecin : ''là vous me sacrer patience avec l'avortement, je ne me ferai pas avorter''* » (Isabelle, entrevue 1).

Finalement, pour Isabelle, Stella et Laura, l'institution de la DPJ (Direction de la Protection de la Jeunesse) demeure en filigrane de leurs craintes et appréhensions, comme une institution qui pourrait juger que leur parentalité n'est pas adéquate, pouvant ainsi finir par leur retirer leurs enfants :

> « *J'ai toujours eu cette crainte-là [perdre la garde de son fils], parce que… ma mère adoptive était violente avec moi et j'ai toujours eu peur de devenir comme ça et du coup, je me suis toujours dit, mais…. Je ne sais pas, mais imagine, un jour je perds patience, puis je mets un coup à mon fils, puis il a un bleu, puis là, la DPJ va venir, ils vont me l'enlever ou des trucs où ça lui arrive […] Ils vont venir et puis ils vont dire non, ça ne marche pas. Après ça, encore une fois, la partie où je me dis ça, oui, ils vont l'enlever, puis je ne vais plus jamais le voir* » (Stella, entrevue 2).

4.1.3.4.2 Maternité et tabous : Être mère veut nécessairement dire être bonne mère

Cette seconde sous-catégorie conceptualisante met en scène les luttes vécues avec la société et les valeurs véhiculées au sein de celle-ci quant à la parentalité et à la notion de ce qui est normal ou acceptable relativement à celle-ci.

Toutes les participantes ont énoncé durant les entretiens des propos liés aux tabous sociétaux relatifs à la grossesse et la maternité. Un de ceux-ci concerne le fait que la grossesse devrait être un événement heureux en tout temps : « *le préjugé de… la femme enceinte, elle doit être heureuse, elle doit bien vivre sa grossesse, puis on dirait que c'est comme mal perçu quand qu'on dit… non je ne suis pas si bien que ça* » (Isabelle, entrevue 2). Parmi les éléments contribuant à ce tabou, certaines participantes ont souligné l'invalidation de leurs difficultés par l'entourage et les représentants des institutions de soin: « *il y a toujours quelqu'un qui va venir et qui va dire : ''tu sais, dans mon temps, ma mère, elle a eu 14 enfants, elle se débrouillait toute seule, est-ce que tu penses qu'on avait le temps de faire une dépression post-partum? C'est comme un peu venir invalider le fait que ce soit difficile* » (Stella, entrevue 2). Pour certaines participantes, le message perçu de la société et de ses représentants est que déroger à ces stéréotypes les stigmatise en leur apposant l'étiquette d'être une mauvaise mère : « *tu vis de la douleur, tu ne devrais pas vivre de la douleur, tu sais, tu es supposée être de bonne humeur parce que tu es enceinte. Tu n'es donc même pas une bonne future mère* » (Laura, entrevue 2). Ainsi, la suicidalité est vécue par Laura comme un secret lourd à porter qui symbolise pour elle un échec dans sa parentalité :

> « *Tu es en train de créer la vie, mais tu penses à la mort, c'est comme vraiment pas cool là, moi je le vois comme un échec dans ma parentalité. À ce moment-là, c'est comme… Tu devrais*

être heureux, puis être bien là parce que tu crées la vie, tu ne devrais pas être en train de souffrir autant » (Laura, entrevue 2).

Pour Isabelle et Stella, une part de leur lutte se joue entre leurs valeurs personnelles et celles véhiculées par la société et les personnes de leur entourage. Cette réalité s'articule autour du thème de l'avortement pour Isabelle : « *on dirait que les valeurs des autres étaient… à tout le monde à qui je parlais ou presque, c'était comme au-dessus des miennes et leurs valeurs devaient… être plus importantes que les miennes, mais ce n'est pas le cas, ce sont mes valeurs, c'est mon enfant, c'est mon corps* » (Isabelle, entrevue 1) et autour du thème du regret maternel pour Stella :

> « *Des gens qui disent : ''Ah, regret maternel, c'est vraiment en disant que vous êtes vraiment les pires merdes du monde… vous ne pensez pas à tous les gens qui ne peuvent pas avoir d'enfants […] comme s'il n'y a pas le droit d'avoir des difficultés […] si la parole était plus libérée, peut-être que… les effets post-partum seraient un peu moindres parce qu'on se dirait Ben je ne suis pas toute seule* » (Stella, entrevue 2)

4.1.3.4.3 Trouver la juste distance avec la famille : Entre affection et sentiments d'agression

Cette dernière sous-catégorie conceptualisante permet d'articuler les luttes vécues avec la famille pour créer et délimiter un espace leur permettant de vivre leur transition à la maternité et leur nouvelle parentalité selon leurs propres règles et valeurs.

Pour Stella, sa maternité la confronte aux représentations qu'elle a de sa mère adoptive qui a été violente lorsqu'elle était plus jeune. Elle souligne la nécessité pour elle de trier et de mettre des limites fermes avec sa mère pour maintenir un lien avec elle :

« *Pour l'instant là, je trie un peu, je pense qu'elle a compris que je triais beaucoup parce que je l'appelle moins […] autant avant quand il y avait ça j'embarquais et du coup ça créait des conflits, on criait beaucoup, tout ça, c'est des grosses disputes… autant aujourd'hui, j'embarque plus, c'est vraiment comme si je lui avais un peu enlevé le son pour venir me démarrer donc, elle a pu trop ce pouvoir-là sur moi, donc quand elle devient trop je lui parle plus, donc elle évite parce que sinon elle sait que moi je ne reviendrai pas* » (Stella, entrevue 2).

4.1.4 La temporalité : Des repères pour mieux se construire

La quatrième méta-catégorie conceptualisante ayant émergé de l'analyse du discours des participantes a trait à la temporalité. Cette méta-catégorie conceptualisante structure temporellement le processus de transition à la maternité en permettant l'établissement de repères temporels. L'émergence de cette méta-catégorie conceptualisante est survenue après la conduite des deux premiers entretiens de recherche avec la première participante (Isabelle). En effet, il s'est imposé au chercheur principal la nécessité d'aider les participantes à structurer leur discours et de le soutenir en revisitant leur expérience de transition à la maternité et de suicidalité selon la chronologie normale de la grossesse, soit en allant de l'avant grossesse jusqu'à l'après-grossesse, en passant par tous les trimestres. Ainsi, sept catégories conceptualisantes ont émergé des analyses, soit : T0 : L'avant grossesse ; T1 : Trimestre 1 ; T2 : Trimestre 2 ; T3 : Trimestre 3 : T4 : Le post-accouchement ; Les aléas de la transition à la maternité ; Les suivis : Les moments marquants (voir figure 6). L'examen des expériences des participantes ayant été décidé après les deux entrevues avec Isabelle, ces catégories conceptualisantes ne la concernent pas.

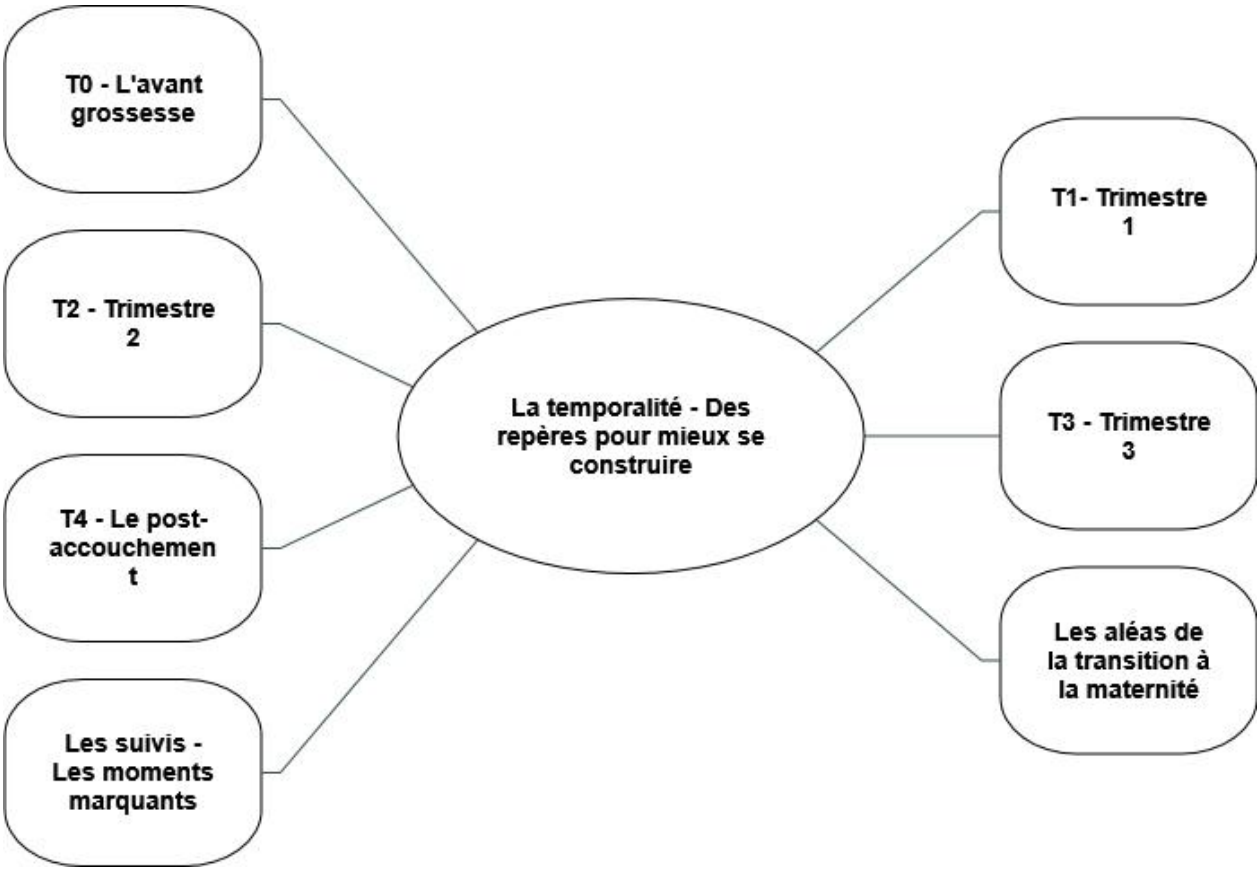

Figure 6. Articulation de la méta-catégorie conceptualisante « La temporalité : Des repères pour mieux se construire ».

4.1.4.1 T0 : L'avant grossesse

Lors de cette période temporelle précédent la conception de l'enfant, la majorité des participantes élabore d'elles-mêmes quant à leur projet d'enfant. Pour Cynthia, ce projet de conception est en continuité avec un désir d'enfants qui a toujours été présent pour elle et son partenaire, puis qui se concrétise lorsque le couple emménage ensemble : « *j'ai toujours voulu avoir des enfants et lui aussi […] ça a pris deux ans […] on a emménagé en avril et là on s'est dit*

nous sommes stables, nous sommes bien et puis c'est là qu'on a commencé le projet bébé » (Cynthia, entrevue 1).

L'expérience de Laura fait écho à celle de Cynthia où le désir de fonder une famille était déjà à l'avant-plan lors de la formation du couple, mais où la conception de l'enfant s'est rapidement concrétisée : « *elle était désirée, j'étais début trentaine avec un conjoint que ça fait environ 6 mois qu'on était ensemble, mais, on s'était mis en couple en sachant qu'on voulait fonder une famille rapidement parce qu'on était déjà début trentaine les deux, puis, je suis tombée enceinte au premier essai* » (Laura, entrevue 1). Toutefois, bien que la volonté d'avoir un enfant ait été présente aux débuts de la relation amoureuse de Laura, sa propre volonté d'avoir des enfants ne s'est précisée que plus tardivement, à la suite d'une poussée biologique de vouloir concevoir : « *Quand j'ai eu 30 ans, mon corps a dit fait des bébés, donc déjà ça, c'était surprenant pour moi que j'aille cette envie-là d'en avoir, mais l'envie était réelle, donc j'entrevoyais ça super positivement* » (Laura, entrevue 1).

Pour Stella, le projet d'avoir un enfant était un projet de longue date qui s'est concrétisé à la suite d'un parcours migratoire et la création d'un environnement propice pour elle et son conjoint à la venue d'un enfant :

> « *Quand le projet bébé est né, mon mari et moi, nous étions mariés ça faisait 5 ans, on avait immigré au Canada deux ans auparavant, puis ça faisait longtemps qu'on voulait un enfant, mais on voulait bien se préparer, avoir une situation et tout, on a beaucoup travaillé en arrivant ici pour se faire cette situation, on a acheté une maison et puis finalement, tout était vraiment aligné pour que ça puisse arriver dans de bonnes conditions. On voulait être prêts même si je pense qu'on n'est jamais prêt, mais on voulait se sentir prêts en tout cas.*

Je suis tombée enceinte vraiment très rapidement, on était super content » (Stella, entrevue 1).

Il apparait ainsi que pour la majorité des participantes, des conditions ont été nécessaires à la concrétisation du projet d'enfant. Pour Cynthia, Stella et Laura, la première condition semblait d'être avec un partenaire amoureux pour qui le désir d'enfant était clair et réciproque. Dans un deuxième temps, pour Cynthia et Stella, des conditions matérielles (p. ex. : une maison), symboles de stabilité, semblaient être nécessaires à la mise en action du projet d'enfant.

4.1.4.2 T1 : Trimestre 1

Pour la majorité des participantes, le premier trimestre est l'occasion du dévoilement de la grossesse à la famille et à l'entourage. Pour Cynthia, plusieurs mises en scène sont orchestrées afin de faire la surprise à leur entourage :

« *L'annoncer à ma belle-mère, je pense que c'est elle qui a eu la plus grosse réaction. On l'avait amené au restaurant, puis on avait mis dans une boîte à biscuits un petit pyjama et un test de grossesse, puis là, on était au restaurant et rendu au dessert, on a dit tiens : on t'a cuisiné quelque chose [belle-mère] qu'est-ce que… tu m'as cuisiné quelque chose !? Puis quand elle a ouvert la boîte, elle s'est mise à crier de joie puis là, elle ne se pouvait plus et elle s'est excusée auprès des autres dans le restaurant, ''Ah bien tu es enceinte !''… Elle était vraiment contente, très heureuse* » (Cynthia, entrevue 1).

Pour Stella, la surprise de l'annonce, qui a été organisée dans le cadre d'un voyage et qui devait être joyeuse, est devenue source de conflit avec son entourage, transformant ainsi le voyage en un enfer :

« *Avant de partir, je voulais organiser, il y avait les 60 ans de ma belle-mère, donc il fallait que j'aille là-bas parce que c'était prévu qu'on annonce à ce moment-là, puis d'un autre côté, ma mère m'en voulait parce que j'allais passer un week-end avec ma belle-mère et pas avec eux et je ne pouvais pas lui dire que c'était important pour moi parce que j'étais enceinte, parce que je ne leur avais pas dit, mais je sens à ce moment-là que ça vient me chercher, puis finalement je sais plus comment ni pourquoi, mais je sais qu'au téléphone, j'ai explosé avec elle […] nous sommes restés 10 jours en Belgique et ça a été l'enfer* » (Stella, entrevue 1).

Du côté de Laura, l'annonce est faite à la suite du test de grossesse : « *Le premier mois dès que j'ai eu du retard, je pense que je suis allée acheter des tests, puis on l'a vu tout de suite, puis là j'ai appelé toute ma famille, puis mon conjoint a appelé toute sa famille, puis on était vraiment contents* » (Laura, entrevue 1).

Le premier trimestre est également le théâtre pour Cynthia et Stella d'une grande volatilité émotionnelle et un sentiment d'être à fleur de peau : « *La fatigue pis j'avais les émotions à fleur de peau […] un bénévole m'a lancé un commentaire banal et je me suis mise à pleurer tout bonnement [rires], bon la moitié des filles autour de la table se sont dit : bon, elle est enceinte [rires]* » (Cynthia, entrevue 1).

Finalement, en revisitant leur vécu au premier trimestre, la majorité des participantes ont synthétisé d'elles-mêmes celui-ci sous la forme d'un mot ou d'une phrase courte organisant ainsi leur expérience. Pour Cynthia ce premier trimestre est intitulé « Le positif et la nausée » : « *À part fatigue et nausées, bien, positif, oui, mais il y a eu le temps des fêtes aussi, on a pu plus s'assoir et se reposer un peu et d'apprendre quoi faire et quoi ne pas faire enceinte* » (Cynthia, entrevue 1).

Le trimestre 1 de Stella est intitulé « L'ironie » : « *Je me souviens que je trouvais ça ironique, je veux dire, il ne se passe rien, nos vies sont toutes tranquilles et puis là, en peu de temps, il se passe tout ça* » (Stella, entrevue 1). Finalement, le premier trimestre de Laura est intitulé « La joie d'apprendre que je suis enceinte » :

> « *Je revois la photo du temps des fêtes, un temps où je commençais à avoir une petite bedaine et avec mon conjoint ont étaient vraiment contents là, pour nous c'était une super bonne nouvelle, donc mon premier trimestre, en gros, ça serait ça, ça serait la joie d'être enceinte parce qu'on était vraiment contents* » (Laura, entrevue 1).

4.1.4.3 T2 : Trimestre 2

Quelques repères temporels ressortent du discours de Cynthia. Son second trimestre de grossesse est principalement marqué par la croissance de son ventre dans une temporalité marquée par le deuil. Pour Cynthia, la place du deuil semble éclipser la temporalité de la grossesse : *« aux funérailles, je voulais cacher ma bedaine parce que je ne voulais pas qu'on me touche, je ne voulais pas… funérailles pas funérailles, je ne voulais pas qu'on touche à ma bedaine…* » (Cynthia, entrevue 1).

Dans l'histoire de Stella, le deuxième trimestre est plutôt marqué par le début d'une certaine matérialisation du bébé. Cette matérialisation se produit selon plusieurs repères tels que la croissance du ventre, les mouvements du bébé à l'intérieur du ventre, ainsi que par l'achat d'objets et de meubles destinés au bébé : « *j'ai le ventre qui commence à sortir, donc c'est sûr que ça commence à se matérialiser un peu, je commence à sentir des petits mouvements, je vais acheter des vêtements de grossesse, ça se matérialise un peu* » (Stella, entrevue 1). De plus, cette

concrétisation du bébé coïncide avec le travail fantasmatique lié au sexe du bébé : « *On sait qu'on va voir, le sexe du bébé dans pas longtemps, on fait des petits pronostics, on achète des trucs, ça devient plus concret* » (Stella, entrevue 1). Toutefois, le second trimestre est également marqué par le test de dépistage pour le diabète de grossesse, élément semblant avoir marqué un tournant franc dans sa trajectoire de grossesse en la recatégorisant comme une grossesse à risque élevé :

> « *Au début du 2e trimestre, j'ai fait le test de dépistage du diabète gestationnel, puis j'étais genre point 1 au-dessus de la norme, donc ils ont décidé de me suivre en clinique de grossesse à risque élevé, donc à l'hôpital. Là, je quittais mon médecin de famille pour aller faire mes suivis à l'hôpital, c'était quand même bien lourd, je devais aller toutes les semaines à l'hôpital pour tous les examens, les tests, etc.* » (Stella, entrevue 1).

Dans l'expérience de Laura, comme pour Stella, le second trimestre est marqué par la maladie et l'intensification du suivi à l'hôpital. Le repère temporel évoqué par Laura est l'échographie du deuxième trimestre qui a été la confirmation pour le couple des complications en lien avec la santé du bébé : « *c'est à ce moment-là qu'on a appris que… qu'elle était malade, puis que là on a commencé à faire toutes les démarches intensives à l'hôpital…* » (Laura, entrevue 1).

Comme pour le premier trimestre, les participantes ont fait l'exercice de synthétiser leur vécu du deuxième trimestre. Pour Cynthia ce second trimestre est intitulé « Le pilote automatique » : « *il y a eu son décès [beau-père], les funérailles, le gros de la succession aussi s'est fait dans ce temps-là, ouf, j'ai eu l'impression d'être sur le pilote automatique à bien y penser* » (Cynthia, entrevue 1). Le second trimestre de Stella, est quant à lui intitulé « L'ambivalence » : « *je me sens bien parce que je suis en train de prévoir comment je vais accueillir mon enfant et tout ça, mais en même temps, je me dis que je ne suis pas une bonne mère, donc c'est comme vraiment de*

l'ambivalence » (Stella, entrevue 1). Finalement, le second trimestre de Laura est intitulé « Le bordel » :

> « *À l'époque, je ne savais pas comment gérer mes émotions, ni comment me connecter avec quelqu'un d'autre, je pensais que je le faisais dans certaines circonstances instinctivement, mais… c'était vraiment juste le bordel, c'est ça le mot qui me vient à l'intérieur, physiquement… puis émotionnellement* » (Laura, entrevue 1).

4.1.4.4 T3 : Trimestre 3

Le troisième trimestre de Cynthia est marqué par plusieurs événements qui lui servent de repères temporels. Ce trimestre est l'occasion de préparatifs faits conjointement avec son partenaire amoureux. Ces préparatifs ont d'abord pris la forme d'une participation du couple à des cours prénataux : « *j'ai réussi à l'amener [son conjoint] aux cours prénataux, il semblait même avoir du plaisir à interagir et à parler aux autres, à en apprendre* » (Cynthia, entrevue 1). Puis il y a eu la préparation de la chambre du bébé pour son accueil prochain: « *on a aussi ben préparé la chambre de bébé* » (Cymthia, entrevue 1).

Lors des entretiens de recherche, toutes les participantes ont décrit leur expérience d'accouchement. Cynthia relate un bel accouchement qui aura été plus long que prévu : « *oui, c'était un peu long, mais ça s'est super bien passé, on a eu un bel accouchement, on a eu un beau séjour aussi à l'hôpital* » (Cynthia, entrevue 2). Pour Stella, le processus est marqué par l'euphorie menant à l'accouchement, puis par un accouchement serein : *« avant d'accoucher et l'accouchement, ça a été les plus faciles de cette grossesse-là parce que j'étais vraiment sereine, ça a duré longtemps, mais on n'était pas stressé* » (Stella, entrevue 1). Toutefois, cette expérience

de sérénité a basculé à la suite de l'accouchement qui semble avoir fait effraction dans l'expérience de Stella :

> « *Je suis vraiment ailleurs, alors il y a l'anesthésie, tout ça. J'ai eu un gros bébé, donc c'est sûr que c'est un peu traumatisant déjà, mais ça se voit que je suis plus là à ce moment-là. Juste accoucher oui, parce que bon, c'est sûr que c'est un traumatisme pour le corps et tout ça […] C'est vraiment violent, c'est vraiment, vraiment un truc violent, comme un 360° en une seconde et puis je n'ai pas le temps, je n'ai pas le temps de me préparer…* » (Stella, entrevue 2).

Cette expérience est également partagée par Isabelle qui relate une expérience où elle a craint de perdre son enfant lors de l'accouchement : « *Bébé ne passait pas… exactement comme je l'avais dit […] parce que le cœur du bébé était en train de lâcher à l'accouchement [silence 2 secondes] comme à mon premier, j'avais l'impression de revivre exactement la même affaire [Silence 3 secondes]* » (Isabelle, entrevue 1).

L'expérience de Laura, en contraste avec l'expérience de Cynthia et de Stella, est marquée par un accouchement décevant qui n'a pas été comme elle l'avait prévu :

> « *C'était comme stressant de pas pouvoir faire mon accouchement comme je voulais, ça m'a fait chier, mais en même temps, je comprenais, puis ce qui faisait chier aussi, c'est qu'ils partaient avec [le bébé], tu accouches et ils la prennent, ça m'a vraiment fait chier, mais je savais que c'était pour sa santé, ils n'avaient pas le choix […] j'avais mal comme je t'ai dit, donc je retenais tout, ça je me souviens, puis je me souviens d'avoir été déçue qu'ils m'empêchent de m'amuser. Après ça, c'était comme juste long d'être assis, puis*

attendre, puis ça faisait mal » (Laura, entrevue 1).

Comme pour les précédents, les participantes ont fait la synthèse de leur expérience de troisième trimestre. Pour Cynthia ce troisième trimestre est intitulé « Un trimestre bien entouré et sous le signe de la bienveillance » : « *je l'ai vécu positif, amour, englobant, bien entourée, peut-être parce que la bedaine paraissait plus que là j'étais mise à l'avant, je ne sais pas, oui, entourée, entourage, positif, bienveillance* » (Cynthia, entrevue 1). Le troisième trimestre de Stella est intitulé « La perte de contrôle et la fatigue » : « *j'ai l'impression que je ne contrôle plus mon corps parce que le diabète est ingérable, je n'arrive pas à me déplacer, prendre une douche c'est compliqué, j'ai tous mes problèmes de peau et tout… donc voilà la perte de contrôle et la fatigue* » (Stella, entrevue 1). Le troisième trimestre de Laura est quant à lui intitulé « Le soutien » : « *je suis passée de la détresse à la maman protectrice, j'allais quand même mieux. Je te dirais soutien, ça serait ça, j'ai ressenti beaucoup de soutien, puis moi-même, j'ai comme plus soutenu ma fille* » (Laura, entrevue 1).

