

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

MATERNITÉ PSYCHIQUE ET POST-MODERNITÉ :
ENJEUX DE FILIATION ET CONFLICTUALITÉ PSYCHIQUE EN PÉRIODE
PÉRINATALE AUJOURD'HUI AU QUÉBEC

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

ROSALIE ÉLISE CHASSOT

AOÛT 2018

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). 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.»

*À l'enfant.
Je ne suis pas celui qui t'engendre.
Ce sont les morts.
Ce sont mon père, son père et ses aïeux, ceux qui, depuis Adam et les déserts d'Abel
et de Caïn, tracèrent un long dédale d'amour dans une aurore si ancienne qu'elle est
déjà de la mythologie.
Ils arrivent, sang et moelle, à ce jour de l'avenir auquel je t'engendre à l'instant.*

Jorge Luis Borgès.

*Le grain serré des morts a tissé notre chair
Leurs rumeurs circulent dans les replis du sang
Nous fléchissons parfois sous le poids des ancêtres
Mais le présent sonne haut qui disperse nos racines détisse les trames invente la
route inouïe
Tout au centre de nous la liberté rayonne
Ravivant notre course
Levant paroles de sel
Devançons notre peau
pour d'autres seuils à franchir
Que la mémoire du sang
Veille
Sans abréger le jour!*

Andrée Chédid, L'ancêtre et le futur.

Il y a tout de même une chose qui échappe à la trame symbolique, c'est la procréation dans sa racine essentielle, qu'un être naisse d'un autre. La procréation est, dans l'ordre du symbolique couverte par l'ordre instauré par cette succession entre les êtres. Mais le fait de leur individuation, le fait qu'un être sorte d'un être, rien ne l'explique dans le symbolique.

Jacques Lacan, 1981.

On dit qu'on ne peut pas sortir du langage, qu'il est le propre de l'être humain, qu'il conditionne tout, qu'il n'y a pas d'ailleurs, d'extérieur du langage, qu'on ne pense pas d'abord pour ensuite organiser ses pensées par le langage mais qu'il n'y a de pensées que par lui, qu'il est une condition, une nécessité de la raison et de la vie humaine.

Edouard Louis, 2016.

DÉDICACE

À mes amours,
Martial, Alix et Anouk.

AVANT-PROPOS

Ce parcours a été possible grâce à des rencontres. Madame Bleton, je vous remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse. Nos échanges ont été passionnants et j'ai pu traverser cette épreuve qu'est la réalisation d'une recherche doctorale grâce à vos encouragements et à votre clairvoyance. Je reste profondément admirative de vos qualités de professeur et de directrice.

Merci également aux correcteurs et évaluateurs de ce travail, qui ont permis son amélioration et m'ont invitée à un travail d'écriture et d'élaboration intellectuelle que j'ai particulièrement apprécié.

Je souhaite également remercier le service de psychologie du CHUM et plus particulièrement Marcel Courtemanche, pour avoir accepté ma candidature en tant qu'interne, un soir d'automne, sur la terrasse d'un café de la rue St Denis, lors de la visite de Monsieur Chartier, directeur de Psychoprat. Et bien sûr, un grand merci à Nicole Reeves et Lucie Martin qui m'ont initiée si bien à la clinique et m'ont donné la chance de devenir la clinicienne que je suis, ce qui constitue ma principale source de satisfaction et d'épanouissement professionnel. Vous m'avez remis, sans même le savoir le pied à l'étrier.

Plus personnellement, je voudrais dire en tout premier lieu toute la gratitude que je ressens envers mon compagnon Martial Hoppeley. Au cours de notre période Québécoise, tu m'as poussée à m'inscrire au doctorat et tu as cru en moi. Sans toi, ton dévouement, ton implication, ton soutien, et même tes sacrifices, cette réalisation n'aurait pas vu le jour. Merci. Merci.

Par ailleurs, de nombreuses personnes m'ont soutenue par leurs encouragements durant la réalisation de ce travail. Parmi elles, je remercie Marie-Alexia Allard et nos si relaxantes discussions. Le temps passe tellement vite avec toi !

Merci à Valéry Psyché et Marc Blanchard pour leur soutien logistique aussi bien qu'amical ; merci à Karine Le Bars pour son amitié précieuse ; merci à Sandrine Roquencourt pour ses manifestations d'enthousiasme et de confiance. Je n'oublie pas Émilie Perotto mon amie de toujours.

Enfin je ne peux terminer sans adresser une pensée remplie d'affection à mes parents. Cette thèse est née très sûrement de ce désir de comprendre, de réparer et de sublimer, au sens très psychanalytique du terme, le passage générationnel et ses enjeux, dans lesquels nous avons été pris. Mais vos yeux brillent d'une fierté qui me remplit de joie. Merci.

Cette thèse clôt d'une certaine manière cette période Québécoise de ma vie. Reste les rencontres, les amis, les attaches, ce travail et le souvenir d'une période lumineuse et douce.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	vii
RÉSUMÉ	xvii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE	3

PREMIÈRE PARTIE CONTEXTE THÉORIQUE

CHAPITRE II LA MATERNITÉ D'HIER À AUJOURD'HUI : REPÈRES HISTORIQUES, CULTURELS ET SOCIAUX DE LA PÉRIODE PÉRINATALE AU QUÉBEC	11
2.1 Introduction.....	11
2.2 Contexte familial et place de la femme	16
2.2.1 La société québécoise traditionnelle	16
2.2.2 Le Québec moderne	19
2.2.3 L'ère post-moderne.....	22
2.3 Féminisme et maternité.....	25
2.4 Sexualité et grossesse	27
2.4.1 Le règne de la nature : rituels et superstitions	27
2.4.2 Contrôle et émancipation.....	28
2.4.3 Science-fiction et enjeux éthiques	29
2.5 L'accouchement.....	31
2.5.1 Du naturel au médical	31
2.5.2 Le pouvoir médical, une autre aliénation.....	34
2.5.3 Accoucher au Québec aujourd'hui	36
2.6 Conclusion	38

CHAPITRE III	
LA PSYCHO-SEXUALITÉ FÉMININE	40
3.1 Introduction.....	40
3.2 Le complexe d'Œdipe Kleinien	43
3.3 Le Cas féminin.....	47
3.4 Incidences de l'Œdipe sur le développement affectif et sexuel des femmes et la maternité	50
3.5 Conclusion.....	55
CHAPITRE IV	
LA MATERNITÉ VUE DE L'INTÉRIEUR : MÉCANISMES PSYCHODYNAMIQUES DE LA PÉRIODE PÉRinataLE	57
4.1 Introduction.....	57
4.2 La grossesse psychique.....	58
4.2.1 La transparence psychique.....	58
4.2.2 L'ambivalence	60
4.2.3 Le surgissement de l'angoisse	61
4.2.4 Psychopathologie maternelle	64
4.3 Les enjeux objectaux et narcissiques de la grossesse	66
4.3.1 Désir d'enfant et conception.....	67
4.3.2 Régression et réélaboration.....	70
4.3.3 La conception et ses avatars.....	74
4.3.4 L'Inconception.....	76
4.3.5 Stérilités psychogènes ou organiques.	77
4.4 Le devenir parent	79
4.4.1 Filiation et transmission.....	80
4.4.2 Parentalité psychique	83
4.4.3 Les conflits de la parentalité	86
4.4.4 Les conflits de la grand-parentalité.....	88
4.5 Conclusion.....	92

DEUXIÈME PARTIE CONTEXTE MÉTHODOLOGIQUE

CHAPITRE V

CONDITIONS DE LA RECHERCHE.....	94
5.1 Introduction.....	94
5.2 Objet de la recherche	97
5.3 Sujets	98
5.3.1 Les sujets de la recherche	98
5.3.2 L'échantillon.....	99
5.4 Instrumentation.....	100
5.4.1 Les entretiens semi-dirigés	100
5.4.2 Le journal de bord.....	102
5.5 Limites méthodologiques.....	103
5.6 Considérations éthiques	104

CHAPITRE VI

ANALYSE DES RÉSULTATS.....	105
6.1 Préambule sur la recherche qualitative d'orientation psychanalytique	105
6.1.1 La demande.....	106
6.1.2 L'écoute	107
6.1.3 Le transfert.....	109
6.2 La généralisation des résultats	111
6.3 Méthode développée dans le laboratoire de recherche	112
6.4 Points communs avec la théorisation enracinée	113
6.5 Étapes du travail d'analyse des résultats	114
6.5.1 Écoute et émergence de la question de recherche.....	114
6.5.2 Thèmes et catégories.....	117
6.5.3 Analyse pragmatique du discours	120
6.6 Élaboration des profils cliniques	124
6.7 Conclusion.....	125

TROISIÈME PARTIE RÉSULTATS

CHAPITRE VII

CLAIRE	129
7.1 Présentation.....	129
7.2 Analyse de discours – argumentation.....	130
7.2.1 Discours	130
7.2.2 Mécanismes de défenses.....	132
7.2.3 Ambivalence	134
7.2.4 Angoisses	136
7.2.5 Le contrôle	137
7.2.6 La grossesse : une prison	138
7.2.7 L'accouchement et l'effraction.....	139
7.2.8 Le post-partum	139
7.2.9 Le bébé.....	141
7.2.10 Le conjoint	143
7.2.11 Les figures parentales	143
7.2.12 Les professionnels de la santé.....	146
7.3 Interprétations.....	147
7.3.1 La temporalité, la surprise, l'effraction	147
7.3.2 La position œdipienne.....	148
7.3.3 La faille narcissique	150
7.3.4angoisse, ambivalence et culpabilité.....	151
7.3.5 Difficultés maternelles.....	153
7.3.6 Les figures parentales menaçantes.....	154
7.4 Résumé	156

CHAPITRE VIII

JUSTINE	158
8.1 Présentation.....	158
8.2 Analyse de discours – argumentation.....	159
8.2.1 Discours	159
8.2.2 Mécanismes de défenses.....	161
8.2.3 Angoisses, contrôle, limites	163
8.2.4 La grossesse et post-partum.....	165
8.2.5 La belle-mère et la mère	167
8.2.6 Le conjoint et l'entourage	171
8.2.7 Le bébé.....	172

8.2.8	Les professionnels de la santé.....	173
8.3	Interprétations.....	174
8.3.1	Le grand livre ouvert : la question des limites.....	174
8.3.2	Une grossesse difficile à investir.....	176
8.3.3	Les figures maternelles menaçantes; la belle-mère : une rivale.....	178
8.4	Résumé.....	180
CHAPITRE IX		
LUCIENNE.....		
9.1	Présentation.....	182
9.2	Analyse du discours - argumentation.....	183
9.2.1	Discours.....	183
9.2.2	Mécanismes de défense.....	187
9.2.3	La grossesse et le post-partum.....	188
9.2.4	La mère.....	192
9.2.5	Le suivi de grossesse.....	194
9.3	Interprétations.....	196
9.3.1	La place de l'enfant « d'après ».....	196
9.3.2	La militante.....	199
9.3.3	Le conflit de dépendance.....	200
9.4	Résumé.....	202
CHAPITRE X		
MARYSE.....		
10.1	Présentation.....	204
10.2	Analyse de discours – argumentation.....	204
10.2.1	Le discours.....	204
10.2.2	Les mécanismes de défense.....	207
10.2.3	La grossesse précédente.....	209
10.2.4	La grossesse et le post-partum.....	210
10.2.5	Le suivi de grossesse.....	213
10.2.6	La mère.....	216
10.2.7	L'entourage.....	217
10.3	Interprétations.....	217
10.3.1	Le besoin de régression contrarié.....	217
10.3.2	Le besoin d'être rassurée sur ses compétences maternelles.....	219
10.3.3	La recherche : une rencontre manquée?.....	222

10.4 Résumé	224
CHAPITRE XI	
MARIE-LUNE	225
11.1 Présentation.....	225
11.2 Analyse du discours – argumentation.....	226
11.2.1 Discours	226
11.2.2 Mécanismes de défense	229
11.2.3 Grossesse et post-partum	230
11.2.4 La mère	233
11.2.5 La belle-famille et surtout la belle-mère.....	236
11.2.6 Le suivi de grossesse.....	238
11.3 Interprétations	240
11.3.1 L’ingérence et l’infantilisation : une position infantile difficile à dépasser.....	240
11.3.2 La figure maternelle qui dépossède Marie-Lune de sa maternité	244
11.4 Résumé	246
CHAPITRE XII	
SYLVIE	248
12.1 Présentation.....	248
12.2 Analyse de discours – argumentation	249
12.2.1 Le discours	249
12.2.2 Les mécanismes de défenses.....	251
12.2.3 La grossesse et le post-partum	252
12.2.4 Les parents et beaux-parents.....	256
12.2.5 Le suivi de grossesse.....	260
12.3 Interprétations	261
12.3.1 Infertilité, grossesse et capacités maternelles	261
12.3.2 La conflictualité avec les figures parentales	264
12.4 Résumé	265
CHAPITRE XIII	
ANNE-MARIE	267
13.1 Présentation.....	267
13.2 Analyse de discours – Argumentation.....	268
13.2.1 Discours	268

13.2.2	Les mécanismes de défenses.....	271
13.2.3	La mère	273
13.2.4	Le père une drôle de mère.....	274
13.2.5	L'histoire infantile	275
13.2.6	La grossesse et le post-partum	276
13.2.7	Le suivi médical.....	278
13.3	Interprétations.....	280
13.3.1	Maternité, fausses-couches et conflictualité psychique.....	280
13.3.2	Conflit de dépendance et relation à sa mère	284
13.3.3	Besoin de réassurance et d'étayage	287
13.4	Résumé	288
 CHAPITRE XIV		
SYLVIE-NICOLE.....		
14.1	Présentation.....	290
14.2	Analyse de discours – argumentation	291
14.2.1	Discours	291
14.2.2	Mécanismes de défense	293
14.2.3	Son histoire traumatique et carencée et sa relation à sa fille	295
14.2.4	Son conjoint et ses fils	298
14.2.5	La grossesse et le post-partum	300
14.2.6	Le suivi de grossesse.....	302
14.3	Interprétations.....	303
14.3.1	Le bébé pansement.....	303
14.3.2	Le traumatisme sexuel et la grossesse : rapport au corps et à la sexualité	305
14.3.3	La gynécologue, la chercheure : des substituts maternels	307
14.4	Résumé	308

QUATRIÈME PARTIE

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS, DISCUSSION ET CONCLUSIONS

CHAPITRE XV		
SYNTHÈSE DES RÉSULTATS		
15.1	L'envahissement des figures parentales	311
15.2	La mère et la belle-mère : les figures dominantes	314
15.3	Le père : le grand absent.....	317
15.4	Le conjoint toujours insatisfaisant.....	318

15.5 Le bébé.....	319
15.6 Les attentes vis à vis des professionnels et aux chercheures	320
15.7 Fausses-couches et désir de grossesse	323
15.8 Le post-partum.....	324
CHAPITRE XVI	
DISCUSSION	327
16.1 Travail psychique du devenir mère.....	328
16.2 Idéologie, culture et maternité	330
16.3 L'éviction des mères.....	331
16.4 L'idéalisation de la maternité	333
16.5 La famille, les hommes, la société Québécoise	337
16.6 Conséquences sur le vécu de la maternité	341
CHAPITRE XVII	
CONCLUSIONS.....	343
CONCLUSION FINALE.....	347
ANNEXE A	351
ANNEXE B.....	364
ANNEXE C.....	368
ANNEXE D	
TABLEAU DES PRINCIPAUX ÉLÉMENTS D'ANALYSE	375
ANNEXE E	
GRILLE D'ANALYSE DU FIL ASSOCIATIF	392
ANNEXE F	
GRILLE D'ANALYSE DU DISCOURS.....	398
RÉFÉRENCES.....	404

RÉSUMÉ

Cette recherche a pour objet de mettre en lumière l'évolution des mouvements psychiques des femmes en période périnatale concernant leurs imagos parentales. Et plus particulièrement d'évaluer l'influence des déterminants socio-culturels et de l'idéologie contemporaine concernant le champ du maternel, sur le déroulement de la maternité psychique. Ainsi, elle tente de comprendre de quelles manières les femmes en période périnatale vivent leur grossesse en terme de filiation féminine, de transmission et de relations intergénérationnelles, dans la société québécoise post-moderne. De cette principale question de recherche, ont découlé également d'autres interrogations concernant le rôle des professionnels de la périnatalité auprès des femmes enceintes, l'incidence des relations hommes-femmes dans la dynamique inconsciente du devenir mère, les caractéristiques de la résolution œdipienne de la maternité de nos jours ou la manière dont les relations aux parents et beaux-parents reflètent la conflictualité psychique de la maternité.

Cette recherche doctorale est qualitative et d'orientation psychanalytique. Elle s'intègre à une recherche d'envergure internationale sur la parentalité et concerne un échantillon de huit femmes sélectionnées parmi la cohorte de l'équipe de recherche québécoise. Les entretiens des huit sujets rencontrés chacune aux trois trimestres de la grossesse et une fois en post-partum, ont fait l'objet d'une analyse de contenu et d'une analyse pragmatique du discours visant à mettre à jour la dynamique inconsciente de chaque femme notamment au regard de ses parents intérieurs.

Les résultats de cette analyse ont soulevé la polarisation extrême de la conflictualité psychique vis à vis de la figure maternelle intériorisée. Ils ont mis en lumière l'émergence au cours de la grossesse d'une forte angoisse et d'un conflit de dépendance, puis en post-partum d'un vécu fortement dysphorique en lien avec la grande dépendance du bébé et le manque de soutien. De plus cette recherche a permis d'observer l'influence des autres figures importantes de cette période (père, conjoint, médecins, sages-femmes) dans le déroulement de la crise identitaire maternelle. Enfin elle relevé dans le discours des femmes trois composants idéologiques de notre société contemporaine concernant la maternité, interrogés de manière à comprendre en quoi ils influencent le vécu de la période périnatale des femmes de notre cohorte. Il s'agit de la place des mères et des co-mères dans l'accès à la parentalité, de l'idéalisation de la maternité dans le discours contemporain et de la place des hommes dans le couple.

Les conclusions de ce travail se fondent sur l'interprétation de ces résultats dans le cadre de la théorie psychanalytique. Elles démontrent que la résolution œdipienne de la maternité fait surgir des angoisses archaïques qui sont fortement influencées par la nouvelle donne socio-culturelle et les nouvelles modalités d'entrée dans le champ du maternel. La maternité peut ainsi être l'objet d'une crise développementale chargée d'angoisses. Elles aboutissent à l'établissement de préconisations à l'endroit des professionnels de la périnatalité notamment d'une réflexion autour d'un accompagnement qui réponde aux attentes des femmes et aux enjeux soulevés par la maternité dans notre société.

Mots clés : Imagos parentales – figure maternelle – conflictualité - intergénérationnel – société post-moderne – parentalité – maternité

INTRODUCTION

Notre projet de recherche s'inscrit dans le cadre d'une recherche internationale de prévention en périnatalité. Notre présent travail a pour objectif de venir apporter un éclairage singulier et nouveau à ce projet collectif. Il explore une question qui a surgit de notre propre écoute des entretiens et de nos propres préoccupations cliniques. Il s'est orienté sur les enjeux psychiques de la maternité aujourd'hui au Québec. Et plus particulièrement sur la conflictualité psychique envers les figures parentales en période périnatale.

En effet, nous avons été frappée par la fréquence et l'intensité des manifestations des conflits psychiques et de l'angoisse au cours de la grossesse, dont les enjeux principaux sont les relations aux figures parentales et la construction de l'identité maternelle.

Or nous avons très vite soupçonné que les représentations sociales et culturelles de la maternité de notre société post-moderne québécoise avec ses particularités culturelles et historiques, venaient influencer le déroulement du devenir mère. Nous avons donc fait le choix d'explorer plus particulièrement l'évolution des mouvements psychiques inconscients liés aux représentations de la parturiente vis à vis de ses figures parentales et la manière dont les déterminants idéologiques contemporains influencent ce processus.

L'état actuel des connaissances concernant la maternité psychique, qui s'attache à démontrer la richesse et la complexité des mécanismes psychiques intervenant pour les femmes au cours de la période périnatale, n'a pas encore tout à fait cerné de quelle manière la nouvelle donne anthropologique peut venir remodeler son fonctionnement.

Notre recherche doctorale a donc pour objectif d'apporter un éclairage sur le vécu de la maternité des femmes québécoise et plus particulièrement sur la résurgence des conflits psychiques en période périnatale en lien avec les nouvelles modalités de transmission et de filiation féminine, afin de permettre un meilleur accompagnement et une meilleure prévention des femmes enceintes. Nous nous attacherons donc à explorer dans une étude longitudinale, le discours révélant la conflictualité psychique des femmes enceintes concernant leurs figures parentales et la manière dont elles intègrent l'idéologie dominante.

Afin d'y parvenir, nous avons mis en place une méthodologie d'analyse du discours de nos participantes, qui vise à restituer les enjeux conscients et inconscients qui entourent la période périnatale et l'accueil d'un bébé dans le couple, la famille et la communauté. Les outils d'exploration du discours se soutiennent des concepts psychanalytiques que nous allons décrire dans notre partie théorique et de la pragmatique linguistique.

Dans un premier temps, nous allons développer la problématique de notre sujet. Puis nous présenterons une revue de littérature afin de recenser les principaux apports théoriques qui concernent à la fois les représentations de la femme et de la maternité au fil du temps, et les processus psychiques du devenir mère. Par la suite, nous exposerons et justifierons nos intentions méthodologiques. Puis nous décrirons nos résultats et les discuterons. Enfin nous conclurons en tentant de faire émerger les forces, les limites et les suites à donner à notre travail.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Devenir mère relève d'un processus très singulier, qui tient ses racines dans l'enfance du sujet, ainsi que dans l'expérience consciente et inconsciente qu'il a eu de la maternité, à travers ses relations à sa propre mère et son histoire générationnelle; mais ce processus subjectif se double d'une empreinte collective selon la représentation de la maternité que véhicule l'univers social et culturel du sujet.

On ne naît pas parents, on le devient... La parentalité, cela se fabrique avec des ingrédients complexes. Certains sont collectifs, ils appartiennent à la société tout entière, changent avec le temps, ceux-là sont historiques, juridiques, sociaux et culturels. D'autres sont plus intimes, privés, conscients ou inconscients, ils appartiennent à chacun des deux parents en tant que personne et en tant que futur parent, au couple, à la propre histoire familiale du père et de la mère. Ici se joue ce qui est transmis et ce que l'on cache, les traumatismes infantiles et la manière dont chacun les a colmatés. Et puis, il est une autre série de facteurs appartenant à l'enfant lui-même qui transforment ses géniteurs en parents. (Moro, 2007, p. 39)

D'un point de vue psychique et subjectif, d'abord, la période périnatale qui comprend la grossesse, l'accouchement et le post-partum, est une période riche en remaniements tant conscients qu'inconscients. La grossesse peut, en effet, se comparer à une crise développementale transitoire qui intègre des remaniements psychiques importants et aboutit à un nouvel équilibre. La femme subit ainsi une transformation de son identité et passe du statut de femme au statut de mère. Il s'agit donc d'une période de crise identitaire et de maturation psychologique.

Sylvain Missonnier introduit le terme de « nidification maternelle » (Cresbon et Missonnier, 2011) et il la décrit comme étant une révision de soi à l'aune de son histoire générationnelle. Les processus psychiques à l'œuvre durant la grossesse sont la résurgence de traces bonnes ou mauvaises, habituellement enfouies dans l'inconscient. En d'autres termes, il s'opère une remise en présence de sa propre histoire pour la mère aussi bien que pour le père, au cours de cette crise développementale.

Cette période d'intenses remaniements implique par conséquent le retour du vécu des enjeux identitaires, de transmission et œdipiens. Les manifestations de cette remise en présence de la conflictualité psychique interne, en période périnatale, peuvent apparaître au détour de symptômes anxieux et d'interrogations concernant la place de mère et la gestion des relations familiales lors de la venue au monde du bébé, ou dans les attentes des femmes quand aux professionnels de la périnatalité et s'actualiser dans leur discours de manière plus ou moins manifeste.

La grossesse est aussi le moment d'un épanouissement et d'une affirmation de soi, mais il conviendrait peut-être d'ajouter qu'il s'agit en partie d'un soi infantile et archaïque et que cette satisfaction régressive n'est atteinte que lorsque la mère peut s'y laisser aller, ce qui suppose contrôle et soutien (Dayan *et al.*, 1999). Or le temps de la grossesse, de l'accouchement et des mois qui suivent, est particulièrement influencé par le contexte social et culturel dans lequel cet événement prend place. Il y a encore quelques décennies, les femmes qui accouchaient étaient aidées par la communauté et plus précisément par des femmes. Aujourd'hui, avec l'émergence de la famille nucléaire, l'allongement de la durée de la vie et donc du travail des aînés, les couples se retrouvent relativement seuls à vivre l'arrivée d'un enfant. Leur rapport à la filiation et au lien générationnel a été bouleversé. Le passage à la maternité et à la paternité impose un nécessaire travail de remaniement des liens de chacun des nouveaux parents avec ses propres parents. L'arrivée d'un enfant va opérer un

changement de place pour chacun des membres de la famille et réactiver des conflits, des rivalités et des blessures. Cet aménagement des places de chacun vis à vis de l'enfant à venir se fait précocement au cours de la grossesse.

Ainsi, la manière dont chaque grands-parents occupe sa place vis-à-vis de ses enfants et petits-enfants s'entrecroise avec les représentations grand-parentales élaborées par les parents à partir des imagos parentales. De plus, les grands-parents, reconnus comme un maillon de la chaîne générationnelle, jouent une fonction dans la mise en place de la différenciation subjective qui permet au nouveau venu de se constituer. (Thévenot, 2006, p. 43)

Or ce travail de réélaboration des liens intergénérationnels va être influencé, par les problématiques singulières de chacun des parents, mais également par les enjeux du discours collectif et les mutations sociales. La cohabitation des trois générations, au moment de l'arrivée du nouveau né, peut être vécu plus ou moins difficilement en fonction de ces différents facteurs personnels et sociaux-culturels.

Il nous semble que le choix et la place octroyée par les femmes, aux professionnels de la santé périnatale peuvent être directement imprégnés par ces enjeux générationnels et socio-culturels. Les femmes québécoises peuvent choisir deux types de suivis divergents : soit le suivi médicalisé qui utilise tous les moyens techniques à disposition, soit le suivi en maison de naissance qui conçoit la grossesse et l'accouchement comme un événement physiologique naturel. Dans la polarisation extrême de ces deux modes d'accompagnements, les femmes vont rechercher des réponses à leurs angoisses et à leurs attentes et le soutien nécessaire à la construction de leur identité de mère.

Notre recherche doctorale se propose donc de répondre à la question suivante : Comment évoluent les représentations des femmes relativement à leurs figures parentales en période périnatale dans la période contemporaine?

D'autres questions ont découlé de cette exploration et sont apparues au fur et à mesure des allers et retours entre le matériel et les références théoriques. Les voici :

- Comment et quand, au cours de la grossesse, les questions intergénérationnelles et la conflictualité qui en découle apparaissent-elles?
- Qu'est-ce qui est de l'ordre du singulier ou du générationnel et du culturel?
- De quelle manière et à quel moment, au cours de la période périnatale, les conflits psychiques relatifs aux imagos parentales, permettent-ils la transition à la parentalité?
- Comment se déroule cette période de construction de l'identité maternelle, quand le sujet est confronté à des contradictions et à des conflits internes hautement influencés par la mutation des représentations de la maternité dans notre société?
- Quels rôles peuvent avoir, alors, les professionnels qui entourent la femme enceinte?
- Les attentes des parturientes concernant ces professionnels, sont-elles imprégnées par les enjeux œdipiens ou identitaires de la maternité?

Autant de questions auxquelles nous allons tenter de donner des éléments de réponse, afin de permettre un accompagnement plus adéquat par les spécialistes de la périnatalité. Car le sujet des représentations de la maternité et de la féminité au Québec, dans notre société actuelle, et de son implication dans le processus d'élaboration de l'identité maternelle et de filiation, mérite sans doute d'être exploré afin d'enrichir les connaissances et d'améliorer les pratiques des psychologues qui s'intéressent aux questions de la périnatalité et des soignants, sages-femmes, médecins, infirmières qui prennent en charge quotidiennement des femmes enceintes.

De plus, nous souhaitons apporter notre point de vue singulier à la recherche internationale en périnatalité à laquelle nous participons. Ainsi nos résultats pourront être discutés et comparés à ceux issus des autres équipes de chercheurs. Et nous pourrions éventuellement tâcher de cerner de quelle manière les différences et les particularités culturelles modulent les résultats dans chaque pays.

PREMIÈRE PARTIE :
CONTEXTE THÉORIQUE

D'un point de vue sémantique, le mot *maternité* dans la langue Française désigne à la fois le devenir mère et l'être mère. Le devenir mère relève de la dimension corporelle et biologique, c'est-à-dire l'état dans lequel se trouve la femme pendant la grossesse, l'accouchement et ses suites. L'être mère constitue la dimension sociale de la maternité, en l'occurrence le lien social et légal de parenté entre l'enfant et sa mère. Pour parler de la dimension psychique relative à la maternité, le psychiatre Français Paul-Claude Racamier a utilisé pour la première fois le mot *maternalité* en 1961. Cette expression a trait aux réaménagements identitaires et psychiques de la grossesse et du post-partum. La maternité est donc un fait à la fois biologique, social et psychique. Or ces trois pôles de la maternité sont indissociables et afin de comprendre la maternité en tant que vécu intérieur, psychique et affectif, il est absolument nécessaire de prendre en compte la dimension culturelle, sociale, aussi bien que biologique du vécu des femmes.

En effet, la maternité des femmes est un fait hautement influencé par les aspects culturels, sociaux, politiques, de la société dans laquelle elle intervient car de même que Jaques Gélis (1981) indique qu'« à chaque société sa naissance », nous pourrions asséner qu'à chaque société ses mères. L'être mère aussi bien que le devenir mère et la maternalité, sont intimement liés aux normes, aux valeurs, aux structures institutionnelles et au contexte historique qui les encadrent. De plus, l'évolution de la maternité est fortement corrélée à l'évolution des familles et donc du couple et des liens parents-enfants. Mais nous observons également une intrication importante entre la maternité et l'évolution du statut de la femme et donc du discours féministe. Sans oublier les progrès de la médecine obstétricale, le changement des modes de vies avec l'urbanisation ou l'amélioration des soins qui allongent la durée et la qualité de vie.

D'autre part, la maternité, en tant qu'évènement psychique, prend ses racines dans l'histoire psychique précoce du sujet et représente la dernière étape de son développement psycho-sexuel. Dans le but de traiter la grossesse et la relation des

parturientes avec leurs figures parentales, il serait inconcevable d'en faire l'impasse. Jeannine Chasseguet-Smirgel (1988) considérait à ce titre, que la maternité et la psycho-sexualité féminine étaient indissociables. En effet, la grossesse, comme nous le présenterons ultérieurement, consiste pour une large part à un réexamen des relations précoces aux figures parentales et de la problématique œdipienne. La qualité et la nature des relations conflictuelles œdipiennes influenceront tout le développement psycho-sexuel des individus, dont l'ultime phase de maturation, pour la femme, se situe à l'heure des premières maternités des enfants de chaque sexe.

En outre, la réalisation d'une maternité ne tient pas seulement à la fécondation de deux gamètes et à l'implantation et le développement d'un embryon dans la cavité utérine. La mise en route d'une grossesse, la mise en corps du désir d'enfant relève d'une multitude de facteurs psychologiques aussi bien qu'organiques. La *nidification maternelle* (Cresbon et Missonnier, 2011) qui imbrique des enjeux de filiation, des fantasmes archaïques, des désirs inconscients, des pulsions, des conflits psychiques, accompagne la grossesse physiologique, voire même la sous-tend. Les liens avérés - Freud ne dit-il pas que le moi est corporel (Freud, 1923) ? - du somatique et du psychique sont d'ailleurs tout particulièrement mis en lumière lorsque le désir de maternité est maltraité et qu'il y a des ratages dans la mise en œuvre d'un projet d'enfantement.

Enfin, la maternité ne s'arrête pas à la grossesse et à l'accouchement, elle se poursuit et s'élabore également en post-partum, dans le lien avec l'enfant réel qui fait suite au *bébé imaginaire* (Lebovici, 1994) issu des désirs et des fantasmes archaïques parentaux. Ainsi l'accès à la parentalité, dans ce qu'elle implique de réélaboration identitaire et d'enjeux identificatoires et projectifs, mobilise une énergie psychique importante et peut avoir des conséquences sur l'organisation subjective du bébé à venir. Et puisque l'arrivée d'un enfant concerne non seulement sa mère, mais aussi son père, la famille et la communauté, elle a des conséquences intergénérationnelles.

L'identité grand-parentale sera également bousculée par l'arrivée d'un nouvel être dans le système familial et sera l'objet d'une crise développementale maturative. La conflictualité interne se double d'une conflictualité externe relationnelle. Les liens des nouveaux parents avec leurs parents vont alors se réélaborer à partir de leurs propres vécus et de leurs propres histoires.

Il s'agit, pour nous, ici de dresser un tableau exhaustif de la maternité pour contextualiser notre question de recherche qui s'intéresse à la maternité de nos jours au Québec, et plus précisément des relations de la femme à ses parents intérieurs. Nous allons donc reprendre point par point les différents éléments énoncés ci-avant, en commençant par un retour historique et sociologique sur la grossesse et l'accouchement. Puis nous décrirons le développement psycho-sexuel féminin dans la perspective de Mélanie Klein, car celle-ci nous permettra de saisir l'importance des toutes premières relations de la fille à ses imagos parentales pour la période périnatale. Enfin nous détaillerons les différents mouvements psychiques de la maternité afin d'en relever, en particulier, les fantasmes, les enjeux de filiation et de construction identitaire.

CHAPITRE II

LA MATERNITÉ D'HIER À AUJOURD'HUI : REPÈRES HISTORIQUES, CULTURELS ET SOCIAUX DE LA PÉRIODE PÉRINATALE AU QUÉBEC

2.1 Introduction

1845, Montréal.

Un gémissement d’Alice, restée seule sur sa chaise, sème l’émoi parmi le petit groupe. La future accouchée arque le dos, haletant sous une forte contraction. Toutes les femmes se pressent autour d’elle. Sa mère, Madame Thompson, l’évente pendant que les deux autres lui flattent la main en murmurant des paroles réconfortantes (...) Flavie remarque avec surprise qu’une petite forme ovale est posée sur le ventre d’Alice. C’est la première fois qu’elle peut observer d’aussi proche une pierre d’aigle, nommée ainsi parce que selon la légende, ces rapaces vont la quérir très loin pour protéger leurs petits des intempéries. Vendues en Europe chez les apothicaires, elles se transmettent de génération en génération, dans les familles fortunées comme un talisman pour protéger les femmes en travail (...) Lors d’une contraction particulièrement puissante, Alice ressent une envie irrésistible de pousser. Aidée de sa sœur et de Léonie, elle s’installe dans la position qu’elle préfère pour se délivrer : à genoux sur le plancher, se tenant au dossier d’une chaise. Sa chemise la recouvre jusqu’au sol. Azelda Lajoie s’assoit à califourchon sur la chaise, face à elle, et la soutient de son mieux. Léonie place un linge sous Alice et s’installe face à son dos, assise sur le tabouret, après s’être lavée les mains avec son savon fort (...) Alice pousse un grand cri et, avec un bruit mouillé, la tête sort complètement (...) Léonie dépose doucement le bébé sur les linges humides et chauds, le bébé maculé de mucus tout en prenant garde de ne pas compresser le cordon ombilical (...) Du coin de l’œil, Flavie voit la tante glisser une main sous la chemise de l’accouchée, dénouant d’un geste preste l’amulette en peau de serpent qu’elle fait disparaître. Selon la croyance, si on ne la retire pas rapidement après l’expulsion, la mère peut succomber à une hémorragie foudroyante (...) Le petit garçon toujours relié à sa mère par le cordon ombilical rosit à vue

d'œil. Soudain, il inspire en poussant un cri léger qui semble le surprendre lui-même. Mme Lefèbre, maintenant assise sur les talons se met à rire avec soulagement. Comme si elles répondaient à un signal, les autres femmes félicitent Alice, l'embrassent et se congratulent. (Sicotte, 2006, p. 19-31)

Début des années 2000, Paris.

Je suis dans la salle d'accouchement. Le moment fatidique arrive mais Nicolas n'est pas là. La sage-femme est jeune, elle a les yeux délavés, et semble infiniment lasse. Elle m'installe sur la table d'accouchement, la pièce est jaune. Moi aussi. Je suis paniquée à l'idée d'accoucher seule sans mon compagnon. La sage-femme place le monitoring qui enregistre la fréquence des contractions (...) Je me tords dans tous les sens pendant que la sage-femme me regarde l'air excédé, comme si j'étais très douillette. Enfin l'anesthésiste arrive. Elle aussi paraît épuisée. Elle me dit de ne pas faire de mouvement. Je bouge parce que j'ai une peur panique des piqûres. Je m'accroche à la sage-femme qui m'annonce qu'elle préfère que je ne la touche pas. Elle prend un air dégouté. Après, l'anesthésiste me tend une petite pompe. Je la questionne sur la nature de cet objet. Elle s'offusque parce que je n'ai pas été au cours de péridurale. Par conséquent elle refuse de m'expliquer quoi que ce soit. La pompe sert à rajouter de l'anesthésique après l'injection de la dose test. Mais comme je ne le sais pas, je ne l'actionne pas si bien que je hurle sauvagement. Douleur lancinante, ravageante, fulgurante. Douleur de l'enfantement, douleur de l'enfance. Douleur passagère, et éternelle, originaire, atroce et noble. Je suis un néant. Je ne suis que spasme et convulsion (...) Comment a fait ma mère, pourquoi ne m'a-t-elle pas expliqué ? (...) Marc est là, à côté de Nicolas. Comme je gémiss, ce dernier a appuyé sur cette fameuse pompe, si bien que j'ai le bas du corps totalement insensibilisé. La péridurale c'est un très grand progrès de l'humanité. C'est le pied de nez à Dieu qui a puni Ève. En une minute je passe de l'enfer au paradis (...) Soudain, mon compagnon sort de la salle en courant. Puis un fracas : Il vient de tomber évanoui. L'équipe soignante me délaisse pour s'occuper de lui. Plus tard j'apprendrai qu'on a pratiqué sur moi une épisiotomie pour laisser passer l'enfant. (...) Je ne vois toujours pas le visage du chérubin – qui loin du bébé rose et souriant auquel je m'attendais présente toutes les caractéristiques du singe : poilu, sale, dégoulinant de graisse et de sécrétions, rouge et violacé, peu attirant. Ils l'emmènent, je n'ai la vision que des deux petites fesses poilues posées sur mon ventre. Je suis seule dans la salle d'accouchement pendant plus de deux heures, Je veux voir l'enfant. C'est impossible, car j'ai de la

fièvre. Nicolas est parti avec les fesses et les sages-femmes très affairées. Chacun a vécu cela pour lui, et chacun en est parti séparé. (Abécassis, 2005, p. 41-45)

Deux scènes d'accouchement, deux époques. Devenir mère peut être une expérience radicalement différente d'une époque à une autre, d'une région du monde à une autre, d'une femme à une autre. Ce processus à la fois symbolique, biologique, psychique est aussi bien singulier qu'universel. Il dépend fortement de l'idéologie, des normes sociales, des déterminants culturels de la société dans lequel il intervient.