4.1.4.5 T4 : Le post-accouchement

Plusieurs thématiques principales sont ressorties singulièrement de l'expérience des participantes lors de la période du post-accouchement. Une expérience centrale dans le vécu de Cynthia semble en avoir été une d'abnégation qui a duré tout au long de la première année de vie de son fils durant laquelle ses besoins et ceux de son couple ont été de côté au profit de leur nouvel enfant : « *de l'abnégation, vraiment beaucoup, comme j'ai dit, moi j'ai fusionné avec mon fils, avec l'allaitement, je me suis donnée corps et âme à mon fils [rires] vraiment là, de la façon que je le vois, c'est ça la première année de vie, j'ai fusionné, je n'ai donné qu'à lui* » (Cynthia, entrevue 2). Toutefois, les sorties maman-bébé et l'introduction de tiers dans la relation avec son

enfant ont permis à Cynthia de sortir de cette période d'abnégation et de stabiliser son état : « *Sortir, faire des activités maman-bébé, c'est peut-être ça qui m'a stabilisé, d'avoir vu des gens pendant le temps des fêtes et d'avoir mon conjoint aussi à la maison* » (Cynthia, entrevue 2). Pour Laura, une partie de la période post-accouchement, à la suite de son retour de l'hôpital, est marquée par l'angoisse quant à l'état de santé de sa fille :

> « *Quand nous sommes arrivés à la maison, ça m'inquiétait tellement tous les petits bruits qu'elle faisait, que j'étais obligé de la… elle était couchée au bout de notre lit, là je l'ai pris puis je l'ai mise comme sur le bord des marches à côté parce que… ça me réveillait tous les bruits qu'elle faisait parce que j'étais beaucoup trop inquiète* » (Laura, entrevue 1).

Toutes les participantes lors des entretiens de recherche ont abordé la thématique de la perspective d'une grossesse future. Pour Isabelle et Cynthia, le projet d'un nouvel enfant est quelque chose de déjà bien présent et concret : « *en fait, oui, je suis suivie actuellement par mon endocrinologue, avec encore assistance médicale et tout, ça fait un an qu'on est en essai et que ça ne fonctionne pas, on verra ce que ça donnera…* » (Isabelle, entrevue 2) ; « *c'est vrai, puis moi en janvier, on se met sur bébé deux* » (Cynthia, entrevue 1). De son côté, Laura a déjà concrétisé ce désir d'enfant dans une seconde grossesse qui a bénéficié des leçons apprises lors de la première grossesse : « *Ma deuxième grossesse, ça a vraiment bien été, justement parce que je m'étais préparée après la première, donc je ne me souviens pas d'avoir eu des idées suicidaires* » (Laura, entrevue 2). Contrairement aux autres participantes, l'expérience de cette première grossesse a concrétisé pour Stella un refus ferme d'avoir des grossesses subséquentes : « *Absolument pas, je suis en attente pour une ligature des trompes parce que je ne veux plus jamais, je ne veux plus jamais en fait, pour l'instant je ne veux plus du tout d'enfant et c'est sûr que je ne veux plus porter*

d'enfants » (Laura, entrevue 2). Pour celle-ci l'opération de ligature des trompes est vécue comme un processus réparatoire permettant de reprendre le contrôle sur son expérience et d'ainsi clore un chapitre profondément souffrant pour elle :

> « *Pour le moment, ça fait comme une chirurgie réparatrice […] j'ai l'impression que j'ai tout subi, là en fait, je voulais cet enfant, mais à partir du moment où je suis tombée enceinte, j'ai comme subi ce qui s'est passé et là, c'est moi qui ai le pouvoir de dire… je ne subis plus… je ne vais plus subir parce que là c'est mon pouvoir de dire je veux cette chirurgie-là et je vais m'assurer la tranquillité après* » (Laura, entrevue 2).

Finalement, dans une perspective visant à permettre d'organiser et de mettre en sens le vécu éclectique de post-accouchement des participantes, elles ont fait comme pour les précédents trimestres la synthèse de leur expérience de post-accouchement. Pour Cynthia ce post-accouchement est intitulé « Dormir des nuits en pointillés » :

> « *J'ai eu des nuits en pointillés. Au début, c'étaient des nuits de merde, mais après quelque temps, je me suis dit oh là, faut que j'arrête de dire ça, c'est négatif, donc je me suis mise à dire, mes petites nuits ou des nuits en pointillées, j'adore cette expression-là, donc c'est une nuit en pointillée, tu dors, tu te réveilles, tu dors, tu te réveilles* » (Cynthia, entrevue 2).

Le post-accouchement de Stella est intitulé « La solitude » : « *Beaucoup la solitude, par la situation de la pandémie, mais aussi le fait qu'on est seul, confronté à nos idées […] c'est ça, avoir un enfant, c'est merveilleux, donc pourquoi tu es triste ? Donc c'est vraiment ça la solitude* » (Stella, entrevue 2). Quant à Laura, son post-accouchement est intitulé « Cocoon » : « *J'ai fait beaucoup*

maman surprotectrice toute cette période-là, la première année, on est allé beaucoup à l'hôpital, mais on a fini par être bien quand même, on s'est fait notre petit beat de vie » (Laura, entrevue 1).

4.1.4.6 Les aléas de la transition à la maternité

Au cours de leur expérience de transition à la maternité, les participantes ont décrit une variété d'événements servant de repères temporels sans être toutefois directement liés à la grossesse. Ces repères temporels sont venus rythmer la transition à la maternité, favorisant parfois une expérience positive et venant par moment intensifier la détresse vécue.

L'événement partagé par toutes les participantes est leur expérience relative à leur arrêt de travail au cours de la grossesse. Pour certaines, comme Stella et Laura, cette expérience est vécue positivement, permet de se reposer et de mieux composer avec les défis de la grossesse : « *je suis tombée en retrait préventif vraiment rapidement et le jour de mon retrait préventif, c'est le jour où on prenait possession de la maison, donc ça me permettait d'être tranquille à la maison, d'installer toutes les choses, finaliser un peu l'aménagement, donc parfait* » (Stella, entrevue 1). Toutefois, pour Isabelle, l'arrêt de travail signifie plutôt une perte de repères et vient intensifier le sentiment d'isolement :

> « *quand je suis venue pour revenir travailler, il y a eu l'arrêt à cause de la COVID, j'étais enceinte, donc c'est un retrait […] du jour au lendemain, je n'ai plus le droit de mettre les pieds au travail à cause de la COVID… j'aurais aimé qu'il [son patron] prenne le temps de m'appeler […] j'aurais aimé qu'il prenne le téléphone, dire : comment vas-tu aujourd'hui, tu sais* » (Isabelle, entrevue 1).

Pour d'autres participantes, comme Isabelle et Cynthia, ce sont les deuils de personnes significatives dans l'entourage qui apportent leur propre rythme, au gré du deuil : « *ma mère est décédée […] c'était déjà un deuil qui est plus difficile à faire parce que je n'ai pas pu l'accompagner à la fin comme une personne aurait pu le faire* » (Isabelle, entrevue 1). Pour Cynthia, cette expérience a profondément coloré son expérience de grossesse, allant jusqu'à mettre de côté sa propre expérience de grossesse afin de pouvoir composer avec le deuil survenu : « *j'ai trouvé ça dur, perdre son père, c'est peut-être égoïste de dire, on dirait qu'on a mis ma grossesse de côté pour vivre cette émotion-là* » (Cynthia, entrevue 1). Ces deux expériences, à leur façon, ont obscurci l'expérience de transition à la maternité des deux participantes.

L'expérience périnatale d'Isabelle, Stella et Laura ont été marquées par la maladie de leur enfant à naître et les angoisses de malformation ou de mort liées à cette annonce. Pour Isabelle, l'expérience d'annonce d'une potentielle trisomie de son enfant à venir a été l'élément déclencheur d'une variété de questionnements existentiels quant à la question de l'avortement et de la qualité de vie possible de son enfant : « *ils ont découvert à l'échographie que ma fille serait fort probablement trisomique, alors ce fut un choc […] j'avais d'un côté où est-ce que : bien là, elle est malade, tu ne peux pas lui offrir cette vie-là, ce n'est pas une belle vie, c'est pas... puis là, faut que tu penses à elle* » (Isabelle, entrevue 1). D'autant plus que pour Isabelle, cette nouvelle fait suite à tout un parcours en procréation médicalement assistée en raison d'une difficulté à concevoir, ce qui est venu renforcer le dilemme ressenti par celle-ci à savoir si elle désirait porter à terme sa grossesse. Pour Stella, son histoire a été marquée par la malformation de la moelle épinière de son fils, qui viendra rythmer sa grossesse et son post-accouchement en multipliant les suivis et en accentuant le stress vécu : « *on découvre qu'il a une malformation de la moelle épinière, je dois aller à l'hôpital tout le temps pour moi, je dois aussi aller à l'hôpital tout le temps pour mon fils,*

pour ses rendez-vous, puis il a beaucoup d'examens qu'il doit passer, lui, je pense qu'il sent mon stress, donc il pleure beaucoup, il ne veut jamais que je le lâche » (Stella, entrevue 1). Finalement, l'expérience de Laura vient fait écho au vécu de Stella avec la multiplication des suivis à la suite de l'annonce de la maladie de sa fille : « *une fois qu'on a su que sa vie était en danger, bien là, on a commencé à s'inquiéter pour sa vie, donc ça a été rendez-vous médical par-dessus rendez-vous médical* » (Laura, entrevue 1). Toutefois, cette nouvelle semble avoir été l'occasion de créer un nouveau mouvement à l'intérieur de Laura visant la pleine mobilisation de celle-ci pour la protection de sa fille, permettant ainsi d'atténuer ses idées suicidaires et son expérience de souffrance profonde : « *malgré tout ça, comme justement, j'ai passé de la détresse à maman protectrice, j'allais quand même mieux, c'était quand même… je te dirais soutien, ça serait ça, j'ai ressenti beaucoup de soutien, puis moi-même, j'ai comme plus soutenu ma fille* » (Laura, entrevue 1).

4.1.4.7 Les suivis : Les moments marquants

Quelques moments importants en lien avec les suivis de grossesse sont venus rythmer l'expérience périnatale des participantes. L'annonce d'un diagnostic au sujet de leur santé mentale a été un de ces moments. Pour Stella, son expérience de suivi psychothérapeutique et son diagnostic d'un stress post-traumatique semblent avoir permis de légitimer son expérience et d'apaiser une tension liée à son état de détresse :

> « *la seule fois où j'ai senti un peu d'apaisement par rapport à ça, c'est quand elle [sa psychothérapeute] m'a dit, elle m'a diagnostiqué dans le fond un PTSD [état de stress post-traumatique] par rapport à tout ça, puis là, c'était comme si ça s'apaisait un peu où je me*

disais, finalement, c'est légitime que j'en pleure et que ça me touche à ce point-là » (Stella, entrevue 1).

De son côté, Cynthia semble plutôt avoir vécu difficilement le fait d'être diagnostiquée mais, après coup, l'a considéré comme une expérience où elle a été réellement confrontée à l'étendue de sa souffrance : « *de mettre un… j'avais une étiquette ''maman en dépression''… juste ça, de mettre un mot sur ce que je vivais, sur le coup je n'ai pas aimé ça, mais en même temps, je ne pouvais pas me voiler la face que c'est vrai que je n'allais pas bien, puis que c'était ça* » (Cynthia, entrevue 2). Pour Cynthia, cette expérience semble avoir été le point tournant pour la prise d'une médication l'aidant à gérer ses débordements et sa souffrance: « *elle a dit on va essayer de la médication, là y a eu le choc de tu es en dépression et là, est arrivé dans ma vie la médication […] ça l'éclatait, mais après ça, la médication m'a beaucoup aidé à gérer mon volcan [rires], tellement beaucoup* » (Cynthia, entrevue 2).

La rencontre avec les professionnels a également été l'occasion d'une proposition de médication pour Isabelle et Stella. Toutefois, pour elles, la médication n'était pas une option envisageable à ce moment de leur parcours périnatal : « *il [médecin de famille] a quand même été présent, là, il m'avait dit, il m'avait parlé des antidépresseurs, et, etc., mais je lui ai dit que je ne voulais pas prendre ça tout de suite* » (Stella, entrevue 2). Pour Isabelle, la discussion autour de la médication semble avoir été l'occasion de consolider le lien avec son infirmière clinicienne et de vivre une expérience de maîtrise :

« *est-ce que tu veux la prendre, la médication ? Elle me remettait ça à moi… est-ce que tu penses que tu en as de besoin ? Pour le moment… non, je te sens quand même sur le bord,*

on se revoit dans une semaine… c'est l'écoute et la présence, elle est restée là quand même… puis elle a dit… si tu as besoin de moi, tu m'appelles » (Isabelle, entrevue 2).

4.1.5 La suicidalité périnatale : La crise dans la crise

La cinquième méta-catégorie conceptualisante ressortant de l'analyse du discours des participantes concerne leur expérience de suicidalité. Cette méta-catégorie conceptualisante permet de mettre en sens et de retracer l'expérience de suicidalité des participantes en abordant ses éléments fonctionnels et processuels. L'émergence de cette méta-catégorie conceptualisante s'est produite en parallèle de la précédente catégorie conceptualisante (voir 4.1.4 La temporalité : Des repères pour mieux se construire), mettant de l'avant l'existence d'une temporalité propre à la transition à la maternité, mais également à une temporalité propre au processus suicidaire ; une littérale crise dans la crise. Deux catégories conceptualisantes illustrées dans la Figure 8 ont émergé des analyses du corpus de recherche : La suicidalité et ses fonctions : Symptôme polymorphe ; Trajectoire suicidaire : Les montagnes russes de la mort (voir figure 7).

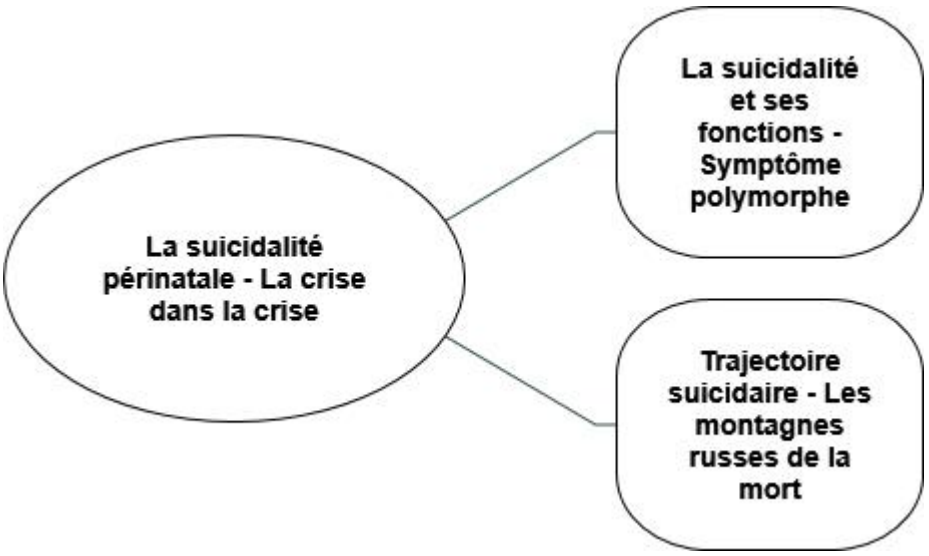

Figure 7. Articulation de la méta-catégorie conceptualisante « La suicidalité périnatale : La crise dans la crise ».

4.1.5.1 La suicidalité et ses fonctions : Symptôme polymorphe

Cette catégorie conceptualisante aborde les représentations de la suicidalité dans le parcours de vie des participantes. À ce titre, la suicidalité semble avoir eu une fonction de signal d'alarme pour plusieurs participantes : elle apparaît être le dernier rempart face à un vécu mortifère qui cherche à être entendu et à mobiliser des ressources, tant internes qu'externes, afin d'endiguer la souffrance vécue :

> « *un… signal d'alarme, de dire… écoute là, ça ne va pas dans ma tête, puis le fait de penser ces idées noires-là, c'est comme si on appuyait sur le bouton… helllooo, il y a quelque chose qui ne marche pas, faut que tu passes à l'acte, mais pas à l'acte suicidaire, mais à l'acte : bouge, fait de quoi pour sortir de là* » (Isabelle, entrevue 2).

En écho à cette souffrance insoutenable, pour Stella, la suicidalité est une façon de s'évader du débordement la submergeant. La suicidalité est ainsi métaphoriquement représentée par la figure du profond sommeil réparateur : « *je me rappelle que j'étais fatiguée et que je voulais juste dormir et je me disais, ce serait mieux si je ne me réveillais pas… quand je me réveillais le matin, je disais merde, j'aurais bien aimé ne pas me réveiller, puis dormir, rester dormir pour toujours* » (Stella, entrevue 2). La figure du sommeil semble ainsi permettre de créer fantasmatiquement l'espace d'un lieu se soustrayant à la réalité envahissante du quotidien : « *je disais, mais vraiment, je préfèrerais mourir que de ressentir, c'était vraiment horrible* » (Stella, entrevue 2).

Pour Laura, la suicidalité est avant tout représentée comme un espace de noirceur ou par la figure du néant qui se situe au plus profond d'elle-même : « *moi je vois juste un gros vide, un gros noir, tu sais, le néant […] ça m'a fait rejoindre mes souffrances les plus profondes, c'est un peu pour ça que je te parle de la noirceur, mais c'est comme si dans le fond du baril… ça traîne le plus creux de ce qui existe dans… disons dans tes affects* » (Laura, entrevue 2). La grossesse de Laura semble ainsi avoir créé un mouvement d'expansion vécu sur le plan corporel de cet espace marqué par le néant, débordant ainsi sa précédente capacité de compartimentalisation : *« je trouve que je suis très compartimentalisée […] ça grandi dans ton corps, puis c'est comme on avait dit la dernière fois, ça m'a fait rejoindre mes souffrances les plus profondes* » (Laura, entrevue 2).

Finalement, pour Isabelle, les fantasmes d'avortement semblent concrétiser et s'articuler autour de son propre vécu suicidaire, en mobilisant une part mortifère d'elle-même oscillant entre un désir de mort de l'autre et de mort de soi-même :

> « *j'avais peur d'aller là-bas pis que la partie noire l'emporte en disant…qu'ils l'enlèvent le bébé osti qu'on passe à autre chose… mais que ce n'était pas ça que la partie saine en*

moi voulait […] ce bout-là de ma grossesse où est-ce qu'on me nomme l'avortement et tout ça puis qu'on me met la pression versus justement mes idées suicidaires, je trouvais que c'était parallèle et que ça se suivait, puis qu'à un moment donné, si je voulais mettre fin à un… fallait que je contrôle l'autre… » (Isabelle, entrevue 2).

Tous les exemples précédemment illustrés soutiennent ainsi le caractère polymorphe et polysémique de la suicidalité. Ces différentes mises en scène et mises -en sens de la suicidalité permettent ainsi d'articuler un vécu qui a du mal à être entendu et contenu par les participantes.

4.1.5.2 Trajectoire suicidaire : Les montagnes russes de la mort

Dans cette catégorie conceptualisante sont exposées les trajectoires suicidaires individuelles de chacune des participantes. Cette catégorie permet ainsi d'articuler le précédent chapitre (voir 4.1.4 La temporalité : Des repères pour mieux se construire) en le combinant avec le processus suicidaire, afin de représenter les fluctuations de la suicidalité temporellement et de mettre en perspective les trajectoires individuelles de chacune en les comparant au reste des participantes.

4.1.5.2.1 Trajectoire suicidaire : Isabelle

		T0 – L'avant-grossesse	Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3	T4 – Le post- accouchement
Isabelle (1318)	**Résumé de trimestre**					
	Antécédents en santé mentale	• Dépression majeure • Dépression post-partum (précédents enfants) • Idées suicidaires • Tentatives de suicide • Antécédents violence conjugale				
	Début des idées suicidaires			• Début des idées suicidaires entre 3 et 6 mois • Début à la suite de l'annonce d'un potentiel diagnostic de trisomie de l'enfant à venir		
	Moments suicidaires significatifs			« J'avais pété un plomb, puis je me souviens particulièrement de ce moment là où j'étais allée dehors, respirer sur le balcon, puis à pluie […] je suis comme restée un 2 heures et demi dehors, pis c'était non négociable, vous m'approchez pas, pis je veux pas parler à personne, pis j'étais comme à bout là, me semble que j'aurais pris mon véhicule pis je serais partie je le sais pas où là […] le plus haut point et c'est là que j'ai fait… là, je n'en peux plus… justement l'impulsivité a embarqué, là j'ai pété un plomb, je suis allée respirer dehors, pis là je me suis dit… justement je suis tombée de comme dans ma tête, en mode réflexion… bien là, ça n'a plus de sens, je fais des crises, je suis rendue impulsive, j'ai juste envie de tout lancer à bout de bras, il faut qu'il se passe de quoi… Je pourrais juste sacrer mon camp, il n'y aurait plus personne, ça ne changerait rien. »		
	Dévoilement des idées suicidaires			• Premier dévoilement positif à une amie		• Second dévoilement positif à l'infirmière clinicienne l'ayant en suivi
	Fin des idées suicidaires					• Diminution significative des idées suicidaires post-accouchement • Stabilisation vers 1 mois post-accouchement (diminution idées suicidaires, stabilisation des hormones, meilleur sommeil et stabilisation de l'état physique) • Résorption complète des idées suicidaires vers 1 mois ½ - 2 mois post-accouchement

Tableau 1. Trajectoire suicidaire d'Isabelle

La trajectoire suicidaire d'Isabelle débute bien avant la conception de son dernier enfant. À ce titre, Isabelle mentionne que cela serait sa quatrième ou cinquième dépression majeure. En la questionnant quant à sa suicidalité, elle rapporte avoir eu des comportements suicidaires étant plus jeune. L'historique de suicidalité d'Isabelle semble remonter à son adolescence où elle a fait plusieurs tentatives de suicide. Cette tendance semble s'être poursuivie lors de ses deux premières grossesses durant la période post-partum, où elle rapporte avoir eu « *tendance à faire des post-partum assez solides avec idées noires et tout ça* » (Isabelle, entrevue 1). Lors de cette troisième grossesse, Isabelle aurait commencé à avoir des idées suicidaires aux environs de trois mois. Ces idées suicidaires auraient été précédées par un contexte pandémique alourdissant son vécu et de potentielles difficultés en lien avec le bébé à venir. Ces difficultés se seraient présentées, selon elle, sous la forme suivante : « *j'avais des petites réflexions, une humeur plus désagréable, plus lourde, pourtant, je n'étais pas malade dans la grossesse, donc, ce n'était pas associé à ça… oui, j'avais des maux de dos* » (Isabelle, entrevue 1). Ses symptômes semblent ainsi avoir évolué, aux environs de quatre mois et demi ou cinq mois, vers la présence franche d'idées suicidaires, en conjonction avec l'avènement des fluctuations hormonales. Isabelle rapporte que le paroxysme de sa suicidalité serait survenu au cours du deuxième trimestre, à la suite d'une conversation avec son partenaire amoureux en lien avec la décision de garder ou non l'enfant qui pourrait présenter une trisomie :

> « *J'avais pété un plomb, puis je me souviens particulièrement de ce moment-là où j'étais allée dehors, respirer sur le balcon, puis à pluie […] je suis comme restée un 2 heures et demie dehors, pis c'était non négociable, vous ne m'approchez pas, pis je ne veux pas parler à personne, pis j'étais comme à bout là, me semble que j'aurais pris mon véhicule pis je serais partie je le sais pas où là […] le plus haut point et c'est là que j'ai fait… là, je n'en peux plus… justement l'impulsivité a embarqué, là j'ai pété un plomb, je suis allée respirer*

dehors et je me suis dit… justement je suis tombée comme dans ma tête, en mode réflexion… bien là, ça n'a plus de sens, je fais des crises, je suis rendue impulsive, j'ai juste envie de tout lancer à bout de bras, il faut qu'il se passe de quoi… Je pourrais juste sacrer mon camp, il n'y aurait plus personne, ça ne changerait rien. » (Isabelle, entrevue 2).

À la suite de cet événement, Isabelle aurait discuté avec une amie de son dilemme quant au fait de garder ou non son enfant. Cette discussion lui aurait permis dans un même temps de dévoiler ses idées suicidaires à cette amie. Isabelle rapporte que cette amie a su l'accueillir et la recentrer sur ses besoins, ce qui aurait permis la diminution des idées suicidaires. La présence des idées suicidaires se serait poursuivie jusqu'à l'accouchement en raison d'angoisses liées à l'accouchement, à un historique traumatique d'accouchement pour l'une de ses précédentes grossesses et en lien avec la potentielle trisomie de son enfant. Isabelle rapporte un accouchement éprouvant où elle aurait craint pour la vie de son enfant. Par la suite de cet accouchement, Isabelle mentionne un post-accouchement difficile sur le plan physique en raison de plusieurs blessures physiques et de l'accouchement difficile. Les difficultés vécues auraient commencé à s'apaiser vers un mois en post-partum lorsque celle-ci a trouvé une infirmière clinicienne qui l'aurait pris en charge. Cette prise en charge a ainsi mené au second dévoilement d'Isabelle à cette infirmière qui fut pour elle l'occasion d'être entendue et d'être reçue dans sa détresse. Isabelle rapporte finalement une résorption des symptômes suicidaires, vers environ un mois et demi à deux mois en post-partum, en lien avec une stabilisation de sa condition physique, psychologique et une stabilisation de ses hormones.