D'après le premier extrait, au XIX^{ème} siècle, l'accouchante est dans sa chambre, entourée d'autres femmes. Elles sont au nombre de six dans la scène décrite : la mère, la sœur, la tante, deux sages-femmes et la narratrice apprentie sage-femme. Point d'hommes dans les parages. Les femmes entourent et encouragent la parturiente. Le recours à des rituels et des croyances semble usuel, afin d'échapper aux risques, si nombreux pour la mère comme pour l'enfant de l'accouchement et conjurer ainsi la mort. L'accouchement est « physiologique », terme anachronique s'il en est, et la seule indication concernant l'apport des évolutions de la médecine et de l'hygiène est celle de l'utilisation d'un savon fort dans le but d'aseptiser les mains de la sage-femme. La scène se termine sur une ambiance à la fois chaleureuse et de bonheur, ainsi qu'un sentiment d'immense soulagement. La vie se perpétue à nouveau, transmise de mère en fille depuis la nuit des temps, au sein de la communauté. Et pour cette fois-ci, le danger a été évité, la mort n'a pas gagné.

Le deuxième extrait nous donne une vision radicalement différente de l'accueil d'un nouveau né et de l'expérience de l'accouchement. Le tableau que dresse l'auteur est très négatif et mérite sans doute d'être relativisé. Néanmoins, ce texte nous indique qu'au XXI^{ème} siècle, l'accouchante est à l'hôpital, dans une salle conçue à cet effet sur une table d'accouchement, les pieds dans les étriers. Elle est peu entourée pendant le travail. Une sage-femme s'occupe d'elle par intermittence. Notons que les sages-

femmes en France n'interviennent pas du tout de la même manière qu'au Québec. Elles font partie de l'équipe médicale hospitalière et assistent l'accouchement avant l'arrivée du médecin obstétricien. Celui-ci se présente en fin de travail, après le passage de l'anesthésiste. Ils ont l'air tous épuisés. Ils apparaissent comme maltraitants envers la jeune mère, froids, repoussants, peu empathiques, sans paroles, sans accompagnement. Et la parturiente se demande comment sa mère a-t-elle pu faire ? La transmission de ce savoir ancestral ne s'est pas faite entre les générations. Rien n'a été dit. La parturiente se retrouve ainsi prise au dépourvu, et accueille dans la solitude son bébé qui ne ressemble pas à l'idée qu'elle s'en était faite, puisqu'elle n'a vraisemblablement jamais vu d'accouchement ni de tout nouveau-né. Pourtant elle en sait beaucoup plus sur les mystères de la reproduction et de l'accouchement qu'Alice n'en avait appris. Les innovations techniques obstétricales usuelles sont toutes citées: le monitoring, la péridurale, l'épisiotomie. Ce qui n'empêche pas la douleur et la peur. Le père est présent pour soutenir sa femme, mais il est choqué par la violence de l'épisiotomie. Finalement l'extrait se termine sur un sentiment glacial de solitude.

Notre propos n'est pas ici de comparer ces deux mises au monde afin d'en désigner la meilleure. D'autant que si l'accouchement d'Alice se termine de manière chaleureuse et joyeuse, nous savons qu'à cette époque un accouchement a statistiquement beaucoup de chance de se terminer par le décès de la mère ou de l'enfant. Cependant, ces illustrations nous permettent de mieux cerner les évolutions du devenir mère. Ainsi, notre principale observation concerne les questions de la transmission. L'angoisse liée à la naissance est, au XIX^{ème} siècle, contenue par toutes sortes de pratiques, et notamment des croyances, des rituels et l'accompagnement des femmes par d'autres femmes, la cohésion féminine autour de l'accouchante. Au XXI^{ème} siècle, les risques morbides sont minimes, mais l'angoisse qui aurait pu être endiguée par les progrès techniques, est toujours vivace. Les femmes ne sont plus contenues de manière chaleureuse, ni par des rituels, ni par des représentantes maternelles. Elles

ont perdu le lien avec leurs aïeules, leurs ancêtres et accouchent dans une solitude inquiétante. Les parentes, les femmes, les co-mères, les mères sont absentes. Quelque chose s'est perdu. Les femmes d'aujourd'hui n'ignorent rien des mécanismes physiologiques de la reproduction et de la gestation, pourtant elles sont totalement ignorantes de ce que c'est que de donner naissance à un enfant.

L'expérience intérieure de la maternité n'est résolument pas la même au 19^e siècle lorsque les mères enchaînaient les grossesses et perdaient presque un enfant sur deux (Milot, 2010) et celle d'aujourd'hui. De nos jours, les femmes peuvent choisir le moment de leur grossesse et ne sont plus soumises ni à l'horloge biologique ni aux mêmes aléas morbides, grâce à l'apparition des nouvelles techniques de procréation médicalement assistée et l'évolution des soins obstétricaux. Nous sommes passés d'un contexte traditionnel à une société ultra-technicisée. Or, les femmes sont-elles plus rassurées de nos jours ? Quel sens, donner naissance à un enfant, prend-il aujourd'hui, pour la mère, la famille, la communauté ? Qu'est-ce qu'être mère aujourd'hui au Québec ? Comment la maternité est-elle vécue dans notre société post-moderne ? Il nous paraît primordial d'effectuer un petit retour historique sur la situation des femmes au Québec et du devenir mère, afin de saisir les enjeux actuels de la maternité et d'entrevoir à quel point les bouleversements rapides de notre société influencent le vécu intérieur des femmes de notre cohorte.

Notre recherche a pour but d'explorer de quelle manière les femmes vivent d'un point de vue psychique leur grossesse, aujourd'hui, au Québec. Nous nous attacherons en particulier à déterminer l'évolution des rapports des femmes avec les représentations inconscientes des figures parentales et surtout maternelles. Or, dans une démarche intégrative et dans la mesure où le vécu de la maternité est influencé par le contexte social, culturel, politique, idéologique, médical dans lequel il se déroule, nous exposerons précisément l'évolution de ce contexte québécois au fil du temps jusqu'à aujourd'hui.

À ces fins, nous allons dépeindre les mutations de la famille, du couple, de la sexualité, de l'accouchement, du statut de l'enfant et finalement de la place des femmes et de leur maternité au cours du temps afin de comprendre dans quel contexte idéologique et sociologique, les femmes de notre cohorte accouchent au Québec, de nos jours. Or, tant du point de vue de l'évolution de la famille que du statut des femmes, nous pouvons observer deux époques qui s'articulent autour d'une période de grands bouleversement tant sociaux que politiques et économiques. Cette période des années 60-70 correspond à la Révolution Tranquille. Avant la Révolution Tranquille, règne la famille traditionnelle, et après vient l'avènement de la famille moderne et postmoderne. De même, à partir des années 60-70, le discours féministe prend forme et l'émancipation féminine transforme le rôle des femmes au sein la famille.

Nous allons donc décrire dans un premier temps, l'évolution de la société et de la famille de manière chronologique, puis nous développerons les enjeux du mouvement féministe et son incidence sur la maternité, enfin nous préciserons les transformations de la sexualité, de la grossesse et de l'accouchement du Québec traditionnel, moderne et post-moderne.

2.2 Contexte familial et place de la femme

2.2.1 La société québécoise traditionnelle

Avant la révolution tranquille, la société est dite traditionnelle et de culture agraire puisque la population vit principalement de la paysannerie. Le milieu de vie rural influence ainsi fortement les liens familiaux dans la mesure où chaque famille et chaque communauté, s'organise pour sa survie en fonction des récoltes et de l'élevage. La famille remplit au XIX siècle des fonctions cruciales pour sa pérennité,

avec à la fois un mandat économique (production, consommation et patrimoine), un mandat social (socialisation, protection, solidarité intergénérationnelle et régulation de la sexualité) et un mandat biologique de reproduction (Marquet, 2001). Par conséquent, toute l'activité s'articule autour du groupe familial et la famille est de fait un élément capital du cadre de vie de l'Ancien Régime (Collectif Clio, 1992).

La conception naturaliste de l'existence procédait évidemment du fort encrage des individus à la terre nourricière, ce qui avait comme conséquence une forte appartenance communautaire et à la lignée et une importance de la reproduction afin de pérenniser la subsistance des membres du groupe (Saillant et O'Neill, 1987). La société traditionnelle est donc régie par les liens d'entraide. Le communisme familial prime sur l'individualisme (Marquet, 2001). Et dans ce cadre, l'enfant est une richesse dans la mesure où il va pouvoir contribuer au travail et à la subsistance de la famille et où il assurera les vieux jours de ses parents.

La famille élargie regroupe plusieurs générations sous le même toit. Le patriarcat est fort et les femmes, tout autant que les enfants, sont soumises à l'autorité de leur mari et des hommes en général. C'est parce que les hommes doivent en passer par les femmes pour se reproduire que le patriarcat a été institué, dans le but d'authentifier la filiation. Ainsi les femmes devaient être mariées vierges et rester fidèles. Les filles appartenaient d'abord à leurs pères puis à leurs maris (Knibiehler, 2015). « L'inégalité des sexes n'est pas remise en question, mais la complémentarité des rôles est indispensable à la survie ou au mieux-être de la communauté familiale » (Collectif Clio, 1992, p. 68). Ainsi, la division sexuelle du travail et la nécessité du mariage sont indispensables, surtout pour les régions agricoles (Baillargeon et Deteiller, 2005). Car la femme et l'homme sont très dépendants l'un de l'autre : la femme ne pouvant vivre seule au risque d'être marginalisée et l'homme ne pouvant s'adonner seul aux corvées domestiques et familiales en plus du travail agricole. Les unions sont donc, à cette époque, indispensables à la survie de ses membres. Les

mariages d'amour sont exceptionnels à cette époque (Collectif Clio, 1992) et l'amour romantique quasi inexistant dans les couches inférieures de la société.

Dans ce contexte d'autosubsistance, le travail de chacun et de chacune est important dans la mesure où il contribue au bien-être de la famille. Le travail des femmes est indispensable car elles sont responsables de l'étable, du potager, de la basse-cour, de la préparation des aliments, de la confection des vêtements et des soins physiques, à une époque où l'on ne peut se procurer d'aliments déjà préparés, des vêtements prêts à porter ou des soins personnels. (Collectif Clio, 1992, p. 101)

Les femmes représentent donc un élément important de la société pré-industrielle dans la mesure où elles assurent le quotidien des familles et permettent la pérennité de la lignée par l'enfantement. Les naissances sont donc nombreuses et la stérilité une malédiction. Les femmes ont en moyenne sept à huit enfants au début du siècle (Collectif Clio, 1992), mais la mortalité infantile est importante, avec par exemple « un taux de décès la première année de l'enfant de 26,8% à Montréal et près du double à Québec en 1899 » (Milot, 2010).

La seule manière pour une femme d'échapper à cette vie domestique est de choisir les ordres. Ainsi, « la fille peut résister à la puissance paternelle, éviter le joug du mari, échapper aux périls et aux charges de l'enfantement ; première forme d'émancipation » (Knibiehler, 2015, p. 24). Peu sont instruites, et elles aident depuis l'enfance à accomplir et apprendre les tâches typiquement féminines, c'est-à-dire s'occuper des enfants, de la maison et travailler dans la ferme. Elles n'ont pas accès à des métiers, mis à part couturière ou sage-femme, professions qui relèvent de leur condition féminine et des tâches domestiques et familiales. (Collectif Clio, 1992).

De plus, la place hégémonique de l'église catholique sur les familles, contraint fortement le couple et régule la vie sexuelle et matrimoniale des ceux-ci. Elle veille à maintenir une éthique familiale et matrimoniale conservatrice en encadrant les relations conjugales et parentales (Corbeil et Descarries, 2003) et ce de manière

parfois inquisitrice en veillant par exemple à ce que l'allaitement prolongé ne soit pas en réalité un moyen de contraception et que les couples « n'empêchent pas la famille » (Baillargeon et Deteiller, 2005, p. 338).

À la fin du siècle, à l'approche de l'industrialisation, la vie de famille se transforme lentement, et plus rapidement dans le milieu urbain que rural où les femmes sont encore les piliers de l'autosubsistance familiale (Collectif Clio, 1992). Elles restent malgré tout, à la fin de ce siècle soumises au pouvoir masculin et ont peu de droits et de valeur du point de vue économique et politique. La vie des femmes est, à cette période, encore marquée par la précarité et la pauvreté.

2.2.2 Le Québec moderne

Après des bouleversements importants dûs à l'industrialisation au début du XX^{ème} siècle, l'entrée de la société moderne correspond au Québec, à la Révolution Tranquille qui s'effectue entre 1960 et 1970. Cette période de transformations politiques, économiques, culturelles, sociales, marque le passage du Québec dans l'ère moderne. Elle est influencée par le régime de l'État Providence et surtout par la fin du règne de l'église catholique avec une libéralisation des mœurs (Turgeon, s. d.). En effet, les années 68-69 voient s'effondrer trois piliers de la morale traditionnelle avec la légalisation du divorce, de l'avortement et de l'homosexualité.

C'est à ce moment que les véritables changements interviennent dans la famille, le couple et pour la femme qui acquiert alors des droits. D'ailleurs c'est seulement en 1977 que l'autorité paternelle est remplacée par l'autorité parentale et offre une place égalitaire des femmes envers leurs enfants.

En effet, l'espace familial agricole de la période pré-industrielle fait place à une urbanisation de la société et à un exode rural important (Jenson, 2011). La famille qui

vivait principalement de l'agriculture va modifier son mode de vie et donc la fonction de chacun de ses membres va se transformer. Le lieu de vie urbain distend les liens de solidarité avec la lignée et fait place à un mode de vie plus individualiste.

Les années 1960 et 1970 ont ainsi été marquées par l'expansion rapide des banlieues et une construction massive d'habitations, alors même que les collectivités rurales se transformaient en municipalités et que les petites villes devenaient de grands centres urbains où s'installaient de jeunes familles ayant besoin d'infrastructures de transport, d'écoles, de parcs et d'autres services. Entre-temps, les plus grandes villes du Québec diminuaient en importance. (Jenson, 2011, p. 5)

Ce qui explique d'après Jenson les changements sociaux et institutionnels de la Révolution Tranquille, qui visaient à répondre aux nouveaux besoins des québécois.

Au cours du siècle, les conditions féminines s'améliorent avec l'accès à l'instruction et au travail, surtout initié à la faveur des deux guerres. Du point de vue de la division du travail, dans les années soixante, les femmes sont le plus souvent au foyer pendant que les hommes travaillent. Cependant s'amorce avec la Révolution Tranquille une nouvelle répartition du travail et une émancipation progressive des femmes du milieu domestique. Le revenu du travail féminin devient une composante importante pour le couple et favorise l'enrichissement et la sécurité de la famille (Jenson, 2011) entre 1941 et 1971, le nombre de femmes au travail triple (Collectif Clio, 1992)

Le taux de nuptialité chute, quand à lui, de manière fulgurante dans les années 70, ce qui entraîne, de fait une hausse des naissances hors mariage. Cela laisse entrevoir une modification importante de la structure familiale traditionnelle. Le divorce est ainsi légalisé en 1969. « La conjugalité est donc de plus en plus vécue comme temporaire, non définitive, négociée » (Lamoureux et Morf, 1983, p. 5). Là où la famille élargie était le noyau dur de la société traditionnelle, émerge dans la société moderne, une structure familiale beaucoup plus restreinte et non soumise aux mêmes contraintes à la fois économiques, sexuelles ou religieuses.

Corollaire de cette tendance, la taille des familles québécoises ne cesse de décroître depuis 40 ans, passant de 4,2 personnes par famille en 1951 à 2,9 en 1996. En 1986, le nombre moyen d'enfants par famille était de 1,83 ; il est de 1,75 en 1996. (Corbeil et Descarries, 2003, p. 11)

Le recul démographique est ralenti néanmoins grâce à l'allongement de la durée de vie.

À la conscience circulaire du cycle de la vie, succède alors progressivement – d'abord dans les classes aisées puis dans les catégories sociales moins favorisées- une conscience plus linéaire, plus segmentaire de l'existence, où l'individu pèse son poids, où l'ombre du groupe familial de la parenté, ne gomme plus la personnalité. (Saillant et O'Neill, 1987, p. 12)

Ainsi, à la solidarité familiale, s'est substitué en partie la solidarité sociale (Marquet, 2001). La famille devient un espace privé dans laquelle la relation affective de ses membres est importante. Les enfants, en particulier, n'y ont plus la même place. En effet, au début du XXème siècle, encore 15% des enfants mourraient lors de leur première année, mais au début des années 1980 le taux de mortalité infantile passe sous le seuil des 1%¹. Les enfants sont éduqués, et du fait de la baisse de la natalité et de la mortalité, deviennent des êtres précieux. La manière de concevoir ceux-ci s'est modifiée et les rapports parents-enfants également. L'éducation se fonde désormais sur les théories psychologiques qui insistent sur le développement et l'épanouissement de l'enfant (Baillaregeon et Deteiller, 2005). L'historien Philippe Ariès (1960) explique ainsi que le contrôle des naissances et la baisse de la fécondité, vont de pair avec un attachement des parents pour leurs enfants. De plus, le père n'est plus uniquement le « pourvoyeur », l'homme accède à une pluralité des rôles parentaux et masculins (Deslauriers, 2002)

¹ Institut de statistiques du Québec, Rétrospective du XXème siècle.

Les transformations sont spectaculaires dans la mesure où, en une décennie, le Québec passe d'une société fortement contrôlée par les traditions religieuses et juridiques, avec un encadrement rigide des relations familiales et conjugales, à une remise en question radicale de la division sexuelle du travail contiguë à l'émergence d'un mouvement féministe qui prône une nouvelle conjugalité et une nouvelle place de la femme dans la société. (Corbeil et Descarries, 2003).

2.2.3 L'ère post-moderne

Le glissement du modernisme au post-modernisme s'est fait très récemment et rapidement, à la toute fin du XX^{ème} siècle et au début du XXI^{ème} siècle. Le post-modernisme se caractérise par une hyper-individuation et une fragmentation de la société ainsi que l'avènement des technologies numériques et des moyens de communication entraînant une modification profonde des relations des individus entre eux, dont nous n'avons pas encore cerné toutes les incidences.

Certains textes de la toute fin des années 80-90, font état de changements et de transformations de la société, considérés comme les prémices de l'installation de la famille post-moderne. Ainsi, Marquet (2001) insiste sur la tendance individualiste de la société et rapporte que la famille contemporaine possède en premier lieu une fonction de construction de l'identité personnelle. La famille doit garantir avant tout la satisfaction, l'épanouissement individuel, la connaissance de soi et la reconnaissance. Ainsi la famille s'autonomise de plus en plus par rapport à la parenté et l'individu par rapport à la famille, ce qui, nous pouvons le noter, constitue un rapport fondamentalement différent des individus au groupe familial tel qu'il existait seulement un siècle plus tôt. Dans la famille post-moderne, l'enfant n'est plus au cœur du système, mais n'est qu'un projet du couple parmi tant d'autres. Le partenaire

devient un agent de l'auto-réalisation d'où une idéalisation de l'amour car il donne du sens à la quête d'identité.

C'est en substance ce que vient appuyer Gérard Neyrand (2011) lorsqu'il admet que le couple est devenu un modèle normatif nécessaire pour venir résoudre le paradoxe de « l'individualisme relationnel » de la société post-moderne. La mise en tension de la conjugalité par les diktats individualistes, engendre une conjugalité temporaire, faite de séparations et de successions de relations.

Le nouveau modèle de conjugalité ainsi promu dans l'imaginaire social est celui d'une polygamie répartie dans le temps, induisant la représentation de toute union amoureuse comme fragile, confrontée au risque permanent d'une rupture qui se doit dans cette vision idéale d'être librement consentie, y compris par celui qui la subit. (Neyrand, 2009, p. 38-39)

Diane Lamoureux (1983) nous dresse un portrait robot des « nouvelles familles » qui est assez ressemblant et visionnaire de la manière dont la famille est constituée aujourd'hui. Ainsi, dans son tableau, les membres du couple sont actifs, mariés ou non, et l'enfant n'est plus le ciment de leur union. La femme est un membre à part entière de la famille. Celle-ci à ce niveau possède une visée égalitariste. Les femmes ont acquis une autonomie financière, sexuelle, une égalité juridique et le droit à l'instruction. Et elles ont « toujours la volonté de voir leur identité personnelle descellé de leur identité domestique » (Marquet, 2001, p. 9). Mais les libertés engendrées par l'individualisme cachent bien mal de nouvelles aliénations notamment au système économique, d'après Marquet (2001). La famille nouvelle a des écueils notamment pour les femmes, et plus particulièrement dans le domaine de la maternité où elles sont soumises à de nouveaux modes d'appropriation de cette expérience par les hommes, surtout avec la technologisation de la naissance. (Lamoureux et Morf, 1983).

L'auteure remarque surtout pour ces nouvelles familles, un surinvestissement du privé et de la « bulle » familiale. « Le foyer se constitue comme un véritable nid de confort physique tout autant qu'affectif » (Lamoureux et Morf, 1983, p. 8). La famille devient donc un lieu refuge, de repli, de régression, dans lequel l'homme se réinvestit et tente de trouver une place, alors qu'au même moment, la femme investit l'espace publique.

Mais tous les hommes n'y trouvent pas tous leur compte. Ainsi, pour certains, le féminisme serait allé trop loin et les « masculinistes » québécois accusent les féministes d'avoir « déstructuré leur identité les privant de repères moraux et identitaires » (Dupuis-Déri, 2004, p. 71). Ils se sentent déstabilisés dans la mesure où le monde actuel ne ressemble plus du tout à celui de leurs propres pères et qu'ils doivent s'y créer une place et se définir une nouvelle identité. Leurs ascendants avaient un rôle de chef de famille qui venait coder et réguler toutes les relations familiales et sociales. Les hommes possédaient une identité rigide, instituée, normée. Actuellement, certains hommes vivent difficilement la chute des repères traditionnels qui les laisse dans un flou identitaire et les oblige à une nécessaire créativité.

Ces descriptions avant-gardistes de la famille post-moderne sont toujours d'actualité et nous voyons désormais une accélération de certains phénomènes, due notamment à l'apparition des nouvelles technologies numériques et des réseaux sociaux et à une mondialisation culturelle et sociale. La famille peut être actuellement biparentale ou monoparentale, hétérosexuelle aussi bien qu'homosexuelle. La légalisation du mariage de conjoints du même sexe date de 2004 pour le Québec.

Pour ce qui est des particularités du couple au Québec actuellement, Denise Lemieux constate une difficulté pour certains de s'engager dans une « cellule socialisée dotée d'un nous conjugal et historique » (Lemieux, 2003, p. 75). Elle fait l'hypothèse que ce manque d'engagement conjugal relève de particularités de la société québécoise, notamment un fort individualisme, mais aussi des mœurs ou des représentations

culturelles du mariage et de l'union libre, particulières. Les individus semblent en effet vivre le couple plus comme « partenariat » ou une équipe qui ne met pas en commun les biens et vit ensemble de manière très autonome et indépendante. Près d'un couple marié sur deux divorce au début des années 2000². Elle remarque que les unions sont fragiles et l'engagement incertain.

2.3 Féminisme et maternité

Les transformations familiales ont permis et ont été permises, de manière concomitante, par l'émergence d'un discours féministe, engagé sur la voie de l'émancipation du patriarcat et de toute forme de pression qu'elle soit religieuse, morale, économique ou politique.

Dans les années soixante, le mouvement féministe est surtout « égalitariste », dans la mesure où il prône une participation plus équitable à la vie publique et économique des femmes. Ces idées procèdent d'une remise en cause des rôles traditionnels déterminés par le sexe des individus. Les femmes refusent toute sorte de discriminations et revendiquent le droit de travailler, de voter, de choisir de se marier ou non, d'avoir un enfant ou pas. Cette idéologie donne vie au modèle « des super-femmes » (Descarries et Corbeil, 2002).

La maternité n'est pas encore un enjeu crucial de leur discours, mais petit à petit, elle le devient, dans les années soixante-dix, avec l'élaboration d'une pensée plus radicale qui exige le droit à une maternité volontaire et d'exister sans être mère. La maternité est alors considérée comme une forme d'esclavage (Descarries et Corbeil, 1991) car elle aliène la femme à son unique rôle de mère et creuse indubitablement l'inégalité hommes-femmes. Les hommes sont eux exemptés de toute dépendance à la nature et

² Institut de statistiques du Québec.

les femmes sont constamment ramenées à leurs fonctions reproductives et ainsi captives de cette conception biologisante des rôles. Les militantes féministes rejettent alors les théories naturalistes qui prétendent que la maternité est la seule voie d'épanouissement et de réalisation de la femme. Les féministes radicales questionnent la maternité et la sexualité en terme politique et social en supposant que l'oppression réside dans le fait de la récupération de la maternité par le système patriarcal.

Opérateur de division », la maternité structure donc les débats théoriques et politiques du féminisme et renvoie à des acceptions différentes des notions d'identité, d'autonomie, de libération et de citoyenneté, tout comme elle se dit et se vit différemment selon les espaces et les temps. (Descarries et Corbeil, 2002, p. 9)

Mais cette radicalité et les ambivalences des femmes concernant le reniement de leur fonction maternelle feront place dans les années quatre-vingt, à un discours féministe qui s'intéresse davantage aux enjeux de l'identité et de l'éthique du sujet féminin que des luttes socio-politiques égalitariste, réconciliant ainsi le féminin et le maternel (Descarries et Corbeil, 1991). Ainsi, la maternité devient un lieu subjectif de savoir et de pouvoir et n'est plus considéré comme un lieu d'aliénation de la femme. Cette conception idéaliste et essentialiste entraîne indéniablement une restriction de la fonction féminine à la gestation et au maternage.

À partir des années 90, à la suite des discours égalitaristes puis essentialistes, apparaît un féminisme qui développe « une idéologie respectueuse de l'individualité des femmes » (Oprea, 2008). Le féminisme de la troisième vague, post-moderne, s'intéresse aux enjeux de l'éthique de l'hétérogénéité et de l'idéologie individualiste. La lutte idéologique se substitue à la lutte politique. Et le mouvement global féministe disparaît, remplacé par un féminisme particulariste (Beaucage, 1996).

Ce parcours de la pensée féministe a permis néanmoins le changement d'un certain nombre de comportements et de réglementations. Ainsi, la société moderne a vu le travail des femmes se répandre, la sexualité se libéraliser, la garde des enfants être assurée par la société, le contrôle des grossesses par la contraception se généraliser. Bien que les salaires ne soient pas équivalents et les tâches domestiques pas équitablement réparties, les hommes participent davantage aux soins des enfants et à la vie domestique. Cependant, la question de la maternité pèse toujours sur les femmes mais d'une toute autre manière :

On ne dit pas assez que la « libération sexuelle » a fortement accru la responsabilité maternelle. Auparavant la jeune mariée attendait passivement la première grossesse ; aujourd'hui, c'est elle qui, en dernier ressort, décide d'arrêter la contraception. Du coup, l'enfant désiré longtemps attendu, fortement investi, devient un créancier, un enfant roi, auquel tout est dû ; le risque est qu'il se transforme en tyran domestique. (Knibiehler, 2015, p. 27)

2.4 Sexualité et grossesse

2.4.1 Le règne de la nature : rituels et superstitions

La maternité a toujours été un moment crucial dans la vie des femmes, de la famille et de la communauté. Dans l'antiquité, la maternité représentait un rite de passage marquant la fin de l'enfance et l'entrée dans l'âge adulte (Cresbon et Knibiehler, 2004). Selon l'endroit et l'époque dans laquelle elle intervient, elle est associée à une idéologie et marquée par des rites notamment autour de la grossesse, l'accouchement ou la nomination de l'enfant. C'est le cas au Québec, avant le XX^{ème} siècle.

Pendant la période de fertilité, les femmes enchaînent les grossesses au risque de leur santé ce qui explique le fort taux de mortalité des jeunes mères (Collectif Clio, 1992)

Les femmes ne recevaient aucun enseignement avant leur mariage concernant la sexualité et la grossesse qui étaient taboues. Elles découvraient donc par leur propre expérience le fonctionnement de la reproduction humaine. Les grossesses étaient donc le plus possible cachées. De plus elles étaient soumises à de nombreux interdits et prescriptions.

Pour contrer les fausses couches par exemple, il était déconseillé de sursauter, de porter des talons hauts, de forcer, d'utiliser des produits de nettoyage toxiques, etc. Aussi, la femme enceinte était avertie que la fréquentation du cinéma, la lecture des journaux et la manière de s'asseoir pouvaient entraîner la naissance d'enfants handicapés. Enfin, elle apprenait aussi que porter des colliers, se mettre un fil autour du cou ou étendre du linge en passant les bras par-dessus la corde étaient dangereux pour l'enfant, lequel risquait de naître « cordonné ». (Gauthier, 1995, p. 357)

L'alimentation était également soumise à des croyances et des prescriptions, dans le but d'éviter handicaps ou malformations mais aussi pour contrôler le nombre des naissances ou le sexe de l'enfant. Dans ce contexte à la fois d'ignorance et de superstitions, les femmes avaient peu de contrôle sur la sexualité et la grossesse. D'ailleurs, le contrôle des naissances était une pratique illégale et fortement réprimée par l'église et les lois canadiennes. Les avortements étaient sévèrement punis. Les informations concernant la sexualité ne circulaient pas et les femmes faisaient appel à un réseau informel et à des pratiques mécaniques de régulation des naissances quand elles en avaient la possibilité (Collectif Clio, 1992).

2.4.2 Contrôle et émancipation

Peu à peu les femmes prennent le contrôle de leur corps et sont de moins en moins soumises aux lois de la nature au cours du XX^{ème} siècle. Le mouvement féministe a indéniablement permis aux femmes de vivre une sexualité libérée des diktats

religieux et de l'autorité du chef de famille. Les prouesses médicales et techniques viennent parachever leur émancipation car elles ont rendu les femmes maîtresses de leur fécondité, ce qui a changé leur vie. Ainsi, avec l'accès à la contraception, les femmes ont accédé au choix et sont entrées dans « l'ère de la fécondation volontaire » (Dayan et Trouvé, 2004, p. 28). De même la légalisation de l'avortement est venue répondre au slogan « un enfant quand je veux, un enfant si je veux » scandé par les femmes à partir des années 60, en Occident. C'est le 28 janvier 1988, la Cour suprême du Canada légalisait l'avortement au Canada. Cette décision survenait donc près de vingt ans après que le Dr Henry Morgentaler, porte-étendard de cette cause, eut ouvert sa première clinique à Montréal.

Les femmes ont ainsi pu programmer et contrôler l'arrivée de la première maternité afin de s'inscrire davantage dans la poursuite de leurs études et d'une carrière professionnelle. Le contrôle de la procréation s'est accompagnée et a suscité des bouleversements sociaux considérables, modifiant le statut de la femme et celui de l'enfant.

2.4.3 Science-fiction et enjeux éthiques

Enfin, les moyens modernes de procréation viennent entériner la dissociation entre le conjugal et le parental. Les innovations médico-techniques ont permis d'en apprendre toujours plus concernant la reproduction humaine et la gestation et d'intervenir de plus en plus dans la conception. Ce qui n'était pas pensable il y a quelques décennies peut être réalisé facilement et à grande échelle pour ainsi répondre à des désirs et des demandes toujours plus complexes d'un point de vue éthique.

Des enjeux éthiques sont soulevés par ces progrès qui ne cessent de se perfectionner et d'évoluer. En effet, jusque là, il s'agissait principalement de pouvoir contrôler les

naissances et de permettre le droit à ne pas avoir d'enfant, grâce à la pilule contraceptive, notamment. Mais finalement la médecine, en allant toujours plus loin dans la compréhension des phases les plus précoces de la conception et de la grossesse, a conduit au glissement du droit à ne pas avoir d'enfant au droit indiscutable à l'enfant. Et ce jusqu'à permettre de pallier à de multiples formes de stérilités par des techniques de procréation médicalement assistées repoussant toujours plus loin les limites fixées par la nature. C'est le cas des inséminations avec donneur (IAD) qui permettent le prélèvement et l'utilisation de gamètes issus de dons. Les diagnostics prénataux et les échographies permettent aussi d'anticiper, voire de d'éliminer des risques de handicaps, de maladies ou de malformations. La réduction embryonnaire est proposée lorsque les inséminations artificielles donnent lieu à des grossesses multiples. Récemment (novembre 2014), une équipe médicale Suédoise a permis la grossesse et la naissance d'un bébé suite à une greffe temporaire d'utérus. Techniquement, ce procédé peut être reproduit sur les hommes. Se profile alors la gestation masculine et bientôt la conception d'utérus artificiels qui externaliseront définitivement la « fabrication » des bébés.

Finalement, les techniques médicales bravent toutes les limites biologiques de la reproduction. Et elles soulèvent des conflits éthiques et des questions de société, qui bousculent autant les politiques que les intellectuels ou les religieux. Se pose ainsi de manière aigüe la légitimité du droit à l'enfant (Dayan et Trouvé, 2004).

Le 12 Août 1985 naît le premier bébé éprouvette au Québec. Le programme Québécois de procréation assistée a vu le jour en 2010. Il permet à des couples stériles, des couples homosexuels ou à des parents seuls de donner naissance à des enfants. Les techniques sont multiples : stimulation ovarienne, diagnostic pré-implantatoire, FIV, don de gamètes, gestation pour autrui. Les limites à la fois morales et biologiques d'autrefois, ont explosées. Les questions éthiques se multiplient sur le droit à l'enfant et le droit de l'enfant ou sur la marchandisation des

corps et anime le débat public québécois. Ainsi, en 2009, le gouvernement a rendu public un avis concernant l'éthique et la procréation assistée, afin d'exposer et de questionner les enjeux actuels de la PMA.

2.5 L'accouchement

2.5.1 Du naturel au médical

Dans la société traditionnelle, « L'accouchement est douloureux, difficile et souvent mortel » (Collectif Clio, 1992, p. 93). Ce qui expliquerait la grande entraide féminine autour de cet événement. Les femmes accouchent alors en général à leur domicile, entourées d'autres femmes ou d'une sage-femme. Parfois, lorsqu'elles sont isolées c'est le mari qui délivre sa femme. De manière encore plus rare, un chirurgien-accoucheur intervient, mais l'état des connaissances obstétricales est encore limité à cette époque et l'intervention de ces spécialistes coûte cher et n'est pas accessible à toutes les bourses. Seule les femmes « déchuées » accouchent dans des maternités, qui voient le jour au cours du XIX^{ème} siècle. L'accouchement a donc lieu généralement dans le milieu familial et les relevailles sont permises grâce l'aide apportée par d'autres femmes et en particulier la mère, la belle-mère ou la sœur (Gauthier, 1995). Car les femmes ne peuvent survivre à leur forte progéniture que par le soutien de la communauté et notamment des femmes entre-elles. La mère et la belle-mère sont très présentes autour de l'accouchée (Saillant et O'Neill, 1987). Les parentes ou voisines viennent également l'aider dans ses travaux quotidiens notamment pendant la période des relevailles qui dure 40 jours après l'accouchement. Le rôle des femmes est principalement de participer au quotidien des accouchées et de perpétuer les traditions et les rituels anciens entourant la période de la naissance. Notamment en transmettant au jour le jour, aux jeunes mères, les conseils et les modèles issus de leurs propres expériences et de la tradition.

Le matériel utilisé pour les accouchements est à cette époque rudimentaire et les techniques très sommaires, mis à part la dextérité des mains, la patience et le dévouement des sages-femmes (Saillant et O'Neill, 1987). La pharmacopée traditionnelle composée d'un mélange d'herbes régionales complète leur attirail. Lors de l'accouchement, les femmes peuvent emprunter la position qui les soulage le mieux, ainsi « à moins que les tabous régionaux ne l'interdisent, c'est la position assise ou accroupie que la femme prend instinctivement » (Saillant et O'Neill, 1987, p. 35).

À mesure que les médecins prennent en main le domaine de l'accouchement, avant cela uniquement réservé aux femmes, les sages-femmes disparaissent peu à peu pour ne plus figurer aux recensements de la fin du siècle :

De 1760 à 1870, les médecins tentent de partager le territoire de l'obstétrique avec les sages-femmes dont ils contrôlent la formation comme en Europe. Puis à partir de 1870, s'installe une nouvelle tendance qui est celle de les évincer totalement de ce champs de pratique. (Saillant et O'Neill, 1987, p. 169)

Avec la création des facultés universitaires, le savoir obstétrical traditionnel est remis en cause par les médecins qui interdisent l'accès aux formations médicales aux sages-femmes. Dans le même temps, le taux de natalité chute également au cours du XIXème siècle pour n'atteindre plus que 4 à 5 enfants par femme. (Collectif Clio, 1992) ce qui reste encore important et occupe une bonne partie de la vie des femmes de cette époque.

Au XXème siècle, le fatalisme et à la passivité face à la mort fait place une aspiration aux soins et le recours à la médecine, surtout dans le domaine de l'obstétrique (Saillant et O'Neill, 1987). L'accès à l'hôpital pour accoucher, au Québec, est récent et date des années cinquante. C'est surtout avec l'avènement de l'assurance hospitalisation en 1960, que l'accouchement à l'hôpital s'est généralisé (Saillant et

O'Neill, 1987). La médicalisation des naissances avait pour but premier de juguler le fléau de la mortalité périnatale. Et avec sa généralisation s'est développé toute une série d'interventions : ruptures des membranes, anesthésie, induction, épisiotomie, césariennes, monitoring fœtal, forceps... La médecine obstétricale devient « une icône de la modernité » (Rivard, 2014). Ainsi, en 1977 toutes les québécoises peuvent suivre des cours prénataux offerts par les CLSC. Et de 1971 à 1978, l'usage de l'échographie et du monitoring fœtal se répand. Le taux de césarienne double également au cours de cette période passant de 6% à 13,4% (Rivard, 2014).

Mais, déjà, quelques-uns et quelques-unes, repoussent les velléités de l'accouchement médical « parfait », en mettant la subjectivité des femmes, au cœur de cette expérience. Ainsi se développe autour de l'accouchement « conscient », divers dispositifs avec la méthode sans crainte du Dr Read, la méthode de l'accouchement sans douleur du Dr Lamaze (Rivard, 2014). C'est dans les années 70-80 qu'un revirement a lieu avec l'essor de mouvements en faveur de la démedicalisation et de l'humanisation des naissances. Le travail de quelques scientifiques humanistes tel que l'obstétricien français Frédérick Leboyer, auteur de l'ouvrage *Pour une naissance sans violence* (2008) a beaucoup contribué à légitimer cette démarche. Lui succède Michel Odent, sentinelle toujours actif et attentif aux dérives de l'hypermedicalisation. Au Québec, en 1999, l'Assemblée Nationale vote le projet de loi 28 sur la pratique des sages-femmes, qui autorise la constitution d'un ordre professionnel dont l'exercice est régi par le code des professions.

Cependant, l'accouchement au XXème siècle se fait majoritairement à l'hôpital sur une table d'accouchement, afin de permettre aux médecins de pratiquer plus facilement des gestes techniques, puisqu'en 1990 on compte au Québec 0,4% seulement de naissances à la maison (Rivard, 2014). Les femmes ont recours le plus souvent à la péridurale. En 1978, 28,7% des femmes en bénéficient et 59,4% d'une anesthésie locale (Rivard, 2014). Les pères font progressivement leur entrée dans les

salles d'accouchement. C'est le 31 Décembre 1965 que le premier père est autorisé à assister à la naissance de son fils à l'hôpital Sainte-Justine.