4.1.5.2.2 Trajectoire suicidaire : Cynthia

		T0 – L'avant-grossesse	Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3	T4 – Le post- accouchement
Cynthia (1803)	**Résumé de trimestre**		• « Le positif et la nausée »	• « Le pilote automatique au profit du deuil du conjoint »	• « Un trimestre bien entouré et sous le signe de la bienveillance »	• « Les nuits en pointillées et la souffrance du post-partum »
	Antécédents en santé mentale	• Aucune mention d'antécédents				
	Début des idées suicidaires					• 8 mois post-accouchement aggravation des symptômes • Environ 1 an post-accouchement
	Moments suicidaires significatifs					« En mars, je n'allais pas bien, après ça je pense, quand l'été est arrivé, ça a comme remonté une petite pente. Le printemps, j'ai remonté une petite pente, puis après ça, j'ai crashé en août, juillet-août […] en août, ça fait « crunch », au rendez-vous de 1 an […] chez la médecin, je lui ai dit, je ne vais pas bien et j'ai pleuré… avant on rencontre aussi l'infirmière […] l'infirmière m'avait dit […] je veux que tu reviennes, mais toute seule, donc, je suis revenu sans lui [bébé], toute seule, pas longtemps après, ça devait être dans l'été que j'ai eu, une fois, j'ai eu une idée suicidaire de je suis plus capable, je n'en peux plus et là je l'ai nommé à l'infirmière, […] elle a dit, là Stella, tu es en dépression post-partum, elle a dit on va essayer de la médication. Là y a eu le choc, de tu es en dépression et là, est arrivé dans ma vie, la médication […] oui, c'est ça, 1 an après sa naissance [silence] je voulais dormir, je… bon l'émotion s'en vient […] quand l'infirmière m'a posé la question si j'avais eu des idées suicidaires, puis j'ai dit oui, une fois le flash m'est passé de, on sacre tout ça là, je n'y arriverai pas [montée en émotions] »
	Dévoilement des idées suicidaires					• Dévoilement des difficultés vécues à la médecin de famille à 8 mois post-partum • Dévoilement des idées suicidaires à 1 an post-partum à l'infirmière en charge du suivi
	Fin des idées suicidaires					• Résorption des idéations suicidaires à environ 1 an post-accouchement à la suite du diagnostic de dépression post-partum et à l'introduction de la médication

Tableau 2. Trajectoire suicidaire de Cynthia.

La trajectoire suicidaire de Cynthia est tout à fait différente de celle d'Isabelle. Cynthia ne rapporte aucun antécédent de santé mentale ni d'idées suicidaires ou des comportements suicidaires. Les difficultés semblent survenir à la suite au décès du père de son conjoint : elle rapporte avoir vécu le deuxième trimestre sur le pilote automatique dans plusieurs sphères de son fonctionnement, dont sa grossesse :

> « *J'ai l'impression que le 2e trimestre, j'étais sur le pilote automatique, du travail, j'accompagne mon conjoint, je prends soin de lui […] on dirait que tu es assis au cinéma, puis que tu regardes ta vie passer et que ça ne fait que rouler, les jours se suivent et on embarque dans le train, puis on y va, il faut passer au travers, puis on passera au travers* » (Cynthia, entrevue 1).

Cette difficulté s'exprimera dans son cas par un désir de cacher son ventre et sa grossesse aux yeux des autres personnes et une réticence particulière à l'idée d'être touchée. Toutefois, ses difficultés semblent se résorber lors du troisième trimestre avec la venue du temps des fêtes et le soutien social reçu. Pour Cynthia, l'accentuation des symptômes et la venue des idées suicidaire se font plutôt sentir en post-partum. Le post-partum est marqué par des difficultés importantes à dormir, ainsi qu'une difficulté significative dans la gestion émotionnelle. Cela a mené le conjoint de Cynthia à l'inviter à discuter de ses difficultés avec sa médecin de famille aux environs de 8 mois en post-partum :

> « *En mars, je n'allais pas bien, après ça je pense, quand l'été est arrivé, ça a comme remonté une petite pente. Le printemps, j'ai remonté une petite pente, puis après ça, j'ai crashé en août, juillet-août […] en août, ça fait « crunch », au rendez-vous de 1 an […] chez la médecin, je lui ai dit, je ne vais pas bien et j'ai pleuré… avant on rencontre aussi l'infirmière […] l'infirmière m'avait dit […] je veux que tu reviennes, mais toute seule,*

donc, je suis revenue sans lui [bébé], toute seule, pas longtemps après, ça devait être dans l'été que j'ai eu, une fois, j'ai eu une idée suicidaire de je suis plus capable, je n'en peux plus et là je l'ai nommé à l'infirmière […] elle a dit, là Cynthia, tu es en dépression post-partum, elle a dit on va essayer de la médication. Là y a eu le choc, de tu es en dépression et là, est arrivé dans ma vie, la médication […] oui, c'est ça, 1 an après sa naissance [silence] je voulais dormir, je… bon l'émotion s'en vient […] quand l'infirmière m'a posé la question si j'avais eu des idées suicidaires, puis j'ai dit oui, une fois le flash m'est passé de, on sacre tout ça là, je n'y arriverai pas [montée en émotions] » (Cynthia, entrevue 2).

Cette rencontre avec l'infirmière traitante et le diagnostic de dépression post-partum semblent avoir été pour Cynthia des moments éprouvants qui marquent un point tournant dans son vécu périnatal en la connectant pleinement avec l'ampleur de sa souffrance. Elle décrit la prise de médication comme étant à la source de la résorption de ses symptômes suicidaires à environ un an en post-partum.

4.1.5.2.3 Trajectoire suicidaire : Stella

		T0 – L'avant-grossesse	Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3	T4 – Le post- accouchement
Stella (0113)	**Résumé de trimestre**		• « L'ironie »	• « L'ambivalence »	• « La perte de contrôle et la fatigue »	• « La solitude »
	Antécédents en santé mentale	• Antécédents de violence familiale				
	Début des idées suicidaires					• Début des idées suicidaires en post-partum à la suite de l'expérience traumatique d'accouchement et à la fatigue vécue.
	Moments suicidaires significatifs					« Je ne sais pas trop quand est-ce que c'est arrivé, en fait, ce n'était pas franc et clair, je n'ai jamais eu de plan ni rien… je me rappelle que j'étais fatiguée et je voulais juste dormir et je me disais, ce serait mieux si je ne me réveillais pas… quand je me réveillais le matin, j'étais… je me disais, merde, j'aurais bien aimé ne pas me réveiller, puis dormir, dormir pour toujours, puis… Avant de sortir et de de commencer à voir du monde et tout ça, bien je n'avais pas vraiment de but dans ma journée, je me levais et puis, il fallait que je m'occupe du petit, mais je n'avais pas d'autres choses à faire et des fois, je sortais en voiture juste parce que j'essayais de l'endormir un peu ou juste de sortir et je me disais… Bien, je me voyais des fois avec la voiture et je me disais, mais je vais faire une sortie de route et ça va être terminé, ce sera plus facile parce que vraiment, c'est trop compliqué, ce n'était pas … Ce n'est pas franc et clair, mais c'était comme… je veux juste dormir, je ne veux juste pas me réveiller, c'était vraiment ça l'idée »
	Dévoilement des idées suicidaires					• Discussion avec le médecin de famille à la suite du diagnostic de dépression post-partum
	Fin des idées suicidaires					• Résorption des idées suicidaires vers 4 mois avec l'appropriation de sa maternité

Tableau 3. Trajectoire suicidaire de Stella.

Comme pour Cynthia, l'expérience de suicidalité de Stella s'est révélée à la suite de son premier accouchement. Stella a un parcours d'adoption lorsqu'elle était bébé. Elle n'indique pas d'antécédent de santé mentale, mais rapporte avoir subi à l'enfance de la violence perpétrée par sa mère adoptive. Le début de sa grossesse est marqué par la fatigue et la nausée, puis par un événement de cambriolage qui viendra la secouer. Lors du deuxième trimestre, son moral semble s'améliorer, malgré une augmentation de la volatilité au plan affectif qui se manifeste par d'importantes sautes d'humeur. Ce deuxième trimestre est aussi le moment du dépistage du diabète de grossesse qui en fera une grossesse à risque élevé. Ce trimestre est marqué par un sentiment important de ne pas être une bonne mère, sentiment qui se poursuivra lors du troisième trimestre. Lors de ce trimestre, Stella a le sentiment de perdre le contrôle sur son corps et sur son état en raison du caractère ingérable de son diabète, de sa fatigue, de sa prise importante de poids et de certains problèmes de peau. Elle a vécu son accouchement comme un traumatisme, un basculement, qui induit une perte de contact avec la réalité, un sentiment de ne pas être la mère de son enfant, ainsi que des hallucinations auditives au cours de la période suivant l'accouchement. Durant cette période, Stella décrit une grande fatigue et une incapacité à s'approprier son rôle de mère, ce qui culminera par la venue d'idées suicidaires :

> « *Je ne sais pas trop quand est-ce que c'est arrivé, en fait, ce n'était pas franc et clair, je n'ai jamais eu de plan ni rien… je me rappelle que j'étais fatiguée et je voulais juste dormir et je me disais, ce serait mieux si je ne me réveillais pas… quand je me réveillais le matin, j'étais… je me disais, merde, j'aurais bien aimé ne pas me réveiller, puis dormir, dormir pour toujours, puis… Avant de sortir et de de commencer à voir du monde et tout ça, bien je n'avais pas vraiment de but dans ma journée, je me levais et puis, il fallait que je m'occupe du petit, mais je n'avais pas d'autres choses à faire et des fois, je sortais en voiture*

juste parce que j'essayais de l'endormir un peu ou juste de sortir et je me disais… Bien, je me voyais des fois avec la voiture et je me disais, mais je vais faire une sortie de route et ça va être terminé, ce sera plus facile parce que vraiment, c'est trop compliqué, ce n'était pas … Ce n'est pas franc et clair, mais c'était comme… je veux juste dormir, je ne veux juste pas me réveiller, c'était vraiment ça l'idée » (Stella, entrevue 2).

Lors d'une rencontre avec son médecin de famille pour faire part de ses difficultés en post-accouchement, elle lui dévoile ses idées suicidaires et reçoit un diagnostic de dépression post-partum. Ce n'est toutefois que vers quatre ou cinq mois en post-partum que Stella arrivera à s'approprier sa maternité, élément semblant faire écho à sa propre expérience d'adoption, n'ayant été adopté qu'à environ quatre mois. Cette appropriation subjective, additionnée à des sorties avec d'autres mamans, mèneront à la résorption complète des idées suicidaires de Stella.

4.1.5.2.4 Trajectoire suicidaire : Laura

		T0 – L'avant-grossesse	Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3	T4 – Le post- accouchement
Laura (1907)	**Résumé de trimestre**		• « La joie d'apprendre que je suis enceinte »	• « Le bordel »	• « Le soutien »	• « Cocooning »
	Antécédents en santé mentale	• Idées suicidaires • Tentative de suicide • Antécédents violence conjugale • Trauma				
	Début des idées suicidaires		• Début des idées suicidaires vers environ 10 semaines			
	Moments suicidaires significatifs		« Je me revois sur le bord de la porte patio puis tout ce que je vois, c'est du noir, c'est comme une espèce de gouffre de souffrance […] c'est vraiment dès le début là, c'est comme… au début tu es toute contente aye, je vais avoir un bébé. Puis après ça, c'est, je pense que ça m'est rentré dedans assez vite, j'avais des nausées, mais je pense, je n'ai pas tant vomi, à cette époque-là, en plus, il y a quelque chose que je me souviens qu'un moment donné, j'étais chez… dans ma belle-famille, puis il y a quelqu'un qui est venu pour prendre une photo avec moi, puis mon conjoint, puis j'ai dit, est-ce qu'il faut que j'aille l'air heureuse, je pense qu'il y avait vraiment un mal-être profond. Déjà que j'avais, puis le fait d'avoir un bébé à l'intérieur de moi, on dirait que c'est comme si je ne pouvais plus le nier ? c'était comme un reality check en fait, tu parlais de se jeter par terre, mais je dirais plus que c'était plus un check-point. Là un… aye… Ça ne va pas ! Étais-tu au courant que tu n'allais pas bien ? C'est un petit peu ça, comme si le mal-être avait cogné à la porte en même temps que le début de la grossesse »			
	Dévoilement des idées suicidaires			• Discussion des idées suicidaires avec une collègue de travail		
	Fin des idées suicidaires			• Fin des idées suicidaires vers la fin du 2e trimestre, à la suite de l'annonce que le fœtus est gravement malade. Maman se dévoue entièrement à la santé du fœtus		

Tableau 4. Trajectoire suicidaire de Laura.

La trajectoire suicidaire de Laura a débuté avant sa première grossesse. Elle rapporte avoir eu des idées suicidaires au cours de son adolescence, puis d'avoir fait une tentative de suicide lorsqu'elle avait 19 ans. Laura rapporte aussi des antécédents de trauma, de violence conjugale et de dépendance affective. Ses idées suicidaires débutent à environ 10 semaines de grossesse, lorsqu'elle a le sentiment que la joie initiale de la grossesse laisse place à un profond gouffre de souffrance qui fait remonter ses traumatismes passés :

> « *Je me revois sur le bord de la porte patio puis tout ce que je vois, c'est du noir, c'est comme une espèce de gouffre de souffrance […] c'est vraiment dès le début là, c'est comme… au début tu es toute contente aye, je vais avoir un bébé. Puis après ça, c'est, je pense que ça m'est rentré dedans assez vite, j'avais des nausées, mais je pense, je n'ai pas tant vomi, à cette époque-là, en plus, il y a quelque chose que je me souviens qu'un moment donné, j'étais chez… dans ma belle-famille, puis il y a quelqu'un qui est venu pour prendre une photo avec moi, puis mon conjoint, puis j'ai dit, est-ce qu'il faut que j'aille l'air heureuse, je pense qu'il y avait vraiment un mal-être profond. Déjà que j'avais, puis le fait d'avoir un bébé à l'intérieur de moi, on dirait que c'est comme si je ne pouvais plus le nier ? c'était comme un reality check en fait, tu parlais de se jeter par terre, mais je dirais plus que c'était plus un check-point. Là un… aye… Ça ne va pas ! Étais-tu au courant que tu n'allais pas bien ? C'est un petit peu ça, comme si le mal-être avait cogné à la porte en même temps que le début de la grossesse* » (Laura, entrevue 1).

Cette détresse mènera Laura à dévoiler ses idées suicidaires à une amie et collègue lors du début du second trimestre. Cette expérience semble avoir été un moment où elle s'est sentie accueillie et validée par cette amie, permettant ainsi d'apaiser sa souffrance. Le second trimestre

est marqué par l'échographie du deuxième trimestre qui viendra confirmer que le fœtus est gravement malade et s'en suivra une intensification du suivi. La fin du deuxième trimestre marque également la fin des idées suicidaires pour Laura avec l'annonce de la maladie du fœtus, celle-ci se mobilise entièrement dans la préservation de son enfant à venir. À partir de ce point tournant, toute l'énergie de Laura est dédiée à l'enfant à venir et la fin de grossesse est relativement bien vécue avec un troisième trimestre marqué par le soutien reçu, mais aussi le sentiment d'avoir mieux soutenu sa fille.

4.1.5.2.5 Types de trajectoire suicidaire

Deux types de profil semblent émerger des résultats obtenus relativement aux trajectoires suicidaires de chacune des participantes, un premier marqué par la continuité d'un historique suicidaire et un second marqué par une rupture d'avec le mode de fonctionnement historique.

Dans le premier cas, pour Isabelle et Laura, la suicidalité semble être un élément ayant émergé à l'adolescence et s'être prolongé dans la vie adulte. Dans leur cas, la grossesse et les difficultés éprouvées lors de celle-ci semblent avoir réactivés cette suicidalité. Ainsi, la suicidalité lors de la période périnatale semble plutôt s'inscrire dans la continuité d'un historique de suicidalité.

Dans le deuxième cas, pour Cynthia et Stella, la suicidalité semble plutôt être une nouveauté ayant émergé de leur expérience en post-partum. Ainsi, la suicidalité en période périnatale apparait plutôt être en rupture avec leur fonctionnement historique.

4.2 Angle d'analyse 2 : l'expérience de suivi d'une professionnelle œuvrant auprès de femmes en transition à la maternité et présentant un risque suicidaire

De même que pour le premier angle d'analyse, cinq méta-catégories centrales ont progressivement émergées des données provenant des entrevues avec la professionnelle soit : 1- Cultiver une pratique réflexive : Au confluent de soi et des autres ; 2- Être comme le roseau : L'accompagnement - entre fermeté et flexibilité ; 3- Le vécu comme professionnelle : Naviguer les méandres de l'accompagnement ; 4- La violence sous toutes ses coutures ; 4- Gestion des limites : Frontières à géométrie variable (voir Figure 8).

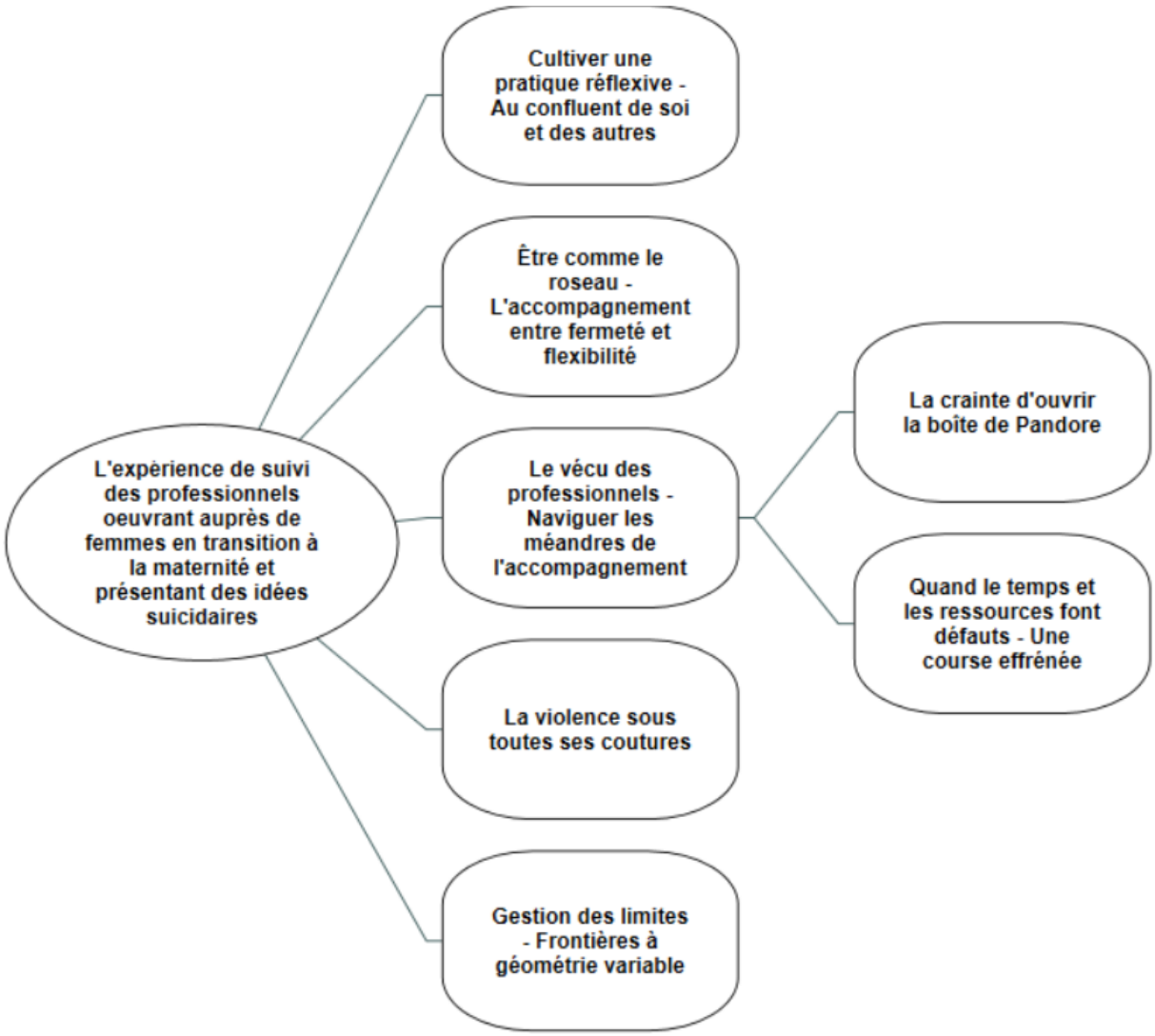

Figure 8. Méta-catégories conceptualisantes de l'expérience de suivi de professionnels œuvrant auprès de femmes en transition à la maternité et présentant des idées suicidaires.

4.2.1 Cultiver une pratique réflexive : Au confluent de soi et des autres

Une première catégorie conceptualisante ayant émergé du discours de la participante traite des questionnements et réflexions relativement au rôle professionnel et aux modalités de l'accompagnement proposé.

Au cours de nos entretiens, Bianca a formulé une variété de questionnements et de réflexions en lien avec l'accompagnement et la gestion des femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale. Elle se questionne sur la place laissée dans la société pour pouvoir parler de suicidalité :

> « *C'est comme si les personnes qui ont des idéations suicidaires doivent porter un fardeau énorme qui est dangereux à partager, mais se faisant, ça fait grossir encore plus peut-être même les idéations, je ne sais pas s'il y a un lien, mais, le fait de ne pas pouvoir en parler à personne, ça doit faire grossir le ballon là… et la détresse qui amènerait au suicide (silence). C'est vraiment intéressant parce que aussi, c'est pour ça que je mets ça en parallèle avec le deuil périnatal, parce que les personnes qui sont endeuillées… font appel à leur réseau qui est d'abord très réceptif, mais au bout d'un certain temps, puisque les gens n'ont pas connu l'objet du deuil, ils s'attendent à ce que la personne prenne sur elle et que ça termine, mais la personne vit un deuil qui ne devrait pas exister […] est-ce que les idéations suicidaires peuvent être exacerbées par le fait qu'on n'a pas le droit de parler de ça !? pour différentes raisons* » (Bianca, entrevue 2).

Cette réflexion l'amène ensuite à élaborer sur la place récente laissée à la discussion autour de la thématique de la dépression post-partum et des idées suicidaires pouvant en découler. Ces thématiques semblent être abordées lors des rencontres prénatales offertes aux parents, mais Bianca note au cours des échanges avec le chercheur principal que la suicidalité en période prénatale semble oubliée :

> « *je suis tombée dans le piège de vous parler constamment de dépression post-partum, c'est vrai que ce n'est pas correct, les gens ont le droit d'avoir le goût de se suicider, même si*

elles sont enceintes pis y faut qu'elles puissent le nommer, mais c'est vrai que ça n'existe pas pis dans notre façon de le présenter, c'est comme si on ne voulait pas leur faire peur, donc on dit quelque chose d'hypothétique, mais on omet de dire qu'en faisant ça, aye ça se peut que ça arrive maintenant pis soit à l'aise de m'en parler, donc en quelque part on peut même générer de la honte en parlant juste de situations éventuelles pour après » (Bianca, entrevue 1).

Bianca a le sentiment qu'elle-même et les accompagnantes qu'elle supervise ne sont pas suffisamment outillées dans l'accompagnement des femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale, ce qui fait émerger un lot de questions en lien avec l'accompagnement et l'intervention en contexte de suicidalité :

« *moi je pense que ce qui serait vraiment primordial d'aborder c'est : qu'est-ce qu'on fait dans une situation, qu'est-ce qu'on fait dans notre rôle d'accompagnante quand on est dans une situation où est-ce qu'on pense que la personne a des idéations suicidaires, mais elle n'ose pas nous en parler. Comment on ouvre le sujet, comment on parle, d'abord, est-ce qu'on devrait en parler, je pense bien que c'est oui [rire] mais il y en a plein qu'y vont dire : bien moi, je ne sais pas comment faire ça, donc par défaut, je ne le fais pas parce que j'ai peur de gaffer. Des gens qui ont peur d'implanter des idéations suicidaires en en parlant, donc ça serait : comment aborder ce sujet-là, quand on devine ou quand on nous confie des idéations suicidaires. Comment on en parle, puis ensuite comment on accompagne la personne à recevoir un soutien adapté, clairement, ce n'est pas nous [le soutien adapté]* » (Bianca, entrevue 2).

Finalement, Bianca souligne la difficulté de la gestion de la dangerosité suicidaire et son sentiment d'être dépourvue quant à la marche à suivre : « *des fois on, la personne répond plus aussi, ça nous inquiète, est-ce qu'elle a été trop loin puis elle ne veut plus parler de ça, est-ce qu'elle est réellement en danger, on fait quoi ?* » (Bianca, entrevue 1). Le nombre important de questions soulevées relativement à la suicidalité par Bianca, au cours des entretiens, semble mettre de l'avant l'impuissance et l'urgence vécue par les accompagnantes dans les situations où elles entrent en contact avec la suicidalité en période périnatale. La question de la dangerosité est également liée, pour Bianca et son équipe, à la gestion des signalements auprès de la direction de la protection de la jeunesse :

> « *c'est quoi qui fait que la personne est à risque de recevoir un signalement, puis j'ai l'air un peu de dire par là que nous, on ne signale jamais, mais ce n'est pas vrai, mais on signale beaucoup moins souvent que la majorité des gens, parce qu'en même qu'on voit les difficultés, on voit les forces plus que n'importe qui aussi, on n'a pas le goût de séparer mère et enfant ou bébé à naître, on n'a pas le goût de lancer la serviette avant qu'on soit certain qu'on est rendu là. Je sais que là-dedans il y a un risque, mais il y a plein d'autres mondes qui vont signaler avant nous, ça, c'est clair, donc j'aimerais ça savoir ce qu'est le jugement clinique sur le signalement* » (Bianca, entrevue 2).

D'autres questionnements et réflexions évoqués par Bianca touchent davantage à la question des limites et de la posture à adopter dans leur rôle professionnel. Dans le cadre de ses fonctions, Bianca est souvent appelée à devoir accompagner son équipe dans la gestion de leurs limites professionnelles. Dans ce cadre de supervision, une réflexion quant aux limites individuelles et professionnelles est souvent partagée avec ses supervisées : *« on parle beaucoup*

de la limite de l'accompagnante et de ses interventions, elle vient valider auprès de moi, est-ce que mon intervention, est-ce que je suis allée trop loin, est-ce que tu penses que je devrais aussi en parler aux partenaires ? etc. » (Bianca, entrevue 1). Pour mieux accompagner ses accompagnantes, Bianca a aménagé un lieu où tenir des rencontres d'équipes permettant de réfléchir en groupe à ces thématiques : « *le glissement est plus facile, de créer de la dépendance chez les familles, ce n'est pas quelque chose qu'on veut faire non plus, pas se retrouver dans une relation thérapeutique à notre insu, parce qu'on n'est pas des thérapeutes [rires] donc… ces réunions-là nous permettent vraiment de revisiter notre posture* » (Cynthia, entrevue 1). Par moment, Bianca rapporte qu'elle serait plutôt prise à rétrécir le champ d'action de ses interventions et à devoir se repositionner afin de mieux accompagner les mamans : « *c'est un travail de rétrécissement du champ d'action, repositionne-toi par rapport à c'est quoi ton rôle à toi dans sa vie à elle, resserre tes critères et ratisse moins large et puis prépare-la à son accouchement, puis soutiens-la dans son accouchement et dans les premières semaines postnatales* » (Bianca, entrevue 1). Bianca juge important d'opérer un certain travail de dégagement ou de favoriser celui-ci chez les accompagnantes. Ce travail s'incarne de plusieurs façons, soit, en premier lieu, en créant des espaces pour réfléchir ensemble, soit en valorisant le ressourcement chez les professionnels : « *d'abord, faut valoriser le ressourcement, tel qu'elles ont besoin d'être ressourcées, certaines c'est par le sport, il y en a que c'est par le yoga, il y en a que c'est par la méditation, mais faut accorder une réelle valeur aux activités de ressourcement* » (Bianca, entrevue, 2) ou finalement en faisant un travail de dégagement, en se connaissant mieux en tant qu'intervenant et en connaissant les situations plus à même de réactiver des enjeux personnels :

> « *on a le mandat de bien nous connaître [rire], de connaître nos schémas aussi, pour ne pas conduire les gens dans une manière personnelle de voir les choses, mais viser un peu*

plus l'universel que le personnel, si on n'est pas conscient de nos schémas, on va les imposer aux autres forcément dans des situations qui nous déclenchent plus, donc c'est pour ça que moi je pense que toute personne qui travaille en relation humaine devrait… j'ai le goût de dire… pas faire le ménage, mais devrait être plus consciente de sa façon de fonctionner, puis consciente qu'elle est différente aussi des autres, et l'empathie, c'est de recevoir l'autre tel qu'il est, pas tel que nous on pense qu'il devrait être dans telle situation » (Bianca, entrevue 2).

Malgré tout ce travail de dégagement, une question semble demeurer en filigrane dans le travail de Bianca et de ses accompagnantes à savoir si le suivi et les interventions offertes sont suffisants : « *je me repose constamment la question…est-ce qu'on en a fait assez pour cette personne-là ? […] il y a une certaine frustration, un certain doute d'est-ce qu'on a fait tout ce qu'on pouvait ?* » (Bianca, entrevue 1).

4.2.2 Être comme le roseau : L'accompagnement – entre fermeté et flexibilité

La seconde catégorie conceptualisante touche aux fonctions professionnelles, ainsi qu'au savoir-être et au savoir-faire dont devraient faire preuve les professionnels œuvrant auprès de femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale.

Pour Bianca l'aspect fondamental de l'accompagnement repose sur la capacité du professionnel à créer et à consolider un lien de confiance avec la personne accompagnée : « *d'abord, il y a énormément de temps qui devrait être dévolu à la création d'une relation pour qu'on puisse être là quand la suicidalité survient, en fait* » (Bianca, entrevue 1). Ainsi, avec ce lien de confiance

précédemment consolidé, vient la nécessité dans l'accompagnement de ces femmes présentant un risque suicidaire de créer un espace sécuritaire permettant le dévoilement des idées suicidaires :

> « *je pense vraiment qu'en prévention, il faut un espace sécuritaire comme vous m'offrez ce matin, il faut avoir une ou des personnes de référence à qui on peut tout dire, sans être menacé de le faire, puis ces personnes-là, on a assez confiance en eux pour qu'ils nous conduisent à bon port, si on a besoin qu'ils nous conduisent* » (Bianca, entrevue 1).

Cet espace sécuritaire devrait s'ancrer, selon Bianca, dans une écoute se voulant inconditionnelle : « *les valeurs humaines qui nous accompagnent c'est l'ouverture, l'écoute, j'ai le goût de dire l'écoute inconditionnelle qui nous amène à parler de suicidalité* » (Bianca, entrevue 2).

La fonction du professionnel est également de travailler à dénouer ce que Bianca appelle le « bâillonnement social » qui a lieu relativement à certains aspects moins bien admis de la transition à la maternité :

> « *La plupart des gens, ce n'est pas ça qu'ils vont dire, c'est… bien voyons, tu ne peux pas dire ça, tu portes la vie. Il y a une espèce de bâillonnement social que les choses laides, dans le processus de la naissance, on ne peut pas les dire. Donc, tout le monde gagnerait à avoir quelqu'un à qui ils peuvent dire tout ça… puis qui est capable de l'entendre et qui est capable de ne pas avoir une réaction de jugement* » (Bianca, entrevue 1).

Conséquemment, une fonction importante qui devrait être jouée par les professionnels devrait être d'accueillir l'intensité mobilisée dans la souffrance de ces femmes :

> « *il y a suffisamment d'heures allouées dans notre service en amont pour qu'il y ait des choses plus difficiles qui soient abordées, ils auront fait l'expérience qu'on peut nommer ces choses-là difficiles puis que la personne n'est pas à terre, n'est pas en train de pleurer en boule dans le coin du salon, elle est capable de répondre, elle est capable de réfléchir* » (Bianca, entrevue 1).

Bianca met également l'accent sur la capacité de l'accompagnante à favoriser l'agentivité en validant les capacités naturelles des futures mères et en les impliquant dans leur propre processus : « *à la base, c'est ça, tout le monde peut accoucher, tout corps est compétent pour accoucher son bébé et tout parent est compétent s'il se laisse guider par son instinct […] le pouvoir d'agir aussi qu'on, qu'on encourage à travers ça* » (Bianca, entrevue 2). Pour ce faire, les professionnels devraient être en mesure d'informer et outiller les femmes accompagnées avec des pratiques ou procédures qui sont cohérentes avec qui elles sont et leurs valeurs, tout en favorisant leur bien-être en les guidant vers des pratiques alternatives auxquelles elles n'auraient peut-être pas pensé :

> « *c'est de vraiment tenir compte de qui est la personne […] on va y aller avec les intérêts de la personne et peut-être qu'on va décider que c'est une bonne idée de la bousculer un peu en l'amenant sur un terrain complètement différent, mais ce n'est pas moi qui vais juger de quoi elle a de besoin, je peux faire des essais et lui proposer d'autres alternatives qui vont un peu la sortir de sa tête* » (Bianca, entrevue 2).

Finalement, les professionnels devraient faciliter la communication interprofessionnelle tout en misant sur leurs propres compétences. Dans le cas des accompagnantes, c'est l'image de la courroie de transmission vers d'autres services spécialisés qui est mise de l'avant : « *référencement,*

oui, courroie de transmission, c'est ça, les accompagnantes peuvent être une courroie de transmission aussi, mais peuvent suffire en elles-mêmes dans leur rôle d'accompagnantes à la naissance » (Bianca, entrevue 2).

4.2.3 Le vécu des professionnels : Naviguer les méandres de l'accompagnement

La troisième méta-catégorie conceptualisante touche aux difficultés et embuches vécues par les professionnels dans le cadre de leur suivi/accompagnement avec des femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale. Cette méta-catégorie était elle-même composée de deux catégories conceptualisantes, soit : Crainte d'ouvrir la boîte de Pandore ; Quand le temps et les ressources font défaut : Une course effrénée (voir figure 8).

4.2.3.1 Crainte d'ouvrir la boîte de Pandore

Cette catégorie conceptualisante a trait aux craintes et difficultés vécues par les professionnels dans l'accompagnement de ces femmes. Pour Bianca, plusieurs de ses craintes sont liées à la suicidalité de près ou de loin. Elle et plusieurs de ses accompagnantes ressentent un malaise important autour du fait de parler de la suicidalité vue comme une boîte de Pandore qu'il ne faut pas ouvrir : « *Il y en a beaucoup qui ont peur d'ouvrir une boîte de Pandore et d'être pris après avec quelque chose de trop gros, donc ils préfèrent garder la boîte fermée. C'est sûr qu'il y a beaucoup d'accompagnantes qui se sentent comme ça, mais en fait, tout le monde doit le faire sur des sujets différents* » (Bianca, entrevue 2). Elles craignent de mal intervenir ou de ne pas suffisamment intervenir auprès de la personne et que cela ait des répercussions importantes sur cette dernière, dont le fait que cela puisse engendrer leur suicide : « *je me sens en hypervigilance, j'ai peur de rater quelque chose, de rater un momentum, j'ai peur d'oublier de faire quelque chose*

qui pourrait avoir des répercussions majeures sur la vie de beaucoup de monde » (Bianca, entrevue 1).

4.2.3.2 Quand le temps et les ressources font défaut : Une course effrénée

Cette catégorie conceptualisante est en continuité avec la précédente et regroupe les difficultés vécues en termes de temps et de ressources allouées à leurs fonctions et aux conséquences liées à l'insuffisance de ceux-ci.

Pour Bianca, l'intensité relative à son travail, conjugué au manque de temps et de ressources, créent de l'épuisement, ainsi qu'une grande impuissance lui faisant sentir qu'il n'y a pas de fin au travail :

> « *Ça me fait réaliser à quel point on est toujours dans des situations extrêmement intenses, puis que je n'ai pas le temps de rien déposer [pleure]… c'est parce que… il n'y a rien jamais qui est fini, puis j'ai l'impression d'être juste comme dans des moments de passage, des moments importants où je suis contente d'être là, mais, des fois je me dis bon bien, ok, mais ça n'arrêtera jamais, je réalise que ça n'arrêtera jamais. Ça me fait me sentir très compactée [silence]… mais je sais que si je ne le fais pas, personne ne va le faire* » (Bianca, entrevue 1).

Bianca a également l'impression par moments que les besoins des accompagnées peuvent être tellement importants qu'il devient difficile de pouvoir y répondre et cela induit un sentiment d'insuffisance chez les professionnels : « *la souffrance des accompagnantes, c'est de voir à quel point les gens ont autant de besoins, mais elles n'interviennent que dans une parcelle de ça […] ça c'est un type de souffrance, une espèce de sentiment de jamais être assez* » (Bianca, entrevue 2).

Ce débordement en termes de besoin, mais aussi de volumes des demandes induit également chez Bianca une frustration de ne pouvoir mener réellement à terme les suivis : *« j'ai l'impression qu'il y en a trop pour ma capacité… des fois je suis un peu frustrée parce que je ne sais pas comment ça s'est fini, puis éventuellement, j'oublie ce suivi-là parce qu'il y en a un autre qui s'empile* » (Bianca, entrevue 1).

4.2.4 La violence sous toutes ses coutures

La quatrième catégorie conceptualisante aborde la violence vécue par les professionnels, mais aussi celle dont ils ont été témoins au cours des suivis offerts. Cette catégorie est composée de neuf thèmes.

Une thématique importante ayant émergé du discours de Bianca portait sur la violence gynéco-obstétrique et le racisme systémique vécus par les personnes accompagnées. Elle souligne la souffrance des accompagnées qui subissent cette violence provenant du corps médical et celle ressentie par les accompagnantes comme témoins de ces violences: « *Un autre type de souffrance c'est de voir les personnes soumises à des violences obstétricales, à du racisme systémique, ça c'est extrêmement souffrant, mais plus pour les personnes qui le vivent que pour nous* » (Bianca, entrevue 2). À ce titre, Bianca souligne aussi la violence vécue par les professionnels par le corps médical qui souvent les considèrent de trop et ne reconnaissent pas leur expérience :

> « *on ne fait pas le poids dans leur tête, pour les médecins, on n'est une bande de grano qui a étudié ça pendant 40 heures, c'est quoi un accouchement, donc dans leur tête, tout notre bagage expérientiel, toute l'écoute qu'on a aussi pour ces personnes-là, le fait qu'on a créé une relation avec eux, ça ne vaut pas de la merde dans leur posture médicale de : je suis le*

spécialiste de ce qui faut faire pour que bébé et mère soient en santé physique. Ils ont très peu de considération pour la santé mentale, très peu de considération pour l'effet psychologique pour une cascade d'interventions étant donné que leur but c'est que tout le monde naisse, que tout le monde soit encore vivant après l'accouchement, disons ça comme ça… » (Bianca, entrevue 2)

En conséquence, les accompagnantes doivent user de stratagèmes pour naviguer dans un univers qui tend souvent à les discréditer ou à vouloir les exclure : « *donc il faut user toujours de stratégies […] notre stratégie c'est souvent… bien écoute, tu pourrais peut-être demander à ton médecin telle chose, essaie d'obtenir des explications concernant ça, toi tu aimerais ça, alors demande-lui voir ce qu'il va dire [rire]* » (Bianca, entrevue 2). En réaction à ces difficultés vécues avec le corps médical, Bianca rapporte parfois avoir l'impression qu'elle-même et ses collègues se retrouvent dans une position inconfortable où elles doivent tenter de réconcilier des accompagnées anxieuses avec un corps médical parfois vécu par ces femmes comme violent ou insensible :

« *On est pris entre l'arbre et l'écorce parce qu'on ne peut pas parler contre, on veut aussi que la personne ait confiance en son système hospitalier où elle va accoucher, mais ça n'a aucun sens qu'elle soit déclenchée, disons à ce temps-ci de sa grossesse, à ce moment-ci pour des raisons qui sont mal expliquées, c'est encore un sentiment d'impuissance, mais on est pris avec un sentiment d'impuissance [soupir] il y a des fois qu'on sait que ça pas de sens, mais on ne peut rien faire, puis on ne fait pas le poids avec note petite formation de six jours, même si on a accompagné 150 accouchements, on ne fait pas le poids nous à côté d'un médecin* » (Bianca, entrevue 2).

Face au manque de sensibilité perçu du corps médical, les accompagnantes se retrouvent à devoir jouer un rôle de médiatrice entre les accompagnées et le corps médical, afin de pouvoir faire valoir les besoins et les désirs de celles-ci :

> « *je trouve qu'il y a un manque de sensibilité dans la grosse machine hospitalière [soupir] je ne dis pas que les gens eux-mêmes manquent de sensibilité, mais les protocoles manquent de sensibilité, tout le monde est pressé, ils roulent, ils ne regardent pas les dossiers avant d'entrer dans les chambres, ça n'a pas de bon sens, donc nous on est un peu là, pour en amont, pour dire ok, voici la situation de la personne, ça, ça n'arrivera pas, ça non plus, ça non plus* » (Bianca, entrevue 1).

4.2.5 Gestion des limites : Frontières à géométrie variable

La cinquième catégorie conceptualisante aborde la thématique des limites et du processus impliquant la formulation de limites afin de bien accompagner les femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale. Cette catégorie est elle-même composée de quatre thèmes.

Dans l'expérience de Bianca, la position particulière dans laquelle est amenée à intervenir l'accompagnante à la naissance impose que des limites fermes puissent être exprimées, sans quoi des glissements peuvent survenir. En ce sens, les limites sont autant énoncées pour se protéger que pour favoriser le développement et l'autonomisation des accompagnées :

> « il *y a des petites fois où est-ce qu'on est un peu dévoré par les gens, puis on va se dire : ok ça je n'aborderai pas ça parce que je ne m'en sortirai jamais, la personne va me manger tout rond. On a aussi un petit peu plus de difficultés peut-être que d'autres corps de métier à dire : ok, c'est terminé, je m'en vais, là aussi il y a un certain flou, les gens ont accès à notre numéro personnel, à notre boîte courriel personnelle, donc ça amène des*

débordements possibles, mais on a un assez bon flair pour savoir qui va dépasser la limite potentiellement, qui ne la dépassera pas. Il y a des gens à qui on peut tout donner puis dire : appelle-moi si tu as un pépin, mais il y a des gens qu'on n'osera pas faire ça parce qu'ils vont avoir tendance à prendre plus que ce qu'on peut offrir […] ça va être mon devoir de pas trop lui en donner, dans le sens, pas trop lui donner l'impression que je vais être là, no matter what, parce que d'abord, je ne stimule pas son autonomie en faisant ça aussi » (Bianca, entrevue 2).

Il demeure toutefois clair pour Bianca que la gestion des limites se fait au cas-par-cas et doit allier flexibilité et fermeté, dans une sorte de danse entre soi et l'autre :

« *j'ai l'impression qu'on obtient plus d'informations dans notre lien de confiance que d'autres intervenants pourraient obtenir, donc c'est une danse et franchement, je n'ai pas de ligne franche, c'est plus du cas par cas et c'est justement ce qu'on peut s'offrir en tant qu'organisme communautaire, on n'est pas une grosse machine à appliquer des protocoles donc, je pense sincèrement que c'est la force de notre service de pouvoir discuter une heure de temps sur une situation pour voir qu'est-ce qu'on fait avec un plan A, B, C, D.* » (Bianca, entrevue 1).

Dans le doute quant aux limites à poser, Bianca souligne l'importance de consulter d'autres professionnels pour réfléchir aux situations et prendre des décisions cliniques appropriées : « *je n'hésite jamais, moi de mon côté, à aller consulter des professionnels, dans mon poste de coordination, on le fait pour la violence conjugale, on le fait pour la suicidalité effectivement, on le fait pour toutes sortes de raisons* » (Bianca, entrevue 1).

4.3 De la triangulation des données à l'articulation des perspectives : Penser l'accompagnement de femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale

À la suite de l'analyse du discours provenant des deux angles d'analyse (mères et professionnels), plusieurs recommandations ont émergé quant aux éléments à considérer dans l'accompagnement des femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale. Un total de 31 recommandations a été recensé. Le Tableau 5 présente la provenance de chacune permettant de comparer les points de convergence et de divergence dans le discours des mères et de la professionnelle œuvrant auprès d'elles.

Mères	Mères & Professionnel	Professionnel
1. Les professionnels devraient prendre le temps d'entendre ce qui tente réellement de s'exprimer au travers de la souffrance.	11. Les professionnels devraient pouvoir accueillir le débordement provenant de l'intensité vécue.	21. Les professionnels devraient pouvoir accompagner dans la gestion de la culpabilité.
2. Les professionnels devraient prendre le temps nécessaire afin de pouvoir bien accompagner ces femmes	12. Les professionnels devraient pouvoir favoriser l'agentivité dans le suivi.	22. Les professionnels devraient pouvoir accueillir la féminité.
3. Les institutions/organismes devraient être plus proactifs dans les services proposés et aller vers les mamans (p. ex. : parler des services offerts dans la communauté).	13. Les professionnels devraient pouvoir créer un espace sécuritaire pour parler de la suicidalité.	23. Les professionnels devraient pouvoir offrir une écoute inconditionnelle.
4. Les institutions et les professionnels devraient se concentrer davantage sur le bien-être des mamans par-delà le bien-être du bébé.	14. Les professionnels devraient prendre le temps de bien expliquer les interventions et procédures.	24. Les professionnels devraient pouvoir accompagner dans la modulation des attentes.
5. Les institutions/organismes devraient travailler à développer leurs services en incluant les nouvelles technologies (chat, texto, etc.).	15. Les professionnels devraient avoir une solide formation à jour	25. Les professionnels devraient favoriser le lien parent-enfants.
6. Les institutions/organismes devraient adapter davantage les services de relevailles en favorisant des services en personne et permettant de se reposer sur une plus longue durée.	16. Les professionnels devraient être suffisamment solides afin de pouvoir accueillir le vécu de ces femmes.	26. Les professionnels devraient prendre le temps nécessaire pour développer un lien de confiance.
7. Les institutions et les professionnels devraient faire davantage de repérage et de dépistage lors du post-accouchement en lien avec la santé mentale.	17. Les professionnels devraient travailler à impliquer les partenaires.	27. Les professionnels devraient favoriser la communication entre les professionnels.
8. Les professionnels devraient offrir un suivi chaleureux et humain.	18. Les professionnels devraient normaliser la souffrance vécue en période périnatale.	28. Les professionnels devraient faire confiance à leur instinct afin de bien intervenir.
9. Les professionnels devraient aménager un espace permettant et favorisant l'introspection.	19. Les professionnels devraient travailler à lutter contre les tabous existant autour de la santé mentale périnatale	29. Les professionnels devraient favoriser le référencement dans les cas appropriés.
10. Les institutions/organismes et les professionnels devraient utiliser systématiquement des questionnaires sur l'histoire de vie (p. ex. : traumatismes, santé mentale, etc.).	20. Les professionnels devraient lutter et dénoncer toutes les formes de violences (obstétricales, gynécologiques, racisme systémique, etc.)	30. Les professionnels devraient mettre en place des limites/un cadre claires.
		31. Les professionnels et les institutions devraient favoriser la prévention.

Tableau 5. Tableau comparatif des recommandations pour l'accompagnement de femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale.

Parmi ces 31 recommandations, dix ont été rapportées par les mères seulement, onze l'ont été par la professionnelle seulement et dix autres l'ont été à la fois par les mères et la professionnelle. Trois thèmes principaux ont émergé de ces 31 recommandations permettant d'articuler leurs visées : 1- Le professionnel suffisamment bon : Entre savoir-faire et savoir-être ; 2- L'accompagnement suffisamment bon : Vers l'établissement d'un cadre sur-mesure ; 3- Les services suffisamment bons : Vers une approche proactive et inclusive.

4.3.1 Le professionnel suffisamment bon : Entre savoir-faire et savoir-être

Cinq recommandations (10, 15, 18, 21 et 25) avaient trait soit au savoir-faire qui fait référence au volet technique du suivi (p. ex. : 10. Les institutions/organismes et les professionnels devraient utiliser systématiquement des questionnaires sur l'histoire de vie). De celles-ci, une seule provient des mamans (10), deux de la professionnelle (21 et 25) et deux proviennent des mamans et de la professionnelle (15 et 18).

Neuf recommandations (1, 8, 11, 12, 13, 16, 22, 23 et 28) étaient en lien avec le savoir-être, qui fait davantage référence à ce que le professionnel incarne comme fonction dans la relation avec les patientes (p. ex. : 11. Les professionnels devraient pouvoir accueillir le débordement provenant de l'intensité vécue). De celles-ci, deux proviennent des mamans (1 et 8), trois de la professionnelle (22, 23 et 28) et quatre proviennent des mamans et de la professionnelle (11, 12, 13 et 16). Ces éléments soulignent la préoccupation partagée dans une même mesure des mères et des professionnels relativement aux éléments en lien avec le savoir-faire et le savoir-être des professionnels.

4.3.2 L'accompagnement suffisamment bon : Vers l'établissement d'un cadre sur-mesure

Huit recommandations (2, 9, 14, 24, 26, 27, 29 et 30) ont été regroupées sous la catégorie conceptualisante permettant de regrouper les recommandations visant les éléments en lien avec l'établissement des modalités d'un suivi qui serait suffisamment bon (p. ex. : 2. Les professionnels devraient prendre le temps nécessaire afin de pouvoir bien accompagner ces femmes). De celles-ci, deux proviennent des mamans (2 et 9), cinq de la professionnelle (24, 26, 27, 29 et 30) et une seule provient des mamans et de la professionnelle (14). Les résultats mettent de l'avant la considération accrue de la professionnelle quant à l'établissement du cadre d'accompagnement.

4.3.3 Les services suffisamment bons : Vers une approche proactive et inclusive

Neuf recommandations (3, 4, 5, 6, 7, 17 19, 20 et 31) sont regroupées sous cette catégorie conceptualisante permettant d'articuler les types de service qui devraient être offerts par les institutions, ainsi que les activités et domaines de prévention nécessitant une attention particulière de la part des institutions et de leurs professionnels (p. ex. : Les institutions et les professionnels devraient faire davantage de repérage et de dépistage lors du post-accouchement en lien avec la santé mentale). De celles-ci, cinq proviennent des mamans (3, 4, 5, 6 et 7), une seule de la professionnelle (31) et deux proviennent des mamans et de la professionnelle (19 et 20). Les résultats soulignent l'importance accrue accordée par les mères quant à la création de services proactifs et adaptés.

CHAPITRE 5
DISCUSSION

5.1 Synthèse théorisante : La suicidalité en période périnatale

Le précédent survol de la littérature préexistante portant sur la santé mentale périnatale (voir chapitre 1) a permis de mettre de l'avant les divers impacts des troubles de santé mentale périnatale sur une variété de domaines (psychologique, affectif, social et familial, économique et sociétal). Plus spécifiquement, la problématique du suicide apparait être particulièrement importante à mieux comprendre en raison du fait qu'elle est mondialement l'une des principales, sinon la principale cause de décès chez les femmes durant la période périnatale (BC Reproductive Mental Health Program, 2014; Knight et al., 2018), soulignant ainsi la nécessité d'approfondir les connaissances sur l'accompagnement des femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale.