2.5.2 Le pouvoir médical, une autre aliénation

D'un geste simple, marqué par l'entraide et le dépouillement technique, l'accouchement deviendra, dans le contexte souvent qualifié de post-moderne, un geste complexe, voire risqué, marqué par la séparation d'avec le quotidien et l'environnement naturel. (Saillant et O'Neill, 1987, p. 19)

Un mouvement, que l'on pourrait peut-être qualifier de néo-féministe, émerge en Europe et en Amérique du Nord, initié dans les années quatre-vingt, et remettant en cause l'ultra-médicalisation de l'accouchement au profit d'un accompagnement plus humain et moins interventionniste. Ce mouvement porté surtout par les sages-femmes au Québec et les accompagnantes à la naissance envisage une réappropriation de cet événement par les femmes, en constatant qu'elles ont perdu la confiance dans leurs capacités de mise au monde des enfants. Elles notent que l'entraide, la chaleur humaine, le rapport des femmes à leur corps, et la confiance dans les ressources de leur environnement ont été perdu au profit de la sécurité apportée par la technologie (Saillant et O'Neill, 1987).

Car la société post-moderne induit l'idéologie du risque qui rend les femmes coupables lorsqu'elles ne suivent pas les prescriptions médicales et nourrit ainsi une obsession de la normalité. Il en résulte un besoin d'être rassuré à tout prix et la seule réponse apportée aux angoisses et à l'incertitude des femmes, inhérentes à la grossesse, est le recours à la technique (échographie, amniocentèse, prises de sang...), évacuant ainsi le sujet, ses fantasmes, son imaginaire, son affectivité (Saillant et O'Neill, 1987).

En outre, l'emphase mise sur les risque masque et évacue une autre composante de l'insécurité des femmes, celle qui ressort du conflit de rôles qu'elles ressentent : la grossesse est vécue comme un moment de flottement de leur identité – acquisition prochaine du statut et du rôle de mère – dont les différentes composantes affectives, sociales corporelles sont en train de se modifier. (Saillant et O'Neill, 1987, p. 229)

La technique vient alors s'efforcer de boucher le trou des failles identitaires et biographiques des parturientes, mais sans succès aux vues de l'angoisse qui est relevée en période périnatale, car elle délégitime, en fait, le sens que les femmes donnent à leur expérience. « Notre volonté croissante de maîtrise, luttant inlassablement contre le désordre dont l'être humain est issu, engendre non seulement de l'angoisse mais aussi une certaine déshumanisation que cachent mal les indéniables avancées scientifiques. » (Brun, 2004). Ainsi, la médicalisation moderne de l'accouchement décrédibilise tout l'héritage des générations précédentes (Rivard, 2014, p. 90).

Une mutation culturelle est donc, sans doute, toujours en train de s'opérer et qui s'origine par le vécu frustrant et parfois traumatique des femmes qui accouchent à l'hôpital. Ce mouvement qui date déjà de presque trois décennies gagne en intensité. Il s'est bâti sur le constat d'une contradiction entre la soumission actuelle des femmes aux percepts médicaux et l'affirmation féministe du XXème siècle qui souhaitait bannir le mot « passivité » de son vocabulaire (Rivard, 2014). Il y a là un paradoxe entre la désappropriation du corps engendré par le modèle autoritaire médical de l'accouchement et les revendications militantes de réappropriation des femmes de leur corps (accès à la contraception, à l'accouchement sans douleur...). Andrée Rivard, pose l'hypothèse que :

Le vécu de l'accouchement, que les femmes trouvent de plus en plus décevant avec l'avènement d'une nouvelle sensibilité personnelle et familiale, a entraîné la montée d'une affirmation inédite de leurs droits, Cette volonté de reconquérir leur enfantement les a conduit à un combat asymétrique contre le pouvoir qu'exercent la médecine et l'état. (Rivard, 2014, p. 25)

Or qu'en est-il aujourd'hui de ces luttes qui se sont élaborées à la fin du XX^{ème} siècle ? La société post-moderne en hérite et semble-t-il, est toujours en proie à un affrontement avec le pouvoir médical et politique. Et dans le contexte actuel, au Québec, il se trouve être toujours l'objet d'enjeux politiques et sociaux.

Car l'accouchement au Québec se fait principalement encore à l'hôpital, avec certes des aménagements favorisant le « bien-être » des mères et le respect de leurs choix. Notamment avec l'établissement de plans de naissances, de cours prénataux spécialisés sur le contrôle naturel de la douleur (méthode Bonapace) ou encore l'utilisation de bains ou de ballons pour faciliter le travail. Mais des collectifs prônant un accouchement physiologique et accompagné par des sages-femmes voient le jour et militent pour une évolution des pratiques et un questionnement sur les dérives technicistes de l'accouchement de notre époque contemporaines.

2.5.3 Accoucher au Québec aujourd'hui

Le Québec a compté 88300 naissances en 2010³. Une femme enceinte peut être suivie soit par un gynécologue obstétricien, soit par un médecin de famille, soit par une sage-femme.

L'accouchement à domicile, accompagné par une sage-femme, est permis par la loi depuis mai 2004. Selon l'Ordre des Sages-Femmes du Québec 25% des femmes désirent accoucher en dehors du milieu hospitalier mais seulement 2% d'entre elles seront suivies par une sage-femme, par manque d'effectif et de maisons de naissances. De plus il faut répondre à certains critères pour avoir la possibilité d'être suivie en maison de naissances dont les deux principaux sont ceux de la proximité du lieu d'habitation avec l'hôpital et de l'absence de contre-indications médicales à un

³ Institut de la statistique du Québec

accouchement physiologique. Le plan de politique de la périnatalité 2008-2018 (Michel et Auger, 2008) propose de développer les services offerts par les sages-femmes et d'adopter un plan prévoyant la présence de ces professionnels sur le territoire afin que d'ici à 10 ans, elles soient en mesure d'assurer le suivi périnatal et d'assister l'accouchement de 10% des femmes enceintes.

Or Claudia Faille, présidente du regroupement des sages-femmes du Québec, s'interroge dans le Devoir (Rioux-Soucy, 2011) sur le manque de mesures politiques concrètes permettant l'application de ces objectifs.

Au Québec, la pratique des sages-femmes est reconnue comme profession légale depuis 1999. Le suivi comprend un suivi prénatal régulier durant toute la grossesse, des rencontres prénatales de groupes pour la préparation à l'accouchement (portant sur la douleur, l'allaitement...), l'accouchement dans le lieu choisit par la femme enceinte, et le suivi post-natal de la mère et de l'enfant jusqu'à 6 semaines après l'accouchement. La loi les autorise à pratiquer l'accouchement soit à l'hôpital, soit à domicile, soit dans la maison de naissance. Enfin, le transfert à un médecin peut s'envisager à n'importe quel moment du suivi ou de l'accouchement, en accord avec « le règlement sur les cas nécessitant une consultation de médecin ou le transfert de la responsabilité clinique à un médecin »⁴. Or pour pallier au manque de place en maison de naissance, il semble que les femmes font de plus en plus appel à des accompagnantes à la naissance dont le réseau national est né en 2001. Celles-ci proposent un accompagnement durant la grossesse, pendant l'accouchement et dans ses suites, en parallèle au suivi médical, par des accompagnantes certifiées.

Aujourd'hui, au Québec, les femmes accouchent encore majoritairement à l'hôpital. Les infrastructures s'adaptent petit à petit au désir des femmes de pouvoir gérer, elles-mêmes, leur accouchement. Cependant le taux de péridurale reste plus élevé au

⁴ Loi sur les sages-femmes, L.R.Q., c S-01, a.5, 1er al. Par.3.
<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-0.1/>

Québec que dans les autres provinces canadiennes selon l'AGISQ⁵ et se situe à 70% des accouchements vaginaux en 2010-2011. 26,8% des Canadiennes accouchent par césarienne en 2009⁶. D'ailleurs l'OMS⁷ s'alerte du recours trop important à cette technique qui dans certains pays est le mode de mise au monde le plus courant et exigé par les femmes, sans nécessité médicale (Bourcier, 2015).

Nous pouvons alors nous interroger sur l'ambivalence et le paradoxe des revendications féminines aujourd'hui qui oscille entre toujours plus de technique et de contrôle et le retour au naturel, au « physiologique ». Andrée Rivard dans son ouvrage arrête son étude historique de l'accouchement à l'ère de la société moderne. Le mouvement d'opposition au système médical est-il réellement en marche ou est-ce une conséquence résiduelle et minoritaire de l'obstétrique post-moderne ? L'avenir nous le dira. Néanmoins, nous observons dans le discours des parturientes de notre cohorte le déploiement de ces enjeux.

2.6 Conclusion

Cette rétrospective nous permet de dresser le portrait de la société québécoise actuelle, dans laquelle les femmes de notre cohorte font l'expérience de la maternité.

Nous constatons les bouleversements sociétaux et familiaux de la Révolution tranquille et ceux plus récents et encore peu investigués par les chercheurs, de la société post-moderne.

⁵ Association des Gestionnaire de l'Information de la Santé du Québec.

⁶ Statistiques Canada.

⁷ HRP, Déclaration de l'OMS sur le taux de césariennes, 2015.

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/fr/

L'accueil de l'enfant dans la communauté et tous les rites associés s'est transformé. Il y a encore peu de temps, les femmes accouchaient et s'occupaient de leur bébé, entourées d'autres femmes. Elles étaient ainsi guidées dans leur maternité. Les mères et les co-mères faisant office de modèle aussi bien que de relai. De nos jours, les femmes accouchent et vivent leurs premières relations avec leur enfant dans la solitude du couple et sans avoir vu leurs propre mères materner, donc sans références ou modèles.

De plus, les progrès médicaux modifient grandement le rapport des femmes à la sexualité, la grossesse et l'accouchement. La maternité devient alors l'occasion pour elles de mener des combats idéologiques et politiques.

CHAPITRE III

LA PSYCHO-SEXUALITÉ FÉMININE

3.1 Introduction

« Le désir d'enfant, ou son évitement, voire son absence est lui aussi pris dans la psycho-sexualité du sujet » (André, 1994, p. 76). Voilà dans quelle mesure, il est indispensable d'aborder le développement psycho-sexuel féminin pour contextualiser notre sujet. Nous souhaitons, ce faisant, exposer en quoi la psycho-sexualité intéresse particulièrement le sujet de la maternité.

La question de la sexualité féminine a précisément été l'objet de controverses et de débats houleux au sein du mouvement psychanalytique, jusqu'à menacer de le scinder autour des années 1930. Deux camps s'opposent alors : le premier, l'école Viennoise, reste fidèle aux théories freudiennes et notamment au primat du phallus et de l'angoisse de castration sur l'organisation génitale infantile. Sigmund Freud lui-même reconnaît que la sexualité féminine reste mystérieuse et que ses théorisations sont peu convaincantes quand au développement psycho-sexuel féminin. D'ailleurs, Jacques André (1994) comprend cette difficulté à appréhender *le continent noir* de la sexualité féminine comme l'œuvre d'une défense inconsciente et indique « que la thèse phallogcentrique Freudienne manque quelque chose de la féminité voire participe à son refoulement » (André, 1994, p. 43).

À la suite de Freud, cependant, de nombreuses femmes s'intéressèrent au destin sexuel féminin, parmi lesquelles Jeanne Lampl de Groot, Hélène Deutsch, et Anna Freud. Elles développèrent une compréhension de la féminité et de ses déterminants

singuliers à partir de l'angoisse de castration. Hélène Deutsch (1924) en particulier fut la première à s'intéresser à la puberté et la maternité dans la perspective de la psychologie féminine.

L'école de Londres, emmenée par Ernest Jones, Mélanie Klein et Karl Abraham, s'oppose quand à elle à Freud sur la *question de l'envie du pénis* et revendique une libido spécifiquement féminine non plus basée sur une essence masculine. Mélanie Klein, en particulier, s'appuie sur la clinique des enfants pour remettre en cause la théorie sexuelle jusqu'ici développée à partir d'analyses d'adultes.

Les deux textes pivots de la théorie œdipienne kleinienne⁸ ont été écrits à quinze ans d'intervalle. Années nécessaires à la maturation de ses hypothèses et à l'élaboration de sa notion de positions qui vient parachever la compréhension des processus inconscients précoces. Très attachée aux découvertes Freudiennes, elle finira par s'autoriser à enrichir, modifier considérablement et même révolutionner les conclusions de Freud concernant le conflit œdipien, notamment en s'opposant à la question de *l'envie du pénis* et du complexe de castration comme moteur de la constellation œdipienne féminine, puis en avançant l'âge de l'Œdipe et en détaillant la sexualité féminine et ses tendances œdipiennes singulières.

Plus tard, d'autres psychanalystes, femmes en l'occurrence, reprendront ce thème. Maria Torok, pour commencer, qui dès son premier article intitulé « la signification de l'envie du pénis chez la femme » (1967), prend ses distances par rapport à la théorie psychanalytique qui ne serait selon elle que la reconduction de l'institution culturelle. Françoise Dolto (1982) sera amenée, elle aussi, à se positionner sur cette épineuse question de la sexualité féminine alors que Jacques Lacan lui commande un texte pour un congrès international de psychanalyse en 1960. Elle restera très proche de la conception freudienne, signalant « (qu'elle) ne croit pas en l'Œdipe précoce »

⁸ Les stades précoces du conflit œdipien (1928) et Le complexe d'Œdipe éclairé par les angoisses précoces (1945).

mais plutôt à des étapes pré- œdipiennes (Dolto, 1982, p. 111), tout en amenant une vision bien à elle des évènements psychiques de cette période et notamment l'importance du père réel dans le dénouement positif du conflit œdipien et le remplacement de l'angoisse de castration par l'angoisse du viol. Par la suite, Jeannine Chasseguet-Smirgel (1988), dans les années 80 et dans une rhétorique plus engagée et féministe dénoncera « la haine du féminin maternel » en remettant en cause la primauté de l'organe viril de Freud sur la sexualité.

Au fil de notre exposé nous rencontrerons ces auteurs, puisqu'ils enrichissent la compréhension de la sexualité féminine. Néanmoins, cet examen des différents stades de développement sexuel, est tout particulièrement opérant pour notre sujet, si l'on s'intéresse en tout premier lieu à la modélisation de Mélanie Klein. En effet sa théorisation s'attache en particulier aux fantasmes archaïques des nourrissons à l'égard des imagos parentales intériorisés, d'abord de manière partiels (sein et pénis) puis de plus en plus totaux et intégrés. Ainsi l'on découvre qu'à un âge très précoce, c'est à dire dès les premiers mois de la vie, l'enfant possède une vie fantasmatique riche et que la qualité des premières relations d'objets va teinter le déroulement ultérieur du développement psychosexuel et du vécu de la féminité pour les filles.

Dans un premier temps, nous allons donc nous attacher à décrire le développement libidinal de l'enfant dans la perspective kleinienne, puis, nous dépeindrons les particularités du complexe d'Œdipe féminin de Mélanie Klein. Enfin, dans une troisième partie, nous mettrons en évidence les incidences de cette théorie sur l'épanouissement sexuel et affectif des femmes.

3.2 Le complexe d'Œdipe Kleinien

Sigmund Freud a déjà dégagé l'existence du complexe d'Œdipe, qu'il situait vers l'âge de trois ans, c'est à dire au cours du stade génital. C'est à partir des travaux de Freud, que Mélanie Klein a élaboré son modèle œdipien, puis elle s'en est éloignée pour développer une constellation œdipienne tout à fait novatrice et puissante dont nous allons tenter ici, de retracer toutes la complexité et la richesse. Mais avant cela, il est nécessaire de consentir à se laisser entraîner dans un monde fantasmatique improbable. Jacques André relève d'ailleurs que l'imaginaire décrit par Mélanie Klein pourrait paraître à certains totalement invraisemblable. Mais il l'explique ainsi :

S'il faut reconnaître un mérite fondamental à Mélanie Klein, c'est celui d'avoir montré que le mouvement d'intériorisation est un passage à la démesure : les imagos parentales (...) n'ont qu'un vague rapport avec les parents observables. Leur introjection, leur mise au dedans, constitutive du monde interne en caricature les traits jusqu'au grotesque, élaborant des personnages plus proche des sculptures de Niki de Saint Phalle que de l'impression fidèle d'une plaque photographique. (André, 1994, p. 62)

Ainsi dans ce monde interne intensément manichéen, on torture, on salit, on détruit, on rencontre des figures terrorisantes ce qui met en lumière l'intensité des angoisses précoces et en outre que « le conflit Œdipien tire toute son acuité de cette situation primitive » (Klein, 1959, p. 149)

Mélanie Klein va, au fil de ses observations cliniques et de l'élaboration de sa théorie remodeler et réélaborer la conception freudienne du conflit œdipien, en bien des points. Le plus important est sans doute de le faire débiter de manière beaucoup plus précoce, dans la première moitié de la première année, c'est à dire dans une phase prégénitale du développement de l'enfant. Le sadisme oral étant, pour M. Klein, le fondement des fantaisies œdipiennes, au primat du phallus freudien s'oppose alors le primat de l'oralité kleinien (André, 1994)

De plus, contrairement à Freud qui s'est peu attardé sur la particularité du complexe d'Œdipe féminin, puisqu'il a supposé qu'à l'instar du petit garçon, c'est l'angoisse de castration qui amène la petite fille à se tourner vers le père afin d'obtenir le pénis et son équivalent symbolique, un bébé, Mélanie Klein considère que c'est une toute autre *angoisse fondamentale de la fille*, qui va la pousser à désirer le pénis et les bébés du père. Enfin, son matériel clinique lui a permis d'avancer également la constitution du surmoi dont Freud pensait qu'il était contemporain au complexe d'Œdipe. Ainsi, Mélanie Klein a innové en matière de développement sexuel féminin et d'élaboration de la position féminine.

C'est à partir de ses observations cliniques de psychanalyse d'enfants que Mélanie Klein a l'intuition que se déroulent déjà, avant le stade génital, sur une scène fantasmatique du monde intérieur de l'enfant, les prémices du conflits Œdipien généralisé décrit par Freud.

D'après Hanna Ségal (1969), spécialiste de l'œuvre kleinienne, c'est par l'introduction d'un nouvel outil - la technique du jeu - que ces découvertes ont été permises. L'utilisation du jeu en psychanalyse d'enfants permet selon Mélanie Klein une mise en scène symbolique des angoisses et des fantasmes précoces de l'enfant. Elle « traite ainsi le jeu comme une représentation symbolique de leurs conflits inconscients » (Ségal, 1969, p. 6).

Ses observations fines l'amènent à constater qu'il existe dès le début de la vie, pour le nourrisson, des fantasmes inconscients issus des ses pulsions. Ces fantasmes précoces concernent les premières relations d'objets partiels (sein et pénis) et devancent la relation aux objets totaux parentaux. La vie psychique des bébés s'organise sous l'influence toute puissante des fantasmes et de leur relation à la réalité externe. L'hypothèse des fantasmes suppose alors l'existence d'un moi archaïque élémentaire car il s'agit à ce moment du développement de l'individu de pulsions partielles et d'objets morcelés, clivés en bons et mauvais objets. Les découvertes de Mélanie

Klein vont s'organiser autour de sa propre organisation structurale de positions qui s'intègrent au déroulement des stades freudiens. Les positions kleiniennes régissent les relations d'objets. La position schizo-paranoïde traitant d'objets partiels clivés en bons et mauvais, est première. Ce n'est que bien plus tard, au moment où la mère est perçue comme un objet total, que l'enfant atteint la position dépressive marquée par le deuil de l'objet idéalement bon. Cependant au cours de la vie et du développement des individus, chacun pourra régresser à l'une ou l'autre de ces positions et utiliser leurs mécanismes de défenses privilégiés.

Ainsi, « Dès le début de la vie, la libido est entremêlée d'agressivité génératrice d'angoisse » (Klein, 1945, p. 123) ce qui teinte profondément tous les stades du développement libidinal. Mélanie Klein pose d'emblée que le complexe d'Œdipe s'élabore de manière très précoce et en situe les prémices à la fin de la première année de l'enfant, au moment du sevrage. Les tendances œdipiennes se fondent pour elle, sur les frustrations orales au moment où dominant justement les pulsions pré-génitales. Les frustrations anales de l'apprentissage de la propreté viennent, par la suite, renforcer encore la frustration et l'agressivité.

La concomitance de ces pulsions et de la position schizo-paranoïde implique qu'il s'agit à ce moment là de relations d'objets partiels. Les fantasmes inconscients concernent avant tout la scène primitive qui s'élabore sous le sceau de l'oralité et de l'agressivité (Klein, 1959). Ainsi, les frustrations orales vécues par le bébé l'amènent temporairement à fantasmer la scène primitive comme un coït oral pendant lequel les parents s'échangent pénis et seins. « Sous la pression de la frustration, ce fantasme provoque en lui, à l'égard des parents, de l'envie qui se transforme bientôt en haine » (Klein, 1959, p. 145). Les pulsions destructrices attaquent père et mère « combinés », mais visent essentiellement l'intérieur du corps de la mère et en particulier le pénis, qu'elle aurait reçu du père au moment du coït oral, et les fécès représentant les autres enfants. La relation aux imagos parentales va être fortement investie d'agressivité et

d'angoisse. Dans son fantasme, l'enfant vide, aspire, dérobe, détruit le corps de la mère car celui-ci est le réceptacle de tout ce qui est désirable. Il craint intensément des représailles, dont le moi rudimentaire va se défendre en particulier par le clivage. Les désirs œdipiens de possession des objets partiels s'associent à l'angoisse de castration et au sentiment de culpabilité (Klein, 1945). Ainsi, pour Mélanie Klein, « l'angoisse naît de l'agressivité » (Klein, 1959, p. 140) et la capacité à parvenir à la position génitale dépendrait de la capacité à tolérer cette angoisse.

La formation d'un surmoi précoce s'élabore au même moment, c'est à dire au stade sadique oral et sadique anal, dans les phases pré-génitales du développement. Les imagos primitives parentales sont issues de l'introjection du bon ou du mauvais sein et du bon ou du mauvais pénis. Introjections et projections sous-tendent la relation de l'enfant à ses personnages internes et donc à son surmoi, comme à ses parents, objets externes. « L'évolution du complexe d'Œdipe et du surmoi sont donc intimement liés » (Klein, 1945, p. 127). La destructivité de l'enfant est projetée sur les objets externes avant d'être retournée contre lui-même, provoquant une intense culpabilité. Le surmoi est donc issu des pulsions destructrices contre l'objet libidinal et de l'angoisse qui en résulte. Il s'agit d'un surmoi primitivement très sévère et cruel puisque les pulsions sadiques destructrices sont ici à leur acmé. Le sentiment de culpabilité que Mélanie Klein introduit dès ces phases précoces de développement est issu justement de la formation de ce surmoi archaïque et de l'introjection des objets de la phase sadique orale et anale (Klein, 1945). Finalement,

La formation du surmoi, les relations objectales et l'adaptation au réel sont le résultat d'une interaction entre deux processus : la projection des pulsions sadiques des individus et l'introjection de ses objets. (Klein, 1959, p. 162)

Sous la pression des objets internes terrifiants et de son angoisse, l'enfant va enfin se tourner vers une relation œdipienne aux parents réels. La position dépressive qui voit l'avènement de l'intégration de relations d'objets totaux, va provoquer le

déplacement des pulsions sadiques sur des sentiments dépressifs, ambivalents et de culpabilité, concernant la perte de l'objet aimé, et donc permettre la naissance de tendances réparatrices. Tendances qui exigent le strict remboursement qualitatif et quantitatif des dégâts causés. C'est à ce moment là, que les deux sexes passent par une position orale féminine puisqu'ils désirent incorporer le bon objet paternel réparateur. L'enfant va se tourner vers les parents réels qui sont bien moins terrifiants que les imagos parentales intériorisées. Il va tenter de réparer et protéger l'objet de ses attaques agressives par des processus de sublimation et d'identification qui vont lui permettre de s'orienter vers des désirs génitaux.

3.3 Le Cas féminin

Mélanie Klein, peut-être parce qu'elle était une femme, n'a pas laissé le complexe d'Œdipe féminin à sa compréhension freudienne phallogcentrée. Dans sa description des processus organisateur précoces du fonctionnement psychique, elle met en lumière une trajectoire singulière des fantasmes œdipiens féminins et notamment la grande importance de la relation à la mère à la fois intérieure fantasmée et de la réalité. Elle n'en n'oublie pas pour autant l'importance du père et de sa contribution au développement positif des tendances œdipiennes. L'évolution psychique de l'enfant est régie, selon elle, par l'influence réciproque des fantasmes, des instincts et des exigences de la réalité (Klein, 1959), ce qui par conséquent accorde à chaque individu, l'originalité de sa trajectoire.

D'un point de vue fantasmatique, les désirs œdipiens de la fille s'ébauchent, contrairement à ce que pense Freud, à partir de la convoitise orale d'incorporation du pénis de son père, qui se trouve dans le corps de la mère.

Entre la fille et le pénis, il y a la mère et à plus d'un titre : non seulement comme rivale, comme obstacle, mais plus radicalement comme lieu où se trouve le pénis du père. Tout plaisir pris par l'enfant est un plaisir dérobé à la mère et gagné contre elle. (André, 1994, p. 70)

Les objets convoités et introjectés sont aussi bien bons, satisfaisants et idéalisés que mauvais, dangereux et redoutés. Ils peuvent alors être tour à tour gratifiants ou malveillants. L'envie se transforme en haine envers cette mère si frustrante qui lui refuse à la fois le sein et le pénis. Et à mesure que la fille déchaîne ses pulsions sadiques orales, urétrales et anales à l'encontre de l'imgo maternelle, elle ressent de l'angoisse, de la culpabilité et redoute d'être en retour agressée par la mère vengeresse.

La crainte, dont le retentissement sur la vie psychique de la fillette est immense, ne fait que resserrer les liens avec la mère et donne lieu à un besoin de réparation et de restitution qui s'exprime par de nombreuses sublimations de type féminin. (Klein, 1959, p. 222)

Ainsi plus la fille va haïr sa mère, plus elle y sera attachée et adoptera une position féminine.

Mais ce faisant la petite fille craint de s'être vidée de ses bons objets et d'être ainsi en danger. Or contrairement au petit garçon qui peut se rassurer par la possession anatomique de son pénis, la petite fille, elle, n'a pas de moyens de se rassurer sur ses organes internes. Ainsi, « cette incapacité de se renseigner sur son état, accentue la crainte primordiale de la petite fille, d'avoir l'intérieur de son corps détérioré ou détruit, de ne pas avoir d'enfants ou d'avoir des enfants abîmés. ». (Ibid., p. 226)

L'impossibilité dans laquelle elle se trouve de pouvoir se rassurer quand à ses capacités reproductives et maternelles la laisse dans une angoisse équivalente à l'angoisse de castration des petits garçons. Angoisse qui ne pourra définitivement se résoudre que bien plus tard au moment de la première maternité. Cette angoisse

chronique est issue de la crainte des représailles maternelles concernant ses bons objets intérieurs, c'est à dire le pénis paternel et les bébés, dont elle l'avait préalablement dépossédée ou souillée, dans une pulsion sadique orale et anale. Ainsi la validation de la féminité est renvoyée temporellement à la maternité. Ce qui fait de ce moment, une période particulièrement sensible et perméable aux fantasmes archaïques.

De plus, Mélanie Klein constate que, très tôt, la petite fille a conscience de son vagin et de la qualité réceptive de ses organes génitaux. Ce qui la place d'emblée dans une position féminine de réceptivité d'abord du sein, puis du pénis mais aussi et surtout des bébés. Une fois le stade phallique achevé, la fille entre dans une phase « post-phallique » (Ibid., p. 230) dans laquelle elle conserve ou non sa position féminine et son identification à la mère. Cette issue dépend de la possibilité de réparation et de sublimation venant contrer ses pulsions sadiques et l'angoisse qui en découle. Car l'identification à l'objet de l'angoisse relève d'un mécanisme de défense.

Quand il faut cesser par crainte de sa mère, de rivaliser avec sa mère, l'enfant éprouve avec une très grande intensité le besoin d'avoir un pénis réparateur, afin d'apaiser la mère et effacer le mal qu'elle lui a fait. (Ibid., p. 228-229)

À cette période génitale, les fantasmes se modifient, les objets sont de plus en plus totaux et l'amour et la haine sont de plus en plus intégrés. La possibilité d'évoquer la bonne mère à laquelle elle peut s'identifier permettra l'épanouissement de sa vie sexuelle et de l'amour objectal.

L'issue du développement sexuel de l'enfant est le résultat de laborieuses oscillations entre diverses positions, de nombreux compromis interdépendants du moi avec le surmoi et le ça et qui sont l'œuvre du moi, traduisant sa lutte contre l'angoisse. (Ibid., p. 233)

Le maintien de la position féminine est lié à la culpabilité que la fille ressent envers sa mère et de la nature des rapports parentaux, donc pour une part, aux facteurs externes. Ainsi, la fille sera encline à désirer une imago paternelle bienveillante mettant à distance le pénis sadique et destructeur intériorisé, et par la suite se tourner vers un partenaire possédant un « bon pénis » et devenir par identification une personne bienfaitrice, et généreuse. « Le devenir psycho-sexuel de la femme dépend donc de l'équilibre entre le "bon" et le "mauvais" » (André, 1994, p. 75).

Il résulte de cette description des processus psychiques et de la vie fantasmatique de l'Œdipe féminin, le constat que celui-ci ne succède pas au complexe de castration, comme initialement institué par Freud. Pour Mélanie Klein ce n'est pas l'envie du pénis qui fonde l'attrait pour le père, mais l'envie d'incorporation orale à l'endroit de la mère qui possède à la fois le père et le pénis. De même, apparaît le rôle crucial de la mère dans cette aventure psychique, figure archaïque, menaçante et terrifiante qu'il est nécessaire d'haïr suffisamment.

Enfin, Simone Korff-Sauce (1968), dans la préface qui introduit les deux textes clés de l'Œdipe de Mélanie Klein, se demande si Freud, n'aurait pas lui-même adoubé ses travaux, si ceux-ci n'avaient pas été au centre d'un affrontement avec sa fille Anna.

3.4 Incidences de l'Œdipe sur le développement affectif et sexuel des femmes et la maternité

De nombreux auteurs (M. Klein, H. Deutsch, F. Dolto...) constatent que la nature de la conflictualité œdipienne et sa résolution a des incidences sur le développement de troubles névrotiques (phobies, dépression, inhibition) aussi bien que sexuels (stérilités, vaginisme, frigidité). Il serait difficile de ne pas évoquer leurs élaborations et en particuliers celles de Mélanie Klein concernant les fantasmes des petites filles,

pour ne pas comprendre les troubles de la sexualité et de la maternité des femmes et éclairer les enjeux fantasmatiques inconscients qui s'opèrent à certaines périodes clé de leur vie, notamment l'adolescence ou au moment de devenir mère. En effet, les relations fantasmatiques à la mère introjectée, ainsi que la manière dont la petite fille va gérer ses angoisses et sa culpabilité œdipienne vont étayer ses futures relations avec son conjoint et ses enfants. Les fixations aux stades sadiques oral et anal pourront contrarier le développement sexuel normal et souple et amener à des troubles psychiques ou somatiques divers.

La puberté est, en l'occurrence, une période pendant laquelle se rejoue fantasmatiquement la question œdipienne. Hélène Deutsch (1924) a étudié en particulier la signification de la puberté pour les filles avec l'arrivée des premières menstruations et le poids symbolique et fantasmatique de cet événement dans le développement sexuel féminin, en restant rivee à la notion d'angoisse de castration freudienne. Ainsi elle associe les premières menstruations à la blessure narcissique de la castration et à la punition de la masturbation clitoridienne.

Concernant la maternité,

Jamais éclipsée et maintenant réanimée, la constellation œdipienne fait que l'enfant devient l'objet de l'amour que sa mère porte à son père à elle; maintenant assouvi, le désir d'enfant de la femme sexuellement mûre est le prolongement du désir infantile de recevoir un enfant de son père. (Deutsch, 1924, p. 77)

Le désir d'enfant est ici considéré comme la réalisation d'un désir incestueux œdipien.

Mélanie Klein, pour qui la destructivité et l'angoisse prennent une place prépondérante dans sa théorie va plus loin qu'Hélène Deutsch concernant ces deux moments importants du développement sexuel féminin. Elle entend les premières règles comme une source d'angoisse confirmant la détérioration des organes internes

de la jeune fille et par là même, la violence des représailles de sa mère. « Les menstrues confirment ce que la fille sait ou imagine au sujet de son pénis » (Klein, 1959, p. 238) Ainsi, les règles qui sont le signe de l'arrivée à la maturité sexuelle, peuvent faire flamber toutes les angoisses issues des aspects sadiques des relations sexuelles. S'observe alors une réactivation des conflits et des angoisses à la période pubertaire, ainsi qu'un ébranlement des positions féminines qui ne se soldent positivement seulement si la position féminine a été fermement ancrée au cours du développement précoce.

De même, la première maternité vient, selon Mélanie Klein, infirmer ou confirmer les soupçons de la petite fille concernant son intégrité et sa capacité à posséder de bons objets internes. « L'une des angoisses de la femme adulte est que la mère fantasmatique vienne vider, attaquer le contenu de son propre corps à elle » (Lauret, s. d.). En effet, le contenu de son corps est très peu rassurant après les attaques sadiques envers l'intérieur du corps de sa mère. Ainsi si elle suppose fantasmatiquement posséder de mauvais objets internes, alors elle aura par voie de conséquences de mauvais enfants. Au contraire si elle imagine posséder un bon pénis, fort, généreux et réparateur, alors elle aura la croyance optimiste d'avoir de beaux enfants et déploiera des affects positifs pour eux. De la mauvaiseté de son ennemi intérieur dépendra sa possibilité d'investir favorablement ses enfants. Le sexe de l'enfant à venir va également raviver la nature des relations objectale à la mère ou au père, ce qui aura une importance sur cet attachement.

La réassurance que procure les soins à l'enfant sur sa capacité d'être bonne permet à la jeune mère de réparer ses pulsions sadiques archaïques envers sa mère infantile fantasmée et trouver un apaisement de l'angoisse, dans la sublimation et la réparation. L'intégrité et la normalité de l'enfant viennent aussi rassurer sa mère et confirmer ses capacités féminines, donc faire baisser l'angoisse. Au contraire, l'enfant difforme, handicapé, peut devenir un persécuteur venant lui infliger la confirmation de toutes

ses craintes infantiles. « La nature de la relation de la fille au pénis de son père, déterminera donc celle qu'elle aura d'abord avec ses enfants imaginaires puis avec ses véritables enfants. » (Klein, 1959, p. 239)

En conclusion, les angoisses et la culpabilité archaïque teintent les relations de la femme avec sa grossesse et ses enfants car, « si la petite fille sait inconsciemment qu'elle possède des bébés virtuels, elle doute profondément de son aptitude future à porter des enfants » (Klein, 1945, p. 134). À bien des égards, elle se sent en infériorité par rapport à sa mère, ainsi la maternité et la grossesse la renvoie à ses manques, à ses insuffisances. Le lien à la mère fantasmatique et réelle peut en pâtir. Étant donné l'omniprésence de l'imaginaire maternel envahissant et persécutrice, l'enfant peut, s'il n'utilise pas de défenses solides et constructives, ne pas dépasser le stade œdipien et rester dépendant d'une mère toute puissante. « Chez les femmes infécondes, le changement d'objet, de la mère au père, n'a pas été effectué » (Faure-Pragier, 2001, p. 422). Son développement sexuel en sera gravement entâché. C'est d'ailleurs ce que suggère Sylvie Faure-Pragier dans son travail sur les stérilités féminines et sa théorie de l'inconception que nous décrirons plus tard. Mélanie Klein expliquait déjà en son temps, les stérilités par la présence d'angoisses trop fortes provenant des mauvais objets introjectés. Le destin sexuel féminin dépend donc de la bonne ou mauvaise intégration du stade sadique.

Souvent la femme rejetée, consciemment ou inconsciemment, toute grossesse à cause de cette crainte, accrue par les menstruations d'avoir des enfants abîmés ou anormaux. (Klein, 1959, p. 238)

Et les altérations organiques venant empêcher les grossesses peuvent venir valider l'idée inconsciente de n'avoir à l'intérieur de son corps que des objets endommagés et mauvais. Au contraire, la mise au monde de bébés en bonne santé peut venir définitivement rassurer la femme sur son contenu intérieur. La réalité de la grossesse va être importante pour valider ou invalider des fantasmes précoces et influencer les

relations au bébé. L'équilibre psychique et affectif peut ainsi être fortement ébranlé par la survenue de handicap, de MAP, de morts in utéro ou de difformités.

Françoise Dolto garde, elle, une vision du développement sexuel très freudienne s'attachant au complexe de castration comme élément fondamental de toute dynamique libidinale et à l'origine même de la vie (Dolto, 1998). « Le complexe de castration, c'est l'angoisse du génocide que papa pourrait perpétrer sur moi si je transgressais l'interdit génital de la mère » (Dolto, 1998, p. 35) énonce-t-elle. Ainsi, la relation à la mère infantile est une relation homosexuelle dans laquelle le père représente le rival. L'enfant, lui, incarne toujours un représentant phallique. Elle enrichit donc à sa manière la perspective kleinienne. Ainsi,

C'est après la première maternité corporelle effective que l'évolution de la sexualité féminine est en situation d'atteindre véritablement la totale résolution des résidus émotionnels œdipiens, au deuil possible du narcissisme phallique de son corps et de son sexe et l'abandon de sa dépendance homosexuelle par culpabilité vis à vis de ses parents mais surtout de sa mère. (Dolto, 1982, p. 206)

Sa conception s'intéresse en particulier aux rivalités et à la place du représentant masculin dans cette relation fantasmatique incestueuse. Elle note que :

L'on voit souvent au cours de la première maternité la personne du mari n'être momentanément valable qu'en tant que père de l'enfant et mère phallique de la femme. Sa belle-mère (et ses belles-sœurs) devient pour la femme l'héritière de l'hostilité qu'elle portait à son propre père à une époque de son enfance où mari de sa mère, il était son rival sans l'amour duel, oral et anal, qu'elle vouait à celle-ci ou revendiquait d'elle. (Ibid., p. 208)

Sous cet angle, la relation de la parturiente avec ses rivales potentielles lui fait redouter le rapt de son enfant par sa belle-mère et ressentir comme une intrusion ses visites au domicile de leur ménage. D'où l'importance de la place du mari qui gratifie et renarcissise.

3.5 Conclusion

En conclusion, force est de constater que, comme Françoise Dolto l'assène, la première relation à la mère va influencer le développement sexuel et affectif de la femme et comme nous venons de le développer, que l'imaginaire parentale intériorisée est centrale dans le travail psychique de maturation sexuelle et affective. Cela éclaire le fait que la maternité soit en l'occurrence une période non pas centrée sur le bébé comme nous pourrions l'imaginer mais plutôt sur la mère œdipienne et que celle-ci soit très présente dans le matériel que nous avons récolté.