Conséquemment, la présente recherche doctorale visait à mieux comprendre l'expérience de transition à la maternité chez des femmes présentant un risque suicidaire, d'en dégager les enjeux psychologiques afin de cibler les paramètres d'un accompagnement au plus près de leurs besoins, tout en tenant compte de la réalité des professionnels accompagnant celles-ci. Pour ce faire, des entrevues semi-structurées d'orientation psychanalytique ont été conduites afin de recueillir l'expérience des mères et des professionnels. Les résultats ont progressivement émergé selon différents paliers de conceptualisation, soit par analyse thématique, puis se transformant en analyse par catégories conceptualisantes, menant ainsi à l'élaboration des dimensions centrales de l'expérience de suicidalité en période périnatale. De ce fait, ce chapitre de discussion présentera les apports spécifiques de cette recherche doctorale à la lumière de la littérature existante, permettant ainsi une mise en dialogue entre le matériel ayant émergé et les concepts préexistants.

En premier lieu, une mise en dialogue sera proposée relativement aux apports théoriques ayant émergé lors de l'analyse du corpus de recherche. Puis, dans un second temps, une réflexion clinique sera proposée en lien avec les recommandations ayant émergé des deux recherches (mamans et professionnels) relativement à la prise en charge des femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale.

5.1.1 L'expérience de transition à la maternité chez des femmes présentant un risque suicidaire

5.1.1.1 Facteurs de risque et pulsion de mort

L'étude portant sur l'expérience des femmes présentant un risque suicidaire a permis d'identifier plusieurs dimensions liées à l'expérience de suicidalité en période périnatale. En effet, cinq méta-catégories ont émergé permettant d'articuler l'expérience des participantes. La première méta-catégorie nommée « L'effet boule de neige : Accumulation de facteurs aggravant l'état de détresse » inclut des facteurs de nature diverse modulant négativement l'expérience de souffrance des participantes, selon un mouvement d'accumulation. Ces facteurs sont de nature contextuelle, physio-corporelle, psychologique et relationnel et convergent généralement avec la littérature épidémiologique sur les facteurs de risque à la suicidalité en période périnatale. C'est le cas en particulier avec ceux qu'Orsolini et collègues (2016) qualifient de facteurs environnementaux, comme l'exposition à des catastrophes ou des guerres, qui, dans notre étude se présente sous la forme d'un contexte pandémique et de difficultés économiques. C'est aussi le cas des facteurs de nature psychologique qui sont composés d'éléments semblables aux facteurs de risque clinique comme des antécédents de trouble de santé mentale, de symptômes psychologiques, etc., rapportés par Iyengar et collègues (2021) dans leur revue systématique de la littérature portant sur la santé mentale périnatale et la COVID. Quant aux facteurs de nature relationnelle, ils recoupent des

éléments compris dans les facteurs de risque socioéconomiques (p. ex. : conflits familiaux, manque de support social/de la famille/du partenaire amoureux) et ont aussi été rapportés dans d'autres études (Legazpi et al., 2022). Enfin, les facteurs de nature physio-corporelle ne semblent pas trouver d'appui dans la revue de la littérature épidémiologique faite où la mention d'éléments physiques ou corporels pouvant augmenter le risque suicidaire est absente. Cependant, les éléments compris dans cette catégorie sont à relier à d'autres études portant sur l'influence de l'insomnie dans l'augmentation des symptômes (Swanson et al., 2020 ; Arditi-Arbel et al., 2023), et l'impact des fluctuations hormonales sur la santé mentale périnatale (Trifu et al., 2019). Cette méta-catégorie semble s'articuler avec la théorie de la pulsion de mort, telle que revisitée par Green (1983/2016), provenant de la littérature psychanalytique. En effet, selon Green (1983/2016), le propre de la pulsion de mort est avant tout la désintrication et le désinvestissement. Ainsi, les éléments énoncés dans cette méta-catégorie conceptualisante peuvent être compris comme des éléments favorisant le mouvement de déliaison psychique en augmentant ainsi les manifestations autodestructrices (p.ex. : la suicidalité) qui sont le propre de la pulsion de mort.

5.1.1.2 Facteurs de protection et pulsion de vie

La seconde méta-catégorie intitulée « Le soutien : Un système à configuration multiple » répertoriait toutes les ressources mobilisées, que celles-ci soient internes ou externes, favorisant ainsi le bien-être des participantes. Il en est ressorti que ce soutien venait de leurs ressources personnelles, l'autosoutien, celui de la famille, du partenaire amoureux, des amis et des professionnels. À notre connaissance, cette étude est la première à s'attarder spécifiquement aux facteurs de protection dans un contexte de suicidalité périnatale. Nos résultats sont donc à considérer à la faveur d'études provenant de domaines connexes. Ainsi, nos résultats quant à l'effet

de la présence et du soutien d'un partenaire amoureux dans l'expérience de nos participantes concordent avec la littérature sur les facteurs de protection relatifs à la dépression post-partum (Bales et al., 2023), soulignant l'importance de cette forme de soutien sur la stabilité émotionnelle des nouvelles mères. D'autres catégories conceptualisantes convergent vers les facteurs protecteurs existant dans la littérature sur les femmes en période périnatale présentant un historique d'abus et de négligence à l'enfance (Atzl et al., 2019). Celle que nous avons nommée « Entre soi et soi – Méthodes pour composer avec la souffrance » recoupe la catégorie abordant les capacités internes de ces femmes. Les autres catégories mises en évidence portant sur la famille comme un système qui prend soin des siens, sur le partenaire amoureux, les amitiés et les professionnels, font partie de la catégorie des ressources actuelles et externes. Dans la présente étude, comme dans celle d'Atzl et collègues (2019), ces facteurs permettaient d'atténuer l'intensité des difficultés vécues et de favoriser une trajectoire périnatale plus positive.

Cette méta-catégorie semble également s'articuler avec la théorie de la pulsion de vie, telle que revisitée par Green (1993/2016. Selon Green (1993/2016), le travail des pulsions de vie est d'assurer une fonction objectalisante par le registre de la liaison et de l'intrication pulsionnelle. Ce travail semble être renforcé par la mobilisation de ressources internes et externes agissant comme facteurs de protection pour les femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale. Au vu de ces éléments, les facteurs protecteurs permettent de favoriser le processus de liaison, ainsi que l'intrication des éléments mortifères relatifs à la pulsion de mort, tels qu'exprimés par les facteurs de risque. Ces facteurs de protection permettent ainsi d'atténuer la souffrance vécue induite par une dynamique pulsionnelle marquée par une présence importante de mouvements autodestructeurs.

Outre les cinq catégories venant d'être exposées, trois autres catégories traitent de méthodes ou de processus employés et/ou à employer pour soutenir les femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale : La métaphorisation : une façon d'organiser le vécu ; recommandations pour les professionnels et les institutions. Toutefois, seule la fonction métaphorisante sera traitée dans cette section-ci, la catégorie conceptualisante touchant aux recommandations cliniques sera quant à elle abordée dans une section ultérieure dévolue à des réflexions et recommandations cliniques pour l'aménagement d'un bon suivi. Lors des entretiens de recherche, l'emploi de métaphores a permis aux participantes de raconter et débuter la mise en sens des éléments précédemment non-symbolisables de leur expérience. Cette fonction métaphorisante a naturellement eu lieu lors des entretiens et elle fait écho à Lawley et Tompkins (2000) sur l'utilisation de la métaphore comme moteur de transformation de l'expérience en manque de symbolisation. Pour ces auteurs, l'essence de la métaphore vise à comprendre et à faire l'expérience d'une chose selon les termes d'une autre. Les propriétés inhérentes à la métaphore sont son caractère inexpressible, sa vividité et sa compacité (Ortony, 1993). En ce sens, la métaphore transfère ce qui est connu vers des contextes moins connus. Elle est mémorable et vivide, par le fait qu'elle permet de traduire des réalités complexes et intangibles de la réalité humaine via l'utilisation d'éléments du quotidien. Finalement, la métaphore permet d'incarner et de donner forme à l'inexpressible de l'expérience humaine. Ainsi, le processus métaphorique dans le dispositif analytique permet de transformer le matériel pulsionnel (pulsion de vie et de mort), inconscient et latent en le déplaçant vers la sphère affective et psychique de la relation thérapeutique. Ce transfert opéré par l'interprétation de l'analyste permet ainsi la symbolisation et l'intégration du contenu inconscient en le transformant en un matériel assimilable pour le patient (Ithier, 2005). Il apparait ainsi important de pouvoir soutenir et favoriser le processus de

métaphorisation chez les femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale afin de permettre la symbolisation et l'intégration de leur vécu mortifère et potentiellement traumatique.

5.1.1.3 Articulation des facteurs de risques et de protection : Le modèle motivationnel-volitionnel

Les résultats de deux précédentes méta-catégories conceptualisantes (L'effet boule de neige : Accumulation de facteurs aggravant l'état de détresse ; Le soutien : Un système à configuration multiple), ainsi que visible dans la trajectoire suicidaire des participantes, semblent concorder avec la conceptualisation de O'Connor et Kirtley (2018) de leur modèle motivationnel-volitionnel intégré du comportement suicidaire. En effet, il apparait dans l'expérience de plusieurs des participantes que la combinaison de facteurs aggravants (facteurs de risque) en conjonction avec des événements stressants (p. ex. : maternité à haut risque, maladie du fœtus, etc.) crée un terreau fertile pour l'émergence d'idéations suicidaires. Lorsque celles-ci font des expériences répétées de défaite ou d'humiliation (p. ex. : se sentir une mauvaise mère), elles peuvent en venir à éprouver qu'il n'y ait plus d'autres avenues possibles pour s'en sortir, induisant ainsi un sentiment d'être pris au piège. Ces éléments font également écho à la recherche qualitative de Reid et collègues (2022) qui théorisent le processus suicidaire des femmes en période périnatale. Le modèle proposé par les auteurs permet d'articuler des éléments du modèle motivationnel-volitionnel intégré, dans un contexte périnatal. Or, il apparait que dans l'échantillon recruté pour la présente étude, aucune des participantes n'a eu de passage à l'acte suicidaire, compréhensible à travers le prisme de ce modèle comme étant dû à l'insuffisance des modérateurs volitionnels à cristalliser les idéations suicidaires dans des agirs suicidaires. Il apparait ainsi que les éléments provenant de ce modèle sont d'importants leviers d'intervention dans le cadre de l'accompagnement des femmes présentant un risque suicidaire. En ayant en tête ces éléments, il devient envisageable de désamorcer le

processus suicidaire avant que celui-ci se cristallise dans des agirs suicidaires en intervenant sur les facteurs modérateurs (modérateurs de menace de soi, modérateurs motivationnels et modérateurs volitionnels ; voir O'Connor et Kirtley, 2018 et Reid et al., 2022 pour les modèles complets).

5.1.1.4 La construction identitaire maternelle : Entre identification et distanciation

La troisième méta-catégorie nommée « Être ou ne pas être : Déterminer les repères identitaires » aborde les mouvements identitaires présents chez les participantes. Quatre catégories particulières permettent d'articuler différents types de mouvement identitaire. Les deux premières catégories (Advenir mère : Processus et besoins ; L'intergénérationnel : Un miroir sur le passé) ont permis d'articuler les mouvements identitaires liés au développement et à la consolidation de l'identité maternelle en les contrastant avec leurs représentations parentales. De ce fait, le discours des participantes semble faire écho au concept de crise maturative (Bydlowski, 2008) stipulant que la maternité est le lieu d'une conflictualité accrue où les enjeux narcissiques non résolus et inconscients de la mère refont surface ce qui induit la nécessité de profonds réaménagements au niveau psychique et identitaire. Pour plusieurs participantes, la maternité a été une expérience à laquelle elles n'avaient pas le sentiment d'avoir été préparées. Conséquemment, plusieurs ont eu l'impression que leurs capacités à composer avec les demandes inhérentes à la maternité ont été débordées. Cette réalité apparait en partie liée au phénomène de transparence psychique (Bydlowski, 2008) où les femmes vivent une réactivation de souvenirs, de fantasmes et d'affects infantiles, échappant à la censure habituelle et refaisant surface à la conscience. En effet, pour certaines femmes, les sensations et affects liés à une souffrance primitive et potentiellement traumatique viennent à déborder leurs capacités à composer avec les reviviscences induites par

l'état de transparence psychique. Les résultats obtenus concordent également avec ce que Monti (2005) décrit comme étant le travail de la maternité, soit un travail de redistribution des investissements libidinaux et narcissiques fluctuants entre le bébé réel et imaginaire et qui mènerait ultimement à une réorganisation du Moi de la mère et à l'établissement d'un bébé différencié et à soi. En effet, la maternité a introduit, pour plusieurs participantes, la nécessité d'instaurer une séparation d'avec leur enfant afin de retrouver une identité qui leur est propre et qui se constitue par-delà la maternité. En lien avec cette construction identitaire maternelle, une composante du discours des participantes abordait certains aspects liés au thème de l'intergénérationnel. Ces résultats semblent soutenir les propos de Bydlowski (2008) qui souligne que l'expérience de grossesse d'une mère est en prolongement de l'expérience de sa propre mère, où, en enfantant, la mère rencontre sa propre mère, la prolonge et vient à se différencier d'elle. Dans l'étude actuelle, il a été possible de voir en quoi ces aspects peuvent être source de souffrance lorsque les représentants parentaux rencontrés par les mamans sont traumatiques. L'aspect traumatique semble ainsi se matérialiser par la crainte marquée des participantes de devenir comme leurs parents et de faire subir à leur enfant ce qu'elles ont subi. Il apparait aussi que les mouvements identitaires, à certains moments, visent un rapprochement avec certaines représentations de la parentalité, et à d'autres, visent à s'en distancier en raison de la souffrance induite par ces représentations. Ces mouvements de mise à distance aidés par une variété de mécanismes de défense (p. ex. : l'isolement de l'affect, la dissociation, le déni, etc. ; Chabrol, 2005) semblent matérialiser une difficulté à intégrer comme faisant partie de soi une pluralité d'éléments de l'expérience identitaire maternelle (p. ex. : suicidalité, agressivité, etc.). En réponse à cette difficulté d'intégration, Roussillon (2012b) écrivait brillamment : « On souffre du non approprié de l'histoire : on guérit en l'intégrant ». Ces mouvements de mise à distance soulignent ainsi les difficultés d'appropriation subjective, qui se définit comme étant « la capacité de se rendre présent à une réalité interne, c'est-à-dire psychique,

ou externe, d'en attribuer la provenance, de l'investir et de l'inscrire dans une trame historique » (Francisco, 2017). À défaut de pouvoir s'approprier subjectivement ce vécu de/en souffrance, celui-ci peut ressurgir sous plusieurs formes en fonction du niveau de structuration psychique de la personne. En effet, on peut assister au retour du refoulé (névrotique), du clivé (limite) ou du dénié (psychotique) (Roussillon, 2012a). Ainsi, une partie du travail à accomplir auprès de ces femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale est de faciliter et de soutenir leur appropriation subjective d'un vécu en mal de symbolisation en raison du caractère tabou et difficilement pensable de l'expérience de suicidalité en période périnatale, conjugué au potentiel caractère traumatique de ces expériences.

5.1.1.5 La violence d'être mère : violence gynéco-obstétrique et tabous

La plupart des participantes ont rapporté avoir vécu des expériences désagréables ou violentes lors de leur suivi ou de leur expérience d'accouchement (catégorie conceptualisante : Les pressions médicales et institutionnelles : Combattre pour survivre subjectivement). Les résultats de la présente étude convergent vers ceux des études portant sur la violence gynéco-obstétrique/maltraitance gynéco-obstétrique. En effet, les participantes ont rapporté une variété d'expérience correspondant aux éléments de la typologie produite par Bohren et collègues (2015), soit des actes de violence physique, d'abus verbal, de stigmatisation et de discrimination, d'échec de rencontrer les standards de pratique, des mauvais rapports entre les femmes et les professionnels et des contraintes et conditions du système de santé. Toutefois, un élément important ressortant des propos des participantes est le sentiment que la santé de leur bébé est priorisée au détriment de la leur et de leur bien-être. Ces résultats semblent converger vers les expériences de perte d'autonomie décrites par Bohren et collègues (2015). Ce sentiment est validé par les propos de la professionnelle

qui ressent du malaise à constater les expériences de violence perpétrées par le corps médical à l'endroit des femmes recevant les services. Ces résultats mettent en relief la nécessité de revisiter les modèles d'accompagnement et également d'investir significativement dans la formation des professionnels œuvrant auprès de ces femmes.

Une part de la pression ou de la violence vécue par les participantes est en lien avec la société et les préjugés entourant la maternité. Les résultats indiquent que les participantes ont ressenti que leur vécu n'était pas acceptable pour leur entourage ou que leur souffrance était minimisée. Ces résultats sont soutenus par une précédente étude portant sur la suicidalité en période périnatale (Al-Halabí et al., 2021) soulignant la présence de mythes autour de ce qu'est la « bonne » maternité (p. ex. : la maternité est une période heureuse et nourrissante), ainsi que du caractère tabou de la suicidalité en période périnatale.

5.1.1.6 La continuité d'existence et la temporalité : Réintroduire le temps dans l'espace traumatique

La quatrième méta-catégorie intitulée « La temporalité : Des repères pour mieux se construire » permet d'articuler temporellement le processus de transition à la maternité via l'établissement de repères temporels. En effet, lors de la conduite des entrevues avec la première participante, invitée à raconter son histoire de grossesse et de suicidalité, elle a manifesté de la difficulté à structurer sa parole, un manque de repères temporels, menant à une contraction importante de son discours (raconter sa grossesse en quelques phrases) ou parfois une incapacité à se raconter. Il est ainsi apparu nécessaire d'introduire des repères temporels pour aider les participantes à rappeler leur expérience périnatale. Pour certaines, la confusion de leur discours et la pauvreté de l'élaboration de leur expérience pourraient venir d'un simple problème de rappel,

ou encore d'un manque d'encodage des informations au moment des faits. Mais, cette confusion et cette piètre élaboration pourraient aussi signaler le caractère traumatique de leur expérience et/ou l'absence dans le passé d'un espace où raconter et symboliser leur expérience périnatale. Une telle explication est cohérente avec le caractère intemporel du trauma. Cette condition, selon Prager (2006), est due à l'effondrement de la temporalité où la mémoire d'événements non-métabolisés provenant du passé ressurgissent et en viennent à déformer le présent, dans une confusion temporelle rendant impossible la distinction entre le passé et le présent. Dans cette indistinction, le futur vient à perdre son sens au profit de la répétition traumatique (Stolorow, 2003). La psyché garde ainsi la trace d'une rupture psychique qui ne peut être intégrée dans une continuité temporelle. Pour Prager (2006), le trauma n'est jamais singulier, il est le reflet d'un environnement ayant été incapable de fournir la sûreté et la sécurité nécessaires afin de maintenir le caractère entier du monde, créant ainsi une rupture dans la continuité de l'existence de l'individu. C'est donc par le relancement de la temporalité, via la création d'un espace interpersonnel permettant l'écoute et la reconnaissance du vécu traumatique, que viennent à s'intégrer les parts traumatiques. Ce constat suggère que l'accompagnement des femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale leur propose une structure temporelle dans laquelle se raconter et être entendues dans leur expérience singulière pour favoriser l'intégration des parts traumatiques de leur vécu.

5.1.1.7 La suicidalité-signal : L'ultime forme d'angoisse-signal

La cinquième méta-catégorie intitulée « La suicidalité périnatale : La crise dans la crise » permet de mettre en sens et de retracer l'expérience de suicidalité des participantes en abordant les éléments fonctionnels et processuels de cette expérience. Les résultats indiquent que la suicidalité a fonction, pour certaines participantes, de signal d'alarme. Cette fonction de la suicidalité semble

s'apparenter au concept d'angoisse-signal conceptualisé par Freud (1920/2015). En effet, l'angoisse-signal est mobilisée par le Moi quand survient la perception d'une potentielle surcharge de l'appareil psychique due à une excitation trop importante créant de la tension. Bien qu'introduisant un état de malaise particulier, cette tension agit comme un signal à l'organisme de se préparer à une charge pouvant déborder la psyché et à résoudre la tension interne (Chauvet, 2023). Il convient dès lors de conceptualiser cette angoisse comme étant une défense du Moi pour se préserver d'une charge traumatique potentiellement excessive débordant la capacité de l'organisme. Au même titre, le discours des participantes suggère que la suicidalité semble jouer le même rôle dans leur vécu subjectif. En effet, pour certaines des participantes, la suicidalité-signal est vécue comme l'ultime signal permettant d'appréhender l'étendue de leur souffrance, et de potentiellement mobiliser leurs ressources internes et externes pour atténuer leur angoisse. Ces résultats semblent ainsi aller à l'encontre de la croyance voulant que la suicidalité ne soit qu'un phénomène avec une visée autodestructrice et semblent soutenir l'hypothèse que la fantasmatique suicidaire puisse également servir de mécanisme de défense contre le passage à l'acte suicidaire (Maltsberger, et al., 2010).

5.1.1.8 Les expériences de suicidalité en période périnatale : pluralité des études qualitatives

Cette étude s'ajoute ainsi à l'étude de Tabb et collègues (2013). Depuis la conduite de notre étude, deux nouvelles études qualitatives sur l'expérience de suicidalité en période périnatale se sont ajoutées à la littérature. À ce titre, nos résultats sont comparables à ceux de De Backer et collègues (2024) qui ont cerné trois thèmes principaux ayant contribué au passage à l'acte suicidaire : 1-Trauma et adversités, désillusionnement avec la maternité ; 2- Pris au piège et 3-Désespoir. Ces thèmes recoupent des éléments de nos méta-catégories *conceptualisantes L'effet*

boule de neige : Accumulation de facteurs aggravant l'état de détresse relatives aux facteurs de risque venant détériorer l'état des participantes, et aux éléments identitaires recoupant les résultats de notre catégorie conceptualisante *Lutter pour exister - Se réapproprier son expérience* relative aux difficultés en lien avec la création d'une identité maternelle, ainsi que les mythes liés à la maternité.

De même, nos résultats convergent avec ceux de Biggs et collègues (2023) intitulé « Chemin au travers de la honte ». Ce chemin comprend six étapes 1-Attentes violées 2- Disparition du Soi ; 3- Isolement psychologique ; 4- La seule option ; 5- Redéfinition de la bonne mère ; 6- Réimagination de Soi). Les résultats provenant des quatre premières étapes sont cohérents avec nos méta-catégories *L'effet boule de neige* et *Lutter pour exister* – relatives aux difficultés vécues contribuant à détériorer leur état et les difficultés se rapportant aux tabous sociétaux liés au concept de maternité. Quant aux deux dernières étapes (Redéfinition de la bonne mère ; Réimagination de Soi), elles convergent vers notre méta-catégorie conceptualisante *Le soutien : Un système à configuration multiple* regroupant les expériences positives de soutien reçues d'une variété d'acteurs autour d'elles leur permettant d'atténuer la souffrance vécue.

Finalement, nos résultats concordent généralement avec ceux de Tabb et collègues (2013). Ces chercheurs rapportent quatre thèmes centraux à l'expérience de suicidalité périnatale, dont celui des "changements dans les symptômes de l'humeur" et celui de "l'expérience périnatale" qui recoupent ceux de notre méta-catégorie *L'effet boule de neige*. De même, les éléments des thèmes " le stress et le coping" et "l'utilisation des services en santé mentale" sont apparentés à ceux regroupés sous notre méta-catégorie conceptualisante « Le soutien : Un système à configuration multiple ».

5.1.2 L'expérience des professionnels œuvrant auprès de femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale

La partie de l'étude sur l'expérience des professionnels œuvrant auprès de femmes présentant un risque suicidaire a permis d'identifier plusieurs dimensions en lien avec leur expérience d'accompagnement et en lien avec la suicidalité en période périnatale. En effet, il est apparu cinq catégories conceptualisantes permettant d'articuler l'expérience des professionnels. Parmi ces catégories, celle nommée *La violence sous toutes ses coutures* a déjà été abordée au point 7.1.1.5 et deux autres, *Cultiver une pratique réflexive* - *Être comme le roseau* – le seront au point 7.2 portant sur les réflexions et recommandations cliniques quant à l'aménagement d'un bon suivi.

La première méta-catégorie conceptualisante nommée *Le vécu des professionnels* aborde les difficultés et embuches vécues par les professionnels dans leur suivi/accompagnement avec des femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale. Les craintes et difficultés rapportées par la professionnelle interviewée font écho aux propos de Schechter et collègues (2013) soulignant les peurs des intervenants inhérentes à l'intervention auprès d'une patientèle suicidaire, dont le suicide d'un patient, l'anxiété, l'hypervigilance et les craintes de l'insuffisance de l'intervention. De même, le malaise rapporté par les professionnels d'aborder le thème du suicide rejoint l'étude de Dazzi et collègues (2014) qui souligne l'importance de démystifier la croyance voulant que parler du suicide puisse potentiellement augmenter les idées suicidaires. De plus, ces questionnements semblent soutenir l'hypothèse du manque de formation spécifique reçu par les professionnels œuvrant en périnatalité quant à la suicidalité et à l'évaluation du risque suicidaire (Dubreucq et al., 2024). Ces résultats soulignent l'importance de développer et d'offrir une solide

formation sur la suicidalité en période périnatale afin d'outiller les professionnels dans leurs accompagnements.