La relation mère-fille s'établit entre rivalité et amour fusionnel. Nous comprenons, à la lumière de cette description de la vie psychique infantile des femmes et notamment de la relation à l'imaginaire maternelle intériorisée, que la relation mère-fille est complexe et infiltrée de haine aussi bien que d'amour fusionnel. L'accès à la féminité tout autant que la maternité est ainsi soumis à de vives tensions qui se manifestent aussi bien d'un point de vue psychique que réel. Car « le féminin de la fille doit être aimé par sa mère, pour devenir féminité. Féminité, comme déclinaison d'un féminin narcissisé. » (Guyomard, 2009, p. 22) Ce qui confirme que pour la femme, l'empreinte maternelle est forte dans la transmission du féminin et de la féminité.

Auparavant, peu d'écrits concernaient cette relation mère-fille, présentée de manière plutôt idéalisée. Mais quelques auteurs, psychanalystes, se sont récemment emparés de cette question, pour en soulever les ambivalences, voire même les *ravages* (Naouri, 2000; Eliacheff et Heinich, 2002; Lessana, 2002; Vaillant et Leroy, 2004; Guyomard, 2009). C'est en s'appuyant essentiellement sur le destin de la féminité et de ses liens avec les relations précoces à la mère qu'ils interprètent notamment les échecs de l'épanouissement narcissique par une relation mère-fille d'emblée entravée par la présence d'une figure maternelle omnipotente et autoritaire.

La période de la maternité est une période très sensible du déploiement de ces ambivalences, issues de la relation inconsciente à la mère archaïque. À l'instar de l'adolescence où la remise en ordre des premières relations objectales s'inscrit à la fois au niveau psychique et réel, au cours de la maternité, ces enjeux relationnels se rééditent de manière inconsciente aussi bien que consciente sur la scène réelle. C'est ce que nous allons développer dans une deuxième partie, détaillant les enjeux psychiques de la maternalité.

CHAPITRE IV

LA MATERNITÉ VUE DE L'INTÉRIEUR : MÉCANISMES PSYCHODYNAMIQUES DE LA PÉRIODE PÉRINATALE

4.1 Introduction

Il existe bel et bien une pré-histoire développementale qui sert de terreau à la grossesse psychique. Nous avons détaillé précédemment la conflictualité pré-œdipienne et œdipienne de la femme et notamment les bases identificatoires à partir desquelles elle va se développer affectivement et sexuellement. La petite fille, du chapitre précédent est renvoyée à présent à son désir d'enfant et au moment si inquiétant de la confirmation ou non de sa féminité. L'angoisse, la culpabilité, la rivalité, la haine, l'amour vont se déployer à nouveau, du désir de maternité, à la grossesse, jusqu'aux soins à l'enfant.

La grossesse est une période très particulière de la vie psychique dans la mesure où elle est à la fois une nouvelle donne et une projection dans l'avenir et en même temps une réédition de l'enfance et un retour aux sources. Passé et futur se conjuguent ainsi dans la construction d'une nouvelle virtualité.

Afin de concevoir de manière exhaustive le vécu de la maternité nous allons dans un premier temps exposer les caractéristiques psychiques de la grossesse, puis, nous nous attacherons à décrire les enjeux objectaux et narcissiques remis à jour dans cette période. Enfin nous aborderons les multiples enjeux de la parentalité et de l'arrivée d'un enfant dans la constellation familiale.

4.2 La grossesse psychique

D'un point de vue psychique et subjectif, la période périnatale est riche en remaniements tant conscients qu'inconscients. La grossesse peut, en effet, se comparer à une « crise maturative » (Bydlowski, 1997, p. 93) transitoire et à une étape développementale de maturation psychologique qui comprend une multitude de remaniements psychiques repérés par nombre d'auteurs dont Louis-Victor Marcé (1858) fut le précurseur. Il mit en lumière les bouleversements psychiques de la période périnatale qui n'avaient jusqu'ici pas fait l'objet d'études spécifiques ou d'observations cliniques étayées. À sa suite, après que son ouvrage soit tombé dans un certain oubli, Donald Winnicott (1956) ou Paul-Claude Racamier (1961) remirent l'accent sur cette période particulièrement riche de la vie des femmes, ses spécificités psychiques et les troubles mentaux qui y sont associés.

La grossesse est pour la femme une période hautement narcissique pendant laquelle la future mère va investir son enfant et désinvestir le monde extérieur. Ces auteurs et d'autres, ont rendu compte des processus psychiques impliqués dans la grossesse et le post-partum, observables à la faveur d'un état relationnel particulièrement perméable.

4.2.1 La transparence psychique

La perméabilité des mouvements psychiques au cours de la grossesse est rendue possible du fait d'une levée du refoulement dont résulte un état de *transparence psychique* qui ouvre une fenêtre sur l'inconscient des parturientes (Bydlowski, 1991). Ce terme issu des observations clinique de Monique Bydlowski, fait référence à « un état relationnel particulier » (1991, p. 94) qui se traduit par une ouverture et un appel à l'aide qui signe une aptitude particulière au transfert psychanalytique. Et à une « authenticité de la vie psychique » qui se manifeste par un abaissement des

mécanismes de défenses et du refoulement, et amène la femme à évoquer et réexaminer des remémorations infantiles habituellement enfouies dans l'inconscient. Nous observons alors chez la femme enceinte, la résurgence sur la scène psychique des conflits infantiles à dominante œdipienne et narcissique.

Monique Bydlowski explique ce phénomène par l'hyper investissement libidinal du nouvel objet psychique que représente le bébé, ce qui permet l'émergence, dans le même temps, de la conflictualité psychique, sous forme de fantasmes, de représentations, d'affects, de remémorations, habituellement censurés. Ainsi,

La grossesse est un état de crise qui mobilise de l'énergie en réveillant des conflits latents, mais se présente aussi comme une recherche et comme un engagement dans de nouvelles virtualités. (Bydlowski, 1991, p. 93)

Ce fonctionnement psychique transitoire caractérisé par la levée du refoulement est majoré par la présence de conflits anciens et actuels et procède d'une focalisation extrême de soi, du couple et du fœtus.

Sylvain Missonnier (2011) tempère la prévalence de ce état de transparence psychique en suggérant que la femme enceinte évolue de manière souple entre transparence psychique et pensée opératoire. Car pour lui, la recrudescence de la conflictualité psychique peut à l'inverse mobiliser un bouclier défensif et un fonctionnement alexithymique caractéristique de la pensée opératoire, mise en avant par les psychosomaticiens de l'école de Paris. Ainsi, la femme se situerait au cours de la grossesse dans un « espace psychique bipolaire » (Missonnier, 2011, p. 129) tantôt perméable et labile, tantôt fermé et rigide.

4.2.2 L'ambivalence

La grossesse est surtout un drame qui se joue chez la femme entre soi et soi ; elle la ressent à la fois comme un enrichissement et comme une mutilation ; le fœtus est une partie de son corps et un parasite qui l'exploite ; elle le possède et elle est possédée par lui ; il résume tout l'avenir et, en le portant, elle se sent vaste comme le monde ; mais cette richesse même l'annihile, elle a l'impression de ne plus être rien. Une existence neuve va se manifester et justifier sa propre existence, elle en est fière ; mais elle se sent aussi jouet de forces obscures, elle est ballotée, violente. (Beauvoir (de), 1949, p. 349)

À la forte conflictualité psychique de la grossesse issue de la régression, s'ajoute une forte ambivalence envers le bébé à venir (Bellion, 2001). En effet, l'investissement du fœtus ne va pas de soi. Les réaménagements pulsionnels de la grossesse voient émerger un double mouvement d'investissement narcissique du fœtus en même temps que le vécu d'une agressivité envers celui-ci. En 1915, Sigmund Freud soulignait que « la haine est plus ancienne que l'amour et réside au fond de toutes relations d'affection et d'amour entre les êtres humains. » (Freud, 1915). Or, en période périnatale, le fœtus, puis le bébé peut ainsi être vécu comme une source de déplaisir et induire l'existence d'une certaine hostilité de la mère à son égard.

En effet, la présence de celui-ci est le corolaire d'une résurgence de conflits psychiques intenses et induit donc une ambivalence ordinaire. Au désir de vie s'associent des souhaits contraires et des sentiments hostiles et agressifs concernant le fœtus. Du point de vue économique, les vœux de mort ou agressifs peuvent prendre deux chemins. Soit celui de la formation réactionnelle qui transforme l'hostilité en idéalisation de l'objet, c'est à dire du bébé. Soit celui de la culpabilité qui se transforme en inquiétude anxieuse envers le fœtus (Bydlowski, 1997). Les désirs hostiles sont tout à fait normaux et inhérents aux processus de la *maternité* (Racamier, 1961) et possèdent une fonction structurante, notamment pour régler la conflictualité œdipienne que la grossesse met en route. Car,

Si être mère, c'est être « suffisamment bonne », pour reconnaître les enjeux incestueux dans le processus maternel, être mère c'est aussi être « suffisamment haineuse » pour ne pas les réaliser, c'est dire pour se séparer de l'enfant. Surtout si l'on se souvient que l'autre face, inséparable de l'inceste, c'est le meurtre. (Benhaïm, 2011)

Les sentiments ambivalents envers le fœtus sont difficilement admissibles et sont collectivement refoulés. Ils n'apparaissent dans le discours des parturientes que de manière détournée, à la faveur de plaintes somatiques ou d'agressivité projetées sur un autre objet. Ils transparaissent alors de manière modérée avec un discours plaintif concernant les soucis, les embarras et les inconvénients de la grossesse. Parfois, une ambivalence excessive et mal maîtrisée apparaît de manière plus violente sous la forme d'un déni de grossesse ou de phobies d'impulsion. Chaque grossesse s'accompagne donc d'un conflit d'ambivalence qui va se résoudre au mieux par le deuil de l'état précédent la grossesse et l'aménagement d'une place pour le bébé à venir.

4.2.3 Le surgissement de l'angoisse

La grossesse met en branle une multitude de processus psychiques extrêmement puissants et pour le moins déstabilisants. Le temps de la maternité est ainsi parfois marqué par le surgissement de l'angoisse. Celle-ci provient non seulement des réminiscences commémoratives (archaïques et œdipienne) mais elle s'allie également à l'incertitude des dangers réels pour le bébé et pour la mère. Elle se déploie sur les deux scènes du psychique et du réel et se nourrit de facteurs endogènes aussi bien qu'exogènes (Missonnier, 2011).

D'un point de vue de la réalité objective, la grossesse fait vivre une incertitude à la mère quand à sa propre intégrité physique et celle du bébé. Les dangers sont multiples et potentiellement traumatiques, qu'il s'agisse de fausses couches, de morts in utéro,

de diagnostics prénataux inquiétants, de handicaps ou de malformations, de risque d'accouchement prématuré ou encore d'hémorragie utérine. La grossesse est particulièrement source d'inquiétudes et de stress. L'hyper-médicalisation actuelle de la grossesse ne permet pas d'enrayer totalement les angoisses de mort et d'envahissement ressenties par les parturientes.

En effet, d'un point de vue psychique, l'angoisse relève de différents phénomènes qui sont inhérents à cet état très particulier qui est l'accueil en son sein corporel et psychique d'un nouvel être. D'une part, le fait d'être habitée par un fœtus est une expérience qui met à jour des angoisses d'envahissement et provoque un sentiment *d'inquiétante étrangeté* (Freud, 1919) qui est marquée par une ambivalence difficile à contenir (Pascal *et al.*, 2011, p. 139). Diverses représentations monstrueuses peuplent les rêves et les fantasmes des femmes enceintes témoignant de ces angoisses, allant de « l'alien » à « un bébé étrange, étranger, affolant : petit, squelettique, sans fesses, doté d'un gros abdomen et de membres minuscules » (Lindaturner et Krymko-Bleton, 2002, p. 156). Nous pouvons alors interpréter certains troubles somatiques, notamment en début de grossesse (hyperémèses gravidiques) comme le témoin de ces fantasmes et de l'ambivalence qui en est à l'origine.

D'autre part, la résurgence de la conflictualité psychique et la labilité psychique inhérente à cette période sont porteuses d'angoisse. Ainsi l'impression de perte de maîtrise, non seulement de son corps mais aussi des motions pulsionnelles qui engendrent ambivalence et culpabilité, induit une nécessaire expérience de la passivité et de la dépendance qui génère elle-même de l'angoisse.

Ainsi, l'angoisse serait à rapprocher de la passivité, en tant qu'expérience d'abandon de soi à l'autre, un autre à la fois proche et étranger, psychiquement envahissant et prenant toujours plus de place dans le corps de la femme. Il s'agirait d'une angoisse révélée par toute l'ambivalence présente chez la femme enceinte entre son désir conscient de donner la vie, partie socialement reconnue et acceptée, et ce qu'elle vit réellement du côté d'une passivité inévitable. Cette disposition semble intriquée à

l'acceptation d'un passage par la position passive dans la grossesse, suscitant alors diverses angoisses en lien avec un corps qui peut sembler affaibli, malmené, envahi, et dont l'évolution n'est pas maîtrisable. (Ibid., p. 146)

L'expérience de la passivité, dans ce qu'elle implique de perte, de castration, d'effraction et de vécu masochique est particulièrement difficile à vivre dans notre société où la femme adopte une attitude de plus en plus active (vie professionnelle, contraception, rapports aux hommes, procréation...). Les femmes peuvent exprimer à demi-mots leurs difficultés et leurs angoisses dans cette période idéalisée de la maternité et leurs symptômes peuvent être entendus comme la difficulté à relier les injonctions de la société et la nécessaire régression de la grossesse.

Enfin, l'angoisse peut se traduire par des anticipations anxieuses et des représentations du bébé portant des anomalies ou des handicaps. Elle peut s'avérer opérante et organisatrice et représenter un étalon de la qualité de l'investissement psychique du nouveau né. En effet, Sylvain Missonnier (2011), fait l'hypothèse que : « ces représentations sont des marqueurs privilégiés de la nature structurale et de la maturité objectale de l'anticipation maternelle au cœur du "devenir mère" anténatal ». (Missonnier, 2011, p. 125)

L'angoisse apparaît ainsi comme un déterminant dynamique permettant la bonne élaboration du processus de parentalité. Dans le cadre du continuum entre le normal et le pathologique, le degré d'intensité des angoisses permettrait de repérer un fonctionnement normalement souple et adaptatif ou un débordement qui pourrait être évocateur d'identifications projectives pathologiques sur le bébé et présager d'un futur trouble de la parentalité.

Mais, il est important de nuancer cette conclusion. En effet, l'angoisse peut être tout à fait neutralisée par la présence de défenses suffisamment solides, permettant à la

femme de croire en ses capacités maternelles et de vivre ainsi la grossesse dans un état de relative plénitude.

4.2.4 Psychopathologie maternelle

La maternité est une période de vulnérabilité psychique importante pour les femmes. En effet, cette période met à mal l'équilibre psychique puisqu'elle potentialise les reviviscences commémoratives et les dangers réels potentiellement traumatiques (deuil, handicap...). D'ailleurs d'un point de vue épidémiologique, c'est autour de la période de fécondité que se compte statistiquement une augmentation des troubles mentaux et des décompensations psychiatriques (Dayan, 2007; Darves-Bornoz *et al.*, 2001; Isserlis *et al.*, 2008). Les troubles sont variés et comprennent principalement la dépression du post-partum, qui atteint environ 10% des accouchées et la psychose puerpérale dont la prévalence est moindre (1 pour 2000 environ) dans les pays occidentaux.

D'un point de vue psychodynamique, la compréhension des ces troubles comprend deux axes (Bydlowski, 1997). Le premier concernant le vécu de l'ambivalence qui préexiste au lien que la mère va entretenir avec le nouveau-né. Ainsi les femmes dont les assises narcissiques sont fragiles seront d'autant plus à risque de développer un trouble car elles auront du mal à contenir la rivalité et l'ambivalence naturelle vis à vis de leur bébé. Le deuxième axe est celui de la faillite de la fonction contenante qui résulte des expériences précoces de maternage de la mère. Les femmes carencées affectivement et souffrant de troubles précoces de l'attachement étant potentiellement plus fragiles en période périnatale.

La dépression du post-partum éclaire d'ailleurs, selon Véronique Lussier (Lussier *et al.*, 1994), les enjeux fondamentaux de la maternité. Bien que cette expérience se

révèle très singulière, dans sa temporalité autant que dans ses manifestations, elle n'en n'est pas moins spécifique. Elle consiste en une *rupture* dans le parcours individuel des mères, à la fois sur la scène interne – avec le vécu de l'ambivalence – et sur la scène externe, avec la désillusion et le choc de la réalité du parentage. Mais plus encore, l'entrée dans le maternel contraint les femmes au vécu des tensions de l'inscription dans la filiation féminine. Or, toujours selon Véronique Lussier, la société actuelle offre peu de soutien aux nouvelles mères, ce qui génère un sentiment d'isolement et même de rejet. Rien n'y fait, ni les conjoints, ni les mères, ni les sœurs ne sont des supports identificatoires satisfaisants.

Le malaise vient sans doute de ce que l'identité maternelle est en bonne partie affaire de continuité, d'héritage, de transmission, de prolongement. L'absence de références et le refus de la répétition ont pour effet de couper la femme d'une partie d'elle-même en gênant la cristallisation de l'identité de mère qui ne se trouvera pas facilement confirmée. (Lussier *et al.*, 1994, p. 19-20)

Les auteurs suggèrent ainsi que les troubles psychiques du post-partum trouvent une voie de compréhension dans les phénomènes sociologiques entravant les processus identitaires de la maternalité. Ainsi, les réponses modernes apportés aux défis séculaires de la maternité laissent les parturientes dans une détresse qui peut, sous certaines conditions, amener à l'apparition de troubles de la maternalité.

Enfin, le blues du post-partum ne peut pas se considérer comme un trouble, mais plutôt comme la marque d'une désorganisation psychique normale et même nécessaire, qui suit l'accouchement. Elle est contemporaine à un bouleversement hormonal et à une fatigue bien compréhensible. La jeune mère vit ainsi des affects dépressifs consécutif à la perte et au deuil de la relation fusionnelle de la grossesse et se prépare également à l'état d'hypersensibilité et de l'hyper attention à son nouveau-né que l'on retrouve décrit par Donald Winnicott, sous le terme de *préoccupation maternelle primaire* (1956). État de folie quasi psychotique, qui permet à la mère

d'être au plus proche des besoins de son nourrisson. Il s'agit ainsi « d'un temps équivalent à celui du deuil psychique de ce qu'il faudrait lâcher pour qu'il y ait rencontre d'une mère avec son enfant » (Guyomard, 2009).

4.3 Les enjeux objectaux et narcissiques de la grossesse

Devenir mère implique une réélaboration consciente et inconsciente de la vie psychique infantile et des éléments biographiques de la future mère. La conflictualité psychique est imprégnée à cette période des fantasmes archaïques qui ont constitué le sujet et qui se rejouent sur la scène actuelle.

Le bébé fantasmatique, fruit des désirs œdipiens, réveille une conflictualisation qui mobilise une grande énergie psychique et constitue un travail de parentalité d'emblée conflictuel et ambivalent. (Le Nestour, 2003, p. 38)

La conflictualité psychique de la grossesse se nourrit d'enjeux narcissiques et œdipiens qui ont déjà fait l'objet d'une réélaboration à l'adolescence et qui ressurgissent au cours du passage au statut de parent. La période périnatale met alors en exergue les processus identificatoires et projectifs aux imagos parentales issus de l'histoire infantile de la mère, et aussi la problématique œdipienne et ses investissements objectaux, la question de la transmission inter et transgénérationnelle, et toute l'histoire relationnelle avec ses deuils et ses pertes.

La régression et la réélaboration des liens précoces sont des processus cruciaux dans la construction de la nouvelle identité parentale. La grossesse est une période hautement narcissique pendant laquelle la future mère va investir son enfant et désinvestir le monde extérieur. Ainsi, la grossesse peut se décomposer en trois phases successives (Raphaël-Leff, 1980) qui reprennent chronologiquement les trois

trimestres de la grossesse et permettent à la femme d'accéder à l'objectalisation progressive de son enfant.

4.3.1 Désir d'enfant et conception

La mise en corps du désir d'enfant nécessite de nombreux facteurs tant physiologiques que psychiques. La maturation des fonctions reproductives est indispensable, mais pas suffisante. Le désir d'enfant de la femme n'est pas seulement issu du besoin naturel de perpétuation de l'espèce. Il s'enracine également dans la névrose infantile la mère, ses fantasmes de maternité de l'époque où elle jouait à la poupée, son désir ou son refus de ressembler à sa mère et les réminiscences de la manière dont elle a été elle-même maternée. Le désir d'enfant est donc infiltré de toute l'histoire psychique œdipienne et narcissique de la nouvelle mère ainsi que par les aléas biographiques de celle-ci. Imaginaire avant d'être réelle, la représentation du bébé est infiltrée de tous les désirs inconscients parentaux issus de leur névrose infantile, faisant de l'enfant l'Objet par excellence, sans cesse désiré pour ce qu'il représente.

D'emblée, le désir d'enfant est influencé par la résurgence de désirs inconscients qui font retour en période périnatale. Le désir d'enfant sous-tend des motivations conscientes facilement formulées et verbalisées et qui sont directement liées aux idéaux culturels, sociaux, familiaux des femmes. Ainsi, en général, dans notre société, la grossesse sera programmée en fonction de critères ordonnés comme la stabilité du couple ou la réussite professionnelle.

Mais la conception fait aussi intervenir des motivations inconscientes qui apparentent alors la grossesse à une formation de l'inconscient, à un lapsus, au retour du refoulé.

Elle peut être dans ce cas, interprétée comme un passage à l'acte des désirs inconscients tantôt œdipiens, tantôt narcissiques (Bydlowski, 1997).

En effet, du côté de l'inconscient, se jouent et se rejouent, à la manière d'une répétition, des nombreux désirs parentaux refoulés et archaïques. Ces vœux inconscients possèdent une coloration œdipienne tels que les désirs incestueux ou la consolation de fantasmes de castrations; mais ils s'inscrivent aussi sur un versant narcissique avec le besoin de gratification narcissique, l'idéalisation du moi basée sur des identifications précoces ou l'identification à la fonction maternelle (Abdel-Baki et Poulin, 2004). Ce désir inconscient, « complexe, ambivalent et paradoxal » (David, 2003, p. 19-20) se couple à des désirs plus conscients de transmission, d'accès à la parentalité et d'inscription dans la chaîne des générations.

Parmi les désirs inconscients qui prévalent, le fantasme des origines et les fantasmes œdipiens tiennent une bonne place dans le désir de grossesse. D'après Freud (1933) toute grossesse procède d'un désir incestueux. C'est à dire qu'il réédite un souhait infantile d'obtenir le bébé du père. Ainsi l'expérience de la maternité, avec son bébé-objet phallique, favorise le sentiment d'une complétude narcissique. Ce désir d'enfant issu de l'histoire infantile œdipienne « demeure dans l'inconscient une force agissante et exigeante » (David, 2003, p. 14). La grossesse réalisant ainsi ce vœu incestueux provoque alors un sentiment de culpabilité et de l'ambivalence qui peut s'avérer très problématique si le stade œdipien est partiellement ou mal résolu et l'assise narcissique fragile.

L'impulsion œdipienne se double d'un versant homosexuel de désir de maternité dans le lien charnel à la mère qu'il remet à jour (Bydlowski, 2008). La femme réinvente alors sa propre identité féminine en s'affrontant à l'image maternelle idéalisée dans un double mouvement d'identification et d'individuation.

À côté du bébé-phallus freudien, peut exister également le bébé-fèces, enfant interne, issu de du registre anal et donc revêtant la significations du don et de la réception. Il s'agit d'abord d'un désir passif de recevoir l'enfant de la mère, puis d'un désir actif d'offrande d'un bébé à sa mère. « À l'heure génitale, ce fantasme devient celui de recevoir le pénis du père dans le coït et au delà l'enfant » (André, 1994, p. 76). Le désir d'enfant n'a donc pas d'unité selon Jacques André, pouvant à la fois être narcissique aussi bien qu'objectal.

Les désirs inconscients apparaissent à la faveur de « marques signifiantes » (Bydlowski, 1997, p. 68) qui traduisent des réminiscences inconscientes de souvenirs, de désirs, des événements infantiles, et qui sont à l'œuvre dans la symbolique des prénoms choisis ou les calculs inconscients de la date d'accouchement (Bydlowski, 2008).

Ces marques se retrouvent sous deux formes. D'une part les représentations de mots, qui sont proches du conscient et peuvent être déchiffrées. Elles concernent les chiffres et les lettres utilisés dans le prénom de l'enfant qui porte souvent une signification symbolique de ces désirs inconscients, ou dans les dates notamment d'accouchement prévu ou de conception. D'une autre part, il s'agit de représentations d'évènements ou de scénarios plus inconsciemment enfouis et difficilement repérables tels que les désirs incestueux ou de réparation narcissique et qui prennent corps dans l'espace psychique et corporel de l'enfant.

Les représentations inconscientes venues de l'histoire transgénérationnelle de la mère vont doter l'enfant à venir (Bydlowski, 1997). Au même titre que la transmission génétique dote le nouvel être de qualités et de caractéristiques spécifiques, la mère va transmettre un tissu de représentations qui préexistent à la naissance de l'enfant et façonneront son identité. Et de la même manière que pour l'équation génétique qui est unique, ces représentations pré-historiques seront singulières à chaque grossesse et chaque bébé.

4.3.2 Régression et réélaboration

La période entourant la naissance est un « entre-deux » (Sibony, 2003) qui est un espace-temps durant lequel, le sujet s'affronte à l'origine pour la retrouver et s'en dégager. Les femmes, pendant la période périnatale, vont avoir l'occasion de rejouer des événements psychiques, des expériences de leur passé infantile qui feront ou non l'objet d'une élaboration ou d'un réexamen.

L'accès psychique à la position de mère résulte d'un processus qui consiste principalement à l'élaboration, l'intégration, la symbolisation de l'ambivalence qui a nourrit sa relation interne à son imago maternelle. Il s'agit ici de toutes les représentations inconscientes de la figure maternelle qui vont se remanier. La mère archaïque, faible, déchue, la mère idéalisée, la mère castratrice et omnipotente. Ce travail de réélaboration se produit à l'adolescence puis s'actualise à nouveau lors de la maternité. C'est dans cette période de révolution psychique que le sujet va changer d'identité pour devenir mère par un processus de séparation et d'individuation.

La fille, devenant mère revivrait sous une forme inversée le lien à la mère, à rebours de la dynamique qui l'avait conduite à se tourner vers le père. L'investissement narcissique de la grossesse centré sur le corps, les limites de la peau, les soins, contribue au retour des origines, de l'archaïque. Cette reviviscence du lien obscurci par l'Œdipe est l'occasion d'un travail de détachement. (Squires, 2003, p. 120)

Ce processus réédite celui similaire de l'adolescence qui déjà mettait en branle une double réaction conflictuelle, l'une concernant le processus de séparation-individuation et l'autre le complexe d'œdipe (Chabert, 2002). Il s'agit de remaniements psychiques qui font s'entrechoquer des tensions pulsionnelles internes et des tensions relationnelles externes. Il en résulte, pour la maternité comme pour l'adolescence, un état de grande vulnérabilité. Et en se reproduisant, le sujet s'expose. Il s'expose à la remise à l'ordre du jour des manques, des trous, des failles

sur lesquels il s'est construit, car la naissance d'un enfant interroge les tâches aveugles de la transmission.

La grossesse contraint, la mère à opérer un travail psychique de réélaboration de son histoire relationnelle fantasmatique et réelle avec ses représentations des figures parentales. Une réélaboration qui, ici aussi, est double et concerne une mobilisation pulsionnelle narcissique, et donc identitaire et identificatoire; et objectale dans sa dimension œdipienne. La maternité induit par conséquent, une remise à jour des identifications aux imagos parentales infantiles dans un travail de « deuil de développement » (Palacio Espesa, 2000, p. 16) concernant l'Objet réel et l'Objet fantasmatique parental.

D'un point de vue intra-psychique et psychodynamique, pour devenir mère la femme s'appuie nécessairement sur une image maternelle principalement issue de sa relation inconsciente à sa propre mère pour conquérir son identité féminine. À l'image maternelle toute puissante de la période pré-œdipienne, la jeune mère va dans un premier temps devoir accéder à une autre image maternelle, plus archaïque encore, celle des premiers soins et de la tendresse. Pour cela elle va devoir se représenter une mère affaiblie, à qui elle va donner l'enfant, souvent le premier, en règlement de sa dette de vie (Bydlowski, 1997). L'identification à une mère suffisamment faible, est indispensable pour que celle-ci puisse recevoir l'enfant-cadeau, réglant la dette symbolique liant mère et fille dans la chaîne générationnelle. C'est uniquement lorsque cet acquittement est possible que la conception va être inconsciemment autorisée. Dans le cas contraire, lorsque l'imago maternelle est trop omnipotente, alors la femme ne peut se soumettre sans agressivité et ambivalence à son devoir de procréation, ce qui entraîne des échecs de conception, des refus d'enfanter conscients ou des demandes d'IVG.

Le retour à une image maternelle originale est essentiel dans la filiation féminine. Par la suite, les processus identificatoires à une mère idéalisée sont prévalent au cours

de la grossesse et même nécessaires (Bydlowski, 2000). La femme va donc, pour devenir mère, se référer à une image maternelle idéalisée. « Idéalisation qui s'appuie sur le fantasme d'un double de soi-même et d'une filiation par partition d'une autre soi-même » (Bydlowski, 1997, p. 78). Une ombre maternelle qu'il sera plus ou moins facile de supporter et dont l'ambivalence de l'attachement devra être résolue et intégrée. Car une conflictualité peut apparaître et la réélaboration des identifications anciennes s'avère nécessaire, surtout si les introjects parentaux maternels ne correspondent pas aux idéaux maternels et à la construction de l'image de soi (Abdel-Baki et Poulin, 2004). Ainsi la régression se fera dans un climat affectif de rébellion, d'opposition et de rivalité plus ou moins bien assumé. Le refus identificatoire à la mère, à qui la parturiente ne reconnaît aucune compétence, peut relever alors d'un choix défensif, afin de lui permettre d'échapper à une certaine dépendance insoutenable (Ibid.).

Lorsque le déroulement de cette crise identificatoire a une fin positive, alors la relation de la gestante avec sa mère évoluera vers une nouvelle maturité lui permettant de prendre la place de sa mère et de laisser sa place de fille à son enfant. Cette issue la conduit ainsi à se reconnaître dans le vécu de la maternité de sa mère et la comprendre.

Dans l'amour et le soin qu'elle prodigue à l'enfant, la mère satisfait ses plus anciens désirs tout en partageant par identification le plaisir qu'elle procure à l'enfant. Grâce à cette relation inversée, la mère peut revivre dans un climat de bonheur son premier attachement filial, et la haine cède la place aux sentiments positifs envers sa propre mère. (Klein, 1959, p. 243)

Ainsi l'on entend souvent dans le discours des jeunes mères l'observation d'un rapprochement, souvent transitoire avec leur propre mère, qui fait suite à une relation plus ambivalente et conflictuelle. Cette identification des femmes enceintes se fait donc principalement avec leur propre mère, dans la mesure où elle a été suffisamment

bonne et qu'elle peut être un support d'identification positif. Dans le cas contraire, l'identification se fera auprès d'autres femmes de leur entourage telles que les amies, les belles-sœurs ou les sœurs, qui porteront les qualités recherchées. Ainsi, les sages-femmes font souvent figure de modèle maternel idéalisé de substitution, par leur présence constante et inconditionnelle.

La période périnatale révèle donc tout particulièrement les aléas biographiques et libidinaux de la relation mère-fille et ne se fait pas sans la réactivation d'une certaine conflictualité issue de la période œdipienne. En effet, l'accueil d'un nouvel enfant va inciter la mère à remettre à l'ordre du jour ses investissements œdipiens envers ses propres parents, pour les transformer en une voie d'investissement objectale originale de son enfant dans *un triangle transgénérationnel* singulier (Cramer, 2004). C'est ce que Cramer décrit avec la modélisation de ce triangle dont l'angle supérieur est celui du parent et les deux autres termes sont constitués par son enfant et ses propres parents. Les trois extrémités du triangle sont donc fortement liées et s'influencent mutuellement.

Il s'agit de découvrir l'enfant dans toute sa différence, en respectant son individualité propre tout en opérant – par transformations et déplacements sublimés – une conversion des investissements œdipiens primaires. (Cramer, 2004, p. 39)

Pour la future mère, les réminiscences œdipiennes vont être teintés par le déroulement et la résolution de son propre complexe d'Œdipe. Elle va donc

Se situer dans l'ordre de la filiation comme femme par rapport aux hommes, c'est à dire comme femme autre que sa mère et femme d'un autre homme que son père, et c'est par ce relais de la relation incestueuse qu'elle vient notifier à l'enfant l'inévitable présence du père. (Legendre, 1985, p. 330)

Ce positionnement dans l'ordre de la filiation va être plus ou moins facile et heureux dépendamment de son histoire personnelle avec ses parents et son conjoint. Les

conflits non résolus de la relation aux parents œdipiens vont ainsi mettre à mal cette construction identitaire.

Nous le voyons ici, devenir mère implique une réélaboration consciente et inconsciente de sa vie infantile. Au cours de la gestation s'intriquent en particulier les identifications maternelles archaïques et la réalisation œdipienne. La conflictualité psychique se rejoue sur la scène actuelle à la faveur de symptômes plus ou moins invalidants et dans une conflictualité externe aux parents réels.

4.3.3 La conception et ses avatars

L'étude des caractéristiques psychiques de l'infertilité témoigne de la manière dont les enjeux inconscients et les déterminants organiques s'entrecroisent et s'activent dans une grossesse impossible. Stérilité et conception sont alors les deux faces d'une même pièce et traduisent particulièrement la conflictualité psychique qui accompagne tout désir de maternité. Chaque conception et chaque grossesse fait donc intervenir de multiples enjeux fantasmatiques, imaginaires, symboliques et réels, à l'instar d'un puzzle dont la pièce manquante ou altérée entrave sa réalisation. Enjeux inconscients qui s'incarnent dans le corps soit à la faveur d'une grossesse dont *l'identité conceptionnelle* (Bayle, 2005) du bébé marquera sa trajectoire soit à la faveur d'un symptôme qui empêchera une maternité souvent consciemment désirée.

En tant que le désir d'enfant est ambivalent et complexe, les stérilités peuvent s'entendre comme symptomatiques d'une conflictualité psychique non résolue et de conflits inter-personnels méconnus ou déniés. L'étude de l'infertilité permet de mettre en lumière les enjeux inconscients de la conception. À la façon d'un négatif, les stérilités sont révélatrices de ce que la maternité soulève comme enjeux psychiques

pour la femme et particulièrement la nature des conflits psychiques qui s'embrasent lors de la mise en route d'un projet d'enfantement.

Ainsi l'article de Sétan et ses collaborateurs (2011) recense les principaux facteurs psychogènes susceptibles d'invalider le désir de procréation d'une femme. L'article répertorie dix facteurs psychiques comprenant les avatars de l'identification à la mère, la conflictualité œdipienne non résolue, les traumatismes antérieurs, les mandats trans et inter-générationnels, les conflits d'idéaux, les fantasmes de parthénogenèse, les failles narcissiques primaires et secondaires... L'hypothèse principale défendue par ses auteurs, concernant l'infertilité, est celle de la présence d'un cumul de facteurs psychodynamiques venant interférer avec le choix conscient des femmes.

Monique Bydlowski qui a consacré son travail clinique à l'exploration des enjeux psychiques de la grossesse, argumente que la procréation spontanée nécessite plusieurs facteurs, physiologique, fonctionnels et psychiques qui sont tous nécessaires et non suffisants. Or concernant les facteurs psychiques, dans les cas de stérilités inexplicables, elle suggère :

Qu'il pourrait s'agir d'une opération de défense inconsciente du psychisme face à l'éventualité d'une procréation apparemment désirée mais en fait redoutée et activement refusée à l'insu du sujet. (Bydlowski, 2003, p. 248)

Ainsi, elle considère la stérilité comme la mise en échec inconsciente d'une grossesse, par une non conception ou des fausses couches précoces, car elle est d'emblée imprégnée d'une forte conflictualité psychique, d'ambivalence et d'angoisse.

De même, « le concept de la haine inconsciente du fœtus » (Sirol, 2001, p. 348) a conduit à considérer les échecs de la fécondation dans le registre de la haine

biologique. Ainsi, l'agressivité primaire et fondamentale, la haine du fœtus dans ce qu'il représente et vient infliger dans le corps et dans le psychisme maternel, peut s'imbriquer avec le désir d'expulsion de ce corps étranger et envahissant ; et lorsque l'ambivalence est trop forte, signer la faillite de la grossesse.

4.3.4 L'Inconception

Parmi la liste des facteurs psychodynamiques invalidant le désir de grossesse, celui concernant les troubles de l'identification à la mère et à la négativité de l'image maternelle, sont rémanentes dans la théorie de l'*inconception* élaborée par S. Faure-Pragier (1997). Le fonctionnement psychique de la femme souffrant de stérilité, dans ce cadre, révèle tout particulièrement le lien psychique à la mère archaïque kleinienne, dont les enjeux identificatoires et projectifs sont conflictuels et ambivalents.

En effet, la relation à la mère archaïque toute puissante n'a pas été suffisamment triangularisée par le père pendant l'enfance et n'a pas été dépassée à l'adolescence. La fille entretient donc une relation fantasmatique de soumission à l'égard de sa mère omnipotente et projette sur elle une agressivité liée à un défaut d'autonomisation.

L'absence d'investissement d'un père défaillant semble suffire à expliquer la persistance du lien préœdipien à la mère archaïque. Ce n'est pas l'absence du pénis qui provoque la séparation avec la mère châtrée mais l'amour de celle-ci pour un tiers, le père habituellement. (Faure-Pragier, 2001, p. 422)

La grossesse se révèle alors conflictuelle et parfois insoutenable inconsciemment, dans la mesure où la jeune femme se sent trop menacée par le fœtus, sur lequel elle projette sa propre hostilité à l'égard de sa mère. Les enjeux identificatoires négatifs sont ici prégnants dans la mise en échec d'une grossesse, car celle-ci entraîne, de fait,

un mouvement régressif de passivité, de dépendance et de réceptivité, activement refusé. L'échec de l'identification féminine et les avatars de la triangulation avec un père insuffisamment séparateur du couple mère-fille, empêcheraient dans ce cas une grossesse consciemment souhaitée et parfois activement sollicitée par le recours à des thérapeutiques médicales procréatives.

4.3.5 Stérilités psychogènes ou organiques.

Dès lors que l'on considère des facteurs psychiques à l'œuvre dans l'infertilité, la question du lien entre le somatique et le psychique apparaît. Selon Sylvie Faure-Pragier (1997), l'éventualité d'une causalité circulaire somato-psychique, *la récursivité*, qui s'allie à *un déni de la réalité psychique* court-circuitant les interrogations sur le désir de maternité, est posée.

Dans un premier temps, l'auteure remet en question le clivage entre les stérilités organiques et les stérilités psychogènes, qui forme selon elle un raccourci pratique, voire même dangereux et trop fréquemment employé en clinique de l'infertilité. Ensuite, elle dépasse les théories hystériques et psychosomatiques du symptôme, pour développer la conception de *l'intentionnalité du symptôme* répondant au refus inconscient de procréer.