Les considérations de la professionnelle regroupées sous la catégorie conceptualisante *Quand le temps et les ressources font défaut* concernent ses préoccupations quant au temps et aux ressources allouées aux fonctions des intervenants et aux conséquences liées à l'insuffisance de ceux-ci. Ces résultats rejoignent ceux de Shaw-Churchill et Phillips (2023) soulignant la perception des professionnels œuvrant en périnatalité de manquer de ressources pour offrir des services adéquats et ceux de Bayrampour et collègues (2018) soulignant qu'une barrière importante aux interventions appropriées en santé mentale périnatale est liée aux contraintes de temps.

L'autre catégorie conceptualisante nommée *Gestion des limites - Frontières à géométrie variable* aborde la question des limites et du processus impliquant la formulation de limites pour bien accompagner les femmes à risque suicidaire en période périnatale. Les propos de la professionnelle mettant de l'avant la nécessité de mobiliser d'autres ressources pour ne pas être seule, et la prudence requise des professionnels pour éviter de dépasser leurs limites en voulant en faire trop s'accordent avec les recommandations de Tagawa (2021) quant à la nécessité de réintroduire la catégorie de l'impossible pour les patients (ne pas être tout pour la femme, ne pas tout pouvoir et ne pas tout vouloir).

5.1.3 Contributions théoriques

La présente recherche doctorale est inédite à maints égards. Ainsi, sauf erreur, c'est la première étude canadienne à s'être attardée à l'expérience de transition à la maternité en période périnatale tout en examinant l'expérience de suivi des professionnels œuvrant auprès de femmes

en transition à la maternité et présentant un risque suicidaire. Comme nous l'avons vu, plusieurs de nos résultats concordent avec ceux des quelques autres études qualitatives existantes sur le délicat sujet des idéations suicidaires des femmes en période périnatale. Du côté des professionnelles, plusieurs résultats, notamment les catégories conceptualisantes « *Le vécu des professionnels- Naviguer les méandres de l'accompagnement* et *Gestion des limites - Frontières à géométrie variable* convergent vers la littérature existante relativement à l'expérience des soignants en périnatalité (Bayrampour et al., 2018; Dazzi et al., 2014; Dubreucq et al., 2024; Schechter et al., 2013; Shaw-Churchill & Phillips, 2023; Tagawa, 2021). De même, la catégorie conceptualisante *La violence sous toutes ses coutures* concorde avec les résultats obtenus avec les mères participantes, dans la catégorie conceptualisante *Les pressions médicales et institutionnelles - Combattre pour survivre subjectivement*. Ces points de rencontre renforcent la validité de ces catégories conceptualisantes.

Cette étude est aussi la première à avoir approfondi la dimension temporelle de la suicidalité en période périnatale via les méta-catégories conceptualisantes *La temporalité - Des repères pour mieux se construire* et *La suicidalité périnatale - La crise dans la crise*. Elle semble aussi être la seule à avoir abordé en profondeur les éléments en lien avec la construction identitaire maternelle relativement à son ancrage dans un processus d'identification et de distanciation via les expériences intergénérationnelles (*L'intergénérationnel - Un miroir sur le passé*), ainsi qu'en répertoriant les aspects métapsychologiques en place dans la construction identitaire via les catégories conceptualisantes *Advenir mère - Processus et besoins* et *Lorsque l'angoisse rôde - Je est un Autre*. Discuter des fonctions jouées par la suicidalité dans l'expérience subjective des participantes via la catégorie conceptualisante *La suicidalité et ses fonctions - Symptôme polymorphe* n'avait jamais encore été fait dans les quelques études antérieures sur la suicidalité en période périnatale.

Enfin, faire état des questionnements et réflexions des professionnels œuvrant auprès de femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale, et recueillir leurs recommandations quant à la prise en charge de ces femmes est une première. La catégorie conceptualisante *Être comme le roseau - L'accompagnement entre fermeté et flexibilité* a trait aux fonctions professionnelles, ainsi qu'au savoir-être et au savoir-faire dont devraient faire preuve les professionnels œuvrant auprès de femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale. Elle semble ainsi prolonger les résultats de Reid et collègues (2024) ayant permis d'identifier les facteurs liés aux comportements suicidaires, aux façons de communiquer et d'identifier les comportements suicidaires, et aux façons de réduire les idées suicidaires (changer la façon dont la mère se voit elle-même et son bébé). Nos résultats, conjugués à ceux de Reid et collègues (2024), permettent ainsi d'avoir une bonne vue d'ensemble quant aux fonctions, techniques et leviers d'interventions que devraient adopter les professionnels œuvrant auprès de cette population.

5.2 Réflexions et recommandations cliniques quant à l'aménagement d'un suivi suffisamment bon

Les résultats de l'étude de cet essai doctoral ont ainsi permis de répertorier 31 recommandations provenant des mères et de la professionnelle œuvrant auprès de ces femmes (voir tableau 5 et chapitre 4.3 De la triangulation des données à l'articulation des perspectives : Penser l'accompagnement de femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale). Plusieurs de celles-ci inspirent une réflexion théorico-clinique quant au rôle et aux fonctions que doivent jouer les professionnels œuvrant auprès de femmes présentant un risque en période périnatale. La section suivante se veut ainsi une mise en dialogue de la littérature clinique psychanalytique existante avec

les recommandations quant à la prise en charge des femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale ayant émergées de cette recherche doctorale.

5.2.1 De la mère suffisamment bonne au professionnel suffisamment bon

En raison des caractéristiques du travail en périnatalité, dont l'état de transparence psychique (Bydlowski, 2001), les professionnels sont souvent confrontés à la réémergence de conflits archaïques (contenance, agonies primitives, rapport dedans/dehors, différenciation soi/non-soi, affects archaïques, identifications projectives ; Missonnier, 2009) chez cette patientèle. Davantage, en raison de cette période de vulnérabilité psychique, les futures mères ont tendance à faire appel à un référent solide, qui est souvent trouvé en la personne du thérapeute ou d'un autre professionnel de la santé (Bydlowski, 2008). Ce besoin semble trouver un écho dans une recommandation formulée par les participantes (p. ex. : les professionnels devraient être suffisamment solides afin de pouvoir accueillir leur vécu ; voir tableau 5). Ainsi, les professionnels en viennent parfois à jouer le rôle d'un parent suffisamment bon à qui les futures et nouveaux parents peuvent s'identifier et auprès de qui ils peuvent potentiellement régler des conflits jusque-là laissés sans solution. Cette nécessité d'incarner des figures parentales, sachant le potentiel passé traumatique de plusieurs femmes, amène la question de ce qu'est un professionnel suffisamment bon. Une piste de réflexion s'offre dans la définition de Winnicott quant à la mère suffisamment bonne :

> « *La mère suffisamment bonne est une personne qui s'adapte sur un mode actif aux besoins de l'enfant ; cette adaptation va décroissant à mesure que se développe chez l'enfant la capacité de faire face à un défaut d'adaptation et de tolérer les conséquences de la*

frustration […] la réussite des soins donnés aux enfants dépend du dévouement et non de l'habileté ou des lumières intellectuelles ». (Winnicott, 1953, p. 211).

Plusieurs éléments émergent de cette définition pour situer et décrire le concept du professionnel suffisamment bon. En effet, un accent particulier porte sur la dimension développementale voulant qu'une mère suffisamment bonne est avant tout une mère qui préserve une capacité d'adaptation basée sur les besoins changeants du nourrisson, une adaptation qui fluctue en intensité à travers le temps et les étapes du développement. De même, le professionnel suffisamment bon est ainsi appelé à avoir une capacité d'adaptation basée sur les besoins changeants de la future mère et cette adaptation est amenée à fluctuer en fonction des étapes développementales qu'elle rejoue.

5.2.1.1 De la préoccupation maternelle primaire à la préoccupation professionnelle primaire

Winnicott décrit l'état de préoccupation maternelle comme étant un état d'hypersensibilité se développant tout au cours de la grossesse et atteignant son paroxysme vers la fin de celle-ci et perdurant quelques semaines après la naissance de l'enfant. Cet état de sensibilité accrue permet à la nouvelle mère de s'adapter aux besoins du nouveau-né de façon suffisamment bonne (Winnicott, 1956). Toutefois, cet état de préoccupation maternelle primaire relève d'un processus normal et devrait être, si l'état de la santé maternelle le permet, temporaire et contextualisé au processus de développement du nourrisson. Chez le professionnel, cet état de préoccupation primaire lui permet aussi de développer une certaine sensibilité interprétative qui tend à fluctuer en fonction des étapes développementales travaillées avec les futures mères. Cet état primaire forme les premiers temps de ce qui constitue une mère suffisamment bonne, mais ne représente toutefois pas sa seule composante. En effet, la mère suffisamment bonne, et conséquemment, le professionnel

suffisamment bon, sont également caractérisés par trois fonctions distinctes dans les soins et le soutien du développement du nourrisson, soit le holding, le handling et l'object presenting.

5.2.1.2 Holding

Dans son texte reprenant le concept de holding, Boukobza (2003) définit le holding comme étant : « l'ensemble des soins de la mère donnés à l'enfant pour répondre à ses besoins physiologiques spécifiés selon ses propres sensibilités tactile, auditive, visuelle, sa sensitivité à la chute et qui s'adaptent aux changements physiques et psychologiques de l'enfant. ». Ainsi, le phénomène de holding s'effectue à deux niveaux, l'un plus physique où l'enfant est littéralement tenu/maintenu dans les bras de la mère, et l'autre psychique, où la mère soutien et contient le nourrisson par son empathie, ses actions et ses paroles, permettant ainsi la régulation de l'angoisse. Cette régulation est possible grâce à l'empathie maternelle et sa capacité de se vivre comme enfant des premiers jours et donc de se mettre à la place de son nourrisson (Krymko-Bleton. 2013). De même, le professionnel suffisamment bon est appelé à opérer des fonctions de holding auprès de ses patientes, qui généralement seront plus de l'ordre d'un holding psychique, permettant ainsi de coréguler l'angoisse et les débordements qu'elles vivent. De même, plusieurs professionnels peuvent être mobilisés dans l'accompagnement des mères à développer et soutenir cette fonction de holding dans le contexte de la relation dyadique mère-bébé.

5.2.1.3 Handling

Dans le prolongement du holding, le handling, selon Lehmann (2007), désigne les soins manuels que prodiguent la mère et l'entourage (p. ex. : toilette, habillement, etc.), ainsi que les formes affectives passant par le contact avec la peau. Les professionnels peuvent être eux-mêmes

appelés à prodiguer des soins corporels aux femmes enceintes (voir Samé, 2023 pour une discussion sur l'éthique du toucher thérapeutique) ou à les accompagner dans le développement de soins manuels adaptés au bébé, si cette fonction est atteinte chez la mère.

5.2.1.4 Object-presenting

L'object-presenting peut être largement défini comme étant la façon dont la mère propose l'objet au nourrisson, objet des premiers jours qui est le sein et qui permet de soutenir dans les premiers temps l'illusion d'avoir créé celui-ci (le sein). Cette fonction évolue avec le développement de l'enfant afin d'introduire l'altérité et finalement la relation d'objet lorsque la désillusion après la phase du trouvé-créé s'opère (Winnicott, 1953). De même, le professionnel permet de nourrir psychiquement la mère et de réintroduire l'altérité lorsqu'elle est mise à mal dans le lien thérapeutique.

5.2.1.5 Intégration

Au début de l'existence du nourrisson, celui-ci bien que constitué dans un tout (son corps), ne se vit subjectivement pas de cette façon. La première étape développementale du nourrisson vise ainsi cette intégration dans un tout cohérent. Le processus développemental commence par une formation de perceptions sensorielles et de plusieurs phases de motricités non-intégrées. À ce stade, le tout est maintenu par la constance et la continuité des soins de la mère suffisamment bonne, ainsi que de l'entourage. C'est donc à travers la fonction de holding, soit la répétition des soins physiques et psychiques que le nourrisson peut se développer au regard de l'intégration vers un sentiment d'être un tout cohérent (p. ex : maintenu au chaud, manié, baigné, bercé et appelé par son nom ; Winnicott, 1958). Ce développement vise ultimement la formation d'un « Je »,

permettant ainsi de délimiter le Moi comme n'étant pas un Autre (Krymko-Bleton, 2013). De même, dans les formes de souffrances plus primitives, le professionnel suffisamment bon, par sa capacité de holding psychique, est amené à opérer un travail d'intégration chez les futures mères, permettant ainsi la création d'un « Je » et permettant la délimitation des contours d'un Moi solide.

5.2.1.6 Difficultés dans la fonction de la mère suffisamment bonne – angoisse d'annihilation et angoisses primitives

Après cette brève description des processus normaux liés à la notion de mère suffisamment bonne et au développement du nourrisson, il convient de survoler rapidement les potentielles difficultés dans la fonction de la mère suffisamment bonne et leurs conséquences. Dans un second temps, je propose de tenter de penser et d'élaborer la fonction du thérapeute auprès de patientes ayant eu des carences à ce niveau. Pour tenter de penser le primitif, il est possible de prendre appui dans un premier temps sur les écrits de Winnicott relativement aux conséquences de ces défaillances précoces. En effet, Winnicott (1956) note que les carences maternelles, lors de la période de formation du Moi, engendrent des réactions d'empiétement chez l'enfant. En retour, ces réactions causent des coupures dans la continuité d'existence du nourrisson, causant ce qu'il décrit comme des angoisses d'annihilation. Dans la mesure où les carences persistent, celles-ci peuvent entrainer l'impossibilité de développer un réel Self et la fixation à des mécanismes de défense primitifs pour se défendre contre l'angoisse d'annihilation. Au niveau subjectif, ce serait l'absence du sentiment de réalité et potentiellement le sentiment d'inutilité qui primeraient (Winnicott, 1956).

Dans son article « la crainte de l'effondrement », Winnicott (2019) tente de rendre compte de plusieurs manifestations de ce qu'il décrit comme des « agonies primitives », termes qui renvoient aux angoisses d'annihilation mentionnée plus haut. Une manifestation concrète dans le

vécu de ces agonies primitives est le sentiment de vide. À ce titre, en parlant du vide qui peut être ressenti chez ces patientes, il note qu'il est « nécessaire de ne pas penser au trauma, mais au fait que rien ne se produit lorsque quelque chose aurait pu profitablement se produire [traduction libre] » (Winnicott, 2019). C'est donc dire qu'il faut penser l'agonie vécue par ces patientes non pas sur un plan de ce qui est en présence ou de ce qui tente de se manifester par sa présence (traumatisme), mais de ce qui se fait sentir par son absence, ce qui aurait pu être et ce qui aurait pu advenir. Roussillon (2012) ajoute que ces états agonistiques sont caractérisés par des expériences de tension et de déplaisir où il n'existe pas de représentations, où il n'y a pas d'issues ou de recours (internes ou externes, puisqu'ils ont été épuisés) et qui se caractérisent comme un au-delà du manque et de l'espoir. Il semble, à la lumière des propos de Winnicott et de Roussillon, que ce soit dans le manque à être et le manque à vivre que se situe l'expérience (ou l'absence de) du contenu agonistique.

Ce premier aperçu clinique permet ainsi de penser quelques manifestations cliniques de l'agonie primitive. Toutefois, il reste assez difficile de se représenter ce qu'être au contact de ces agonies primitives peut faire vivre/ressentir. Afin de penser ce ressenti, il convient de prendre appuie sur la description que Roussillon donne de la situation transférentielle avec les patientes souffrant d'enjeux narcissiques-identitaires (limites) :

> « *Dans les conjonctures de transfert « narcissique » le tableau clinique s'infléchit en direction d'une forme paradoxale de cette dialectique intersubjective. L'analysant vient plutôt faire sentir ou voir un pan de lui qu'il ne perçoit pas directement, qu'il ne sent ou ne voit pas de lui, mais dont il peut mesurer les effets indirects sur les autres ou sur lui-même. Il « demande » à l'analyste d'être ce que l'on pourrait appeler « le miroir du négatif de soi*

», de ce qui n'a pas été senti, vu ou entendu de soi, ou du mal senti, mal vu ou entendu de soi […] faire vivre à l'analyste ce qu'il n'a pas pu vivre de son histoire » (Roussillon, 2012, p. 14).

Il ressort de cette précédente citation que la tâche psychothérapeutique auprès de patientes souffrant d'enjeux « narcissiques-identitaires » (limites) reposerait donc en grande partie sur le thérapeute de pouvoir en venir à éprouver ces manques à être dans l'histoire de la personne et de pouvoir tenter de penser l'impensable. Tout comme pour la mère suffisamment bonne, il semble convenir pour le professionnel suffisamment bon de devoir porter (holding) une part du vécu de l'autre, en soi et dans l'espace thérapeutique et de contenir à travers les soins prodigués. Ces éléments convergent avec les recommandations formulées par les mères et les professionnels dont :

- viser à favoriser l'agentivité dans le suivi (en favorisant le développement d'un « Je »)
- entendre ce qui tente réellement de s'exprimer au travers des différentes formes de souffrance,
- Se concentrer sur le bien-être et les enjeux personnels des mamans par-delà le bébé
- Aménager un espace permettant et favorisant l'introspection et
- Offrir une écoute inconditionnelle en étant à l'écoute de ce qui n'a su être éprouvé.

5.2.2 Survivance de l'objet et médium malléable : Des professionnels à l'épreuve de la destructivité

Davantage, afin de poursuivre la réflexion quant à la posture à adopter face à la faillite de la mère suffisamment bonne et donc au primitif, il semble pertinent d'amener la question de l'objet médium-malléable, concept développé par Roussillon. En effet, dans ses recherches portant sur les

enjeux « narcissiques-identitaires », Roussillon en est venu à formuler plusieurs caractéristiques que devraient revêtir cet objet médium-malléable afin de soutenir les besoins du Moi (Smolak et Brunet, 2017), autant comme médium (p.ex. : pâte à modeler) que de façon incarnée (chez le thérapeute) :

> « *l'objet doit être « consistant » on doit pouvoir le voir le sentir, le toucher (au moins métaphoriquement); il se laisse donc saisir, toucher. L'objet est malléable, il doit pouvoir s'adapter à ce qu'on lui impose. Il doit faire preuve d'une indestructibilité symbolique, ou du moins d'une grande résistance à la destructivité volontaire ou involontaire du patient; résister à ses émois, colères et autres affects qui peuvent être ressentis comme destructeurs. Cependant, tout en étant résistant à la destructivité, il doit demeurer extrêmement sensible. Pour reprendre la métaphore de la pâte à modeler, si on peut l'écraser et lui faire subir des transformations sans dommage, elle reste sensible et elle sera « touchée et marquée » par l'effleurement d'un ongle […] Il est donc aussi constant et prévisible dans sa façon de conserver ses caractéristiques et ses propriétés […] L'objet médium-malléable survit et ne fait que changer de forme sous la pression que lui fait subir le sujet qui l'utilise. Il transforme les changements quantitatifs en modifications qualitatives.* » (Roussillon, 2014).

Ces éléments sont congruents avec les difficultés évoquées dans la catégorie conceptualisante « Lorsque l'angoisse rôde - Je est un Autre » mettant en scène les difficultés importantes qu'ont certaines participantes à pouvoir être en contact ou à vivre certaines parties d'elles-mêmes, généralement des parties agressives ou destructrices, comme faisant partie d'un Moi intégré. Ces éléments concordent avec la recommandation énoncée que les professionnels devraient être suffisamment solides afin de pouvoir accueillir le vécu de ces femmes. Il convient

ainsi que le professionnel puisse soutenir l'élaboration de l'agressivité et de la destructivité portée par ces femmes et de survivre à celle-ci afin de la métaboliser et de la rendre pensable pour les patientes.

5.2.3 Vers une éthique de soin subjectivante

De ces précédentes considérations découle l'inépuisable question du processus de subjectivation, c'est-à-dire le processus par lequel l'on rend subjectif et que l'on devient sujet. Ce processus implique ainsi la façon dont un sujet se reconnaît dans sa façon de donner sens au réel à l'aide du processus de symbolisation (Wainrib, 2006). Pour ce faire, ce processus se développe avant tout à partir d'expériences intersubjectives entre le bébé et les parents qui l'élèvent. C'est donc en empruntant l'appareil à penser de ses parents que le bébé vient lui-même à construire son propre appareil à penser. De ce fait, le modèle psychanalytique se calque, par moments, à ce processus et se veut ainsi une « investigation menée par deux protagonistes, qui transforme ce qu'elle rencontre et se transforme par cette rencontre » (Donnet, 2001). Dans le cas de la suicidalité en période périnatale, là où le traumatique et l'absence se font ressentir, c'est dans l'accompagnement thérapeutique par de professionnels suffisamment bons que les patientes trouvent enfin l'espace de pouvoir élaborer dans un jeu intersubjectif les situations de leur existence marquées par le non-symbolisé, dans l'espoir d'enfin pouvoir penser l'impensable. C'est dans la continuité de cette pensée que ces deux recherches ont été constituées, afin de rendre la parole à des femmes chez qui la subjectivité a pu être souvent mise à mal, vestiges d'un passé traumatique pour certaines ou tributaires d'un système de santé les considérant comme un simple vaisseau dont il faut prendre soin pour assurer la santé du bébé à venir. Il nous parait que les expertes quant au sujet de la suicidalité périnatale sont ces femmes qui ont pu faire l'expérience de leur propre

processus de grossesse et de suicidalité et qu'avec un dispositif suffisamment bon, il serait possible de leur permettre de faire la narration de ce vécu. C'est selon cette logique que les participantes ont été questionnées quant à leurs recommandations de prise en charge de femmes, qui comme elles, peuvent vivre de la suicidalité en période périnatale. De cette volonté de redonner parole à ces femmes et d'écouter leur expérience comme experte de leur propre vécu est également venu se joindre la parole des professionnels œuvrant auprès de celles-ci afin de tracer les contours d'un accompagnement suffisamment bon et adapté aux besoins de ces femmes (voir tableau 5).

5.3 Limites

Cette recherche doctorale présente certaines limites qui pourront être potentiellement dépassées lors de recherches futures. Recruter des femmes ayant ou ayant eu des idées suicidaires en période périnatale n'est pas une mince affaire. Bien que satisfaisant pour un essai doctoral mobilisant une méthode qualitative exigeante, l'échantillon de quatre participantes est restreint autant du côté des femmes présentant un risque suicidaire, que du côté des professionnels. Notons cependant que les dix entrevues conduites totalisent environ 20 heures d'entretien, ce qui constitue un matériel important à traiter. Par ailleurs, les participantes étaient toutes en fin de période périnatale et le récit de leur expérience était rétrospectif. Le temps passé entre l'expérience vécue et la participation à l'étude a pu induire un biais de mémoire et transformer significativement les souvenirs des participantes et possiblement diminuer la validité des informations recueillies. Cette possibilité est d'autant plus à considérer qu'on sait que le rôle central de la mémoire autobiographique est la protection de l'image de soi et la recherche de cohérence de soi dans le temps. Cela dit, il faut certainement un peu de temps, une distanciation psychique et temporelle pour que les participantes soient prêtes à raconter leur expérience périnatale potentiellement

traumatique et leurs idéations suicidaires portant encore un caractère tabou dans notre société. Rappelons aussi que l'expérience de plusieurs participantes de cette recherche doctorale a été marquée par le contexte pandémique de la COVID, venant ainsi induire des événements ayant des conséquences sur le bien-être des participantes qui auraient été absents ou moins perturbants dans un contexte normal. Pensons à la solitude difficilement vécue par certaines, aux restrictions sociales empêchant des contacts lors d'événements dramatiques comme le décès de parents survenus durant cette période et ajoutant à la surcharge émotionnelle liée à la grossesse. Enfin, les limites habituelles relatives à un échantillon de convenance constituent un autre motif d'appel à la prudence dans l'appréciation des résultats de cette étude. Concernant l'échantillon des professionnels, une seule personne a pu être recrutée, et le fait que cette professionnelle soit une doula oriente probablement les résultats obtenus. En effet, les doulas travaillent habituellement à l'extérieur du réseau de la santé et bien qu'elles soient en contact avec les professionnels de la santé, il est possible que leurs préoccupations et questionnements ne soient pas les mêmes que pour ces professionnels qui œuvrent dans des institutions comme les centres hospitaliers. Ainsi, une étude future gagnerait à obtenir les perspectives d'une variété de professionnels œuvrant en périnatalité (p. ex. : infirmières, sages-femmes, médecins, psychologues, etc.) afin d'avoir une vue d'ensemble du phénomène.

CONCLUSION

En conclusion de cette étude, quelques pistes de recherches futures découlant des résultats en étant ressortis et des limites soulignées sont abordées

Le champ de recherche de la suicidalité en période périnatale gagnerait à recueillir des données prospectives provenant d'études longitudinales se penchant sur l'expérience, trimestre par trimestre, de femmes en transition à la maternité et présentant un risque suicidaire. Il serait aussi intéressant de comparer les données provenant d'expériences recueillies de façon prospective aux données recueillies de façon rétrospective afin de comparer les effets du temps sur l'expérience de suicidalité en période périnatale. De même, en conduisant des études comprenant plus de participantes et de provenances diverses, une meilleure représentativité du phénomène de la suicidalité en période périnatale serait obtenue. Il serait également important dans de futures recherches de recueillir l'expérience d'une variété de professionnels œuvrant en périnatalité afin d'avoir une meilleure représentativité de l'expérience d'accompagnement des professionnels auprès de la population des femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale. Finalement, nous croyons qu'il importe de poursuivre les recherches dans une perspective qualitative afin de laisser place au développement d'une compréhension approfondie, mettant ainsi le sujet dans toute sa complexité au centre de la production du savoir. À notre avis, ce n'est qu'en considérant les dimensions subjective et inconsciente de l'expérience des femmes et des professionnels que nous parviendrons à une compréhension théorique et clinique suffisamment bonne et adaptée à la profonde complexité du sujet de la suicidalité en période périnatale.