La stérilité mettrait en acte un irreprésentable de la conception, entraînant une abrasion de la mentalisation et la décharge directe de l'excitation dans le comportement ou dans le corps. (Faure-Pragier, 2008, p. 41)

Le conflit psychique impensable ne trouverait d'autre voie pour se résoudre, face à la menace d'une maternité désirée, qu'un passage à l'acte court-circuitant la vie fantasmatique, la conflictualité n'étant plus contenue par le monde interne du sujet. Cette régression archaïque ne pourrait être interprétée, car dénuée de refoulement.

Les fantasmes sous-jacents et l'ambivalence vis à vis du désir de grossesse faisant plutôt l'objet d'un clivage et d'un déni.

Enfin, elle fait l'hypothèse d'une influence réciproque, nommée *récurtivité*, des phénomènes psychiques sur les altérations organiques. Les troubles fonctionnels, voire même les lésions organiques, pourraient relever d'une causalité psychique.

De même que les altérations organiques réactiveraient les ambivalences psychiques que l'on retrouve dans l'*inconception*, notamment vis à vis de la mère. Le psychique et le somatique seraient alors étroitement liés dans une sorte de cercle vicieux dont il serait difficile de pointer l'origine.

L'utilisation de ce modèle paraît apte à rendre compte d'un symptôme spécifique tel que la stérilité, qui n'est ni une maladie somatique, ni un symptôme psychopathologique, mais la simple inhibition d'un fonctionnement physiologique normalement automatique. (Faure Pragier, 1997, p. 60)

Il convient ici de distinguer les représentations œdipiennes refoulées et l'absence ou l'impossibilité des représentations conflictuelles inconscientes de la conception. Ainsi, d'un point de vue thérapeutique il s'agira évidemment de permettre la levée du refoulement, mais aussi l'élaboration de la *négativité* telle que la présente René Kaës (2009), c'est à dire l'élaboration de « ce qui n'est pas », en l'occurrence l'impossibilité de représentation de la conception. Et de permettre au sujet de s'approprier au cours d'un travail introspectif l'ambivalence inhérente au désir d'enfant. La conduite de l'analyse comporterait des particularités, permettant de ne pas faire flamber les processus défensifs (Faure-Pragier, 1997), notamment en passant de prime abord par la renarcissisation du sujet. C'est dans ce double mouvement (la levée du refoulement et l'élaboration de la négativité) que la résolution de l'impasse (stérilité) ne se solderait pas nécessairement par la réussite d'une grossesse (conception), mais aussi parfois par le deuil de la maternité.

D'où l'importance de ménager un espace réservé à la parole des femmes enceintes, qui offre à chacune la possibilité d'aborder l'évènement de procréation en faisant le lien avec les déterminations singulières de son existence et de sa vie. (Spiess, 2002, p. 42)

Car, les gestes techniques comblent les défauts organiques, mais ne permettent pas d'ouvrir un espace d'expression de ce qui n'arrive pas à s'inscrire dans le corps. Les interventions médicales risquent de concevoir à la place des mères dans une effraction psychique et corporelle qui fait violence et qui a des incidences à long terme sur l'établissement du lien parent-enfant et le développement de l'enfant à venir (Chassot *et al.*, 2015).

4.4 Le devenir parent

L'étude des modifications psychiques de la grossesse a été le point de départ de la psychologie périnatale qui s'étend depuis, également, aux enjeux de la paternité, de la maternité, des nouvelles parentalités et aux relations précoces parents-enfants.

Les enjeux psychiques de la parentalité sont multiples, à la fois pour le père et pour la mère et pour l'enfant. L'arrivée d'un bébé va prolonger les réminiscences parentales concernant leur histoire générationnelle, œdipienne, développementale et réelle. Le remaniement identitaire qui commence avant la naissance de l'enfant va se poursuivre après sa naissance, dans le lien réel et fantasmatique avec le bébé. La scène interne va alors s'externaliser dans la relation de la mère avec son bébé dans une sorte *d'ectopie du psychisme maternel* (Cramer et Palacio-Espesa, 1993). Ainsi, pour chaque grossesse, ce travail psychique peut s'avérer plus ou moins conflictuel et induire des vulnérabilités qui vont faciliter ou non l'établissement des relations parent-enfant et être plus ou moins organisatrices pour le bébé (Palacio-Espesa, 2000). D'ailleurs les rites associés à la naissance ont une fonction contenant des émotions et des tensions

issues des bouleversements intrapsychiques et familiaux du post-partum (Mellier et Rochette-Guglielmi, 2009).

Le processus de parentalité est à cet égard très dépendant du socle social et culturel dans lequel il s'élabore. Notre société post-moderne, dont la famille nucléaire est l'emblème, induit une nouvelle façon d'être parent et de nouvelles parentalités (monoparentalité, homoparentalité, beau-parentalité). À l'heure actuelle, ces nouvelles parentalités sont explorées notamment pour les questions éthiques et les évolutions sociétales qu'elles soulèvent. De manière contigüe s'est développé tout un arsenal thérapeutique et clinique entourant les troubles psychiques et relationnels de la parentalité. La psychologie périnatale est donc un champ de connaissance mouvant et en perpétuelle élaboration. Nous nous attacherons plus particulièrement au devenir mère puisque notre matériel concerne des entretiens avec des mères.

4.4.1 Filiation et transmission

La clé de voute de la psychologie périnatale réside sans doute le concept de « filiation ». En effet la filiation va être interrogée intensément pendant la grossesse et après l'accouchement. Le désir d'enfant procède lui aussi de la nécessité de s'inscrire dans la chaîne des générations, autant de manière réelle que de manière symbolique et imaginaire. La filiation est un concept qui se situe au carrefour de plusieurs disciplines, que ce soit l'anthropologie, la biologie, la justice ou la psychologie. D'un point de vue psychanalytique, le psychiatre Jean Guyotat (2005a) la définit ainsi :

Le lien de filiation est ce par quoi un individu se relie et est relié par le groupe auquel il appartient à ses ascendants et descendants réels et imaginaires. Cette définition implique donc à la fois que le sujet est inscrit et s'inscrit dans une lignée où le nom a en effet de l'importance, qu'il se situe ou est situé par ses ascendants et qu'il projette, ce qui est plus original, sur ses descendants. (2005a, p. 118)

La filiation est donc une construction et une co-construction familiale, qui s'étaye à la fois sur une réalité de fait et sur une fantasmatisation imaginaire. Elle est issue « d'un système de représentations mentales articulées à un ensemble de représentations collectives » (Guyotat, 2005a). Jean Guyotat établit ainsi que la filiation est de trois ordres : la première est symbolique, car elle place l'individu dans l'histoire générationnelle et est transmise par l'institution et légitimée par la société. Elle implique entre autres les enjeux de la nomination et du patronyme et soulève les questions de la transmission et de la dette. La filiation narcissique, elle, appartient à l'ordre de l'imaginaire et est instituée par le sujet lui-même ou sa famille sous la forme d'un mythe familial. La filiation biologique quand à elle, est celle du corps et soulève des enjeux de la génétique et de l'hérédité. La filiation peut avoir une fonction, d'un point de vue cognitif, d'organisateur mental (Guyotat, 2005b)

Lors de la naissance d'un enfant, les enjeux de filiation sont remis à l'ordre du jour pour les parents et viennent inscrire l'enfant dans l'histoire générationnelle réelle et imaginaire de ses parents. Lorsqu'un élément traumatique (deuil, génocide, suicide, avortement) de l'histoire familiale n'a pas été symbolisé, alors il traverse les générations et peut amener des pathologies de la filiation qui sont de deux ordres : la filiation délirante et la filiation traumatique (Guyotat, 2005b). Ainsi, les décompensations psychotiques de la période périnatale sont, pour Jean Guyotat, essentiellement reliés à un défaut d'une de ces logiques de la filiation et plus particulièrement de la filiation narcissique qui met en exergue les failles narcissiques et identitaires du jeune parent et génère des fantasmes de reproduction du même. Il pose d'ailleurs l'hypothèse que les psychoses puerpérales pourraient s'enraciner dans un délire de filiation à propos de la descendance, ce qui explique les passages à l'acte suicidaires altruistes des rejetons. C'est à travers la filiation narcissique que l'on peut comprendre d'après lui la transmission du traumatisme, car elle prend le pas sur la filiation instituée et la filiation symbolique.

La transmission est d'ailleurs un enjeu central de la maternité. Désirer un enfant c'est aussi pour une mère, désirer lui transmettre ce qu'elle a vécu et appris. À cette transmission consciente de valeurs, d'opinions, d'expériences, s'ajoute une transmission plus inconsciente de représentations imaginaires issues de son histoire familiale. Il existe deux types de transmissions familiales : les transmissions intergénérationnelles et les transmissions transgénérationnelles qui ont été distinguées plus particulièrement par Serge Tisseron et ses collaborateurs (2000). Ainsi, les transmissions intergénérationnelles sont celles qui se produisent entre générations en situation de relations directes et possèdent une dimension horizontale. Les transmissions transgénérationnelles quand à elles concernent celles qui se produisent à travers les générations dans une dimension verticale. Or, ces différentes transmissions ont été étudiées plus particulièrement pour les aspects traumatiques de l'histoire familiale (secrets de famille, deuils) et des dettes ou *mandats générationnels* (Serge Lebovici) qui viennent s'actualiser à la naissance d'un enfant.

Dans la clinique périnatale, les hiatus de la fonction de transmission peuvent venir s'exprimer par toutes sortes de conduites ou de pathologies qui vont influencer l'organisation psychique du nouveau-né et son identité subjective. Ainsi, Serge Lebovici utilise le terme *d'empathie métaphorisante*, dans sa clinique, pour évoquer son état particulier, lui permettant de cerner les fantasmes parentaux, en lien avec la filiation des générations précédentes et de la transmission. De même Selma Fraiberg (1999), observe la présence de *fantômes dans la chambre d'enfants*, intrus du passé qui viennent, à la naissance d'un enfant, refaire surface et perturber l'établissement du lien mère-enfant.

4.4.2 Parentalité psychique

Le concept de parentalité est issu d'une élaboration pluridisciplinaire à la fois sociologique, anthropologique ou psychanalytique. Il est donc polysémique et possède des dimensions symboliques aussi bien que réelles. Concernant l'axe psychique, il représente une étape du développement psychologique de l'adulte. Ce concept est issu du « parenthood » anglo-saxon, et a pour origine les travaux de la psychanalyste Américano-Hongroise Thérèse Benedek (1959). Le terme de parentalité a été par la suite défini et élaboré successivement par de nombreux auteurs, que ce soit Paul-Claude Racamier, Serge Stolérou ou Serge Lebovici. Ce terme distingue les pratiques parentales de leur vécu subjectif. Ainsi,

La parentalité est conçue comme un processus psychique d'élaboration de la position parentale interne au sujet, qui accompagnerait le déroulement des différentes étapes de la prise en charge de l'enfant de sa conception à son indépendance, tout en inscrivant l'enfant dans une généalogie. (Neyrand, 2007, p. 76)

La parentalité s'enracine donc dans l'histoire du sujet et s'élabore plus particulièrement sur la base d'identifications à chacun des deux parents. Mais cette définition est très partielle car, au delà de ces processus psychiques, la parentalité relève également de pratiques parentales soumises aux impératifs culturels et sociaux et d'enjeux générationnels puisqu'elle implique un changement des positions de chacun dans la suite des générations selon le processus de *permutation symbolique* (Legendre, 1985), dans la mesure où l'enfant devient parent et le parent devient grand-parent. Il s'agit donc à la fois d'un travail psychique d'élaboration de l'identité parentale en même temps qu'un bouleversement réel et symbolique de la chaîne générationnelle.

Du point de vue du jeune parent, la naissance du premier enfant impose toute une réélaboration psychique l'amenant à une nouvelle identité parentale qui sollicite

ardemment ses assises narcissiques (Visier, 2003). La première phase de cette crise identitaire se joue autour de la remise à jour de l'histoire du sujet avec ses figures parentales intériorisées. Pour construire son identité parentale, la mère va se demander quelle mère elle a eu et quelle mère elle souhaiterait être pour son enfant. Ces questions engagent à la fois le lien passé et le lien présent du parent avec ses propres parents (Thévenot, 2006).

Ainsi, d'un point de vue intrapsychique, la jeune mère doit renoncer à sa place d'enfant auprès de ses propres parents en même temps que de s'identifier à eux pour fonctionner en tant que parent (Palacio-Espesa, 2000). Le premier processus permet à la mère de reléguer ses propres besoins infantiles à son enfant grâce à la mobilisation d'identifications projectives structurantes et organisantes pour le lien mère-enfant. Le deuxième processus, nécessite un travail identificatoire pré-conscient et inconscient aux figures parentales. D'un point de vue inconscient, les figures parentales sont vécus comme abandonnantes et soulèvent alors une agressivité qui se retourne contre le jeune parent qui doit s'identifier à eux. De plus la confrontation à des idéaux parentaux trop idéalisés, peut également faire surgir de l'ambivalence. Ce qui rend la période du post-partum particulièrement dépressiogène et pathologisante. Car :

Bien que les parents externalisent en projetant de manière identificatoire leur propre narcissisme infantile sur leur bébé, ils projettent aussi à leur insu, des parties d'eux-mêmes enfants plus négative ou conflictuelle ou des parties d'imagos parentales elles-mêmes conflictuelles. (Le Nestour, 2003, p. 36)

Le lien avec l'enfant va être marqué par ces processus identificatoires et projectifs et participer à son organisation subjective. De plus, selon le sexe de l'enfant à naître, les questionnements et le jeu identificatoire seront différents (Ibid.). Ainsi, quand le sexe de l'enfant est différent de celui de la mère, c'est à dire qu'il s'agit d'un garçon, les confusions générationnelles et les identifications massives sont moins prégnantes et les identifications projectives plus contenues. Car les bébés filles, pour la mère, par le

double processus identificatoire et contre identificatoire (à la mère qu'elle a eue et à la fille qu'elle a été) implique une confusion identitaire considérée comme défensive de l'agressivité vécue à l'encontre de la figure maternelle s'originant dans la relation primitive mère-fille (Ibid.). Le bébé étant l'objet de projections identificatoires sexués, le sexe de l'enfant teinte alors la relation fantasmatique et réelle parent-bébé. Les soins prodigués aux garçons ou aux filles étant sensiblement différents.

Le second enjeu est celui de la perte et du deuil. Ce deuil concerne à la fois les objets réels, tels que les parents ou la position sociale, mais également les objets fantasmatiques et notamment les images parentales idéalisées auxquelles il faut renoncer.

Ces hommes et ces femmes pressentent en effet que leur inscription dans une place de parent va modifier leur lien actuel à leur propre parent. Cependant, l'ambivalence caractérise presque toujours ces mouvements psychiques : le plaisir de devenir soi-même parent est tempéré par un sentiment, plus ou moins aigu, de perte. (Ibid., p. 39)

Le nouveau parent va donc osciller entre les affects positifs de l'investissement au nouvel objet d'amour et les affects dépressifs qu'engendre le deuil des images parentales archaïques. Le deuil sera ainsi plus ou moins conflictuel et ambivalent selon que les failles de l'histoire infantile de la mère seront élaborées ou non.

Enfin l'arrivée d'un enfant dans la constellation familiale va immanquablement susciter une modification de la dynamique familiale. L'arrivée de l'enfant va déplacer chaque membre de la famille sur la chaîne générationnelle. Les frères et sœurs vont devenir oncles et tantes. Les parents vont devenir grands-parents et ainsi s'approcher un peu plus près de la mort. Les enjeux de places peuvent donc également soulever des rivalités, des ambivalences et des conflits qui seront particulièrement culminants au moment de la naissance. C'est précisément ce que décrit Pierre Legendre (1985) dans son concept de *permutation symbolique des places*. D'un point de vue

symbolique, au delà d'une simple succession naturelle temporelle, tout sujet devenant parent troque sa place de fille ou fils, contre celle de sa mère ou son père. Cette permutation symbolique engage donc toujours trois générations. Elle ne se fait qu'au prix d'un double deuil : celui symbolique de son parent et celui de sa place d'enfant.

4.4.3 Les conflits de la parentalité

La période périnatale est donc une période de grande vulnérabilité pour chacun des parents. En post-partum, *les souffrances primitives* (Mellier et Rochette-Guglielmi, 2009) se matérialisent soit chez la mère, soit chez le bébé ou dans l'ambiance familiale. Cette étape existentielle peut-être soit organisatrice pour chacun des acteurs du système familial, soit traumatique si les éléments archaïques non élaborés émergent et ne sont pas accompagnés (Palacio Espesa, 2000). La difficulté ou l'échec de cette remise en question se manifeste par l'observation d'un grand nombre de psychopathologies de la période périnatale autant pour les mères, que pour les enfants et les pères. Nous pouvons retrouver la dépression du post-partum maternelle ou paternelle, les psychoses puerpérales ou les troubles fonctionnels et développementaux graves pour le bébé. Les bébés étant, par leurs symptômes, les porte-parole de troubles de la parentalité.

De nombreuses théorisations autour de la psychopathologie périnatale et des enjeux de la parentalité ont vu le jour. Notamment avec Serge Lebovici et le *mandat transgénérationnel*, Monique Bydlowski et *la dette de vie*, ou plus récemment, la théorie de *l'identité conceptionnelle* Benoit Bayle. C'est le cas aussi de *la théorie des conflits de parentalité* de l'école de Genève. Leur conceptualisation des troubles de la parentalité se situe au carrefour des théories psychanalytiques, systémiques, de l'attachement, neuropsychologiques et s'inscrit évidemment dans l'histoire de la psychologie et de la psychanalyse de l'enfant. L'hypothèse de base consiste dans le

fait que les troubles du bébé de 0 à 30 mois trouvent leur origine de deux manières : dans l'impact des projections maternelles et paternelles sur le fonctionnement du bébé ; et dans les distorsions de la relation précoce (Knauer et Palacio-Espasa, 2002). Les pathologies du bébé et de l'enfant possèdent donc une dimension intersubjective familiale.

Durant le post-partum, les fantasmes parentaux prennent souvent corps dans la relation réelle avec l'enfant. Par des processus de projections et d'identifications, les conflits internes du parent sont rejoués dans le lien à l'enfant qui, par son immaturité et le fort investissement parental, constitue un terrain privilégié pour extérioriser ces conflits. (Nanzer, 2013, p. 120)

Les troubles fonctionnels ou développementaux des nourrissons sont étudiées par l'exploration de la dynamique familiale et plus particulièrement des conflits des parents avec leurs propres images infantiles exprimés sous forme de projections parentales et d'identifications plus ou moins problématiques pour l'enfant. Le type de projection et d'identification va donner lieu à une classification en quatre types de conflictualité parentale ordonnés de la moins problématique à la plus désorganisant pour l'enfant : la conflictualité parentale normale, la conflictualité parentale névrotique, la conflictualité parentale masochique et enfin les conflits de parentalité narcissiques.

Les interventions thérapeutiques basées sur la parentalité visent à donner un sens aux symptômes de l'enfant à partir et en relation avec les conflits de parentalité recueillis et observés. Les interprétations visent à permettre aux parents de relier leurs interrogations à propos de leurs enfants à leur propre histoire et à leurs représentations à son sujet. L'explication des projections parentales dégage ainsi l'enfant de leur pression inconsciente et permet un meilleur ajustement des parents et des bébés (Knauer et Palacio-Espasa, 2005). Il s'agit d'interventions psychodynamiques qui se centrent sur les fantasmes et les représentations

conflictuelles que le parent a de lui même en tant que parent de son enfant et non sur l'analyse du transfert et du contre-transfert.

4.4.4 Les conflits de la grand-parentalité

Du point de vue des parents des nouveaux parents s'effectue également toute une série de réélaborations psychiques en miroir à ce que traversent les nouveaux parents. La notion de crise identitaire de la grand-parentalité a été mise à jour dans des travaux récents (Schneider *et al.*, 2005) et fait référence au réaménagement psychique et relationnel qu'entraîne la naissance du premier petit-enfant. Hélène Tenenbaum (2000) soutient notamment que l'accès à la grand-parentalité conduit à une position identificatoire spéciale, une identification double et symétrique, à la fois à l'enfant qu'on a été et à son propre aïeul disparu.

Devenir grand-parent c'est, en quelque sorte, reprendre à son compte tous les éléments de cette relation qu'elle ait été satisfaisante ou non, et, pour cela, le mouvement psychique consiste à occuper toutes les places de la scène, être le grand-parent de son enfance et en même temps le petit-enfant de ce grand-parent là. Il y a sans cesse une oscillation entre ces deux positions qui font, ou ont fait, l'objet d'un travail de deuil. (Ibid., p. 22)

Un autre travail de deuil accompagne l'accès à la grand-parentalité et se situe autour de la mise en place de la succession générationnelle. Le nouveau grand-parent doit en effet être en mesure d'accepter une nouvelle conception du temps, sans nostalgie du passé et dans l'acceptation de l'avenir afin d'accéder à une nouvelle position identificatoire structurante pour toute la constellation familiale. Il s'agit alors d'avoir :

La capacité d'intégrer la perte de la position parentale, relation maternelle ou paternelle exclusive, de modifier sa relation à son propre enfant, en s'inscrivant dans la continuité des générations. (Bergonnier-Dupuy et Robin, 2007, p. 222)

Pour la mère de la mère, la grand-maternité implique ainsi un renoncement et une désillusion. En effet, la confrontation avec le nouveau-né la ramène à la perte de sa propre maternité et au fait qu'elle doive laisser sa place pour se situer ailleurs dans le déroulement des générations, et dans l'appartenance à une lignée dont elle devient un maillon.

« Le pouvoir de devenir femme, ne vient pas de soi-même, mais on le reçoit de la génération précédente » (Flahault, 2004, p. 43). Ce don qui se transmet au delà de la mort, est un don maternel. C'est la mère qui accepte de que la fille puisse à son tour devenir mère, ce qui exige qu'elle accepte de passer le relai et donc de mourir symboliquement. Le don de vie se fonde ainsi d'abord sur l'acceptation de la mort.

La ménopause est d'ailleurs, à cet effet, une période de mise à l'épreuve narcissique qui se dénoue au mieux par l'épanouissement de la personne sociale (Dolto, 1982). Mais les femmes qui ne supportent pas la blessure narcissique que leur inflige la fin de leur période de fertilité peuvent s'inscrire dans un tableau de la vieillesse névrotique, ressemblant à des sorcières agressives revendicatrices, pathogènes sur leur descendance qui représentent justement « l'autre phallique qu'elles haïssent » (Dolto, 1982, p. 189). L'autre pendant de ce tableau, est l'adoption d'une position plaintive, régressée et dépressive. La maternité de leur fille est donc un moment propice à l'expression de ces blessures et de cette inscription généalogique.

Si la préférence des équipes hospitalières, de nos jours, va clairement vers le père en salle d'accouchement, on continue néanmoins à penser qu'une fille a besoin de sa mère lorsqu'elle vient accoucher (à moins que ce ne soit l'inverse?). Il s'agit d'un passage de relai, de génération à génération; il se fait par des gestes et surtout par des mots. (Eliacheff et Heinich, 2002, p. 326)

Il s'agit de revivre à travers sa fille ce que l'on a soit même vécu avec sa propre mère et devenir mère d'une mère qui reste cependant sa fille. Le nouveau-né est alors vécu comme proche et lointain, car il est issu de sa fille, mais n'est pas le sien propre. Les premiers mots et les premières réflexions prennent alors de l'importance et seront teintées par l'état des relations antérieures mère-fille. Du point de vue des enjeux de dette et de transmission :

Il y a bien une spécificité de la relation mère-fille : elle concerne la reconnaissance de la dette de vie de la part de la fille, la transmission de la part de la mère et, pour chacune, le redéfinition des places générationnelles, offrant la possibilité d'un réajustement de l'une par rapport à l'autre, grâce à l'arrivée d'un tiers dont la place est marquée symboliquement – mais pas toujours facile à respecter, pour l'une comme pour l'autre. (Ibid., p. 329)

La naissance vient donc remodeler toute la dynamique du rapport intergénérationnel entre les mères et les filles à partir notamment de la qualité de leur relation antérieure.

Pour le grand-père, les enjeux de rivalité viennent imprégner le rapport qu'il a avec son enfant et son conjoint. Serge Lebovici disait à ce sujet que « le grand-père maternel est toujours un rival putatif ». Cette place de rival naît bien entendu de sa position œdipienne dont il doit accepter d'être déchu.

Enfin, il ne s'agit pas exactement d'un renoncement, mais plutôt d'un remaniement psychique qui ressemble étrangement à une sorte de résolution du complexe d'Œdipe à l'envers (...) Les mouvements affectifs envers l'enfant dépendront donc du mode de résolution, dissolution dit Freud, de l'Œdipe parental. (Tenenbaum, 2000, p. 25)

De leurs parents, les nouveaux parents demandent alors qu'ils puissent tenir la juste place et se tenir à bonne distance de la famille nucléaire. Ces capacités d'adaptation et de souplesse dans le changement identitaire grand-parental sont parfois difficiles à conserver en fonction de leur histoire personnelle et de leurs relations avec leurs enfants. Et les manifestations anxieuses et dépressives sont particulièrement

prégnantes lors de la naissance du premier petit-enfant des grands-parents (Attias-Donfut et Segalen, 1998, p. 48).

Cette transition identitaire peut alors s'accompagner de toute une symptomatologie psychique et d'une complexification des relations avec son enfant et le conjoint de celui-ci. Se rejoue alors sur la scène actuelle une conflictualité qui tient ses racines des remaniements psychiques inconscients corrélatifs à cette période de crise existentielle.

D'une façon générale, les difficultés psychologiques, voire la psychopathologie des grands-parents sont étonnamment occultés. Les mères doivent admettre qu'il leur faut concéder leurs capacités de fécondité à leurs filles (...). Dans l'occultation de ces tourments, des psychologues voient à juste titre, une sorte de refoulement collectif qui ne laisserait filtrer que le « bonheur d'être grand-père ». Les manifestations des symptômes restent alors enfermées dans le huis-clos des familles, dans une sorte de folie privée. (Attias-Donfut et Segalen, 1998, p. 51)

La question de la relation aux beaux-parents de la mère est également remise en lumière pendant la période prénatale.

En effet, si la mise en couple avait contribué à créer des liens de parenté avec la belle-famille, l'annonce de l'arrivée d'un enfant a pour effet de les réactualiser en les concrétisant. Lors de ce passage, chaque conjoint semble attendre de ses beaux-parents une nouvelle reconnaissance. (Ibid., p. 43)

L'arrivée d'un enfant, dans une famille, va donc réactiver chez chacun de ses membres une série de processus psychiques de réélaboration des étapes antérieures du développement psycho-sexuel de l'adulte. Ces remaniements ont lieu à différents moments de la vie des individus : à l'adolescence, lors de la naissance de ses enfants et lors du passage au statut de grands-parents. Ce sont des étapes développementales maturatives. Ces crises identitaires, fortement dépendante des assises narcissiques de chacun et des aléas traumatiques de leur histoire, vont s'extérioriser sur la scène

relationnelle et donc susciter conflits et ambivalences. Mais elles peuvent être également créatrices et novatrices de nouvelles potentialités.

4.5 Conclusion

De ce passage en revue des multiples et complexes mécanismes inconscients entrant en jeu dans le désir de maternité, la grossesse et la parentalité, nous pouvons remarquer la place importante des processus identificatoires à l'image parentale maternelle intériorisée. Ainsi, la jeune mère doit sans cesse faire des compromis et se situer entre l'image idéalisée de la mère toute bonne de son enfance et celle plus archaïque tellement frustrante et ambivalente. Le rapport à la mère archaïque et œdipienne soulève également les enjeux de transmission. La transmission de la dette et la transmission de ce qui appartient au féminin.

Le processus d'enfantement chez la fille, met en scène une fois de plus le fantasme du cadeau, l'enfant risquant cette fois d'être considéré comme une offrande à la mère de celle qui deviendra la mère, pour peu que celle-ci ait exprimé son attente, soumis au risque d'appropriation abusive. (Rousseau-Dujardin, 2003, p. 108)

S'exprime ici la difficulté des femmes à se situer à la place de mère, mère comme celle qu'elle a eue, et de s'approprier la capacité de procréer. Il s'agit de répondre à la question de la reproduction du même. Or les femmes peuvent se sentir prises à leur propre piège, entre le désir d'accéder à la position de mère et l'impossibilité de d'accepter cette position de dépendance et de passivité par rapport à leur mère archaïque ambivalente.

DEUXIÈME PARTIE :
CONTEXTE MÉTHODOLOGIQUE

CHAPITRE V

CONDITIONS DE LA RECHERCHE

5.1 Introduction

Notre projet de thèse s'inscrit dans le cadre d'une recherche internationale initialement sous la responsabilité principale du Pr Serge Lesourd et menée sous la direction scientifique de Claude Schauder, psychologue et psychanalyste, associé à la Faculté de psychopathologie de l'Université Louis Pasteur de Strasbourg. C'est à ce titre et au sein de l'Unité de recherche en psychologie : *subjectivité, connaissance et lien social*, qu'il a initialement entrepris la recherche qui nous concerne, en 2008-2009.

L'intitulé de la recherche est le suivant : « Prévention en périnatalité. Étude comparative interculturelle de l'attente des femmes d'aujourd'hui en période périnatale, au regard de la démarche préventive d'éducation à la parentalité ». Elle porte principalement sur la construction de la parentalité et ce qui pourrait l'entraver. Ainsi, la recherche tente de définir les attentes des parents par rapport aux professionnels et les processus psychiques conscients et inconscients au regard de la parentalité; ainsi que d'explorer les modalités des réponses à ces attentes, tant d'un point de vue social que psychologique ou culturel.

Les objectifs sont de deux ordres : d'abord théorique dans une tentative d'enrichissement des connaissances sur la construction de la parentalité; puis clinique dans l'amélioration des outils diagnostiques et de la prévention précoce des difficultés relatives au devenir parent.

Monsieur Schauder, en collaboration avec des professeurs d'universités intéressés par son projet, a donc mis en place des équipes de recherche dans différents sites de consultations périnatales, en Chine, au Canada, au Brésil, en Russie et en France, afin de permettre un travail de comparaison culturelle pour satisfaire l'axe dit synchronique de la recherche. Ces équipes travaillent indépendamment, selon les thèmes qui les intéressent, mais utilisent toutes la même méthodologie de cueillette de données (Annexe A : Récapitulatif méthodologique). Le protocole d'analyse commun a été élaboré mais les équipes sont laissées libres de suivre leurs propres méthodes à condition d'envoyer le matériel brut au chercheur principal.

Afin de satisfaire un axe dit diachronique, les équipes ont donc réalisé 5 entretiens pendant la période périnatale (3^e mois de grossesse, 6^e mois de grossesse, 8^e mois de grossesse, dans le mois qui suit l'accouchement et aux 18 mois de l'enfant) avec des sujets féminins ou masculins.

Ainsi, au sein des équipes internationales, des doctorants sont amenés à proposer une perspective de recherche originale sur la parentalité afin d'enrichir les travaux en cours, choisissant une méthodologie qui leur est propre tout en utilisant le matériel fourni par l'équipe.

Notre projet de thèse prend alors place dans ce dispositif international. Nous travaillons au sein de l'équipe canadienne dont l'étude épidémiologique était, jusqu'en 2010, sous la responsabilité de Mme Irène Krymko-Bleton, professeure, chercheuse, psychologue et psychanalyste au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal (UQÀM). C'est à présent Nicole Reeves, psychologue clinicienne, chercheuse et chargée de formation clinique au département d'obstétrique et de gynécologie du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) qui mène la recherche en collaboration toujours étroite avec l'UQÀM, puisque Mme Irène Krymko-Bleton reste co-chercheuse sur le projet de recherche.

Nous avons été invitée à travailler sur le projet de recherche au sein de l'équipe canadienne, par Madame Krymko-Bleton, notre directrice de thèse. De plus, nous avons travaillé en tant qu'interne au CHUM, dans le service de gynécologie et d'obstétrique, sous la supervision de Nicole Reeves, ce qui a sans nul doute fait émerger un point de vue très clinique, concernant les perspectives de la recherche. C'est d'ailleurs à partir de notre approche clinique et de notre participation aux réunions de l'équipe de recherche que nous avons élaboré notre question de recherche.

Or, c'est précisément ce point qui fait la spécificité de notre méthodologie et notre référence à la psychanalyse. Car plutôt que de partir d'une question de recherche préalablement définie, nous avons tiré du matériel disponible une question de recherche qui nous interpelle. Nous nous référons à la théorie psychanalytique dans la mesure où il nous semble possible, dans une recherche, d'aborder des questions spécifiques de la psychanalyse et de mettre en lumière des éléments dont les sujets qui participent aux entretiens ne sont pas conscients. Par la suite, nous avons procédé à une analyse qualitative d'orientation psychanalytique de notre matériel afin de faire émerger les ressorts psychiques de la grossesse.

Nous avons procédé en tout premier lieu, dans un travail de pré-analyse, de manière très intuitive et non systématisé, à une analyse de contenu. Par la suite, au cours de nos écoutes, lectures, relectures, analyses, constitution de profil psychodynamique, nous avons procédé à une analyse pragmatique du discours tel que préconisé dans notre laboratoire de recherche. Ainsi, nous avons tenté aussi finement que possible de relever la dynamique du discours, la charge émotionnelle, le fil associatif, le champs lexical, les lapsus, les silences afin d'en tirer des hypothèses et des interprétations aussi rigoureuses et valides que possible. Sans oublier d'utiliser nos propres éléments subjectifs pour éclairer la dynamique psychique de chaque sujet. Enfin, nous avons

choisi de retranscrire nos résultats sous forme de vignettes cliniques car elles nous ont permis de retracer au mieux ce travail d'écoute et d'analyse du discours.

Nous allons retracer, ici, les différentes étapes de notre cheminement et du traitement des données. Et plus précisément éclairer de quelle manière notre recherche peut se rallier à la méthodologie qualitative d'orientation psychanalytique.

5.2 Objet de la recherche

Notre projet de recherche a pour but d'explorer le vécu psychique conscient et inconscient de la grossesse, afin de mettre en lumière la nature des phénomènes qui peuvent être de l'ordre du singulier ou du collectif. Le phénomène principal à l'étude dans notre cas concerne la conflictualité psychique en regard aux représentations des figures parentales et notamment maternelles, puisque lors d'une étape préliminaire de recherche, nous avons identifié la présence de cette problématique dans les entretiens de recherche. Nous souhaitons ainsi comprendre de quelle manière, à quelle occasion et dans quel contexte, les enjeux psychiques de la maternité et du lien mère-fille se déploient au cours de la grossesse et en post-partum.

D'autre part, nous souhaitons observer de quelle manière les déterminants idéologiques et culturels viennent colorer ce travail psychique.

5.3 Sujets

5.3.1 Les sujets de la recherche

La recherche menée par Claude Schauder se donne pour objectif d'obtenir un échantillonnage de 30 à 45 femmes et hommes par pays. L'équipe canadienne compte, à ce jour, un échantillon de 22 femmes québécoises primipares et multipares, qui pour la plupart ont réalisé 4 entretiens (trois entretiens à chaque trimestre de la grossesse et un entretien à un mois en post-partum).

Les participantes recrutées pour la recherche correspondent aux critères suivants : ce sont des femmes québécoises enceintes, recrutées avant la douzième semaine de grossesse et qui ont un conjoint. Elles sont primipares ou multipares et sont âgées entre 25 et 40 ans. Elles participent à la recherche sur la base du volontariat. Elles vivent en milieu urbain.

Le mode de recrutement des participantes est double. Les femmes sont soit recrutées par des infirmières lors de séances d'informations sur le suivi de grossesse ayant lieu au CHUM, auprès de femmes suivies au centre des naissances de l'hôpital. Ou bien, les participantes sont recrutées par les chercheuses, dans leur entourage proche ou lointain⁹.

Les femmes recrutées peuvent être suivies, au cours de leur grossesse, soit par un obstétricien, soit par une sage femme, soit par un médecin omnipraticien et peuvent rencontrer des modalités de suivi et des interlocuteurs différents dans leurs approches et dans la réponse qu'ils apportent à leurs attentes.

Les participantes sont invitées à compléter les 4 entretiens prévus dans le cadre de la recherche soit un entretien à chaque trimestre de la grossesse et un entretien en post-partum.

⁹ Elles seront donc interviewées par une autre personne que les chercheuses qui les ont recrutées.

5.3.2 L'échantillon

Pour notre recherche, nous avons sélectionné 8 participantes, principalement selon les deux critères suivants: le premier concerne le fait d'avoir complété 4 entretiens et que ceux-ci soient retranscrits et vérifiés. Le deuxième concerne les critères d'hétérogénéité des sujets, afin de trouver dans notre échantillonnage des femmes ayant eu des suivis variés (médecin, obstétricien, sage-femme, accompagnante à la naissance) ainsi que des femmes multipares et primipares.

Nos huit participantes sont identifiées sous les pseudonymes suivants : Anne-Marie, Maryse, Sylvie, Claire, Sylvie-Nicole, Justine, Lucienne et Marie-Lune. Parmi elles 5 sont primipares (première naissance vivante) et 3 sont multipares. 4 participantes sur 8 ont fait au moins une fausse couche. Cette importante proportion sera prise en compte dans nos résultats et nos hypothèses concernant l'inscription des femmes dans la recherche. Deux d'entre elles ont bénéficié d'un suivi en fertilité (au moins une consultation). 6 participantes accouchent à l'hôpital et bénéficient d'un suivi médical (5 avec un gynécologue et une avec un médecin omnipraticien) dont deux ont sollicité en plus une accompagnante à la naissance. Deux des participantes ont choisi un suivi de grossesse, en maison de naissance, avec une sage-femme.

La moyenne d'âge de notre échantillon est de 35 ans. Deux des participantes ont 40 ans au cours de leur grossesse. L'une d'entre elle, Anne-Marie et a subi 6 fausses-couches et obtenu un suivi en fertilité. L'autre, Sylvie-Nicole, attend son troisième enfant.

Leur niveau scolaire est plutôt élevé puisque 6 de nos sujets ont un niveau universitaire. Maryse a un diplôme d'études professionnelles et Sylvie-Nicole a un niveau d'études collégial.

Enfin, un élément de contexte nous semble pertinent à apporter : les grossesses ont, pour une grande partie, lieu au moment de la pandémie de grippe aviaire, en 2009. Il

régnait à l'époque une certaine crainte liée à cette crise sanitaire. Aux habituelles prises de décisions liées à la grossesse, s'ajoutait celle de se faire vacciner ou non.

5.4 Instrumentation

5.4.1 Les entretiens semi-dirigés

Selon les modalités méthodologiques établies par le groupe de recherche dirigé par Claude Schauder, les femmes recrutées pour la recherche participent à des entretiens semi-structurés enregistrés.

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

Les entretiens sont réalisés par Nicole Reeves, chercheuse principale et Jeanne Thériault étudiante-chercheuse. Concernant notre échantillon, la répartition des sujets est équilibrée puisque 4 de nos sujets ont effectué les entretiens avec la chercheuse principale et les 4 autres avec l'étudiante-chercheuse. Les rencontres ont donc lieu soit au domicile de la participante, soit à l'hôpital, dans une salle dédiée à cet effet. Elles ont eu lieu entre le mois d'octobre 2009 et le mois de Décembre 2011. La durée des entretiens varie de 30 à 66 mn, en fonction de la volubilité de la participante. Nous obtenons alors 32 entretiens au total, qui, dans une perspective longitudinale, s'échelonnent sur les trois trimestres de la grossesse et en post-partum. Ainsi nous pensons avoir un matériel suffisant, riche et varié, dans le but de pouvoir explorer notre question de recherche.

Lors de la première rencontre, la chercheuse présente deux copies du formulaire de consentement. Celui-ci comprend des informations telles que le titre de l'étude, le nom des chercheurs principaux, le contexte et les objectifs de recherche, les étapes de l'étude, les avantages et risques possibles, les modalités de désistement, la confidentialité, les coordonnées de Mme Nicole Reeves et du CHUM ainsi que les droits légaux. Une présentation orale de la recherche et les rappels concernant les aspects de confidentialité et de désistement sont explicités à nouveau au premier entretien. Enfin, une fiche de données sociodémographiques est soumise à la participante (Annexe B).

Afin de permettre une plus grande harmonisation des procédures, un canevas de trois questions ouvertes a été établi et est appliqué par toutes les équipes de recherche. Les trois questions posées à la femme enceinte rencontrée sont les suivantes : « Comment cela se passe-t-il pour vous depuis que vous savez que vous êtes enceinte ? », « En avez-vous parlé, en parlez-vous, et à qui ? » et « Avez-vous des attentes particulières envers les professionnels ? ». Ces questions permettent au chercheur de guider l'entretien, quoiqu'elles ne doivent pas nécessairement se suivre chronologiquement. Il est recommandé de suivre la parole de la participante et de la laisser s'exprimer librement. Des relances peuvent être utilisées afin de favoriser l'expression du sujet et d'approfondir certains thèmes librement abordés.

Conformément à une démarche éthique, le chercheur a pour mission de respecter la parole de la participante dans ses limites autant que dans le dévoilement de son intimité et de l'encourager positivement sans exercer de contraintes sur celle-ci. L'équipe espère ainsi recueillir un matériel discursif riche en permettant également à chaque participante d'exprimer de manière exhaustive le vécu propre et intime de sa grossesse et en laissant libre cours à ses associations afin d'entrevoir le contenu inconscient subjectif de chaque vécu de grossesse.

Une retranscription intégrale et fidèle est réalisée de tous les entretiens et constitue la base matérielle de notre travail d'analyse.

5.4.2 Le journal de bord

Le journal de bord fait partie de l'instrumentation de la collecte des données en recherche qualitative. Il peut prendre plusieurs formes : des notes, des mémos, un journal de pratique de recherche... Il s'agit avant tout d'un outil de pratique réflexive et de triangulation des données, qui possède des exigences à la fois méthodologiques et scientifiques.

Le journal de bord aidera le chercheur à produire une recherche qui satisfait aux critères de validation et de cohérence interne (...). Le journal de bord constitue un document accessoire important aux données recueillies sur le site. (Mucchielli, 1996, p. 116)

Le journal de bord se constitue pour l'essentiel de données descriptives et de réflexions et d'analyses personnelles, permettant ainsi au chercheur d'élargir la collecte des données. Le but de la prise de notes et de la consignation de traces écrites au cours du processus de recherche est :

De se souvenir des événements, d'établir un dialogue entre les données et le chercheur à la fois comme observateur et comme analyste et qui permettent au chercheur de se regarder soi-même comme un autre. (...) Ce qui permet d'assurer la validité interne et externe du processus. (Baribeau, p. 111-112)

Le journal de bord peut ainsi se distinguer en deux parties : d'une part les réflexions et l'évolution des questions de recherche; et d'autre part, les éléments de l'expérience subjective du chercheur.

Dans le cadre de notre recherche, nous avons procédé, au cours de l'écoute, de la lecture et de l'analyse des entretiens de recherche à une prise de notes de nos idées concernant la recherche elle-même (concepts à approfondir, textes à lire, critères d'analyse à ajouter...) et à une consignation minutieuse des éléments de notre ressenti subjectif à l'écoute des entretiens de recherche, qui nous ont donné des indications précieuses pour cerner les éléments psychodynamiques sous-jacents au discours manifeste.

5.5 Limites méthodologiques

La perspective compréhensive interprétative que nous adoptons vise principalement à permettre le recueil des différentes manifestations de l'inconscient via une analyse pragmatique du discours. Or, notre entreprise comporte des limites, surtout en ce qui concerne les modalités de recueil des données et ce à plusieurs titres, notamment :

- la diversité des interviewers (deux chercheuses);
- l'absence de mémos post-entretiens des interviewers qui auraient pu enrichir une démarche réflexive;
- l'analyse des données qui est effectuée par une personne différente (nous-même) de celles qui les ont recueillies;
- l'appartenance de l'une des chercheuses à l'institution hospitalière, ce qui a pu limiter la liberté de parole des femmes, surtout pour celles qui étaient suivies à l'hôpital.

Ainsi, ces écueils favorisent une discontinuité dans l'élaboration possible du matériel conscient et inconscient des entretiens et nous invitent à la prudence concernant la formulation de nos interprétations et de nos analyses.

5.6 Considérations éthiques

La recherche a reçu l'approbation du Comité d'Éthique concernant la recherche chez l'humain par l'UQÀM, lorsque le devis a été soumis à une évaluation, sous l'impulsion de Mme Irène Krymko-Bleton, professeure, chercheure, psychologue et psychanalyste au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal. Par ailleurs, suite au transfert de responsabilité scientifique à Mme Nicole Reeves, psychologue clinicienne, chercheure et chargée de formation clinique au département d'obstétrique et de gynécologie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, l'étude a été de nouveau approuvée par le comité d'éthique de la recherche de son établissement d'accueil, le CRUCHUM (Annexe C).

D'autre part, nous tenons à utiliser de manière éthique le matériel en adoptant une posture intellectuelle qui admet une attitude dite compréhensive, c'est à dire qu'il s'agit « d'une volonté de s'immerger dans le phénomène, pour être imbibé de ce qu'il veut dire, pour en comprendre le sens » (Mucchielli, 2007, p. 25). Nous entendons par cette attitude compréhensive, l'intention de ne pas trahir le sens que la participante donne à son expérience, et de rester au plus près de ce celle-ci a souhaité consciemment ou non révéler.

CHAPITRE VI

ANALYSE DES RÉSULTATS

6.1 Préambule sur la recherche qualitative d'orientation psychanalytique

La recherche qualitative d'orientation psychanalytique est un choix méthodologique qui peut présenter des enjeux éthiques et nécessite une clarification de la posture et du travail d'analyse du chercheur.

En effet, historiquement l'introduction de la psychanalyse dans le cadre de la recherche ne s'est pas fait sans oppositions. C'est Mireille Lafortune (1989) qui, au Québec, a la première défendu le recours à la recherche qualitative d'orientation psychanalytique dans le cadre universitaire, dans la mesure où selon elle, même dans le cadre de la recherche, un sujet peut laisser échapper dans son discours des éléments de ses désirs inconscients. Madame Krymko-Bleton (2014a) en accord avec cette allégation et en se référant à Jean Laplanche qui affirme que la psychanalyse peut s'étendre à d'autres domaines que celui des libres associations, a dégagé des principes de travail dans son laboratoire de recherche en psychanalyse, qui se sont portés sur la pragmatique linguistique.

Afin de justifier nos choix méthodologiques, nous pouvons dans un premier temps explorer en quoi la recherche qui se réfère à la psychanalyse et la pratique de la psychanalyse diffèrent et de quelle manière dans le cadre d'une recherche nous pouvons néanmoins nous réclamer de la psychanalyse. Or il nous semble que trois concepts cruciaux du paradigme psychanalytique sont ici à poser afin de détailler

comment la recherche qui se revendique de la psychanalyse peut les utiliser. Il s'agit de la demande, de l'écoute et du transfert.

6.1.1 La demande

Concernant la demande, dans le cadre de la pratique clinique, le patient qui s'adresse à un psychanalyste formule une demande consciente, mais également une demande inconsciente, qu'il s'agit au cours de l'analyse de découvrir et d'explorer. Or, dans le cadre de la recherche, bien que le participant réponde de prime abord à une demande du chercheur, et accepte sur la base d'un volontariat de participer à la recherche, il peut inscrire sa démarche dans une demande personnelle, à la fois consciente et inconsciente. Claude Revault d'Allonnes (1999) dans sa contribution à l'ouvrage qu'il dirige, intitulée « psychologie clinique et démarche clinique » revient plus précisément sur les questions de la demande dans le cadre de la recherche. Il affirme qu'elle est double, aussi bien au sein de l'intervention clinique que pour la recherche.

On peut supposer que toute situation interhumaine suppose en dernière analyse une double demande essentielle de savoir et d'amour, de connaissance et de reconnaissance - expression renouvelée de la quête de l'objet perdu - et que demandeur et demandé s'y retrouvent finalement tous les deux en position de demandeurs. Sans quoi aucune rencontre ne serait possible. (Revault d'Allonnes, 1999, p. 23)

Dans le cas des entretiens de recherche, nous pouvons faire l'hypothèse de cette double demande: celle du chercheur et celle de l'interviewé. Car si la demande émane de prime abord du chercheur, pour que le participant s'y soumette, il faut aussi qu'il en perçoive un intérêt personnel. Il peut alors exister une demande consciente de participation, comme par exemple la volonté de contribuer à l'enrichissement du savoir scientifique, mais également une demande inconsciente qui se faufile dans son discours. Une demande d'amour, de reconnaissance, d'existence. Il s'agira alors

d'entendre et de reconnaître à qui celle-ci s'adresse et pour qui le sujet prend le chercheur, c'est à dire à quelle place il le met.

6.1.2 L'écoute

À propos de l'écoute, l'attention flottante, permet au psychanalyste de tenter, au cours de la séance, de ne pas se laisser prendre au jeu du discours manifeste du sujet. Car la psychanalyse c'est justement entendre autre chose, ce qui se dit sans se dire. « Comment faire entendre que le psychanalyste, s'il écoute, est surtout là pour ne point entendre, pour ne se laisser prendre à aucune intention significative du discours qui se tient? » se demandait Serge Leclair (1968, p. 174).

Or, la division du sujet apparaît avant tout dans le langage, ce qui justifie la méthode psychanalytique et l'injonction des libres associations. En effet, la psychanalyse apparaît comme une méthode spécifique dont le langage est le support essentiel. Si nous soulignons les liens entre le langage et la psychanalyse, c'est avant tout pour justifier que la recherche psychanalytique en tant qu'analyse du discours est un choix qui peut se justifier méthodologiquement. Car dans la relation intersubjective de l'entretien, des processus inconscients sont en jeu, comme le souligne Robert Letendre :

L'être humain ne se réduit ni à ses comportements, ni à de strictes données observables, ni à ce que les cliniciens nomment symptômes. L'hypothèse de l'inconscient pose que nous sommes déterminés à notre insu, que la vie psychique ne se réduit nullement à sa dimension consciente, qu'il a tendance à oublier, mais qu'il peut aussi se remémorer, qu'il (se) répète. Le sujet comme d'ailleurs le chercheur, est un être divisé. Le couple conscient / inconscient ne cesse de faire des compromis qui s'expriment, entre autres, par le langage. (Letendre, 2007, p. 386)

C'est Jacques Lacan qui place entièrement la psychanalyse dans « le champ de la parole et du langage » ce qu'il traduit par l'aphorisme célèbre « l'inconscient est structuré comme un langage » (Lacan, 1974). Il opère un mariage caractéristique de l'époque structuraliste, entre la linguistique et la théorie de l'inconscient. En empruntant la perspective Saussurienne, toute trace mnésique peut être comparée par un élément de parole portée par un signifiant, doté d'un contenu (signifié) qui renvoie à un certain réel (réfèrent). Le terme principal ici est celui du signifiant, car « l'inconscient, c'est que l'homme soit habité par le signifiant » (Corvez, 1968, p. 286). Ainsi, en tant que la psychanalyse est une expérience dialectique, Lacan remet au centre du processus psychanalytique le travail sur le déchiffrement du langage inconscient. Les formations de l'inconscient sont donc des « maladies qui parlent » et les symptômes sont des « mots ». « Ces maladies ne prennent toute leur signification que lorsque le sujet les articule en parole, lorsque les pulsions et les inhibitions se structurent en terme de langage, dans un discours « bien rusé » où il y a lieu de faire la part de l'imaginaire, du réel et du symbolique » (Corvez, 1968, p. 284).

Si l'on tient compte du lien entre le langage et l'inconscient alors « le mode de traitement du discours se réfère à la fois à la linguistique de l'énonciation comme théorie du langage et de la communication, et à la psychanalyse comme théorie du psychisme » (Yelnik, 2005, p. 139). Ainsi, dans la mesure où l'activité langagière dans sa totalité est subjective (Kerbrat-Orecchioni, 1980) le discours peut être interprété, analysé à l'aube de ses ratés, de ses lapsus, des places locutives, du vocabulaire emprunté, des registres de langue, des tournures linguistiques, du fil associatif; et aussi par le contenu non verbal observé, tels que les silences, les soupirs, le timbre de la voix, les mimiques, les postures. « Les éléments d'énonciation en sont les aspects perceptibles, ce qui affleure dans le discours de certaines dimensions inconscientes, ils ouvrent une porte d'accès à la réalité psychique singulière d'un sujet » (Yelnik, 2005, p. 142).

Dans le cadre de la recherche, il s'agira d'analyser la production langagière des participants, en relevant les indices de cette division subjective, grâce à une analyse qui laisse émerger le sens latent du discours pour en tirer des interprétations sur les processus inconscients en jeu.

6.1.3 Le transfert

Enfin, il nous faut évoquer l'épineuse question du transfert et du contre-transfert dans la recherche en psychanalyse. Ces déplacements d'affects d'une personne à une autre caractérisent la psychanalyse et la différencient de toute autre forme de psychothérapie. Or, comment prendre en compte les mouvements transférentiels et contre-transférentiels dans le cadre d'entretiens de recherche, alors qu'il s'agit de concepts spécifiques à la relation analytique?

Les éléments transférentiels et contre-transférentiels sont cruciaux dans la mesure où l'on reconnaît « la réalité de transfert dans la recherche » (Ben Slama, 1999, p. 153), car dans ce cadre, ils sont considérés comme un levier dans la compréhension de ce qui se joue sur l'autre scène que celle de la situation relationnelle de l'entretien de recherche.

Claude Revault d'Allonnes (1999) utilise le terme « d'implication ». Il souligne que dans la mesure ou la démarche clinique, aussi bien que l'entretien de recherche, est toujours relationnelle ou *intersubjective*, pour reprendre le terme de Fethi Ben Slama (1999), il semble important de prendre en compte l'implication du clinicien ou du chercheur et pas seulement du patient ou du sujet de recherche. Dans notre cadre paradigmatique, il s'agit ici plus particulièrement de la question du contre-transfert. Claude Revault d'Allonnes s'aligne ainsi sur la position de Georges Devreux (1980) qui le premier a pris parti pour le travail du *contre-transfert du chercheur* en dehors du dispositif de la cure.

Or, les mouvements transféro-contretransférentiels permettant habituellement la production de libres associations, ne peuvent, dans le cadre de la recherche, évidemment pas être invoqués comme tels, et doivent être remplacés par des notions appropriées à la situation particulière de la rencontre de recherche (Krymko-Bleton, 2014a). L'analyse linguistique rigoureuse des textes issus des verbatim, permettra de tirer du matériel, qui certes n'est pas issu d'une séance de psychanalyse, des interprétations et des hypothèses sur les enjeux inconscients des participants. D'ailleurs, Irène Krymko-Bleton admet que « le concept des places interlocutives peut se substituer dans le cadre de la recherche à la notion de transfert » (Krymko-Bleton, 2014a, p. 57).

Ainsi, concernant le transfert, nous pouvons supposer que le participant à la recherche peut manifester des reviviscences de désirs, d'affects, de sentiments éprouvés pour une figure parentale infantile, adressées cette fois au chercheur lui-même. Il s'agit, tout comme dans la cure, de pouvoir les repérer et les analyser.

Il en va de même pour le contre-transfert. En prenant en compte ses propres mouvements contre-transférentiels vis à vis du participant, le chercheur peut éclairer les enjeux psychiques inconscients de son interlocuteur. Et tout comme dans la cure, cela nécessite du chercheur, autant que du psychanalyste, d'être au clair avec ses propres déterminants psychiques et d'accepter les limites intrinsèques à la compréhension du vécu subjectif de l'autre et à celles du concept de vérité. Car chaque chercheur peut entendre quelque chose d'Autre, de singulier, qui est en relation avec ses propres intérêts et sa propre subjectivité. La question de recherche n'est elle d'ailleurs pas « une question que le chercheur se pose à lui-même » (Barus-Michel, 1986, p. 801).

Pour conclure, la recherche qualitative d'orientation psychanalytique possède des particularités permettant d'appréhender la dynamique psychique des participants selon les concepts psychanalytiques. Elle peut être un moyen d'appréhender le vécu

intime d'un sujet à la condition de mettre en place un cadre méthodologique rigoureux; d'admettre et de prendre en compte les éléments subjectifs du chercheur comme un outil de recherche; de procéder à une analyse pragmatique du discours ; et de savoir garder une posture non dogmatique vis à vis de son objet de recherche. Ainsi, « le sujet chercheur porte son projet et est à la fois porté par lui, son désir en est le moteur et la méthodologie qualitative apparaît comme un support à construire pour lui permettre de mener celui-ci à terme. » (Panaccio, 1999, p. 20)

6.2 La généralisation des résultats

La généralisation des résultats appartient au paradigme quantitatif. Pour ce qui est de la recherche qualitative, il est plutôt préconisé d'atteindre une saturation théorique permise par l'hétérogénéité et la diversité de l'échantillon (Holloway et Wheeler, 2002; Laperrière, 1997; Morse, 1995; Strauss et Corbin, 1998). Le point de saturation théorique est atteint lorsque plus rien de vraiment nouveau et consistant n'émerge de la collecte et de l'analyse des données. À ce moment du travail, il peut être considéré que la perspective compréhensive interprétative est arrivée au bout de l'étude d'un phénomène et rend suffisamment compte d'une réalité.

Nous pouvons ajouter que tout comme la théorie psychanalytique qui s'est élaborée à partir d'études de cas particuliers, nous pouvons faire l'hypothèse que les éléments que nous allons relever dans notre recherche, bien qu'ils concernent un nombre limité de sujets et qu'ils apparaissent dans un contexte spécifique, peuvent faire l'objet d'une généralisation ou tout du moins d'une ouverture à une émergence.

En effet, si nos participantes peuvent présenter des manifestations psychiques conflictuelles envers leurs figures maternelles, nous pouvons imaginer que d'autres femmes puissent en être affectés au cours de leur grossesse. Ce qu'un sujet peut vivre et ressentir peut l'être par d'autres et dans ce cas, un comportement, un processus,

une dynamique psychique, peuvent ainsi être repérés, appréhendés, conceptualisés et généralisés.

6.3 Méthode développée dans le laboratoire de recherche

La méthodologie empruntée pour notre recherche s'appuie sur les préconisations formulées par Irène Krymko-Bleton (2014b), dans le cadre de son laboratoire de recherche en psychanalyse à l'UQÀM et décrites dans son article intitulé « Rencontre et discours de la méthode ». Ainsi, concernant le matériel discursif recueilli, en admettant les ponts entre linguistique et psychanalyse, nous supposons que le matériel verbal peut être analysé et interprété dans un travail de recherche. À partir des éléments linguistiques et non-verbaux observés, il serait alors possible de déterminer les mécanismes inconscients qui infiltrent le discours, les défenses, les fantasmes, le jeu transférentiel. Car « les formes du discours sont des voies d'accès à l'inconscient » (Durandeaux, 1992, p. 10).

Bien que nous n'ayons pas nous-même participé aux entretiens, nous supposons la possibilité, dans l'écoute des entretiens de recherche puis dans l'analyse des verbatim, de tirer des interprétations psychanalytiques et des hypothèses sur les enjeux inconscients des participants. Il s'agit de consentir à la polyphonie du discours et donc la multiplicité des écoutes et des interprétations. Ainsi :

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

Pour notre étude, nous avons donc décidé d'exploiter le verbatim issu des entretiens des participantes à la recherche, en procédant à une analyse linguistique des textes

issus de ceux-ci, en nous référant à une compréhension psychanalytique, afin d'entendre le sens de leurs attitudes et de leurs comportements, qui sont le reflet, supposons-nous, de leurs conflits inconscients. De plus, nous sommes attentifs à notre écoute subjective et à la résonance que prennent pour nous les propos et les façons de dire de chaque participante afin de tirer des indices supplémentaires concernant la dynamique psychique de chacune d'elles. Et enfin, nous nous efforçons d'adopter tout au long de ce travail, une posture non dogmatique afin de traiter de manière éthique et honnête le précieux matériel livré au cours de ces entretiens.

6.4 Points communs avec la théorisation enracinée

Glaser et Strauss (1965, 1967), présentent la méthode de la théorisation enracinée (Grounded Theory) comme une approche inductive qui s'oppose aux approches spéculatives et hypothético-déductives des méthodes scientifiques traditionnelles. Ils proposent littéralement d'inverser la logique hypothético-déductive, afin de permettre l'émergence d'une théorie à partir des données du terrain. L'approche méthodologique de la GT s'inscrit dans un paradigme d'exploration ayant pour objectif l'émergence de théories fondées empiriquement pouvant expliquer ou rendre compte d'un phénomène à l'étude.

Afin d'enraciner la recherche dans le monde empirique, cette approche préconise la mise en place d'une méthodologie qui permet un examen rigoureux et systématique des données empiriques et un retour constant à celles-ci afin de vérifier l'adéquation des analyses avec les observations. La méthodologie de la théorisation enracinée comprend le recours à l'échantillonnage théorique et aux écrits scientifiques, à une sensibilité théorique ou encore à la circularité de la démarche de recherche. Ainsi, l'analyse continue des données empiriques permet l'émergence de concepts théoriques. Ce processus est nommé *emergent-fit*.

Enfin, la vérification de l'adéquation entre les concepts théoriques et les données du terrain permettent de juger de la validité des résultats.

Plusieurs aspects de l'analyse qualitative de notre recherche recourent la méthodologie de la théorisation enracinée bien qu'elle ne s'en soit pas inspirée au préalable.

Ces points sont les suivants :

- D'une part le fait de dégager l'objet de la recherche par une première immersion dans les données comme le prône la théorisation enracinée;
- D'autre part, la mise en place d'une pratique réflexive de nature inductive par un aller et retour constant entre le matériel discursif et la théorie;
- Et enfin la transformation de la question de recherche à mesure de l'avancée de l'analyse.

6.5 Étapes du travail d'analyse des résultats

6.5.1 Écoute et émergence de la question de recherche

Notre matériel brut est constitué par l'enregistrement et la retranscription des entretiens semi dirigés. Nous avons eu la chance de pouvoir bénéficier d'un matériel discursif déjà existant, celui-ci ayant été récolté et retranscrit en amont par les chercheurs et les étudiants chercheurs de l'équipe canadienne.

Nous avons pu l'explorer une première fois lors de notre participation au groupe de recherche animé par Nicole Reeves, au CHUM, auquel participaient les internes et des étudiantes s'intéressant et s'investissant dans le projet. Nous devions à l'époque écouter et lire les entretiens puis les quoter, en groupe, avec une grille d'analyse réalisée par Monsieur Shauder. Ces réunions de travail commun ont été très riches,

puisque nous partageons nos réflexions cliniques et des idées de lectures conceptuelles.

Ainsi, dans le cadre de notre propre projet de thèse nous avons eu l'opportunité de nous familiariser une première fois avec ce corpus à analyser. Nous avons noté nos premières impressions sur le journal de bord, relevé les particularités du matériel verbal, et ce qui se dégageait de ces premières écoutes informelles, sans visée conceptualisante. De plus afin de constituer une présentation des premiers résultats de la recherche du groupe, nous avons travaillé sur l'élaboration d'une partie théorique qui a exigé que nous nous plongions dans la lecture d'articles et d'ouvrages concernant la grossesse d'un point de vue psychanalytique, ce qui a par la suite orienté notre écoute du matériel.

Enfin, notre pratique clinique auprès des femmes du centre des naissances du CHUM, a également orienté notre compréhension clinique du matériel de recherche. Nous retrouvions en effet, des problématiques communes soulevées par les participantes et par nos patientes. Notre pratique et notre écoute clinique nous ont donc permis d'être plus attentive à certains enjeux de la maternité. Ce premier accès au matériel a donc déjà fait surgir des questions et nous a permis d'élaborer un premier éventail de sujets et d'orientations que pourraient prendre notre recherche.

Car, contrairement à certaines méthodologies de recherche, nous n'avions pas de question de recherche préalablement formulée. Conformément au cadre instauré dans le laboratoire de recherche de madame Krymko-Bleton (2014a), et dans le cadre de l'affiliation à la psychanalyse, la question de recherche est issue de l'écoute du matériel même. « Les étudiants sont invités à écouter les propos recueillis, aussi longtemps qu'une question issue de cette écoute ne surgit dans son esprit. » (Krymko-Bleton, 2014a, p. 55)

Nous avons donc écouté et relu tous les entretiens réalisés afin de dégager une question de recherche qui nous interpelle. Nous nous sommes donc imprégnée du matériel et avons laissé libre court à une écoute psychanalytique.

L'écoute psychanalytique située au delà du registre de la communication informative, s'attarde au sens latent, sous jacent à la logique mise en avant par tout locuteur afin de produire un discours cohérent. (Gilbert, 2007, p. 278)

C'est ainsi que nous avons perçu la récurrence et l'intensité de la conflictualité psychique, dans de nombreux entretiens, concernant la femme enceinte vis à vis de ses figures parentales. Nous avons donc énoncé une première formulation de question de recherche s'attachant à explorer les enjeux psychiques de la grossesse et les liens de filiation.

Par la suite, nous avons sélectionné nos huit sujets, en fonction des deux critères énoncés précédemment. Puis nous avons écouté et relu chaque entretien afin de nous attacher à comprendre les motivations inconscientes de chacune des participantes et de relever les enjeux psychiques qui affleuraient dans les entretiens, notamment concernant les représentations des figures parentales. Nous avons ensuite étudié plus finement le matériel, pour nous attacher à relever tout ce qui était dit, participante par participante, sur les figures parentales, le bébé, le conjoint et les autres figures de références. De nombreuses questions ont été soulevées grâce à ce travail d'organisation des données. Nous avons tiré de ce premier travail d'écoute, de pré-analyse et d'interprétation, l'élaboration de premiers profils cliniques psychodynamiques de chaque participante et la composition d'hypothèses de compréhension psychanalytiques du vécu psychique de la grossesse, de pistes de travail et de lectures.

Deux perspectives ont émergé de ce travail clinique d'analyse : celle de la dimension sociale et culturelle de la maternité et celle de la dimension psychodynamique de la crise identitaire du devenir mère, similaire à la crise d'adolescence.

Notre question initiale s'est transformée à mesure que nous avançons dans notre travail d'écoute et de pré-analyse, pour être la suivante : « Comment dans la société québécoise post-moderne, s'articulent les questions de la grossesse et de la maternité, notamment au regard des représentations des figures parentales maternelles ? »

6.5.2 Thèmes et catégories

Dans le cadre de la méthodologie qualitative, nous avons procédé à l'écoute et à la lecture attentive et approfondie du matériel brut afin de nous familiariser avec le contenu et d'obtenir une vue d'ensemble des thèmes et sujets abordés dans les entretiens, par les participantes. Nous avons laissé libre court à une écoute clinique, afin de percevoir de manière empirique les différents concepts qui émergeaient. Au cours de cette étape, nous avons annoté nos entretiens papiers et réalisé des résumés thématiques et conceptuels de ceux-ci.

Les entretiens sont donc divisés en unités de sens qui sont issues de notre élaboration interprétative. La codification en unités thématiques et conceptuelles a été affinée au cours de la lecture et le premier niveau de catégories est bien entendu lié à notre question de recherche, qui s'attache à explorer les représentations des figures parentales.

Voici le descriptif des deux procédés méthodologiques que nous avons abordés de manière empirique et intuitive et qui ont été un travail préalable à notre analyse fine du discours.

6.5.2.1 Les thèmes

La découpe thématique consiste à détacher des unités de significations indépendamment de la forme discursive (D'Unrug, 1974) puis de les catégoriser. Ce travail a pour but de cerner ce qui est exprimé et d'en faire état en utilisant un lexème représentatif. Il s'agit d'un mot ou d'une expression qui vient rendre compte le plus précisément possible de ce qui est énoncé de manière implicite ou explicite (Paillé, 1994). Ainsi, l'articulation des différents thèmes nous permet d'appréhender le verbatim de manière globale. Cette analyse du matériel est préalable et complémentaire d'une analyse de l'énonciation selon Laurence Bardin (1985). Elle a pour elle une valeur exploratoire et parfois même confirmatoire et permet surtout de repérer les différents types de structurations discursives.

Sous l'apparent désordre thématique, il s'agira de rechercher la structuration spécifique, la dynamique personnelle, qui en filigrane du flot de parole, orchestre le processus de pensée de l'interviewé. Chacun ayant non seulement son propre registre de thème, mais sa propre manière (ou pas) de les mettre en scène. (Bardin, 1985, p. 46)

Nous avons procédé à ce découpage thématique des verbatim pour chaque entretien et nous l'avons retranscrite dans nos tableaux d'analyse. Nous avons par ailleurs précisé en quelques mots, dans nos grilles d'analyse, quel était le sens du discours des sujets pour chaque thème et tenté de faire affleurer la dynamique personnelle de chaque participante à travers l'étude de leur analyse thématique.

6.5.2.2 Les catégories conceptualisantes

Dans le cadre notre méthodologie qualitative, nous avons procédé de manière intuitive et non systématisée à une analyse thématique puis conceptuelle des entretiens, qui se rapproche pour quelques points de celle décrite par Blais et

Martineau (2006). Il s'est agit, en effet, de donner un sens à nos données brutes en suivant le fil associatif du discours du sujet. « L'analyse inductive générale s'appuie sur différentes stratégies utilisant prioritairement la lecture détaillée des données brutes pour faire émerger des catégories à partir des interprétations du chercheur qui s'appuie sur ses données brutes » (Blais et Martineau, 2006, p. 3). L'étape de catégorisation et donc d'interprétation du matériel s'est fait par un travail d'analyse, dans un premier temps à l'aide de catégories conceptualisantes des données tel que présenté par Paillé et Mucchielli (2012). Ainsi,

Après un premier examen empirique ou phénoménologique des données, le chercheur va aborder conceptuellement son matériau de recherche avec comme objectif de qualifier les expériences, les interactions et les logiques selon une perspective théorisante. (...) Il va mettre en marche ce travail de conceptualisation et de théorisation dans le temps présent de son analyse conceptuelle (et non dans une phase ultérieure) et il va travailler avec un outil très puissant et très flexible : la catégorie. (Ibid., p. 315)

Or la catégorie, dans ce cas-ci, va au delà de la désignation du contenu ou du thème, elle attribue une signification en fonction des influences théoriques du chercheur et nécessite un premier niveau d'élaboration et d'analyse du matériel. Ainsi, dans un cadre psychanalytique :

L'ensemble des matériau recueillis – parole, enchaînement et particularités du discours, éléments non verbaux, dynamique transférentielle - est soumis à une double analyse, descriptive et interprétative, de façon à obtenir, d'une part, un compte rendu des éléments importants de l'histoire du sujet (dans ses dimensions événementielles) et, d'autre part, une compréhension de sa problématique au niveau « sociopsychique », tenant compte non seulement des spécificités de son histoire (le social au sens large), mais également de ce qui aura pu lui échapper de cette histoire (le psychique), perceptible dans une analyse fine de la façon dont le discours sera déployé. Les associations, les hésitations, les contradictions, les lapsus, etc., font partie intégrante de cette analyse, mais aussi ce que le chercheur aura retenu de la rencontre intersubjective de l'entretien. (Ibid., p. 336)

Il est donc préconisé, avec cette méthode d'analyse, d'examiner le verbatim des entretiens autant en fonction des thèmes que des catégories conceptualisantes afin de retracer l'histoire du sujet et d'aboutir à la conceptualisation de la problématique de chaque sujet.

C'est ce que nous avons fait de manière empirique pour préparer l'analyse linguistique des verbatim et nous immerger dans notre matériel à chaque fois de manière plus profonde. Nous n'avons pas emprunté rigoureusement les préconisations et n'avons pas procédé à une analyse de contenu mise en avant ici.

6.5.3 Analyse pragmatique du discours

Notre travail d'analyse s'est poursuivi donc avec un affinement de l'analyse des données en permettant, grâce à la mise en lien des thèmes et des catégories, l'émergence du fil associatif qui soutient le discours des participantes. C'est à cette étape que les enjeux des dynamiques psychiques des participantes ont émergé de manière plus ostensible des données brutes. Il s'agit là également du cœur de notre travail d'analyse et de la méthodologie de notre laboratoire de recherche.

Nous avons utilisé les méthodes d'analyse développées par notre directrice de thèse, qui visent à organiser le texte selon plusieurs axes, afin d'accéder à plusieurs strates d'analyse. Cette méthode s'appuie sur la linguistique et s'attache plus particulièrement à examiner les façons de dire, à analyser les places interlocutives et à identifier les zones conflictuelles dans le but d'élaborer une analyse interprétative du texte et donc du discours des participantes. C'est à cette étape que l'orientation psychanalytique de notre méthodologie apparaît plus clairement.

Nous avons ainsi relu et analysé les entretiens très finement et constitué notre méthode d'analyse de discours en nous appuyant principalement sur les ouvrages de

Laurence Bardin (1985) et François Flahault (1978). Ainsi nous avons établi un tableau (document présenté en Annexe D) consignant les principaux éléments de notre analyse (les thèmes, le sujet, le vocabulaire signifiant, les éléments non-verbaux, les figures rhétoriques, les places locutives, la demande implicite, les thèmes manquants, l'organisation du discours, les mécanismes de défense et les remarques cliniques); ainsi qu'une grille d'analyse du discours (Annexe F) et une grille d'analyse du fil associatif (Annexe E). Nous ajoutons des extraits d'analyses dans chaque annexe, afin de mieux cerner notre manière de travailler sur les verbatim. Enfin, nous nous sommes attachée à relever les éléments subjectifs qui apparaissaient lors de l'écoute et les avons plus précisément consignés dans notre journal de bord. Ces étapes successives nous ont permis d'affiner la description de nos portraits clinique, et l'émission d'hypothèses, grâce à l'amoncèlement de toutes les informations et les interprétations découlant des étapes précédentes.

6.5.3.1 Analyse de l'énonciation

L'analyse de l'énonciation « repose sur une conception du discours comme parole en acte » (Bardin 1985, p. 224) et se propose d'explorer la position et l'attitude du sujet face à ce qu'il énonce en même temps que face à son interlocuteur (Bardin, 1985). Ce travail permet de mettre en exergue les processus psychiques qui affleurent dans le discours par condensation et déplacement habituellement à l'œuvre dans les processus primaires. À côté de la compréhension du sens explicite de la communication, l'analyse de contenu dévoile un contenu plus implicite, « un autre message entrevu à travers ou à côté du premier » (Bardin, 1985, p. 46).

L'analyse de l'énonciation, telle que présentée par Laurence Bardin (1985), s'intéresse aux structures et aux éléments formels du discours. Ainsi, il est recommandé d'analyser en premier lieu la dynamique du discours (séquentialité,

logique, rythme), puis d'aborder la perspective stylistique du discours (litanies, sobriété, lyrisme...), pour enfin relever les éléments atypiques et les figures de rhétoriques du discours (ambivalences, dénégations, lapsus, figures de styles...).

Cette étape du travail analytique nous a demandé d'écouter à nouveau chaque entretien pour en relever les caractéristiques tels que les intonations, les soupirs, les lapsus, les modulations vocales, les rires, les hésitations, les illogismes, les contradictions, les échecs, qui sont, sous l'angle psychanalytique, des indices de la conflictualité, des mouvements pulsionnels, des résistances, du refoulement, donc des processus psychiques inconscients (D'Unrug 1974; Durandeaux, 1992; Bardin, 1985).

L'analyse de l'énonciation est le résultat d'influences d'origines variées. Lacan et la psychanalyse participent à la conception d'un discours où la manifestation formelle masque et structure l'émergence de conflits latents. L'intérêt pour les jeux de mots, les lapsus, les silences comme indicateurs privilégiés est l'héritier direct des intuitions de Freud. (Bardin, 1985, p. 226)

Nous avons donc transcrit ces éléments du discours et les avons insérés dans nos tableaux d'analyse ainsi que dans la grille d'analyse du discours et la grille *Lire et comprendre*.

6.5.3.2 Analyse des positions interlocutives

François Flahault (1978), dans son ouvrage s'attache à faire remarquer que dans un rapport de communication, les deux partenaires sont liés par un principe d'intentionnalité et de situation de communication. Ainsi, la situation socio-communicationnelle détermine l'identité de l'énonciateur et du récepteur, leur relation, leurs rapports de réciprocité et la finalité de l'échange. Le contexte de

l'échange va imposer au sujet qui énonce, une certaine forme de discours, les topiques thématiques à aborder et l'identité du récepteur auquel il s'adresse.

Ce que j'ai appelé la constitution du sujet dans la parole permet d'énoncer ce paradoxe, appuyée sur les rapports de places, la parole autorise l'exercice d'une violence, mais d'une violence bien distincte du déploiement d'énergie physique, puisqu'un sujet parlant n'est jamais un sujet seul, n'étant quelqu'un que de l'être pour l'autre. (Flahault, 1978, p. 158)

L'acte illocutoire oblige l'interlocuteur à se positionner et à modifier son positionnement intersubjectif. Cependant, lorsque nous prenons la parole, les interlocuteurs possèdent un positionnement explicite, tel que par exemple, pour notre cas, celui du participant et celui du chercheur; mais François Flahault suggère que transparait également un positionnement implicite plus inconscient, comme par exemple celui plus transférentiel de la position de fille à mère.

Car si chez Flahault, ce lieu de la parole est bien ce lieu de manifestation identitaire, existentiel ou ontologique, il l'est involontairement ou à l'insu du sujet parlant, qui se retrouve ainsi à se dire malgré lui : « à travers ce que nous disons, perce ce qui nous pousse à le dire, et que nous ignorons nous même. » Le sujet parlant est ainsi pas plus maître de son langage qu'il ne l'est de lui-même : son rapport à soi et sa connaissance de soi sont essentiellement différés et cryptés dans sa parole. (La Rochelle, 2007, p. 27)

Pour François Flahault, à l'instar de Jacques Lacan, la parole est éminemment intersubjective et triangularisée par le grand Autre. Et elle est marquée par l'empreinte du désir (Flahault, 1979).

Il assure que « parler c'est anticiper le calcul interprétatif de l'interlocuteur » (Flahault, 1979, p. 77). Le locuteur octroie une position à son interlocuteur qui peut être celle de la réalité, comme celle de son imaginaire ou de son inconscient. Un certain nombre d'indices viennent corroborer ces positions et notamment la forme du

discours qui peut être plus ou moins adapté à la situation, les figures de rhétoriques, le champ lexical, le niveau de langage...