ANNEXE A

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

UQÀM | Comités d'éthique de la recherche avec des êtres humains

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche

L'expérience de transition à la maternité chez des femmes présentant un risque suicidaire.

Étudiant-chercheur

DROUIN Philippe - Doctorant en Psychologie (3191), Département de psychologie, Université du Québec à Montréal - drouin.philippe@courrier.uqam.ca

Direction de recherche

BOUFFARD Thérèse, Ph.D. – Professeure titulaire, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal – bouffard.therese@uqam.ca (514) 987-3000 poste 3976

Préambule

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche qui implique **plusieurs entretiens semi directifs**. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Description du projet et de ses objectifs

Nous sollicitons votre participation à une recherche qualitative visant à mieux comprendre la transition à la maternité chez des femmes présentant ou ayant présenté un risque suicidaire. Cette recherche explorera donc des thèmes liés à la transition à la maternité, aux idéations et comportements suicidaires et visera à mieux comprendre votre expérience liée à ces thématiques.

Nature et durée de votre participation

Votre participation consiste à prendre part à plusieurs entrevues variant en fonction du trimestre actuel (4 à 6 au total dans l'éventualité où vous êtes interviewée à tous les trimestres de la grossesse et en période postnatale) d'environ une heure à une heure et demie, ainsi qu'à compléter un questionnaire sociodémographique à la fin du premier entretien. Ces entrevues auront lieu à un moment vous convenant et en présentiel à un lieu de votre choix ou via la plateforme Zoom. L'entrevue sera enregistrée sur support vidéo et audio, puis transcrite intégralement.

Avantages et risques liés à la participation

Sans nécessairement vous apporter de bénéfices directs, la présente recherche pourrait être l'occasion pour vous d'acquérir une nouvelle perspective sur certaines difficultés vécues. De plus, les résultats de la recherche permettront de faire avancer les connaissances sur l'expérience de transition à la maternité chez des femmes présentant un risque suicidaire. Finalement, cela pourra éventuellement contribuer à adapter les pratiques des professionnels de la santé. Aucun autre préjudice n'est appréhendé. Toutefois, il se pourrait que l'entrevue demande beaucoup d'énergie et provoque des émotions négatives.

Références

- Ligne Québécoise de prévention du suicide (1 866 APPELLE)
- Info Social (811 #2)
- Réseau des Centres de Ressources Périnatales du Québec (https://www.rcrpq.com/les-crp/#trouver-crp)
- Ressources certifiées en traitement des dépendances (https://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/dependances/organis_certifier.php)

Confidentialité

Il est entendu que tous les renseignements recueillis sont confidentiels. Seuls les membres de l'équipe de recherche y auront accès. Vos données de recherche ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément : au laboratoire de recherche pour les données et dans le bureau du responsable du projet pour les formulaires de consentement. Ceci pour la durée totale du projet.

Afin de protéger votre identité et la confidentialité de vos données, vous serez toujours identifié par un code alphanumérique. Ce code associé à votre nom ne sera connu que de l'étudiant-chercheur et de la direction de recherche.

Votre enregistrement sera effacé au terme de la transcription des verbatims. L'ensemble des données de recherche sera détruit de façon sécuritaire 5 ans après la dernière publication.

Aucune publication ou communication sur la recherche ne contiendra de renseignements permettant de vous identifier à moins d'un consentement explicite de votre part.

Toutefois, il est possible que lorsque des verbatims anonymes sont utilisés, vous pouviez néanmoins reconnaître vos propos.

Limites à la confidentialité

Toutefois, puisque la nature de la recherche implique de travailler auprès de gens présentant un risque suicidaire, cette confidentialité devra être levée advenant que certaines informations lors des entrevues laissent présager que vous représentiez un danger imminent pour vous-mêmes ou pour une autre personne et nécessitant l'intervention des services d'urgence.

Contacts en cas d'urgence

Indiquer la personne à contacter en cas d'urgence.

_____

Prénom Nom

_____

Numéro de téléphone

_____

Acceptez-vous que les informations relatives à une potentielle situation d'urgence soient transmises au contact que vous avez indiqué ci-haut?
□ Oui □ Non

Utilisation secondaire des données

Acceptez-vous que les données de recherche soient utilisées pour réaliser d'autres projets de recherche dans le même domaine ?
□ Oui □ Non

Ces projets de recherche seront évalués et approuvés par un Comité d'éthique de la recherche de l'UQAM avant leur réalisation. Les données de recherche seront conservées de façon sécuritaire.

Afin de préserver votre identité et la confidentialité des données de recherche, vous ne serez identifié que par un numéro de code.

Acceptez-vous que les données de recherche soient utilisées dans le futur par d'autres chercheurs à ces conditions?
□ Oui □ Non

Participation volontaire et retrait

Votre participation se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non. Vous êtes aussi libre de vous retirer de la recherche en tout temps, sans préjudice ni sur vous, ni sur votre prise en charge et sans justifier votre décision. Nous détruirons alors les renseignements recueillis si vous le souhaitez.

Indemnité compensatoire

Aucune indemnité compensatoire n'est prévue.

Des questions sur le projet?

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation, vous pouvez communiquer avec les responsables du projet :

DROUIN Philippe - Doctorant en Psychologie (3191), Département de psychologie, Université du Québec à Montréal - drouin.philippe@courrier.uqam.ca

BOUFFARD Thérèse, Ph.D. – Professeure titulaire, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal – bouffard.therese@uqam.ca (514) 987-3000 poste 3976

Des questions sur vos droits ? Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la personne ressource du CERPE, **François Drainville** : **cerpe.fsh@uqam.ca ou 514-987-3000, poste 3642**.

Publication

La thèse doctorale sera disponible en ligne sur la plateforme Archipel (https://archipel.uqam.ca/).

Remerciements

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient sincèrement à vous en remercier.

Consentement

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tels que présentés dans le présent formulaire.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

_____

Prénom Nom

_____

Signature

_____

Date

Engagement du chercheur

Je, soussigné(e) certifie

(a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire;

(b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;

(c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus;

(d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

_____

Prénom Nom

_____

Signature

_____

Date

UQÀM | Comités d'éthique de la recherche avec des êtres humains

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche

L'expérience de transition à la maternité chez des femmes présentant un risque suicidaire.

Étudiant-chercheur

DROUIN Philippe - Doctorant en Psychologie (3191), Département de psychologie, Université du Québec à Montréal - drouin.philippe@courrier.uqam.ca

Direction de recherche

BOUFFARD Thérèse, Ph.D. – Professeure titulaire, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal – bouffard.therese@uqam.ca (514) 987-3000 poste 3976

Préambule

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche qui implique **deux entretiens semi-directifs**. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Description du projet et de ses objectifs

Nous sollicitons votre participation à une recherche qualitative visant à mieux l'expérience des professionnels assurant un suivi auprès de femmes en transition à la maternité et présentant un risque suicidaire.

Nature et durée de votre participation

Votre participation consiste à prendre part à deux entrevues d'environ une heure à une heure et demie. Au cours de ces entrevues, plusieurs thèmes seront abordés tels que vos expériences de

suivi auprès de ces femmes, les défis anticipés de ces suivis, les possibles zones de questionnement relativement à ces suivis et d'autres thèmes. Ces entrevues auront lieu à un moment vous convenant et dans les locaux de l'UQAM ou dans les bureaux de l'institution dans lequel vous faites vos suivies ou via la plateforme Zoom. L'entrevue sera enregistrée sur support audio, puis transcrite intégralement.

Avantages et risques liés à la participation

Sans vous apporter de bénéfices directs, les résultats de la recherche permettront de faire avancer les connaissances sur l'expérience de transition à la maternité chez des femmes présentant un risque suicidaire, ainsi que sur leur prise en charge. De plus, cela pourra éventuellement contribuer à adapter les pratiques des professionnels de la santé. Aucun autre préjudice n'est appréhendé. Toutefois, il se pourrait que l'entrevue demande beaucoup d'énergie et provoque des émotions négatives.

Confidentialité

Il est entendu que tous les renseignements recueillis sont confidentiels. Seuls les membres de l'équipe de recherche y auront accès. Vos données de recherche ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément : au laboratoire de recherche pour les données et dans le bureau du responsable du projet pour les formulaires de consentement. Ceci pour la durée totale du projet.

Afin de protéger votre identité et la confidentialité de vos données, vous serez toujours identifié par un code alphanumérique. Ce code associé à votre nom ne sera connu que de l'étudiant-chercheur et de la direction de recherche.

Votre enregistrement sera effacé au terme du projet, après les analyses. L'ensemble des données de recherche sera détruit de façon sécuritaire 5 ans après la dernière publication.

Aucune publication ou communication sur la recherche ne contiendra de renseignements permettant de vous identifier à moins d'un consentement explicite de votre part.

Utilisation secondaire des données

Acceptez-vous que les données de recherche soient utilisées pour réaliser d'autres projets de recherche dans le même domaine ?

□ Oui □ Non

Ces projets de recherche seront évalués et approuvés par un Comité d'éthique de la recherche de l'UQAM avant leur réalisation. Les données de recherche seront conservées de façon sécuritaire.

Afin de préserver votre identité et la confidentialité des données de recherche, vous ne serez identifié que par un numéro de code.

Acceptez-vous que les données de recherche soient utilisées dans le futur par d'autres chercheurs à ces conditions?

□ Oui □ Non

Participation volontaire et retrait

Votre participation se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non. Vous êtes aussi libre de vous retirer de la recherche en tout temps, sans préjudice et sans justifier votre décision. Nous détruirons alors les renseignements recueillis.

Indemnité compensatoire

Aucune indemnité compensatoire n'est prévue.

Des questions sur le projet?

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation, vous pouvez communiquer avec les responsables du projet :

DROUIN Philippe - Doctorant en Psychologie (3191), Département de psychologie, Université du Québec à Montréal - drouin.philippe@courrier.uqam.ca

BOUFFARD Thérèse, Ph.D. – Professeure titulaire, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal – bouffard.therese@uqam.ca (514) 987-3000 poste 3976

Des questions sur vos droits ? Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la personne ressource du CERPE, **François Drainville** : **cerpe.fsh@uqam.ca ou 514-987-3000, poste 3642**.

Publication

La thèse doctorale sera disponible en ligne sur la plateforme Archipel (https://archipel.uqam.ca/).

Remerciements

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient sincèrement à vous en remercier.

Consentement

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tels que présentés dans le présent formulaire.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

_____

Prénom Nom

_____

Signature

_____

Date

Engagement du chercheur

Je, soussigné(e) certifie

(a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire;

(b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;

(c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus;

(d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

_____

Prénom Nom

_____

Signature

_____

Date

ANNEXE B

CANEVAS D'ENTRETIEN

Canevas d'entretien

1) Introduction : Début de l'entrevue en exposant au participant le sujet de l'entretien et ses paramètres, ainsi que les paramètres du projet de recherche
2) Question d'ouverture **:** « *Vous êtes présentement rendu au Xème trimestre de grossesse et vous avez mentionné présenter un risque suicidaire, parlez-moi de comment cela se passe pour vous présentement* »
    i) *Racontez-moi votre grossesse.*
        - *Est-ce votre première grossesse? Sinon combien?*
        - *Comment vous sentez-vous face à cette grossesse présentement?*
            - *Cognitif*
            - *Affectif*
            - *Comportemental/Physique*
        - *Comment se passe les suivis?*
        - *(si conjoint) Comment cela se passe-t-il avec votre conjoint?*
            - *Conjugal*
            - *Sexuel*
        - *Comment cela se passe-t-il avec votre entourage?*
            - *Familial*
            - *Social*
            - *Sociétal*
        - *Que s'est-il passé jusqu'à maintenant dans ce Xème trimestre?*
        - *Dévoilement?*
        - *Comment envisagiez-vous cette grossesse ?*
    ii) *Parlez-moi un peu de vos idées suicidaires.*
        - *Depuis quand avez-vous des idées suicidaires?*
        - *Vérifier si idées suicidaires sont antérieures à la grossesse*
        - *À quelle fréquence diriez-vous que vos idées suicidaires sont présentes?*

- *Décrivez-moi ce qu'il se passe pour vous lorsque vous avez ces idées suicidaires.*
- *Y a-t-il des choses qui font en sorte que ces idées suicidaires sont plus présentes pour vous?*
- *Y a-t-il des choses qui font en sorte que ces idées suicidaires sont moins présentes pour vous?*
- *Comment vous sentez-vous face au fait d'avoir des idées suicidaires?*
- *J'aimerais, si vous êtes d'accord, que vous me partagiez le souvenir d'un moment où vous aviez des idées suicidaires et qui pour vous est le plus représentatif de votre expérience avec ces idées suicidaires et/ou le plus marquant.*

iii) *Avez-vous déjà fait des tentatives de suicide? Si oui, parlez-moi un peu de ces tentatives de suicide.*
- *Combien de tentatives de suicide avez-vous fait?*
- *À quand remonte la dernière tentative de suicide?*
- *Décrivez-moi ce qu'il s'est passé pour vous lors de cette/ces tentative(s).*
- *Comment vous sentez-vous face au fait d'avoir fait une/des tentative(s) de suicide?*
- *Comment vous sentez-vous présentement face au fait d'être toujours en vie?*

iv) *Comment gérez-vous habituellement ces idées suicidaires?*
- *Y a-t-il des gens avec qui vous en parlez? Si oui, qui? Si non, qu'est-ce qui fait que vous n'en parlez pas?*
  - *Si oui, comment ces personnes ont-elles réagies?*
  - *Auriez-vous aimé que ce soit différent? Si oui, de quelle façon?*
- *Comment vous sentez-vous face au fait de parler de vos idées suicidaires?*

v) *Avez-vous présentement un suivi thérapeutique avec un professionnel?*
- *Si oui… pourriez-vous me parler un peu de comment cela se passe pour vous?*
- *Si non…aimeriez-vous avoir un suivi thérapeutique auprès d'un professionnel?*
- *Quel genre d'aide vous attendez-vous/attendriez-vous à recevoir auprès d'un professionnel?*
- *Comment aimeriez-vous que ces professionnels vous accompagnent?*

vi) *Avez-vous/aviez-vous des appréhensions concernant la DPJ?*

vii) *Comment sentez-vous que cette expérience de grossesse/maternité a affecté votre désir d'avoir des enfants ?*

- *Prochaine grossesse planifiée ?*
- *Fin du processus ?*

viii) *Comment résumeriez-vous en quelques mots ce Xème trimestre*

ix) *Comment anticipez-vous le prochain trimestre?*

x) *Nous arrivons à la fin de l'entrevue… y-a-t-il des éléments dont nous n'aurions pas discuté ensemble et dont vous aimeriez discuter?*

xi) *Comment avez-vous vécu cette entrevue?*

3) Passation du questionnaire sociodémographique

Canevas d'entretien

4) Introduction : Début de l'entrevue en exposant au participant le sujet de l'entretien et ses paramètres, ainsi que les paramètres du projet de recherche
5) Question d'ouverture **: «** *Vous avez mentionné avoir ou avoir eu des suivis avec des femmes en transition à la maternité et présentant un risque suicidaire, parlez-moi de comment cela se passe / s'est passé pour vous lors de ces suivis »*
    i) *Comment vous sentez-vous face à la prise en charge de cette population?*
        - *Cognitif*
        - *Affectif*
        - *Comportemental*
    ii) *Dans votre travail, comment rejoignez-vous ces femmes?*
    iii) *Quels sont vos principaux référents (théoriques/cliniques) qui vous aident à penser et à intervenir auprès de ces femmes?*
        - *Y a-t-il des balises cliniques qui délimitent selon vous le suivi thérapeutique de ces femmes?*
        - *Si oui, quelles sont-elles?*
        - *Ces balises sont-elles suffisantes/satisfaisantes pour vous?*
        - *Comment travaillez-vous les agirs/place de la mentalisation?*
    iv) *Quels sont selon vous les principaux écueils possibles de ce genre de prise en charge?*
        - *Dans votre pratique, comment faites-vous face à ces écueils?*
    v) *Quelle est selon vous votre place/rôle dans le suivi de ces femmes?*
        - *Cette place/ce rôle devrait-il changer? Si oui, quels devraient être les changements à apporter?*
    vi) *Y a-t-il des éléments dans votre suivi auprès de cette population qui vous questionnent ou qui vous posent problème? Si oui, lesquels?*
    vii) *Y a-t-il selon vous des pistes de développement ou de réflexion qui vous viennent en tête relativement à la prise en charge de cette population?*
    viii) *Comment aimeriez-vous être accompagnés dans la prise en charge de cette population?*
    ix) *J'aimerais, si vous êtes d'accord, que vous me partagiez le souvenir d'une consultation auprès de cette population, qui pour vous est le plus représentatif de l'expérience de suivi et/ou le plus marquant.*
        - *Comment décririez-vous la souffrance de ces femmes?*
        - *Comment décririez-vous votre expérience de suivi auprès de ces femmes?*
    x) *Qu'est-ce qui vous a amené à faire ce travail ?*
    xi) *C'est ce qui conclut l'entrevue… y-a-t-il des éléments dont nous n'aurions pas discuté ensemble et dont vous aimeriez discuter?*
    xii) *Comment avez-vous vécu cette entrevue?*

xiii) *Si l'entretient se déroule sur 2 rencontres, revenir sur la première entrevue*

6) Passation du questionnaire sociodémographique

ANNEXE C

QUESTIONNAIRES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE
DONNÉES PERSONNELLES DE LA FUTURE MÈRE

Date _____ /_____/_____
Jour Mois Année

Age : _____

Langue maternelle : _____

Degré de scolarité complété : Primaire ___ Secondaire 1 à 4 ___ Secondaire 5 ___ DEP ___ Cégep ___
Université ___

Origine ethnique/ culturelle : _____

Pays de naissance : _____

Occupation : _____

Occupation actuelle : Travail temps complet _____ Travail temps partiel _____ Aux études _____
À la maison _____ Retrait préventif _____ Congé de maternité _____
Congé de maladie _____ Chômage _____ Aide sociale _____

SITUATION DE VIE FAMILIALE

État civil : Mariée ____ Séparée / Divorcée ____ Célibataire ____ Veuve ____ Union de fait _____

Si en couple, depuis combien de temps? : _____

Age du conjoint : _____

Revenu annuel de la future mère (si en retrait préventif ou congé de maternité, indiquez le revenu habituel) : _____

Revenu annuel familial (future mère et conjoint) : _____

QUESTIONS SUR DÉROULEMENT DE LA GROSSESSE

Cette grossesse est votre : 1ère ___ 2ème ___ 3ème ___ Autre précisez : _____

Cet enfant sera votre : 1er ___ 2ème ___ 3ème ___ Autre précisez : _____

Nombre de semaines de grossesse actuellement : _____

Avez-vous actuellement **ou** avez-vous eu des difficultés particulières au cours de cette grossesse ?

Nausées : Oui ___ Non ___

Vomissements : Oui ___ Non ___

Diabète : Oui ___ Non ___

Hypertension : Oui ___ Non ___

Problèmes de sommeil : Oui ___ Non ___

Humeur changeante : Oui ___ Non ___

Affects tristes : Oui ___ Non ___

Anxiété : Oui ___ Non ___

Autres : Oui ___ Non ___ précisez la nature _____

Pendant cette grossesse, est-ce que vous consommez?

Médication : Oui ___ Non ___ Si oui, précisez le type (nom) et la quantité : _____

Alcool : Oui ___ Non ___ Si oui, précisez la nature et la quantité : _____

Drogues : Oui ___ Non ___ Si oui, précisez la nature et la quantité : _____

Tabac : Oui ___ Non ___ Si oui, précisez la quantité par jour : _____

À partir du moment où vous avez décidé de devenir enceinte, combien de temps cela a-t-il pris pour que vous soyez enceinte? _____

Avant cette grossesse avez-vous connu :

Des avortements spontanés (ou fausses couches) Oui ___ Non ___

Si oui, précisez combien : _____

Des menaces d'avortements spontanés (ou fausses couches) ? Oui ___ Non ___

Si oui, précisez : _____

Un ou des avortements : Oui ___ Non ___

Si oui, précisez combien : _____

Des pertes périnatales (décès du bébé avant ou après la naissance) : Oui ___ Non ___

Si oui, précisez combien : _____

Est-ce qu'une ou plusieurs autres femmes de votre famille (mère, grand-mère maternelle, sœur) a connu de telles évènements (fausses-couches, menaces de fausses couches, perte périnatales) dans le cadre d'une grossesse?

Oui ___ Non ___

Si oui, précisez **qui** et **quel évènement** : _____

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET FAMILIAUX ET ÉVÉNEMENTS DE VIE

Nous aimerions connaître les différentes difficultés personnelles que vous ou un de vos proches vivez actuellement ou que vous auriez pu vivre par le passé. **Veuillez cocher <u>uniquement</u> ce qui s'applique à vous, à vos parents ou à vos frères et sœurs**

	Vous-même		Parents		Fratrie	
	Actuel	Passé	Actuel	Passé	Actuel	Passé
Anxiété						
Dépression						
Trouble de l'humeur						
Trouble alimentaire (anorexie, boulimie, hyperphagie)						
Toxicomanie, alcoolisme						
Trouble de la personnalité						
Violence, abus physique						
Abus sexuel						
Tentative de suicide						
Automutilation						
Autre(s) : précisez						
Autre(s) : précisez						

Avez-vous déjà eu des idées suicidaires avant de tomber enceinte?

Oui ___ Non ___

Si oui, précisez depuis quand et la fréquence de celles-ci :

_____

_____

Avez-vous déjà fait une ou des tentatives de suicide avant de tomber enceinte?

Oui ___ Non ___

Si oui, précisez le nombre, la date approximative de la/les tentative(s) et ce qu'il s'est produit suite à votre/vos tentative(s) (p. ex. : hospitalisation) :

_____

_____

Est-ce qu'un ou des évènements significatifs **pour vous** sont survenus au cours de la dernière année (accidents, séparation, problèmes de santé, décès, déménagement, changement dans votre situation financière) ?

Oui ___ Non ___

Si oui, précisez le(s)quel(s) **et** quand : _____

_____

Est-ce qu'un ou des évènements significatifs **pour un de vos proches** sont survenus au cours de la dernière année (accidents, séparation, problèmes de santé, décès, déménagement, changement dans votre situation financière) ?

Oui ___ Non ___

Si oui, précisez le(s)quel(s) **et** quand : _____

_____

NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE COLLABORATION

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE
DONNÉES PERSONNELLES DU PROFESSIONNEL

Date _____ /_____/_____
Jour Mois Année

Age : _____

Genre : _____

Langue maternelle : _____

Degré de scolarité complété : Primaire ___ Secondaire 1 à 4 ___ Secondaire 5 ___ DEP ___ Cégep ___ Université ___

Origine ethnique/ culturelle : _____

Pays de naissance : _____

Occupation : _____

Occupation actuelle : Travail temps complet _____ Travail temps partiel _____ Aux études _____

Type de pratique (hôpital, CLSC, etc.) : _____

DONNÉES PROFESSIONNELLES

Titre professionnel : _____

Domaine(s) d'expérience(s) (p.ex. : périnatalité, violence conjugale, etc.) :

_____

Nombre d'années d'expérience comme professionnel : _____

Nombre d'années d'expérience avec une clientèle de femmes présentant un risque suicidaire en période périnatale :

_____

Nombre de cas rencontrés : _____

Nombre de suivis actuels avec cette clientèle : _____

Niveau de confort actuel à suivre cette clientèle (1 à 10 – 1 étant totalement inconfortable) : _____

NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE COLLABORATION

ANNEXE D

APPROBATION ÉTHIQUE

UQÀM | Comités d'éthique de la recherche avec des êtres humains

No. de certificat : 2022-3711
Date : 2024-06-01

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE
RENOUVELLEMENT

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (avril 2020) de l'UQAM.

Titre du projet : L'expérience de transition à la maternité chez des femmes présentant un risque suicidaire – Entre vouloir donner la vie et vouloir la mort

Nom de l'étudiant : Philippe Drouin

Programme d'études : Doctorat en psychologie

Direction(s) de recherche : Thérèse Bouffard

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année au plus tard un mois avant la date d'échéance (**2025-06-01**) de votre certificat. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.

Sylvie Lévesque
Professeure, Département de sexologie
Présidente du CERPÉ FSH

NAGANO www.semioeb.ca Approbation du renouvellement par le comité d'éthique
UQÀM - Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains
1 / 1
Exporté le 2024-06-18 01:04 par Drouin, Philippe — CODE DE VALIDATION NAGANO: uqam-cf99a98-daff-42fc-b595-cec86d883a14(https://uqam.nagano.ca/verification/uqam-cf99a98-daff-42fc-b595-cec86d883a14)

UQÀM | Comités d'éthique de la recherche avec des êtres humains

No. de certificat : 2022-3711
Date : 2024-10-02

AVIS FINAL DE CONFORMITÉ

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (avril 2020) de l'UQAM.