Il s'agit ici, pour nous de comprendre à quelle place le sujet met le chercheur lors de l'entretien et si transparaissent des indices qui nous permettent de penser qu'il le situe à une autre place que celle du chercheur. C'est ce que nous avons tenté de dévoiler dans chaque entretien, en scrutant les indices que les sujets agissent par la parole, en dehors de leur volonté consciente.

6.6 Élaboration des profils cliniques

Nous avons décidé de restituer le fruit de notre recherche et de notre travail d'analyse par l'élaboration de vignettes cliniques. Le fait d'avoir commencé notre recherche alors que nous faisons un travail clinique en tant qu'interne à l'hôpital et le fait d'avoir réalisé au préalable nos études en France où la recherche clinique est largement enseignée, expliquent ce choix. De plus, il nous a semblé pertinent et avantageux dans la mesure où la situation de recherche est celle de la communication inter-subjective et que les vignettes cliniques nous permettent de dévoiler la subjectivité des sujets et d'exposer le plus finement possible ce que le chercheur peut comprendre et entendre de la vérité, du désir et du savoir du sujet.

Afin de permettre l'élaboration de portraits cliniques psychodynamiques, nous avons tenté de faire parler les textes à la lumière de tout ce que nous avons relevé précédemment, dans le but ultime d'inférer des interprétations des mouvements psychiques inconscients à l'œuvre. Il s'est agi de procéder à la manière d'un psychanalyste avec du matériel verbal de recherche.

Ce travail de mise en lien se fait de manière empirique dans la séance de psychanalyse. Pour nous, il a nécessité de procéder à un travail de liaison,

d'établissement de réseaux pour conférer une dimension métapsychologique à notre analyse (Husain *et al.*, 2001). Pour se faire, nous avons relevés certains axes qui nous paraissaient importants : les mécanismes de défense, les processus de pensée, les relations d'objets, les enjeux narcissiques et œdipiens. L'analyse fine du discours permet dans ce cas, d'approcher une compréhension du fonctionnement psychique.

Ainsi, nous avons organisé nos portraits en les divisant en trois parties nous permettant de tenter d'appréhender la vie psychique inconsciente des femmes enceintes de notre cohorte et plus particulièrement concernant leurs imagos parentales. Les trois parties sont les suivantes : la présentation de la participante, l'analyse de discours – argumentation et l'interprétation.

Pour finir, nous avons élaboré un résumé en reprenant différentes perspectives psychiques particulièrement pertinentes pour notre sujet.

6.7 Conclusion

Tout au long du travail méthodologique, nous nous sommes référée au paradigme psychanalytique et nous nous sommes engagée dans un travail réflexif et d'analyse des mouvements psychiques tant ceux appartenant au sujet concernant notre problématique, que les nôtres concernant notre sujet de recherche, et que ceux inhérent à la relation de recherche. Grâce au passage par la réduction des données brutes, nous souhaitons découvrir les thèmes et les mouvements psychiques principaux liés aux représentations des figures parentales, afin d'en explorer les motifs, la récurrence, les manifestations, les liens associatifs, les implications dans la vie psychique et relationnelle des participantes. C'est le résultat de ce processus de traitement du matériau, qui s'est apparenté au passage des données dans plusieurs tamis de plus en plus fins, pour ne laisser apparaître plus que l'essence ou le fil conducteur, que nous allons présenter dans la partie suivante.

TROISIÈME PARTIE :

RÉSULTATS

Notre objectif n'est pas simplement de rendre compte de ce que les participantes disent. En tant que chercheuse, nous avons travaillé sur leurs mots, cherché derrière leurs mots, au delà de leurs mots et effectué un travail sur la parole, pour comprendre comment ces femmes ont usé du langage pour donner à entendre leur vécu intime et subjectif de la maternité.

Pour chaque participante, nous avons été particulièrement attentive à relever les singularités de leurs récits et à entendre les éléments qui concernaient notre question recherche. Nous avons tenté de mettre en lumière la manière dont la maternité était parlée. Il s'est agit pour nous d'observer la rhétorique, les non-dits, les particularités de langages, et d'en faire une sorte de traduction.

Notre cheminement sur leur discours a pris en compte les formes discursives qu'elles donnaient en réponse à la demande initiale de la chercheuse et a mis en exergue leurs stratégies défensives pour témoigner de la conflictualité de leurs vies psychiques. Notre travail a consisté ensuite à mettre en relation les entretiens afin d'essayer de montrer à travers ces témoignages quelles représentations de la maternité affleuraient pour arriver finalement à généraliser nos résultats.

Ainsi, il nous a semblé que dans la répétition de certains signifiants, la modalité transférentielle dans la situation de recherche, la manière dont les participantes ont livré leur histoire, les mécanismes défensifs utilisés, transparaisaient certains déterminants de leur vie psychique de la grossesse et de la maternité.

Ceux-ci doivent néanmoins être prudemment avancés. En effet, les entretiens de recherche n'ont pas la même richesse que le recueil d'éléments issus d'une démarche psychanalytique au long cours. Nous ne connaissons pas l'histoire générationnelle dans laquelle s'inscrivent ces femmes ou les histoires familiales de maternité. Nous avons très peu d'éléments concernant la manière dont s'élabore leur désir d'enfant, la place de leurs conjoints dans ce projet d'enfantement et les éléments œdipiens sous-

jacents à leurs maternités. De plus nous avons précédemment relevé les écueils méthodologiques de notre recherche. Nous pouvons donc seulement formuler, à partir de leurs récits et de notre écoute, quelques hypothèses concernant leur fonctionnement psychique au cours de la grossesse.

Nous allons dans un premier temps exposer chaque profil clinique pour faire une synthèse des éléments qui ressortent particulièrement au chapitre suivant. Nous avons sélectionné et organisé nos résultats de manière à ce qu'ils puissent rendre compte de notre question de recherche. Ainsi, nous ne présenterons pas l'exhaustivité des données recueillies. Nous orienterons nos résultats à la lumière de notre question de recherche qui s'intéresse à la maternité dans le contexte postmoderne actuel et tout ce qui le caractérise, notamment les relations et la conflictualité psychique s'exprimant à l'égard des figures maternelles. De plus nos hypothèses sont fortement corrélées à notre cadre théorique et aux références que nous avons exposées dans notre première partie. Nous avons cependant pris soin autant que possible de les interroger et de faire surgir une multiplicité d'explications afin de ne pas sombrer dans l'écueil du dogmatisme ou du prisme hypothético-déductif.

CHAPITRE VII

CLAIRE

7.1 Présentation

Claire est une femme de 33 ans enceinte pour la première fois. Elle est étudiante à l'université et réalise un stage auprès de femmes enceintes pendant sa grossesse. Elle a été recrutée par connaissance et est interviewée par Jeanne Thériault, la co-chercheuse.

Claire suit une thérapie. Elle est mariée depuis plusieurs années à un homme de religion et de culture différente. La question de la double culture et de la transmission se pose à propos de leur enfant. Tout comme le mariage pour lequel il a fallu trouver à concilier les deux familles, ils envisagent de permettre à leur enfant de s'imprégner de la culture de chacun et de le laisser libre de s'orienter plus tard vers l'une ou l'autre religion. Ils rencontrent néanmoins une pression familiale concernant le rituel du baptême.

Claire profite de chaque entretien pour exprimer sa difficulté à accepter sa grossesse et à établir un lien avec son bébé et ses angoisses concernant l'intrusion de sa mère et de sa belle-mère dans son intimité familiale.

Elle fait preuve au cours de tous les entretiens de bonnes capacités réflexives et d'un besoin de comprendre en verbalisant. Le discours est souvent lent et hésitant. Elle cherche à expliciter, détailler, justifier le fond de sa pensée et son vécu subjectif. Les entretiens sont donc très riches concernant le vécu psychique de la grossesse et Claire s'y investit beaucoup. Elle s'est permise d'exposer sa fragilité auprès de la

chercheuse, sans doute parce qu'elle a perçu une écoute bienveillante et attentive, dont elle semblait avoir besoin. Notons que la chercheuse a à peu près son âge et est elle-même étudiante à l'université.

7.2 Analyse de discours – argumentation

7.2.1 Discours

Les entretiens prénataux comportent tous les mêmes caractéristiques concernant le type de discours et les thèmes abordés. Ces derniers concernent principalement la grossesse, le rôle de mère, la place du bébé, la famille, les professionnels de la santé, l'accouchement et le couple. Les thèmes de la famille, de la relation de couple et de la place de mère sont à la fois les plus fournis et ceux qui semblent être les plus conflictuels, notamment car le discours est plus hésitant, parfois défensif et souvent nourrit émotionnellement lorsqu'ils sont abordés.

Claire tente d'élaborer et de répondre aux questions de manière exhaustive. Elle commence les deux premiers entretiens et l'entretien du post-partum en demandant à la chercheuse si elle répond de manière adéquate à la question posée.

Par la suite, la pensée est réflexive. Elle suit les questions de la chercheuse, toujours en étayant son discours, manifestant ainsi un réel désir de bien faire. Claire se questionne, justifie ses réponses, argumente, essaie de détailler ses allégations, pèse le pour et le contre.

Cependant le deuxième entretien diffère des autres car elle constate à plusieurs reprises que son élaboration est difficile « à un niveau et pas à d'autres ». Nous observons que ces difficultés apparaissent quand elle aborde le thème de l'investissement du bébé et l'investissement des parents et beaux-parents dans sa

grossesse. Elle hésite beaucoup, marque des silences, se pose des questions et dit « je ne sais pas ». Elle change brusquement de sujet ou bien arrête net l'élaboration notamment lorsqu'il s'agit de ces sujets chargés affectivement, pour parler de sujets moins sensibles. La chercheuse oriente beaucoup l'entretien et la ramène à chaque fois aux sujets qui semblent plus conflictuels. Claire a du mal à y retourner (hésitations, questions).

L'ambivalence est visible par un discours qui oscille d'un pôle à l'autre utilisant de nombreux « mais. » : « mais, dans le même temps », « quand même », surtout quand il s'agit des relations avec les figures parentales. Dans son discours ambivalent, marqué de culpabilité, Claire tente de rationaliser, de minimiser ses propos en suggérant que « c'est la fatigue » qui l'empêche de réfléchir.

Fait que oui, j'anticipe comment on va euh... dans l'fond, c'que ça chamboule là, daaans... à c'niveau là aussi avec euh, avec les parents puis euh, la relation avec eux là. Qui soient impliqués, mais en même temps qui nous laissent de l'espace là. Mais jusqu'à maintenant ça c'est bien géré là, donc euh... une étape à la fois là, c'est de se dire ça là... hum.. ouais. [soupir] On dirait j'ai pas beaucoup, j'ai de la misère à élaborer aujourd'hui [rire partagé] [raclement de la gorge] C'est peut-être la fatigue... Je suis plus dans l'action peut-être que dans... dans la réflexion là...

L'entretien semble chargé affectivement sur un versant plutôt dysphorique (soupirs, voix monocorde).

Le discours de ce deuxième entretien progresse lentement. Il y a des retours en boucle sur la question du couple et de la place à faire au bébé. Claire suit les questions de la chercheuse et ne parle pas de manière spontanée ce qui induit un certain contrôle.

L'entretien du post-partum est moins réflexif que les trois premiers. Il est plutôt descriptif et tout de même très détaillé. Il se focalise sur le thème du post-partum et des soins au bébé. Le discours semble calqué sur le fond c'est à dire sur les aspects

dépressifs et de la plainte. Ainsi nous avons l'impression d'un discours qui tourne en rond et qui est très répétitif, ce qui donne à l'ensemble de l'entretien un aspect dysphorique intense.

Maintenant c'est plutôt toute l'adaptation avec le bébé et euh ça, ça été, euh... c'est pas facile là, c'est ... j'essaie d'y aller un jour à la fois là [sourire nerveux] ça c'est vraiment pas facile j'trouve... euh.. C'est sûr, on l'aime beaucoup mais on dit toujours euh... ça, mon conjoint on dit ah! C'est tellement de [sourir] c'est difexigeant mais c'est tellement de joie que ça compense. Mais là on dirait que je ne suis pas encore là-dedans là, dans le... dans les joies là euh. Ben, j'en ai des p'tits moments de joie avec elle, mais j'trouve surtout que ça prend toute la place là en ce moment. Pis euh, autant j'l'aime beaucoup là, c'est sûr que... tu peux pas rester indifférent là mais euh... j'trouve vraiment depuis euh... que ça prend toute la place là. Puis au début, c'était un peu. Je, j'allait aussi là, c'était comme euh, j'avais l'impression que c'est juste ça que je fais de ma journée. C'est incroyable là. Puis là...euh, on commence à, ça commence à s'placer un peu là.

Claire ne rebondit pas sur les questions pour sortir de cette plainte, notamment celle concernant le bébé. Elle semble enfermée dans la routine oppressante qu'elle décrit. Il n'y a pas d'ouverture. La dynamique du discours est pesante. Seuls les moment d'interaction avec le bébé ou l'arrivée du conjoint, viennent apporter du dynamisme au discours, mais les dialogues sont emprunts d'agressivité et de culpabilité.

7.2.2 Mécanismes de défenses

Malgré les tentatives de contrôle et les défenses, les affects dysphoriques et l'anxiété débordent Claire tout au long des entretiens et plus particulièrement le deuxième et le quatrième.

Nous observons que les mécanismes de défenses sont principalement la rationalisation, l'intellectualisation, la mise à distance, le déni et la minimisation.

La rationalisation et l'intellectualisation sont des mécanismes de défenses qui se manifestent surtout par un contrôle de la pensée et donc du discours. Claire se justifie, tente d'explicitier au maximum son ressenti, et même de minimiser son intensité. Nous l'observons au premier entretien lorsqu'elle expose son ambivalence de manière extrêmement détaillée, presque documentée avec le fait qu'elle sache que c'est un phénomène normal du début de grossesse.

De plus lors du troisième entretien elle dit clairement que de par ses études, elle a plutôt tendance à utiliser l'intellectualisation plutôt que d'être dans le lâcher-prise.

Claire opère également une mise à distance des affects par l'utilisation de l'humour et le rire. Au premier entretien, nous observons qu'elle utilise l'humour notamment à deux reprises, quand elle parle de sa mère. Puis elle rit à nouveau lorsqu'elle évoque le fait que son conjoint ne soit « pas très libidineux » depuis le début de la grossesse. Ces enjeux autour de la relation à la mère et au conjoint sont par ailleurs très problématiques pour Claire et nous voyons qu'elle peut ici en parler de manière détournée en utilisant l'humour.

Claire utilise également l'évitement de manière récurrente à chaque entretien. Ainsi, lorsqu'elle est amenée par la chercheuse à parler d'un thème qui est problématique pour elle, Claire change brusquement de sujet. C'est le cas en anténatal lorsqu'elle élabore sur le thème de la belle-famille. C'est le cas en post-partum quand la chercheuse lui demande de parler de la rencontre avec son bébé et qu'elle répond de manière expéditive pour changer immédiatement de sujet.

Le dernier entretien, après l'accouchement est extrêmement dysphorique et nous remarquons que les défenses sont inefficaces. Claire utilise l'humour et tente surtout dans la réalité de se persuader d'une amélioration de son état et demande de la réassurance, notamment avec la chercheuse lorsqu'elle lui demande de confirmer que sa fille réclame bien à manger. Claire semble très fragile psychologiquement.

7.2.3 Ambivalence

Dès le premier entretien, l'ambivalence concernant cette grossesse s'exprime de manière très claire et se retrouve tout au long des entretiens tant prénataux qu'en post-partum. Elle est accompagnée d'angoisse et de culpabilité.

Claire la nomme et la décrit très précisément, notamment lors du premier entretien. Elle explique à quel point elle est assaillie de sentiments contraires à l'égard du bébé et de la grossesse.

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

Claire, est familière du concept d'ambivalence psychique et elle sait que celle-ci peut être prégnante en début de grossesse. Elle essaie de se rassurer sur la normalité de ce vécu affectif, mais ses tentatives de rationalisation et de minimisation sont vaines. Elle est débordée par les contradictions de son vécu affectif.

Cette ambivalence transpire dans les entretiens, soit à la faveur d'un discours décrivant la coexistence de deux sentiments opposés : amour/haine, crainte/excitation, joie/peine, envie/rejet; soit à la faveur de l'utilisation de la conjonction de coordination « mais » qui apparaît de manière récurrente dans chaque entretien et surtout au premier concernant la grossesse et au dernier concernant le bébé. Claire met ainsi systématiquement en balance ses assertions. Elle corrige ce qu'elle vient d'énoncer, renforçant ainsi l'équivocité et la complexité de ce qu'elle présente. Par exemple : « pour le moment tout va bien, mais je suis sur mes gardes », « je suis de

plus en plus prête à l'accueillir, mais en même temps j'ai du mal... », « y'a un attachement, mais en même temps un sentiment d'être envahie un peu, ça contrôle un peu ma vie en ce moment puis euh... Mais [silence] oui, c'est un peu dur à accepter ça ».

Le discours ambivalent est particulièrement culminant lors du premier entretien, concernant la grossesse.

Je finis maintenant par me dire euh, ben peut-être c'est pas pour rien que ce bébé là arrive maintenant, finalement, ça tombe bien, puis finalement ça tombe à un bon moment, j'finis par me dire ça. Puis je ressens de l'affection pour lui et euh, [silence] donc, j'ai hâte de le voir, de le connaître, mais en même temps euh, c'est l'idée que moi et mon copain on vit ensemble depuis six ans, maintenant y va avoir une autre personne qui va vivre avec nous pis qui va être toujours là, pis qui va prendre beaucoup de place dans notre vie, donc euh, par moment, je crains un peu que ça, ça prenne trop de place, ou, comme, j'me d'mande comment on va, on va arriver... comment notre couple va se structurer, qu'est-ce que ça va changer qu'est-ce qu'euh... Donc, c'est ça l'ambivalence un peu. Être contente, j'ai, euh, plus ça va, plus on se sent prêt à l'accueillir mais en même temps euh [silence] euh, c'est comme si en même temps bon, pour le couple ça change aussi des choses pour moi, comme d'être enceinte.

Claire exprime le fait qu'elle ressent deux sentiments opposés et concomitants concernant la grossesse, c'est à dire à la fois le fait que l'arrivée de ce bébé est une bonne nouvelle et à la fois le fait que ce bébé chamboule son couple et que la grossesse est vécue comme une crainte.

L'ambivalence apparaît également dans les entretiens prénataux, en particulier lorsque Claire parle de sa belle-famille ou de sa mère. Ainsi, elle souhaite à la fois les inclure dans sa grossesse et en même temps les en écarter. Concernant leur présence à l'accouchement, elle « ne veut pas les décevoir » mais elle a besoin « de définir sa bulle et mettre des limites ». Claire est très indécise concernant leur implication dans sa grossesse : « J'ai envie que nos familles soient impliquées mais oui j'ai, j'anticipe un p'tit peu parce que ça a créé des [racle la gorge] des tensions dans ma famille avant

là, avec mon frère là, quand y'a eu des enfants ». Ainsi à la fois elle souhaite qu'ils puissent profiter aussi de la grossesse de leurs enfants, mais en même temps qu'ils se tiennent à bonne distance.

Enfin, l'ambivalence apparaît également très intensément en post-partum concernant le bébé. Claire éprouve des sentiments partagés entre la joie d'avoir son bébé et la difficulté que les soins supposent. Ainsi, elle dit : « C'est sûr, on l'aime beaucoup mais (...) c'est dif'exigeant mais c'est tellement de joie que ça compense. » et « je l'aime beaucoup, c'est sûr, tu ne peux pas rester indifférent là, ... mais je trouve que ça prend toute la place ».

7.2.4 Angoisses

Les angoisses de Claire concernent avant tout la question de l'envahissement, de l'intrusion. Et cela en rapport aux figures parentales qu'elle perçoit comme intrusives au cours de la grossesse et en rapport à l'envahissement corporel et psychique du bébé. Ces angoisses s'accompagnent d'une culpabilité facilement repérable dans les entretiens.

Les premiers mois de la grossesse sont pénibles pour Claire qui se sent « envahie ». Elle dit « qu'elle n'a pas de place de faite dans sa tête pour son bébé. » et qu'elle se sent « parasitée », « dépossédée de son corps ». D'un autre côté, « elle se sent coupable de ne pas en faire plus pour lui » et de ne pas assez investir son bébé. Le deuxième et le troisième trimestre se trouvent être eux aussi sous le sceau de l'angoisse. Physiquement, elle se plaint, de « ses petits bobos » et dit qu'elle a « hâte de retrouver son corps, sa mobilité et plus de liberté dans ses mouvements ». Claire dit avoir à la fois hâte d'accoucher car elle trouve la période physiquement exigeante, mais en même temps elle aimerait « repousser » le moment de la naissance.

Concernant les figures parentales, Claire fait part de ses « craintes » concernant la possibilité qu'ils soient trop impliqués dans la grossesse et qu'ils ne respectent pas l'intimité de leur couple. Ces angoisses concernant l'envahissement parental apparaissent à tous les entretiens prénataux. Claire aborde ces sujets de manière défensive en mesurant ses propos et en changeant de sujet le cas échéant.

7.2.5 Le contrôle

La question du contrôle apparaît surtout au troisième entretien concernant l'accouchement qui est selon Claire un moment d'abandon et de relâchement extrême. Elle envisage l'accouchement « comme une expérience de lâcher prise ». De même l'allaitement est envisagé comme « instinctif » et une manière d'être « plus dans le senti » ce qui s'oppose à son fonctionnement habituel, dit-elle.

Or, Claire regrette le fait qu'elle ne puisse pas décider de la date de l'accouchement alors qu'elle voudrait attendre que son conjoint ait terminé son semestre d'études. Elle ne se sent pas encore tout à fait prête pour accueillir ce bébé alors que l'accouchement est imminent, elle ne voudrait pas « être prise par surprise ». Elle essaie de retarder le plus possible l'accouchement par du repos, restant alitée la majeure partie du temps. De plus, elle a décidé d'engager une accompagnante à la naissance car elle souhaite vivre son accouchement le plus naturellement possible, ne pas être obligée de subir, et donc garder un certain contrôle, ce qu'elle conçoit plus facilement avec une accompagnante.

7.2.6 La grossesse : une prison

Claire parle de sa grossesse avec des termes souvent négatifs et avec un registre de vocabulaire qui souligne l'aspect contraignant et difficile.

Sa découverte a même été une nouvelle « décevante » selon elle. La grossesse n'a pas été planifiée « même inconsciemment » dit-elle, ce qui est une remarque singulière et que nous interprétons comme une dénégation. Elle a en effet arrêté tout moyen de contraception depuis un an et vit une relation de couple stable. Claire présente donc cette grossesse comme une « surprise », qui fait effraction dans son histoire

C'est le mari de Claire qui s'est douté de la grossesse de sa femme et l'a invitée à faire un test pour la confirmer. Claire dit à ce sujet qu'elle était « dans le déni » de son état de grossesse. Les tout premiers temps de la grossesse sont donc ceux de l'hésitation et du doute, pour sa part, quand à un éventuel avortement. Cependant le mari de Claire est très heureux et elle finit par se dire de manière ambivalente, « que ce bébé est arrivé au bon moment... mais en même temps... ». Car cette grossesse est réellement perçue par Claire comme une contrainte, « comme si c'était quelque chose qui s'était imposé ».

Par la suite, Claire n'arrive pas profiter de la grossesse qui généralement au deuxième trimestre est plus aisément vécue. Pour Claire, au contraire, plus la grossesse « est concrète, plus il y a des craintes ».

Au dernier trimestre, Claire exprime surtout le fait de vouloir retrouver à la fois son corps et sa mobilité, comme si cette grossesse l'avait entravée.

7.2.7 L'accouchement et l'effraction

L'accouchement est présenté par Claire comme un moment difficilement pensable et assimilable. Que ce soit en prénatal comme en post-partum, cet évènement, à chaque fois qu'il est abordé par Claire, est emprunt d'irréalité et de stupéfaction, qui sous-tendent la question de l'effraction.

Au troisième trimestre, Claire ressent de « l'anxiété et de l'angoisse » en même temps que de « l'excitation » par rapport à l'accouchement, car « plus ça approche et plus elle ne peut pas croire que ça arrive ».

En post-partum, Claire éprouve le besoin « de beaucoup en reparler » et de le « revisiter ». Il a duré 7 heures avec 3 heures de travail et 4 heures de poussée, ce qui est relativement court pour un premier accouchement. Pourtant, Claire « cherche à comprendre son accouchement, pourquoi il a été si long ? ». Au moment de l'accouchement, elle « n'a pas réalisé », elle a été « surprise » et avait l'impression que c'était « irréel ». Elle a « paniqué » au moment de la rupture des eaux, car elle ne s'attendait pas à ça et pensait qu'elle aurait le temps d'appivoiser la douleur. Lors de la poussée, elle se sentait sous pression par l'horloge et les paris de l'équipe sur la rapidité de l'accouchement, et elle a eu l'impression « qu'elle n'arrivait pas à la faire naître ». Elle a eu le sentiment que personne ne l'aidait alors qu'elle « avait besoin d'aide » et elle n'avait pas « confiance ». Elle qualifie son accouchement de « traumatisant mais heureux ». Elle parle même de « choc post-traumatique ».

7.2.8 Le post-partum

Après l'accouchement Claire parle de son quotidien de manière très négative. Elle semble être émotionnellement fragile et déprimée empruntant un ton affecté et monocorde et un discours pesant. Elle dit que pour le moment elle essaie de s'adapter

et de faire connaissance avec sa fille mais répète tout au long de l'entretien que ce n'est « pas facile ». Le déroulement de la journée est très monotone, elle a l'impression d'être une « machine ». Les soins sont vécus comme « des tâches » et elle n'éprouve « pas de plaisir » à les faire. Elle espère qu'il ne s'agit que d'une période transitoire et « elle a hâte de ressentir enfin les joies ». Pour le moment, elle ne semble pas heureuse « même si elle aime sa fille ». Elle présente un tableau thymique dépressif. Psychiquement, elle « se sent dans sa caverne, moins disponible et a besoin d'espace ». Elle a l'impression d'être retirée relationnellement et émotionnellement, « d'être plus dans sa tête ».

Elle trébuche sur un mot qui révèle toute la difficulté de la période lorsqu'elle dit que « c'est sûr, on l'aime toujours mais c'est euh difexigent ». Claire exprime par cette phrase sa difficulté à établir un lien avec son bébé qui ne soit pas sur un versant négatif ou ambivalent avec « on l'aime toujours mais... ». De plus l'apparition incontrôlée du mot valise « difexigeant » qui fusionne le « difficile » et « l'exigeant », peut révéler à quel point Claire est écrasée par la lourdeur de cette période de soins exclusifs à l'enfant.

Les premières semaines, Claire pleurait tous les jours et elle a encore des moments de « découragements ». Elle est surprise de « la place que ça prend », du fait que ça ait « chamboulé sa vie ». Elle insiste même en indiquant que « ça change trop la vie ». L'adverbe « trop » indique à quel point le vécu est excessif et insoutenable.

En post-partum immédiat, elle s'est sentie très « anxieuse et nerveuse ». Elle n'arrivait pas du tout à dormir. Elle avait « peur que sa fille s'étouffe ». À 2 semaines en post-partum, elle a eu une hémorragie et a été hospitalisée deux jours pour un curetage. Elle dit qu'elle a été dans un état de très forte anxiété et « qu'elle ne voulait plus porter la petite ou l'allaiter ». Elle constate qu'avec la reprise de ses forces l'anxiété s'est résorbée. Sa mère est venue chaque jour pendant un mois, et sa sœur la nuit car elle n'arrivait pas à dormir. Encore au moment de l'entretien, elle n'arrive à

dormir que parce que sa fille est du côté de son père et « qu'elle n'a pas la responsabilité de la surveiller ».

Claire envisage cette période comme « une grosse adaptation » dont on a l'impression qu'elle est insurmontable. Elle dit qu'elle pleurerait tous les jours et qu'elle se sentait « étouffée » « se sentait prise, comme plus de liberté ». Elle a envie « d'avancer ses choses » et de « retrouver une liberté ». Elle trouve que sa fille « prend toute la place ». Physiquement, elle se sent très « sollicitée » notamment avec l'allaitement et dit avoir besoin d'espace. Elle est anxieuse vis à vis de l'allaitement et « a peur que son lait soit pas correct ou qu'elle ne s'y prenne pas de la bonne façon ».

7.2.9 Le bébé

Au premier trimestre, Claire fait des cauchemars concernant son bébé. Elle raconte que dans l'un d'eux, elle avait perdu son bébé, mais que dans le même temps, il était collé à elle. Elle dit également qu'elle craint que ce ne soit une fille, car elle prendrait sa place :

J'ai peur d'avoir des jalousies, mais si on a une petite fille, je sais que L. (son mari) va l'adorer, que ça va être sa petite princesse et je suis sûre qu'elle va aimer beaucoup son papa. Il est super affectueux et il est drôle, des fois j'ai peur de sentir que je vais perdre ma place ».

Claire apprend au deuxième trimestre que le bébé est de sexe féminin. Elle rapporte avoir vécu l'annonce comme « un deuil du petit garçon » qui devait s'appeler Louis. Elle concède qu' « une petite fille, pour nous, ça va, ça...convient bien aussi ». Mais elle éprouve toujours des difficultés « pour se connecter à elle ».

Claire s'interroge beaucoup sur son rôle de mère, se trouvant trop exigeante et s'imaginant trop sévère. Elle « espère que son bébé va l'aimer » quand même. Elle

pense son lien avec son bébé d'emblée avec sévérité et intransigeance. Elle n'imagine pas qu'elle va être capable de câliner son enfant et de l'aimer. Quand elle dit « j'espère qu'elle va m'aimer » nous pouvons entendre en écho ses propres inquiétudes de savoir si elle même va pouvoir l'aimer. D'ailleurs elle poursuit en disant que peut être qu'après l'accouchement « ça sera elle qui sera gaga de sa fille », sous entendu pas forcément son père pour qui cela paraît plus évident. Cependant, elle poursuit par plusieurs « mais » qui viennent mesurer ce qu'elle vient d'énoncer. Cela apparaît ainsi comme peu probable même si elle l'espère.

D'ailleurs, son discours est très égocentrique. La place qu'elle fait à son bébé dans son discours est minime. Elle change de sujet brutalement et ne s'autorise même pas à parler de son bébé et à s'investir psychiquement auprès de lui.

Concernant la naissance de sa fille, elle conçoit « que ça va changer sa vie, mais elle a de la misère à y croire ». Elle trouve difficile d'imaginer de passer à trois et elle anticipe le post-partum avec « espoir et crainte ». D'ailleurs, depuis le début des entretiens, elle dit que ça sera certainement sa seule grossesse, qu'ils ne pensent pas avoir d'autres enfants.

Même après sa naissance elle parle de sa fille de manière indéterminée : « le bébé ».

Elle relève en parlant à sa fille, que celle-ci est souriante et sage quand elle a de la visite mais qu'en dehors de cela, elle n'est pas si agréable.

Puis toi t'es trop cute, j'étais en train de dire tout ça (à quel point c'est difficile) pis t'es trop cute. Tu m'fais des beaux sourires [bruit bébé] Pourquoi tu dis ça maman hein, pourquoi tu dis ça? Toi aussi t'as une adaptation à faire hein? Une grosse adaptation... hein [petit bruit bébé] hum... ouais... T'es d'bonne humeur c'matin, hein?... Tu fais des beaux sourires. Ouen [rire] est vraiment souriante c'matin. T'es vraiment souriante c'matin. (...) Oui, c'est ça, c'est ça. C'est pour mieux faire mentir les parents. (...) C'est comme une meilleure réputation pour les autres.

7.2.10 Le conjoint

C'est le conjoint de Claire qui repère la grossesse de sa femme. C'est lui aussi qui fait preuve d'enthousiasme concernant cette grossesse. Il voulait l'annoncer plus vite que Claire ne le souhaitait. Claire se cache derrière un « nous » lorsqu'elle dit qu'ils ne veulent qu'un seul enfant et qu'il n'y aura pas d'autre grossesse, et mais elle vient quand même rectifier ses dires en disant qu'il s'agit plus d'elle à ce moment là.

Lors du premier entretien, Claire exprime de manière très manifeste, la peur « de perdre sa place » vis à vis de son conjoint surtout s'il s'agit d'une fille et du changement que le passage de deux à trois va occasionner dans leur couple et leur intimité.

Elle constate que leurs rapports intimes sont déjà différents en début de grossesse et qu'il y a une gêne de la part de son conjoint. Elle a besoin d'être rassurée quand au fait qu'elle lui plaise toujours physiquement.

En post-partum, Claire rapporte des tensions, surtout explique-t-elle, parce qu'il fait plus attention à sa fille qu'elle et parce qu'elle dit toujours « c'est pas grave ». Ils n'ont pas les mêmes exigences de soins envers leur fille. Claire passant aux yeux de son mari comme négligente.

7.2.11 Les figures parentales

Claire entretient des rapports compliqués depuis le début de la grossesse, tant avec sa mère, qu'avec ses beaux-parents et ce jusqu'à la fin de la grossesse.

Déjà au début de la grossesse, Claire anticipe le fait que leurs parents respectifs vont prendre beaucoup de place dans sa grossesse. Elle ne souhaitait d'ailleurs pas l'annoncer trop tôt car sinon « ils allaient s'impliquer », donner leur « opinion » ou

des « conseils ». Elle précise que sa belle famille « a beaucoup de peurs anxieuses » qu'elle met en lien avec le fait qu'ils ont perdu un bébé (un jumeau). Elle trouve que les interventions de sa belle-mère, sont « dérangeantes », « agressantes » et dans le « trop ». Ce qui la gêne le plus, c'est principalement « que le bébé prenne beaucoup de place, comme si je n'existais pas ». Claire décrit son impression qu'il n'y en a que pour le bébé en utilisant la métaphore d'« un contenant » et en expliquant qu'elle n'est reléguée qu'à ce rôle. Notamment lorsqu'elle rencontre ses beaux-parents qui l'accueillent en disant « comment va notre bébé ? » en s'adressant à son ventre et qui lui demandent de faire attention à ce qu'elle mange pour le bébé.

Concernant ses parents, elle dit que « lorsqu'ils vont commencer à s'impliquer, ils vont prendre beaucoup de place ». Elle anticipe les « tensions » que cela va engendrer, surtout en rapport avec le précédent fraternel, qui a vécu cela lorsqu'il a eu ses enfants. Elle constate que pour le moment « ils sont respectueux de garder une certaine distance, qu'ils ne sont pas trop intrusifs ». L'anticipation de la future intrusion familiale lui fait éprouver de la culpabilité car elle ne veut blesser personne, mais elle ressent le besoin de protéger « sa bulle ».

Et ce, plus particulièrement avec sa mère. Elle a peur que celle-ci ne s'implique trop. Et elle pense qu'il va falloir qu'elle mette des limites. Elle a été étonnée de sa réaction à l'annonce de la grossesse, car celle-ci a pleuré. Or, Claire explique qu'elle ne s'attendait pas à cette réaction dans la mesure où sa mère n'avait jamais exprimé son souhait que sa fille ait des enfants.

En début de grossesse, elle arrive à partager son expérience avec sa mère qui lui parle de ses maternités à elle. Or, elle raconte à sa fille qu'elle les a vécu douloureusement. Ses deux grossesses n'étaient pas planifiées. Pour son frère elle a trouvé difficile de rester 3 ans à la maison et de ne pas pouvoir travailler au point qu'elle lui en a voulu. Pour la grossesse de sa fille, elle fût une surprise car on lui avait dit qu'elle ne pourrait pas être à nouveau enceinte.

Au cours de la grossesse, Claire continue à trouver que leurs familles sont trop intrusives et envahissantes. « Les grands-parents investissent beaucoup l'enfant » dit-elle, ce qui est parfois « achalant ». Sa mère a prévu de venir l'aider après l'accouchement. Elle ne sait pas comment elle va vivre ça et elle a peur que ce soit trop « intrusif ». Elle veut garder « sa bulle » avec son conjoint. Cela l'inquiète. Elle veut qu'on « respecte leur intimité », et il leur faut « délimiter leur territoire » et préserver leur « noyau ». C'est justement au troisième trimestre que Claire et son mari ont décidé de parler à leurs familles de la manière dont ils voyaient les choses pour l'accouchement notamment, pendant lequel leurs parents souhaitaient être présents. Elle « ne voulait pas les décevoir » mais elle avait besoin « de définir sa bulle et mettre des limites ». La question a donc été de savoir « comment les impliquer mais en même temps de garder leur territoire », « de les impliquer mais sans être envahis ». Ils ont ainsi refusé leur présence ce « qui lui a permis de lâcher prise par rapport à ça ». Mais pour la période de post-partum, rien n'a été posé ce qui angoisse Claire. D'un côté elle est heureuse qu'ils soient disponibles et pense qu'elle pourrait avoir besoin de leur aide, mais d'un autre côté, elle a peur de se sentir envahie.

En l'occurrence, après l'accouchement, l'aide de sa famille a été la bienvenue étant donné ses difficultés à s'occuper de son bébé et son hospitalisation.

Mais bien que dans la réalité relationnelle, il puisse y avoir des paroles et des comportements intrusifs des parents, nous observons qu'il s'agit avant tout pour Claire de « craintes » anticipatoires :

Mais en ce moment, ça me fait du bien là, y'a toujours des moments où on peut parler ensemble (avec la belle-mère), présentement c'est apprécié comment elle me, elle a une ouverture sans être intrusive là. Donc euh, j'imagine ça va pas toujours être aussi rose là [rire] Y va y avoir d'autres périodes où elle va se sentir plus interpellée pis, j'vais être obligée de mettre des limites des fois là euh, mais pour le moment ça va là, ça se passe assez bien [silence]. Ça c'étaient toutes mes craintes aussi pour

quand le bébé allait venir, là comment on allait gérer nos familles qui peuvent être prenantes des fois là, qui veulent bien faire mais qui en font trop là ... souvent.

En Post-partum, les craintes concernant l'intrusion des figures parentales n'apparaissent plus du tout.

7.2.12 Les professionnels de la santé

Depuis le début de la grossesse, Claire ne se sent pas en confiance avec le médecin omnipraticien qui la suit car elle la trouve peu expérimentée, expéditive « et qui n'élabore pas trop ». Elle démontre un fort besoin de réassurance qu'elle ne trouve pas du côté du suivi médical. Elle souhaite avant tout être respectée dans ses choix, notamment au moment de l'accouchement et pouvoir vivre une expérience la plus « naturelle » possible.

Elle choisit en fin de grossesse, au troisième trimestre, d'engager une accompagnante à la naissance qui sera pour elle « un guide discret », « qui a de l'expérience », qui « l'aidera à savoir ce qui est bien », qui « la conseillera d'une bonne façon », et en qui elle peut avoir « confiance ». Elle imagine que l'accompagnante va pouvoir l'aider à faire respecter son plan de naissance et ses choix. Au cours de l'accouchement, Claire a apprécié d'avoir à ses côtés une personne qui l'a aidée à respecter le plan et qui était « calmante », « apaisante », « aidante ». Elle s'est sentie en « sécurité » et « entourée » grâce à cette présence rassurante. Par contre elle dit qu'elle n'a pas trouvé dans le personnel médical l'aide dont elle aurait eu besoin et elle répète qu'elle n'était pas en confiance. En post-partum, Claire fait appel à une marraine d'allaitement pour l'aider et la conseiller en la matière.