Titre du projet : L'expérience de transition à la maternité chez des femmes présentant un risque suicidaire

Nom de l'étudiant : Philippe Drouin

Programme d'études : Doctorat en psychologie

Direction(s) de recherche : Thérèse Bouffard

Merci de bien vouloir inclure une copie du présent document et de votre certificat d'approbation éthique en annexe de votre travail de recherche.

Les membres du CERPE FSH vous félicitent pour la réalisation de votre recherche et vous offrent leurs meilleurs voeux pour la suite de vos activités.

Sophie Gilbert
Professeure, Département de psychologie
Présidente du CERPÉ FSH

NAGANO www.semiweb.ca Fermeture du projet par le comité d'éthique
UQÀM - Comité d'éthique de la recherche avec des être humains
1 / 1

Exporté le 2024-10-02 16:19 par Drouin, Philippe --- CODE DE VALIDATION NAGANO: uqam-42b8b281-6286-4dc9-b6e3-1491ab339bf8https://uqam.nagano.ca/verification/uqam-42b8b281-6286-4dc9-b6e3-1491ab339bf8

RÉFÉRENCES

Al-Halabí, S., García-Haro, J., Rodríguez-Muñoz, M. D. L. F., et Fonseca-Pedrero, E. (2021). Suicidal behavior and the perinatal period: Taboo and misunderstanding. *Papeles del Psicólogo*, *42*(3), 161-169. https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2963

American Psychological Association. (2024). *APA Dictionary of Psychology: mentalization*. Retrieved from https://dictionary.apa.org/mentalization

Arditi-Arbel, B., Hamdan, S., Winterman, M., et Gvion, Y. (2023). Suicidal ideation and behavior among perinatal women and their association with sleep disturbances, medical conditions, and known risk factors. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, 987673. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.987673

Arksey, H., et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, *8*(1), 19-32. https://doi.org/10.1080/1364557032000119616

Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, *1*(3), 385-405.

Atzl, V. M., Grande, L. A., Davis, E. P., et Narayan, A. J. (2019). Perinatal promotive and protective factors for women with histories of childhood abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, *91*, 63-77. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.02.008

Bales, M., Pambrun, E., Maguet, C., van der Waerden, J., Glangeaud-Freudenthal, N., Charles, M. A., ... et Sutter-Dallay, A. L. (2023). Pathways between Risk/Protective factors and maternal postnatal depressive symptoms: the ELFE Cohort. *Journal of Clinical Medicine*, *12*(9), 3204. https://doi.org/10.3390/jcm12093204

Baribeau, C. (2005). L'instrumentation dans la collecte de données. *Recherches qualitatives*, (2), 98-114.

Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M., Iemmi, V., et Adelaja, B. (2014). *Costs of perinatal mental health problems*. Centre for Mental Health and London School of Economics and Political Science, London, UK. doi: 10.13140/2.1.4731.6169

Bayrampour, H., Hapsari, A. P., et Pavlovic, J. (2018). Barriers to addressing perinatal mental health issues in midwifery settings. *Midwifery*, *59*, 47-58. https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.020

BC Reproductive Mental Health Program. (2014). *Best Practice Guidelines for Mental Health Disorders in the Perinatal Period.* Retrieved from https://reproductivementalhealth.ca/sites/default/files/uploads/resources/files/mental_health_guidline_web.pdf

Bérard, A., Gorgui, J., Tchuente, V., Lacasse, A., Gomez, Y. H., Côté, S., ... et Zaphiratos, V. (2022). The COVID-19 pandemic impacted maternal mental health differently depending on pregnancy status and trimester of gestation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(5), 2926. https://doi.org/10.3390/ijerph19052926

Biggs, L. J., Jephcott, B., Vanderwiel, K., Melgaard, I., Bott, S., Paderes, M., ... et Birks, M. (2023). Pathways, contexts, and voices of shame and compassion: a grounded theory of the evolution of perinatal suicidality. *Qualitative Health Research*, *33*(6), 521-530. https://doi.org/10.1177/10497323231164278

Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., ... et Gülmezoglu, A. M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine*, *12*(6), e1001847. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847

Bouchiat-Couchouron, S., Geraud-Welby, M. C., Caillet, L., Adam, P., et Walter, M. (2009). Suicidal crises at the time of motherhood. *La Revue du praticien*, *59*(8), 1051-1057.

Boukobza, C. (2003). La clinique du holding Illustration de D.W. Winnicott. *Le Coq-héron, 173*(2), 64-71. https://doi.org/10.3917/cohe.173.0064

Bowen A, Bowen R, Butt P, Rahman K, Muhajarine N. (2012). Patterns of depression and treatment in pregnant and postpartum women. *The Canadian Journal of Psychiatry, 57*(3), 161-167. https://doi.org/10.1177/07067437120570030

Bronfenbenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Brunet, L. (2009). La recherche psychanalytique et la recherche sur les thérapeutiques psychanalytiques. Réflexions d'un psychanalyste et chercheur. *Filigrane*, *18*(2), 70-85. https://doi.org/10.7202/039290ar

Bydlowski, M. (1991). La transparence psychique de la grossesse. *Études freudiennes*, *32*, 2-9.

Bydlowski, M. (2001). Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Devenir, 13*(2), 41-52. doi:10.3917/dev.012.0041.

Bydlowski, M. (2008). *La dette de vie: Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France. doi: 10.3917/puf.bydlo.2008.01.

Castonguay, L. et Noël, R. (2017). MTE et psychanalyse : analyse en tandem et pensées associatives enracinées. *Approches Inductives, 4*(2), 240–266. doi:10.7202/1043438ar

Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, *82*, 31-42. https://doi.org/10.3917/rsi.082.0031

Chapple, A., Ziebland, S., et Hawton, K. (2015). Taboo and the different death? Perceptions of those bereaved by suicide or other traumatic death. *Sociology of Health & Illness*, *37*(4), 610-625. https://doi.org/10.1111/1467-9566.12224

Chauvet, É. (2023). L'angoisse qui protège: La paradoxalité de l'angoisse: une tentative de dé-traumatisation. *Le Carnet PSY*, (1), 28-32. DOI 10.3917/lcp.266.0028

Ciccone, A. (2006). Partage d'expériences et rythmicité dans le travail de subjectivation. *Le Carnet PSY*, *109*(5), 29-34. https://doi.org/10.3917/lcp.109.0029

Czeizel, A. E., Tímár, L., et Susanszky, E. (1999). Timing of suicide attempts by self-poisoning during pregnancy and pregnancy outcomes. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *65*(1), 39-45. https://doi.org/10.1016/S0020-7292(99)00007-7

Dayan, J. (2007). Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, *36*(6), 549-561. https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2007.06.003

Dazzi, T., Gribble, R., Wessely, S., et Fear, N. T. (2014). Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? *Psychological Medicine*, *44*(16), 3361-3363.

Deloitte Access Economics. (2012). *The cost of perinatal depression in Australia*. Retrieved from https://www2.deloitte.com/au/en/pages/economics/articles/perinatal-depression-australiacost.html

De Backer, K., Pali, A., Challacombe, F. L., Hildersley, R., Newburn, M., Silverio, S. A., ... et Easter, A. (2024). Women's experiences of attempted suicide in the perinatal period (ASPEN-study)–a qualitative study. *BMC Psychiatry*, *24*(1), 255. https://doi.org/10.1186/s12888-024-05686-3

Dennis, C. L., Falah-Hassani, K., et Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *210*(5), 315-323. doi:10.1192/bjp.bp.116.187179

Diwo, R., Thomassin, L., Kabuth, B., et Messaoudi, M. (2004). Pulsion de vie, pulsion de mort: une intrication à mieux évaluer dans une démarche de prévention de l'agir suicidaire à l'adolescence. *Psychologie clinique et projective*, (1), 57-88. https://doi.org/10.3917/pcp.010.0057.

Donnet, J. (2001). De la règle fondamentale à la situation analysante. *Revue française de psychanalyse*, *65*(1), 243-257. https://doi.org/10.3917/rfp.651.0243

Dubreucq, M., Dupont, C., Lambregtse-Van den Berg, M. P., Bramer, W. M., Massoubre, C., et Dubreucq, J. (2024). A systematic review of midwives' training needs in perinatal mental health and related interventions. *Frontiers in Psychiatry*, *15*, 1345738. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1345738

Francisco, A. (2017). L'appropriation subjective, la symbolisation, la culpabilité primaire et l'entrejeu thérapeutique : illustration clinique. *Filigrane, 26*(1), 83–95. https://doi.org/10.7202/1041693ar

Freud S (1917). Mourning and melancholia. In J Strachey (ed. and trans.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Vol. 10. London, United Kingdom: Hogarth Press.

Freud, S. (2015). *Au-delà du principe de plaisir*. Paris: Payot. (Original work published 1920).

Gandhi, S. G., Gilbert, W. M., McElvy, S. S., El Kady, D., Danielson, B., Xing, G., et Smith, L. H. (2006). Maternal and neonatal outcomes after attempted suicide. *Obstetrics & Gynecology*, *107*(5), 984-990. DOI: 10.1097/01.AOG.0000216000.50202.f6

Gavin, A. R., Tabb, K. M., Melville, J. L., Guo, Y., et Katon, W. (2011). Prevalence and correlates of suicidal ideation during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, *14*(3), 239-246. https://doi.org/10.1007/s00737-011-0207-5

Gelaye, B., Kajeepeta, S., et Williams, M. A. (2016). Suicidal ideation in pregnancy: an epidemiologic review. *Archives of Women's Mental Health*, *19*(5), 741–751. doi:10.1007/s00737-016-0646-0

Gilbert, S. (2007). La recherche qualitative d'orientation psychanalytique : l'exemple de l'itinérance des jeunes adultes. *Recherches qualitatives, Hors série, 3*, 274-286.

Green, A. (2004). Avant-coup / après-coup. *Le Carnet PSY*, *95*(9), 22-24. doi:10.3917/lcp.095.0022.

Green, A. (2016). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris, France: Les éditions de Minuit (Original worked published 1983).

Green, A. (2016). *Le travail du négatif*. Paris, France: Les éditions de Minuit. (Original worked published 1993).

Gressier, F., Guillard, V., Cazas, O., Falissard, B., Glangeaud-Freudenthal, N. M., et Sutter-Dallay, A. L. (2017). Risk factors for suicide attempt in pregnancy and the post-partum period in women with serious mental illnesses. *Journal of Psychiatric Research*, *84*, 284-291. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.10.009

Grigoriadis, S., Wilton, A. S., Kurdyak, P. A., Rhodes, A. E., VonderPorten, E. H., Levitt, A., ... et Vigod, S. N. (2017). Perinatal suicide in Ontario, Canada: a 15-year population-based study. *Canadian Medical Association Journal, 189*(34), 1085-1092. DOI: https://doi.org/10.1503/cmaj.170088

Guillard, V., et Gressier, F. (2017). Suicidalité en période périnatale. *La Presse Médicale, 46*(6, Part 1), 565-571. https://doi.org/10.1016/j.lpm.2017.05.018

Gunn, J. F., III (2014). Suicide as escape: Baechler, Schneidman, and Baumeister. Dans J. F. Gunn III et D. Lester (Eds.), *Theories of suicide: Past, present and future* (chap. 2, pp. 9-22). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Healthy Human Development Table. (2018). *Perinatal Mental Health Toolkit for Ontario Public Health Units*. Retrieved from https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/hhdt-toolkit-perinatal-mental-health-module2.pdf?la=en

Huizink, A. C., Mulder, E. J., de Medina, P. G. R., Visser, G. H., et Buitelaar, J. K. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early human development*, *79*(2), 81-91. https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2004.04.014

Ibiwoye, O. H., et Thomson, G. (2023). COVID-19 pandemic and perinatal mental health: A commentary on the impact, risk factors, and protective factors. *Birth, 50*(4), 651-656. https://doi.org/10.1111/birt.12747

Institut National de Santé Publique du Québec. (2019). *Santé mentale et troubles mentaux : portail d'information périnatale*. Retrieved from https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/information-perinatale/sante-mentale.pdf

Institut national de santé publique du Québec. (2022). *Ligne du Temps covid-19 AU Québec*. Retrieved from https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/ligne-du-temps

Ithier, B. (2005). La fonction métaphorisante de l'interprétation comme sublimation du lien. *Revue française de psychanalyse*, *695*(5), 1739-1745. https://doi.org/10.3917/rfp.695.1739

Iyengar, U., Jaiprakash, B., Haitsuka, H., et Kim, S. (2021). One year into the pandemic: a systematic review of perinatal mental health outcomes during COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 674194. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.674194

Kim, J. J., La Porte, L. M., Saleh, M. P., Allweiss, S., Adams, M. G., Zhou, Y., et Silver, R. K. (2015). Suicide risk among perinatal women who report thoughts of self-harm on depression screens. *Obstetrics & Gynecology*, *125*(4), 885-893. DOI: 10.1097/AOG.0000000000000718

Krymko-Bleton, I. (2013). *Développement affectif de l'enfant de la naissance à douze ans*. SAM 4110. Téléuniversité du Québec.

Lawley, J., et Tompkins, P. (2000). *Metaphors in mind: Transformation through Symbolic Modelling*. The Developing Company Press.

Legazpi, P. C. C., Rodríguez-Muñoz, M. F., Olivares-Crespo, M. E., & Izquierdo-Méndez, N. (2022). Review of suicidal ideation during pregnancy: risk factors, prevalence, assessment instruments and consequences. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *35*, 13. https://doi.org/10.1186/s41155-022-00220-4

Lehmann, J. (2007). Holding et Handling. Dans J. Lehmann (ed.), La clinique analytique de Winnicott: De la position dépressive aux états-limites (pp. 170-206). Toulouse, France: Érès.

Le Pape, M. (2014). Qu'est-ce qu'un « bon » parent : Analyse des images véhiculées par les affiches et brochures des campagnes de santé publique. Dans C. Martin, *« Être un bon parent » : une injonction contemporaine* (pp. 29-52). Rennes, France: Presses de l'EHESP.

Lindahl, V., Pearson, J. L., et Colpe, L. (2005). Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, *8*(2), 77-87. https://doi.org/10.1007/s00737-005-0080-1

Luca, D. L., Garlow, N., Staatz, C., Margiotta, C., et Zivin, K. (2019). *Societal Costs of Untreated Perinatal Mood and Anxiety Disorders in the United States* (No. 5fd76fcd7a814443bd3039b1b919dbe1). Mathematica Policy Research.

Luckerhoff, J., et Guillemette, F. (2012). *Méthodologie de la théorisation enracinée: Fondements, procédures et usages.* Québec: Presses de l'Université du Québec.

Malo, A. (2006). La construction du sens et la part de la voix du chercheur: une illustration basée sur une recherche menée dans le champ de recherche sur la formation à l'enseignement à partir d'une perspective non déficitaire. *Recherches qualitatives*, *26*(2), 66-84. https://doi.org/10.7202/1085372ar

Maltsberger, J. T., et Buie, D. H. (1974). Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Archives of General Psychiatry*, *30*(5), 625-633. doi:10.1001/archpsyc.1974.01760110049005

Maltsberger, J. T. (2004). The descent into suicide. *The International Journal of Psychoanalysis*, *85*(3), 653-668. https://doi.org/10.1516/3C96-URET-TLWX-6LWU

Maltsberger, J. T., Ronningstam, E., Weinberg, I., Schechter, M., et Goldblatt, M. J. (2010). Suicide fantasy as a life-sustaining recourse. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, *38*(4), 611-623. https://doi.org/10.1521/jaap.2010.38.4.611

Martini, J., Bauer, M., Lewitzka, U., Voss, C., Pfennig, A., Ritter, D., et Wittchen, H. U. (2019). Predictors and outcomes of suicidal ideation during peripartum period. *Journal of Affective Disorders*, *257*, 518-526. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.040

Mebrahtu, H., Sherr, L., Simms, V., Weiss, H. A., Rehman, A. M., Ndlovu, P., et Cowan, F. M. (2020). Effects of maternal suicidal ideation on child cognitive development: A longitudinal analysis. *AIDS and Behavior*, *24*, 2421-2429. https://doi.org/10.1007/s10461-020-02802-8

Menès, M. (2004). Suspendre le temps : une mortelle tentation. In G. Morel (Ed.), *Clinique du suicide* (pp. 105-114). Toulouse, France: ERES. doi:10.3917/eres.morel.2004.01.0105.

M. Knight, K. Bunch, D. Tuffell, H. Jayakody, J. Shakespeare, R. Kotnis, S. Kenyon, J. J. Kurinczuk (eds.) on behalf of MBRRACE-UK. *Saving Lives, Improving Mothers' Care - Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2014-16*. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford 2018.

Missonnier, S. (2009). Chapitre VII. La consultation thérapeutique périnatale. Dans S. Missonnier, *Devenir parent, naître humain* (pp. 379-450). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.

Missonnier, S. (2013a). Genèse et enjeux épistémologiques de la psychologie clinique périnatale. *Cahiers de psychologie clinique*, 40(1), 89-120. doi:10.3917/cpc.040.0089.

Missonnier, S. (2013b). Périnatalité : Interdisciplinarité et psychologie clinique. *Le Journal des psychologues, 309*(6), 22-26. doi:10.3917/jdp.309.0022.

Monti, F. (2015) The "Times" of Maternality. Dans G. Ferrara Mori (Ed.), *From Pregnancy to Motherhood*. London: Routledge, https://doi.org/10.4324/9781315742915

Morden, M. V., Ferris, E. J. E., et Furtmann, J. (2023). The socioemotional impact of the COVID-19 pandemic on pregnant and postpartum people: a qualitative study. *Canadian Medical Association Open Access Journal*, *11*(4), E716-E724. DOI: https://doi.org/10.9778/cmajo.20220178

Newport, D. J., Levey, L. C., Pennell, P. B., Ragan, K., et Stowe, Z. N. (2007). Suicidal ideation in pregnancy: assessment and clinical implications. *Archives of Women's Mental Health, 10*(5), 181-187. https://doi.org/10.1007/s00737-007-0192-x

Oates, M. (2003). Perinatal psychiatric disorders: a leading cause of maternal morbidity and mortality. *British Medical Bulletin, 67*(1), 219–229. https://doi.org/10.1093/bmb/ldg011

O'Connor, R. C., et Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, *373*(1754), 20170268. doi: 10.1098/rstb.2017.0268

Onah, M. N., Field, S., Bantjes, J., et Honikman, S. (2017). Perinatal suicidal ideation and behaviour: psychiatry and adversity. *Archives of Women's Mental Health*, *20*(2), 321-331. https://doi.org/10.1007/s00737-016-0706-5

Orsolini, L., Valchera, A., Vecchiotti, R., Tomasetti, C., Iasevoli, F., Fornaro, M., . . . Bellantuono, C. (2016). Suicide during Perinatal Period: Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Correlates. *Frontiers in Psychiatry, 7*(138). doi:10.3389/fpsyt.2016.00138

Ortony, A. (Ed.). (1993). *Metaphor and thought*. Cambridge University Press.

Pagès, N., Gorgui, J., Wang, C., Wang, X., Zhao, J. P., Tchuente, V., ... et Bérard, A. (2022). The impact of COVID-19 on maternal mental health during pregnancy: a comparison between Canada and China within the CONCEPTION cohort. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(19), 12386. https://doi.org/10.3390/ijerph191912386

Paillé, P., et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.

Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods, 2nd ed*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

Prager, J. (2006). Jump-starting timeliness: Trauma, temporality and the redressive community. Dans J. A. Parker, P. A. Harris et M. Crawford (eds.), *Time and Memory* (chap. 12, pp. 229-245). Leyde, Netherlands: Brill.

Prieur, R. (2016). Le quatrième trimestre de la grossesse: « Silence, il pousse ». *Spirale*, 79(3), 194-201. doi:10.3917/spi.079.0194.

Public Health Agency of Canada. (2019). *Suicide in Canada: Key statistics*. Retrieved from https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/suicide-canada-key-statistics-infographic.html

Reid, H. E., Pratt, D., Edge, D., et Wittkowski, A. (2022). What makes a perinatal woman suicidal? A grounded theory study. *BMC Psychiatry*, *22*(1), 386. https://doi.org/10.1186/s12888-022-04015-w

Reid, H. E., Edge, D., Pratt, D., et Wittkowski, A. (2024). Working with suicidal mothers during the perinatal period: a reflexive thematic analysis study with mental health professionals. *BMC Psychiatry*, *24*(1), 106. https://doi.org/10.1186/s12888-024-05537-1

Ronningstam, E., Weinberg, I., et Maltsberger, J. (2009). Psychoanalytic theories of suicide. Dans D. Wasserman et C. Wasserman, (eds.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: A Global Perspective* (pp. 149-158). United Kingdom: Oxford University Press.

Roussillon, R. (2012a). *Agonie, clivage et symbolisation*. Presses Universitaires de France. https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.3917/puf.rouss.2012.03

Roussillon, R. (2012b). On souffre du non approprié de l'histoire : on guérit en l'intégrant. *Le Carnet PSY*, 167, 36-41. https://doi.org/10.3917/lcp.167.0036

Roussillon, R. (2014). *Manuel de pratique clinique*. Paris, France : Elsevier Masson

Samé, M. (2023). Approche éthique d'un toucher thérapeutique. *Kinésithérapie, la Revue*, *23*(263), 3-10. https://doi.org/10.1016/j.kine.2023.08.005

Schechter, M., Goldblatt, M., et Maltsberger, J. T. (2013). The therapeutic alliance and suicide: When words are not enough. *British Journal of Psychotherapy*, *29*(3), 315-328. https://doi.org/10.1111/bjp.12039

Shaw-Churchill, S., et Phillips, K. P. (2023). The pandemic experiences of Ontario perinatal providers: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, *23*(1), 1057. doi: 10.1186/s12913-023-10079-5

Slomian, J., Emonts, P., Reginster, J. Y., Vigneron, L., Acconcia, A., et Bruyère, O. (2015). Identification des besoins d'une mère dans l'année suivant son accouchement: comparaison entre les femmes ayant vécu au moins un épisode de détresse psychologique et celles n'en ayant pas vécu. Communication présentée à la Journée des Doctorants de l'Ecole Doctorale "SPSS". Retrieved at https://pdfs.semanticscholar.org/3b01/d60d9fa5403d8bc3f2fc72ce928b9196da30.pdf

Smolak, D. et Brunet, L. (2017). Interprétations psychanalytiques du traumatisme : une synthèse théorico-clinique. *Revue québécoise de psychologie, 38*(3), 99–124. https://doi.org/10.7202/1041840ar

Soubieux, M.-J. (2014). Le deuil périnatal, un impensable à penser. *Le Carnet PSY*, *185*(9), 22-24. doi:10.3917/lcp.185.0022.

Sparrow, J. (2004). Proccessus de parentalité: parenter le bébé imaginaire. Dans *Fonctions maternelle et paternelle* (pp. 25-35). Érès Toulouse.

Stolorow, R. D. (2003). Trauma and temporality. *Psychoanalytic Psychology, 20*(1), 158–161. https://doi.org/10.1037/0736-9735.20.1.158

Swanson, L. M., Kalmbach, D. A., Raglan, G. B., et O'Brien, L. M. (2020). Perinatal insomnia and mental health: a review of recent literature. *Current Psychiatry Reports*, *22*(12), 1-9. doi: 10.1007/s11920-020-01198-5

Tabb, K. M., Gavin, A. R., Guo, Y., Huang, H., Debiec, K., et Katon, W. (2013). Views and experiences of suicidal ideation during pregnancy and the postpartum: findings from

interviews with maternal care clinic patients. *Women & Health*, *53*(5), 519-535. https://doi.org/10.1080/03630242.2013.804024

Tagawa, O. (2021). L'accompagnement coutumier. In S. Missonnier, M. Blazy, N. Boige, N. Presme et O. Tagawa (Eds.), *Manuel de psychologie Clinique de la périnatalité* (chap. 11, pp. 251-284). Elsevier Health Sciences.

Thomas, T. (2001). Becoming a mother: Matrescence as spiritual formation. *Religious Education*, *96*(1), 88-105. https://doi.org/10.1080/00344080117878

Trifu, S., Vladuti, A., et Popescu, A. (2019). The neuroendocrinological aspects of pregnancy and postpartum depression. *Acta Endocrinologica (Bucharest)*, *15*(3), 410-415. doi: 10.4183/aeb.2019.410

Vesga-Lopez, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Grant, B. F., et Hasin, D. S. (2008). Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of General Psychiatry*, *65*(7), 805-815. doi:10.1001/archpsyc.65.7.805

Winnicott, D.W. (1953). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. In D.W. Winnicott, J. Kalmanovitch et H. Sauguet (Eds.), *De la pédiatrie à la psychanalyse* (2018). Paris: Payot.

Winnicott, D.W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. Dans D.W. Winnicott, J. Kalmanovitch et H. Sauguet (eds.), *De la pédiatrie à la psychanalyse* (2018). Paris: Payot.

Winnicott, D.W. (1958). La première année de la vie. Dans D.W. Winnicott, J. Kalmanovitch et H. Sauguet (eds.), *De la pédiatrie à la psychanalyse* (2018). Paris: Payot.

Winnicott, D. W. (1975). La crainte de l'effondrement. *Nouvelle revue de psychanalyse*, *11*, 35-44.

Winnicott, D. (2019). La crainte de l'effondrement. *Cliniques, 18*(2), 16-28. doi:10.3917/clini.018.0016.

World Health Organization. (2013, October 22). *Maternal and perinatal health.* World Health Organization. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/en/