7.3 Interprétations

7.3.1 La temporalité, la surprise, l'effraction

Claire a eu neuf mois pour se préparer à l'arrivée de son bébé et à deux semaines de la date prévue d'accouchement, elle a toujours l'impression que cet événement pourrait la prendre par « surprise ». Elle utilise ce terme à cinq reprises dans les entretiens. D'abord pour qualifier la découverte de sa grossesse; puis pour décrire la grossesse de sa mère quand elle l'attendait; au troisième trimestre, quand elle indique qu'elle ne veut pas être prise par surprise par l'accouchement; en post-partum quand elle explique qu'elle a été surprise du déroulement de l'accouchement; et enfin à nouveau dans l'entretien après l'accouchement dans lequel elle dit être surprise du chamboulement que provoque l'arrivée de son bébé. Nous voyons ici que ce signifiant n'est pas anodin. Claire est étrangement toujours surprise par quelque chose qui se prépare de longue date. C'est comme si depuis le début de grossesse, où Claire se trouvait sous le coup de la surprise d'être enceinte (alors qu'elle n'utilisait pas de moyen de contraception), elle n'avait pas eu de temps d'élaboration et de nidification psychique. D'ailleurs elle dit que tant que le nid n'était pas fait, elle n'arrivait pas à penser à elle et donc à se préparer. Il nous semble que cette grossesse s'apparente à une effraction psychique.

D'abord, ce qui semble s'être imposé malgré elle c'est ce désir inconscient refoulé, qui a trouvé à s'incarner dans cette grossesse. Cette maternité met à l'œuvre des processus psychiques inconscients puissants tels que le déni et le refoulement. D'ailleurs, il nous semble que cette grossesse n'arrive pas de manière anodine dans la vie de Claire. Celle-ci a choisi de réaliser un stage dans une maternité. Les questions liées à la maternité font sans doute déjà partie de sa vie inconsciente. Nous pouvons interpréter cette grossesse comme un acte manqué, un retour du refoulé, issu d'une conflictualité inconsciente, comme le conceptualise Monique Bydlowski (2003, 2008).

Par la suite, l'arrivée imminente de sa fille semble encore être une effraction psychique qui n'a pas pu s'élaborer. Claire n'arrive pas à y croire alors qu'elle est à quelques jours du terme.

Enfin concernant l'accouchement, la manière dont Claire nous le décrit nous met sur la piste d'un traumatisme psychique. C'est à dire que l'arrivée de ce bébé fait effraction dans son histoire et qu'au moment de l'accouchement elle met en place des mécanismes de défenses de l'ordre du déni et du clivage, avec un vécu de déréalisation. La temporalité est dans sa description très désorganisée. Claire a trouvé son accouchement long alors qu'il est plutôt court, le personnel soignant faisant même des paris sur la rapidité de la mise au monde. Elle a le sentiment qu'elle n'y arrive pas alors que les soignants ont l'air confiant. Nous voyons encore ici, qu'il y a quelque chose qui fait effraction, qui n'a pas pu s'élaborer et se préparer pendant la grossesse ce qui entraîne un vécu traumatique de l'accouchement.

Nous pouvons éventuellement mettre en lien ce vécu tout particulier de la naissance de sa fille avec sa propre naissance, qui a été elle-même une surprise pour sa mère et qui n'était pas planifiée. Quelque chose se répète peut-être ici, et prend la forme du signifiant « surprise ». Cette grossesse la ramène peut-être à sa propre venue au monde. C'est comme si quelque chose de sa propre naissance n'arrivait pas à s'élaborer et se dénouer dans cette grossesse.

7.3.2 La position œdipienne

L'analyse du discours de Claire semble illustrer très bien le concept de transparence psychique, puisque qu'affleurent de manière très évidente dans son discours, des enjeux œdipiens archaïques contingents à une levée du refoulement.

Les enjeux œdipiens apparaissent surtout, nous semble-t-il, dans la relation de Claire avec sa mère. En effet, au cours de cette grossesse, Claire ne semble pas tranquille par rapport à sa mère, qui selon elle pourrait vite devenir intrusive. Claire est sur ses gardes. Elle est étonnée de la réaction de celle-ci concernant sa grossesse. Il nous semble que ces éléments font référence au scénario œdipiens précoce et à toute la fantasmagorie qui en découle et qui a été décrite par Mélanie Klein (1928, 1945, 1959). Claire n'a-t-elle pas peur fantasmatiquement que sa mère ne lui vole son bébé? N'est-elle pas en rivalité avec cette mère toute puissante œdipienne? Une première grossesse vient selon Mélanie Klein, permettre aux femmes d'accéder à la féminité et représente l'aboutissement du développement psychosexuel féminin.

Or, Claire semble en difficulté dans cette ultime étape qui vient faire émerger à nouveau les enjeux œdipiens précoces. Claire apparaît toujours à une place infantile, comme si elle avait des difficultés à prendre la place de mère. Elle est d'ailleurs très inquiète de sa capacité de séduction et de sa désirabilité auprès de son conjoint. De plus, elle dit que bien qu'elle ait plus de 30 ans, « elle se voit comme une petite fille », ce qui rend son rôle de mère difficile à envisager. Claire semble coincée dans une conflictualité œdipienne qui a du mal à se dépasser. Elle semble ne pas arriver à accéder à une position de femme et de mère ce qui est peut-être le fait d'une imago maternelle omnipotente et menaçante. Nous pouvons interpréter ce conflit comme issu de la problématique œdipienne archaïque. D'ailleurs Claire parle elle-même de cette triangulation en utilisant le signifiant « triade » pour exprimer combien il est difficile pour elle de passer de deux à trois. Elle parle bien, nous semble-t-il, de la triade œdipienne, ou du triangle transgénérationnel (Cramer, 2004) dans lequel elle n'arrive pas à se positionner.

Ainsi, Claire semble avoir du mal à investir son bébé. Peut-être parce qu'il vient menacer son couple et sa place de fille auprès de ses parents. Il nous semble que l'enfant qui arrive est perçu d'emblée comme un « intrus » et un rival, bien que son

discours soit ambivalent et emprunt de culpabilité. De plus le sexe du bébé vient intensifier les possibilités de confusions générationnelles et de projections. Elle avait déjà émis des craintes sur le fait que ce soit une fille bien qu'elle se défende par la suite d'avoir eu des préférences sur le sexe de son enfant. Cette petite fille risque de prendre sa place auprès de son conjoint et de ses parents. Si le bébé avait été un garçon, nous pouvons supposer que s'eut été pour Claire moins déstabilisant.

Mais si Claire semble avoir beaucoup de mal à faire de la place psychiquement à son bébé, c'est peut-être aussi que cela a été le cas pour sa mère vis à vis d'elle. Claire y est, en effet, toujours empêchée (par le travail, l'emménagement, les préparatifs). Elle n'a pas de moments pendant lesquels elle rêve son bébé et elle crée un lien avec lui. Il se peut que Claire puisse s'identifier au bébé qu'elle porte, comme fille de sa mère et qu'elle n'arrive pas elle-même à se sentir investie. N'oublions pas qu'elle a été une surprise pour sa mère.

7.3.3 La faille narcissique

Claire manifeste tout au long des entretiens un besoin de réassurance. D'abord avec son conjoint avec qui elle manifeste son incertitude quand à sa qualité de femme. Elle souhaite rester belle, désirable et les transformations de la grossesse la déstabilisent. Claire expose très clairement que leur petite fille vient rivaliser avec elle quand à la permanence de sa place auprès de son conjoint. Or il faut que Claire manque bien de confiance en elle et d'assises narcissiques pour éprouver une telle menace face à l'arrivée de sa fille. Dans la réalité, que ce soit au cours de la grossesse mais surtout en post-partum, le conjoint de Claire ne semble pas très sensible à ce qu'elle pourrait vivre. Il n'accompagne pas beaucoup la position maternelle de Claire.

De même, auprès de ses parents, Claire semble éprouver le besoin qu'on s'occupe d'elle. En effet, elle exprime toute sa difficulté en début de grossesse à supporter que

l'entourage ne se préoccupe que du bébé, la reléguant à un rôle physiologique de matrice. Elle se sent ainsi « dépossédée » d'elle-même et se situe dans un enjeu de rivalité avec le bébé qui « prend toute la place ».

Enfin, avec la chercheuse, dans les entretiens, Claire montre un fort désir de bien faire et demande constamment une validation de ce qu'elle avance. Elle semble ici être peu confiante quand à ses capacités. C'est d'ailleurs pour cette même raison que le comportement des soignants pendant l'accouchement, a pu être si désastreuse pour Claire. Ils ont fait des paris, assimilant l'accouchement à un concours qu'il faudrait gagner. Claire aurait sans doute eu besoin au contraire de soutien et d'empathie.

Nous avons le sentiment que Claire ne se sent jamais assez bonne, jamais assez forte, jamais assez belle, jamais assez aimée. Ces éléments sont-ils les indices d'une faille narcissique? Ou d'un vécu abandonnique? Ce que nous ne sommes pas en mesure d'étayer. La grossesse de Claire viendrait, d'après nous, la fragiliser narcissiquement et entraîner un vécu angoissant de la maternité.

7.3.4 Angoisse, ambivalence et culpabilité

L'analyse du discours de Claire laisse apparaître l'émergence d'angoisses d'envahissement, d'ambivalence et de culpabilité. Ces manifestations psychiques sont concomitantes et s'entraînent les unes avec les autres. Les angoisses d'envahissement peuvent ainsi provoquer une ambivalence envers le fœtus, tout comme l'ambivalence peut induire des angoisses d'envahissement. Et comme d'un côté Claire ne supporte pas cet état et ce sentiment d'être envahie, et qu'en même temps elle aimerait profiter de son bébé et de sa grossesse, cela génère de la culpabilité.

Mais cette grossesse peut en effet s'avérer particulièrement sensible. La mort périnatale vécue par ses beaux-parents reste en toile de fond. Les beaux-parents

parlent d'ailleurs de « leur » bébé. Et ils lui demandent implicitement de bien se nourrir pour la bonne santé (la survie?) du bébé. Comment Claire ne peut-elle pas, même inconsciemment, identifier son bébé, à celui qui est mort? Comment peut-elle donc l'investir sans angoisses? Angoisses de mort qui apparaissent aussi dans les rêves ou en post-partum dans les peurs d'étouffement. Ceci pourrait expliquer l'intensité du vécu de deuil, lorsqu'elle apprend le sexe de son enfant. La perte du garçon, qu'elle aurait appelé Louis, était peut-être d'une certaine manière associée à la perte du jumeau de la belle famille.

Nous pouvons aussi remarquer l'apparition de mouvements hostiles contre le bébé, peut-être issus de l'ambivalence, de la rivalité ou du sentiment d'intrusion. Ainsi, les craintes que Claire formule concernant son bébé (qu'il ne s'étouffe, qu'il meure dans son premier rêve), pourraient être l'expression d'une agressivité refoulée ou de phobies d'impulsions sous-jacentes qui n'arrivent pas à se dire et s'élaborer. Claire craint-elle inconsciemment ses pulsions agressives? Ou la réalisation d'un souhait inconscient, à la manière des pensées magiques infantiles? Cependant, nous ne connaissons pas l'histoire de sa naissance. Ces angoisses pourraient en effet aussi s'expliquer par son vécu de nourrisson au moment de sa naissance.

Claire exprime également une conflictualité lorsque qu'elle décrit ses difficultés d'allaitement et l'impression qu'elle a de ne pas donner suffisamment de lait et de ne pas s'y prendre correctement. Nous pourrions l'entendre comme de l'agressivité envers son bébé qu'elle projette sur elle même avec ce clivage bon sein / mauvais sein, bonne mère / mauvaise mère. Tout comme, au contraire, il se pourrait qu'il s'agisse d'une auto-agressivité qui se projetterait sur son bébé. Le nourrissage étant propice aux mouvements projectifs et identificatoires issus de la phase œdipienne archaïque. Claire peut éventuellement s'identifier à ce bébé insatisfait ou carencé. Mais elle peut également projeter les pulsions sadiques du bébé sur elle-même et se sentir mauvaise.

Ce double mouvement identificatoire et projectif culmine dans l'entretien en post-partum quand elle relève en parlant à sa fille, que celle-ci est souriante et sage quand elle a de la visite mais qu'en dehors de cela, elle n'est pas si agréable.

Dans cette citation, nous voyons que Claire éprouve de la culpabilité quand à son vécu douloureux du post-partum. Elle se reproche ce vécu et le fait dire à sa fille lorsqu'elle parle à la place de son bébé : « pourquoi tu dis ça maman? ». Puis, de manière très détournée, Claire fait également des reproches à sa fille. Elle la présente comme bébé manipulateur et malveillant qui ne sourit aux visiteurs que pour faire mentir ses parents. Ce verbatim fait émerger toute l'ambivalence de Claire. À la fois elle s'identifie à son bébé, en le faisant parler et en même temps, elle manifeste de la haine face à ce bébé si sadique. Amour et haine sont donc entremêlés.

Enfin, les tentatives de reprise de contrôle en fin de grossesse peuvent témoigner de la grande difficulté de Claire à faire face à ces bouleversements psychiques de la grossesse, aux angoisses, au conflit d'ambivalence et à la recrudescence des enjeux narcissiques et œdipiens.

7.3.5 Difficultés maternelles

Claire décrit très précisément un état en post-partum qui s'apparente à une dépression, avec les insomnies, l'anxiété, les difficultés à s'occuper de son bébé. Son vécu semble être le fait du sentiment de perte, d'impuissance, qui suit habituellement la naissance. Les affects sont ici décuplés peut-être du fait de la grande conflictualité vécue pendant la grossesse et de l'effraction psychique de la grossesse et de l'accouchement.

Ainsi elle qualifie ce dernier, paradoxalement, d'évènement « traumatique et heureux ». Nous voyons ici peut-être la manifestation de l'exigence de l'idéologique

sociale qui veut que toute naissance soit un évènement heureux. Cela met en lumière à quel point cette injonction peut contraindre la jeune mère à étouffer ses affects dépressifs et ses difficultés.

Claire d'ailleurs peut se sentir jugée et accusée par son mari, lorsqu'elle est accusée de négligence. Là encore elle est ramenée à un vécu douloureux d'incompétence et d'incapacité qui rendent cette période particulièrement souffrante. D'ailleurs elle demande à la chercheuse de la rassurer sur ses intuitions maternelles. Elle dit aussi que lorsqu'elle reprend des forces, son anxiété s'amenuise. Cela peut traduire le fait que lorsqu'elle est moins fragile, son sentiment d'impuissance est moins apparent.

La période périnatale est donc une période qui peut être particulièrement inquiétante, pour toute mère, mais particulièrement pour Claire qui semble fragile narcissiquement. Malgré tout Claire possède beaucoup de ressources psychiques pour avoir mené sa grossesse à terme sans menaces médicales particulières. L'hémorragie en post-partum peut éventuellement confirmer ses craintes concernant le manque d'expérience de son médecin.

7.3.6 Les figures parentales menaçantes

Nous observons que les enjeux intergénérationnels apparaissent lors des trois premiers entretiens et de manière très intense. La grossesse de Claire est empreinte d'une grande conflictualité autour des questions de l'intimité et de la crainte de l'intrusion, qui se déploient dans les relations aux figures parentales. Il s'agit d'ailleurs plus précisément de la belle-mère et de la mère. En même temps qu'elle ressent le besoin de les tenir à l'écart, elle éprouve de la culpabilité et l'envie de « ne pas les décevoir » ce qui provoque de l'anxiété.

Nous voyons également que la réalité est moins pire que le scénario et les appréhensions que Claire s'était imaginés. Or cette extrapolation anxieuse indique, nous semble-t-il, une crainte plus fantasmatique que réelle. Ces inquiétudes sont peut-être l'expression d'un scénario imaginaire d'intrusion, d'envahissement de figures parentales vécues comme menaçantes et toute puissantes issus de la période œdipienne précoce. Les mêmes que Mélanie Klein (1928, 1945, 1959) nous décrit, et qui sont, par le passage dans le monde intérieur, déformées et terrifiantes. Ces craintes sont plus fantasmatiques que réelles car le scénario date de la période précoce œdipienne et est renforcé par les comportements (ou les paroles) réelles pendant la grossesse. Généralement, la naissance et la réalité permettent l'apaisement de ces scénarios imaginaires et la résolution du conflit. C'est pourquoi, nous semble-t-il, ces enjeux n'apparaissent pas en post-partum.

Le sentiment d'intrusion est peut-être dû au fait que Claire a la sensation que ses beaux-parents et sa mère ne peuvent pas différencier leur vécu du sien. Ainsi pour ses beaux-parents, l'angoisse issue la mort périnatale d'un de leur enfant vient encore s'exprimer pour la grossesse de Claire. De même, la maternité de Claire vient faire ressurgir pour sa mère le souvenir de ses propres maternités. Et elle lui parle sans filtre et sans retenue de son expérience difficile. Il nous semble que les tentatives multiples pour Claire de dresser des limites et de protéger sa « bulle » ont pour origine cette indifférenciation et le manque de contrôle de la remise à jour d'enjeux psychiques des uns et des autres.

Dans la réalité, nous pouvons observer que les beaux-parents et la mère de Claire ne semblent pas très sensibles à ce qu'elle vit elle ou son conjoint, notamment, pour lui, concernant la mort périnatale d'un de ses frères. Ils ne maîtrisent pas leurs angoisses et leurs propres vécus, ainsi leurs problématiques œdipiennes ressurgissent sans doute également (Thévenot, 2006). Il n'y a donc pas que Claire qui rejoue cela.

Enfin, nous pouvons interpréter le recours à une accompagnante à la naissance comme le témoin de la recherche d'une figure maternelle rassurante qui s'oppose aux représentations maternelles si inquiétantes. Nous le voyons bien ici, la question du respect, de la discrétion, du guide expert, nous ramène à la description en creux d'une figure maternelle idéale qui s'oppose à la mère et à la belle mère rivales, envahissantes et menaçantes. Lorsqu'elle fait appel à une marraine d'allaitement, nous pouvons également penser qu'elle invoque une figure maternelle rassurante qui pourra l'aider à apprivoiser son rôle de mère. Ces co-mères ne sont-elles pas rassurantes et aidantes car, avec elles, il n'y a pas de risque de confusions et d'intrusion?

7.4 Résumé

Il nous semble que pendant sa grossesse, Claire vient interroger la construction de son identité maternelle alors même qu'elle semble présenter des difficultés narcissiques. Cette transformation identitaire implique pour Claire de l'angoisse et une humeur dépressive sans doute dûes au processus de deuil de sa position infantile (Cramer et Palacio-Espesa, 1993). Nous nous interrogeons d'ailleurs sur le développement psychique archaïque de Claire et les composants intergénérationnels féminins, dont nous n'avons pas d'éléments, pour comprendre pourquoi elle se retrouve si coincée et en difficulté pour devenir mère ?

Nous pouvons interpréter son engagement dans la recherche comme une tentative d'élaboration et de résolution de ses difficultés à devenir mère. Claire semble chercher un lieu d'écoute et de soutien pour adresser ses difficultés autour de cette grossesse si conflictuelle. Elle a peut-être également besoin de trouver en la psychologue-chercheuse une figure maternelle toute dévouée et qui se préoccupe d'elle, alors que c'est précisément ce que la grossesse lui ôte. Mais ne l'a-t-elle

jamais eue? Il semble qu'elle ne trouve pas avec sa mère ou sa belle-mère une figure maternelle suffisamment sécurisante et bonne, à qui elle pourrait s'identifier pendant la grossesse.

Concernant notre question de recherche, il nous semble que Claire va chercher avec ses pairs une figure maternelle qui pourrait étayer son changement identitaire. Les figures maternelles sont vécues de manière intrusive et menaçante, plutôt que rassurante et aidante, au cours de la grossesse. Mais Claire a du mal à se positionner et semble prise dans un conflit de loyauté. Par la suite c'est plutôt elle-même qu'elle ne trouve pas suffisamment bonne.

De plus, les diktats de la société, idéalisant la maternité, semblent intensifier le vécu d'incompétence et d'incomplétude maternelle faisant de cette période un moment particulièrement dysphorique et angoissant. Or, Claire met en place malgré tout, toutes les ressources dont elle pourrait bénéficier, pour s'occuper au mieux de son bébé.

CHAPITRE VIII

JUSTINE

8.1 Présentation

Justine est une femme de 35 ans, déjà maman d'un petit garçon de presque trois ans. Elle a subi une fausse couche avant la grossesse de son fils. Justine apprend qu'elle attend une petite fille qui sera la première pour les deux familles. Elle doit se soumettre à un test génétique au deuxième trimestre car son mari a une particularité génétique qu'il faut dépister chez le fœtus.

Elle est enseignante et vient depuis peu de se stabiliser dans une école qui lui plait après de nombreuses affectations différentes. Elle bénéficie d'un retrait préventif depuis les premières semaines de la grossesse à cause de l'épidémie de grippe H1N1.

Son mari a des horaires décalés et Justine se retrouve souvent seule pour s'occuper de leur fils. L'arrivée de ce bébé les oblige à déménager et ils vont quitter l'île de Montréal pour la proche banlieue au cours de la grossesse.

Ils sont tout les deux les aînés de leur fratrie respective. Justine est mariée au frère du mari de sa sœur. Elle est très liée à l'une de ses belles-sœurs qui a vécu trois fausses-couches successives, dont la dernière s'est produite au début de la grossesse de Justine.

Justine est interviewée par Jeanne Thériault. Elle est suivie au cours de la grossesse par un gynécologue obstétricien d'un centre hospitalier de Montréal.

Justine est très volubile et elle profite des entretiens de grossesse pour décharger les tensions et verbaliser son vécu. Elle expose notamment ses craintes concernant l’envahissement de sa belle-mère dans son intimité familiale et ses angoisses concernant cette nouvelle grossesse et les bouleversements familiaux qu’elle va entraîner. Les entretiens sont riches.

8.2 Analyse de discours – argumentation

8.2.1 Discours

Les thèmes abordés lors des entretiens correspondent à ceux généralement présents à chaque étape de la grossesse (grossesse physique et psychique, suivi de grossesse, entourage, accouchement, allaitement).

Pour Justine, le premier entretien est plus particulièrement consacré à la fausse couche. Elle revient sur ce sujet par deux fois. Elle aborde également l’histoire du premier accouchement et la relation à son fils aîné.

Au deuxième entretien, le fil associatif relève de la question de la limite et du repositionnement personnel: avec ses proches, avec sa belle-mère, à l’hôpital avec le personnel soignant. Elle évoque les difficultés relationnelles avec ses proches et notamment sa belle-mère. Ce dernier thème est de loin le plus fourni et le plus récurrent. Le discours est très nettement plus long et émotionnellement investit lorsque Justine l’aborde. D’ailleurs à deux reprises, elle change spontanément de sujet pour en parler. Elle n’aborde pas ou peu la grossesse physiologique, pour se consacrer surtout son vécu psychique et affectif.

Au dernier entretien prénatal, Justine évoque la préparation à l’accouchement, les difficultés entourant le choix du prénom, le suivi médical et toujours sa relation

conflictuelle avec sa belle-mère qui est comparativement aux autres thèmes extrêmement imposant.

L'entretien du post-partum est relativement pauvre. Justine se contente de répondre aux questions de la chercheuse.

Nous remarquons que le thème du bébé est très peu présent pendant la grossesse, sauf au troisième trimestre à propos du choix du prénom. De même, le sujet du conjoint est absent au cours des entretiens, mis à part quelques mots au deuxième trimestre.

Concernant la forme du discours, les entretiens prénataux de Justine sont extrêmement denses et longs. Elle profite de ces entretiens pour exposer son vécu psychique de la grossesse qui est très intense. En effet, le discours de Justine est logorrhéique, désorganisé et empreint d'anxiété. Elle semble réfléchir et élaborer à chaud. Le discours progresse sous forme de digressions qui perdent l'interlocuteur. Nous observons une certaine fuite des idées surtout lorsqu'elle ne termine pas ses phrases, laissant en suspend ses idées.

Au premier entretien la labilité discursive culmine lorsque Justine aborde la question des fausses-couches. Au deuxième entretien ce débordement verbal et émotionnel est particulièrement prégnant. En effet, le discours est très dense, souvent confus et sans interruptions. L'anxiété est palpable. Nous remarquons des tentatives de contrôle lorsque Justine termine ses digressions par les « voilà », « fait que c'est ça ». Il s'agit de plusieurs couches d'élaboration qui sont de plus en plus profondes à la manière d'une spirale. Le discours est circulaire. Ce retour constant à la question de départ suggère une tentative d'élaboration et de réflexion. Néanmoins, l'écoute est difficile, fatigante et demande de la concentration. Le flot de parole est étourdissant et le fil conducteur souvent perdu, même par elle-même. L'entretien donne l'impression de l'évacuation d'une tension, mais contrairement au premier entretien, nous observons des tentatives d'élaboration. Et nous remarquons en particulier que sous un jour

désorganisé et insensé, son discours suit le fil associatif de la question des limites et de l'intimité.

Au dernier entretien de grossesse, le discours est encore très nourrit, désorganisé et défensif. Ainsi sa dynamique qui semble très « maniaque », dans sa forme comme dans son fond, témoigne d'une sorte de submersion par la conflictualité que Justine tente d'endiguer. Elle y parvient seulement en coupant court à son discours par des « voilà ». Le discours est plus organisé et maîtrisé lorsqu'elle répond à des questions moins chargées émotionnellement. La progression est néanmoins hachée, laborieuse à suivre dans le sens d'une dispersion d'un manque de cohérence et de structure.

L'entretien en post-partum est court et plutôt pauvre et tous les enjeux conflictuels soulevés pendant la grossesse en sont absents. Il se fait plutôt sur le mode de la conversation, ce qui tranche avec la modalité discursive empruntée avant l'accouchement, c'est à dire celle de la décharge émotionnelle et de l'élaboration à chaud.

8.2.2 Mécanismes de défenses

Le débordement pulsionnel est manifeste au cours de tous les entretiens de grossesse, avec une intensité particulière au deuxième entretien. Ce débordement se traduit par une logorrhée, une désorganisation du discours, la perte du fil conducteur et la grande labilité discursive.

Justine présente une forte anxiété tout au long des entretiens prénataux et elle semble submergée par ses émotions et ses affects. Elle profite des entretiens avec la psychologue-chercheuse pour exprimer de manière brute son anxiété et tenter d'élaborer et de comprendre ses difficultés. D'ailleurs elle dit qu'elle devrait probablement consulter un psychologue tellement son vécu est intense, notamment

vis à vis de sa belle-mère. Le discours est particulièrement emprunt d'angoisse lorsque Justine aborde en début de grossesse la question des fausses-couches, puis par la suite, lorsqu'elle parle de ses difficultés avec sa belle-mère.

Les principales tentatives de défenses et de contrôle face à ce débordement d'ordre maniaque, semblent être l'utilisation de l'humour, la mise à distance par les rires, la minimisation, la rationalisation et la justification. Notamment lorsque Justine parle de sa belle-mère, nous observons qu'elle minimise ses propos et essaie de rationaliser ses dires.

Comme si au fond elle m'envahissait un peu (...) mais, je me sens souvent très mal intérieurement quand elle est là (...) pis pourtant je l'aime quand même (...) C'est vraiment pas parce que je l'aime pas là, mais... (...) dans le fond, peut être que je m'en fais pour rien (...) Mais en même temps, je veux dire que je l'aime beaucoup beaucoup, (respiration) mais... (...) Je suis prise avec ça mais en même temps ce n'est pas parce que je ne l'aime pas!

Ces défenses semblent plutôt inefficaces, puisque Justine est constamment sujette à un emportement discursif particulièrement au troisième entretien de grossesse pour lequel le discours concernant la belle-mère est présent de manière très disproportionnée comparativement aux autres thèmes.

L'inefficacité défensive se révèle aussi par exemple lorsqu'elle se rend compte au premier entretien qu'elle utilise une voix forte qu'elle n'arrive pas à maîtriser au moment de parler de son fils et de sa difficulté à investir un autre enfant (« hey, je parle fort, moi, quand je parle! Je suis prof aussi »), ou encore lors du deuxième entretien, quand elle fait un lapsus concernant le sexe de son bébé en disant « mon autre garçon ».

8.2.3 Angoisses, contrôle, limites

À tous les entretiens de grossesse, Justine parle en toile de fond de ses difficultés à vivre le manque de contrôle et la passivité que son état implique. Et ce de manière plus évidente au deuxième trimestre, puisque que le fil conducteur de l'entretien concerne la question des limites de son intimité physique (avec les soignants), de son intimité psychique (débordement du stress) et familiale (conjoint et belle-mère). Justine aborde spontanément la question en disant que « les gens (l)'énervent en ce moment. Que ça (la) bouscule ». Elle a l'impression d'être à une étape de sa vie où elle fait le bilan, professionnellement et avec sa famille. Elle parle de « phase de transition ».

Elle utilise à plusieurs reprises l'expression « grand livre ouvert » pour décrire son couple dans les relations sociales et familiales et son mari avec son entourage proche. Elle dit que son couple « est du style à toujours vouloir faire plaisir à tout le monde », à « être un grand livre ouvert », à « laisser beaucoup de place aux autres », mais qu'elle « a le goût de se retrouver seule » et de préserver son « cocon ». Elle se sent « moins tolérante aux autres et plus consciente de ce qu'elle veut ».

Elle exprime la même chose en parlant de sa mère, qui est inquiète et qui vieillit et à qui elle parle moins qu'avant pour ne pas avoir à supporter son anxiété. Elle « essaie de moins (se) laisser atteindre et de moins (se) laisser envahir ». « Elle a besoin de garder les choses pour (elle) », de garder un lien intime avec le bébé et de ne pas tout partager.

De même, elle décrit le rapport qu'elle a avec sa belle-mère, avec qui la question des limites et de « l'envahissement » est extrêmement fort : « Elle est très très, très gentille mais moi, elle rentre beaucoup dans ma bulle ».

Concernant son intimité physique, elle rapporte deux événements ayant eu lieu lors de sa première grossesse, qu'elle met en lien avec le fait d'avoir une posture trop ouverte

et finalement de se laisser envahir et de subir : le premier lors d'un examen médical pratiqué par un interne qui a été douloureux et le deuxième concernant l'accouchement pour lequel les médecins étaient à 10 dans la salle d'accouchement. Elle souhaite, cette fois-ci être en mesure de refuser les demandes médicales.

Dans le même ordre d'idée, elle raconte une anecdote de sa première grossesse concernant l'intrusion de son entourage sur son corps. Là encore elle souhaite mettre plus de limites et ne plus subir :

Je me rappelle l'autre grossesse, un moment donné euh on voit justement la famille de mon mari [tape sur la table] tout l'monde les mains sur ma bedaine en même temps .. mmmm tsé moi j'suis là « hahaha » mais dans l'fond j'me vois avec le sourire sur la photo mais j'devais être là: « hahaha ça m'tente pas ». Tu sais comme si j'avais besoin de garder un p'tit quelque chose de euhhh.... pour moi là. Mais [renifle]... fait qu'voilà. J'parle beaucoup hein.

Enfin, ce trimestre est marqué par un déménagement et par une inondation à l'école, qui a abîmé une partie de son matériel pédagogique. Justine se sent particulièrement « stressée » et « frustrée ». Elle évoque ses difficultés à lâcher-prise.

Au troisième trimestre les questions des limites et du manque de contrôle apparaissent surtout en rapport à l'accouchement et aux aléas physiques de la fin de grossesse. Elle vit difficilement le fait d'avoir les jambes très enflées et de ne pouvoir être plus mobile. Pour l'accouchement, elle dit : « J'ai hâte, mais en même temps, je ne réalise pas vraiment » et finalement : « Je me dis, oh non, pas cette nuit! On dirait que je ne suis pas prête ». Elle se sent anxieuse et stressée et elle ne sait pas à quoi s'attendre alors qu'elle a déjà accouché une première fois. Elle remarque que les grossesses lui ont fait « réaliser » des choses sur elle et notamment ses « misères avec l'incertitude et lorsqu'(elle) ne contrôle pas les choses ». Elle aimerait « être plus sereine », et être capable « de lâcher prise ». Il semble que pour contrer ce manque de

contrôle et cette impuissance, Justine se fait beaucoup de scénarios et anticipe les évènements.

Ainsi, le discours de Justine révèle que le manque de contrôle concernant cet évènement est difficile à supporter. Justine dit d'elle qu'elle est toujours très active et nous observons que la passivité induite par la grossesse est intolérable et provoque beaucoup de « stress » et d'anxiété.

8.2.4 La grossesse et post-partum

Justine dit qu'elle et son mari n'étaient pas vraiment décidés à avoir un autre enfant, mais que la grossesse est arrivée « du premier coup ». Elle voulait pouvoir réaliser l'album de naissance de son fils et ranger des affaires avant de tomber à nouveau enceinte.

Elle a vécu une fausse couche avant la grossesse de son garçon. De plus, sa belle sœur qui était enceinte au même moment qu'elle, a fait une troisième fausse-couche. Elles étaient ravies de pouvoir vivre une grossesse ensemble. Enfin, une de ses voisines lui raconte également avoir fait une fausse-couche il y a peu.

Au premier trimestre, Justine dit qu'elle a eu peur elle-même de faire une fausse couche. Elle se sent « stressée ». Physiquement, Justine dit qu'elle a plus de nausées et qu'elle est plus fatiguée que pour sa première grossesse, bien qu'elle ne travaille plus, précise-t-elle. Psychologiquement, elle n'a pas l'impression d'être enceinte. Elle est « sur sa réserve » et se sent « coupable » de ça envers son bébé. Elle s'explique sa réserve par sa fausse couche et les fausses couches de sa belle sœur. Elle dit que c'est une forme de « protection ».

Concernant l'arrivée du bébé, elle se demande si elle va « venir briser l'équilibre de (sa) famille » surtout « si jamais (elle) a un enfant qui a quelque chose (...) En même temps (elle) se sent coupable de penser ça, mais (elle) se dit : tout d'un coup que... ». Elle ne s'autorise pas à se dire « tu as le droit d'être contente ». Elle dit que c'est la première fois qu'elle verbalise cela.

De plus, l'arrivée du bébé apporte beaucoup de bouleversements : Justine doit faire une place à ce bébé qu'elle a peur de ne pas aimer et ils vont devoir déménager. Elle trouve que « ça fait beaucoup de choses à penser »

Au deuxième trimestre, Justine apprend qu'elle attend une fille. Elle doit réaliser des tests génétiques afin de dépister une éventuelle malformation. Elle a le sentiment que la cette grossesse est bien différente de la précédente, mais aborde très peu le vécu psychique et physique de la grossesse. Le déménagement est en cours et elle a du mal à accepter de devoir demander de l'aide. Elle aurait préféré rester dans leur quartier de Montréal. Elle vit un conflit de loyauté sur le choix de la maison qui sera proche d'amis, alors que sa belle-sœur (dont elle est proche) et son frère auraient peut-être souhaité qu'ils emménagent près de chez eux. Elle a eu du mal à pouvoir assumer leur décision auprès d'eux.

Au troisième trimestre, Justine trouve que, tant d'un point de vue psychologique que physique, la grossesse est difficile à supporter. Elle est stressée car elle ne se sent pas prête à accoucher notamment parce que d'un point de vue matériel, elle a passé beaucoup de temps à organiser et préparer l'arrivée de son bébé et qu'elle aurait besoin « de temps pour (elle) ». Elle imagine que l'accouchement va ressembler au précédent, mais qu'il se pourrait que ce ne soit pas le cas. Elle est dans l'incertitude. De plus elle a peur que l'arrivée de sa fille change sa relation avec son fils et prévoit déjà de la confier pour garder des moments privilégiés avec celui-ci. Elle se demande tout de même, pourquoi elle a voulu une autre grossesse.

En post-partum, elle est interviewée deux semaines après l'accouchement. Elle a accouché à 41 semaines, et a eu le temps de se préparer. L'accouchement devait être provoqué le lendemain. Il a été plus rapide et intense que le premier, et elle ressent moins de douleurs en post-partum. Elle dit : « jusqu'au dernier moment, je ne pensais pas que j'allais avoir un bébé »

Elle a rencontré des difficultés d'allaitement qui se résorbent. Elle a consulté une clinique d'allaitement. Elle a reçu des commentaires négatifs de la part de sa sœur concernant le fait qu'elle poursuive l'allaitement malgré ses douleurs et elle se sent très sensible par rapport à cela. Elle ne se sent pas très encouragée, surtout par son conjoint et dit que les hommes ne savent pas ce que c'est d'accoucher ni d'allaiter. Justine est fatiguée et a de l'enflure qui la gêne beaucoup. Elle aimerait avoir de l'aide et avoir plus de temps pour elle. Elle se plaint de ne pas pouvoir prendre soin d'elle, de pouvoir s'habiller, s'occuper de son corps et de son apparence. Elle a été particulièrement inquiète de la réaction de son fils à l'arrivée de sa petite sœur.

8.2.5 La belle-mère et la mère

Les enjeux intergénérationnels sont présents au deuxième et troisième entretien.

Justine a du mal à mettre à distance sa famille. Elle explique qu'ils ont beaucoup d'attentes et qu'elle et son mari ont du mal à pouvoir faire respecter des limites sans culpabiliser :

J'm'en rends compte avec deux enfants encore plus, avec des grands-mères qui vont vouloir, tu sais quand on va à Québec, nous autres [respire] [tape sur la table] faut voir comme tout l'monde... Puis tu sais en même temps on aime ça, nous fait plaisir, mais d'un autre côté des fois ça s'rait peut-être le fun que j'aïlle voir une de mes amies ou, et puis que j'me sente pas mal parce que j'ai pas vu l'autre ...

Concernant sa mère, Justine en parle principalement au deuxième entretien quand elle déploie son fil associatif de la question des limites. Elle indique qu'elle ne parle plus à sa mère comme avant, préférant garder des sujets pour elle plutôt que de l'inquiéter et par conséquent de subir son anxiété. Justine ne veut pas que sa mère lui parle de ses grossesses. Elle ne veut pas endurer l'angoisse de sa mère : « ma mère était déjà tombée quand elle était enceinte de ma sœur pis qu'elle avait accouchée prématurément pis là j'me disais elle a va tout faire ces liens là ».

Justine réalise qu'elle tente ainsi de se protéger : « fait que c'est comme si j'avais appris un p'tit à [arrêt] des fois à, sans m'éloigner mais à dire moins d'choses ou euh .. euh... comme pour me protéger! Tu sais des fois, je vais comme, j'vais essayer moins de me laisser envahir par ça. Mais j'veux dire, j'ai quand même une belle relation avec ma mère là. ».

Tout comme avec sa belle-mère, Nous observons que Justine minimise ses propos en insistant sur le fait que bien qu'elle veuille préserver son intimité, elle n'en n'aime pas moins sa mère.

Concernant sa belle-mère, le sujet surgit également au deuxième trimestre à l'occasion de son élaboration sur le thème des limites. Justine dit d'elle qu'elle est « envahissante et énervante ». Elle a l'impression « qu'elle entre dans sa bulle ». De plus elle attend une fille et ça sera la première petite fille dans la famille de son conjoint et elle pressent que cela va être difficile et « source d'envahissement ». Elle précise « qu'elle ne se sent pas envahie comme ça par sa mère et son autre belle-mère, ou que oui, mais qu'elle le tolère mieux »

Avec la mère de son conjoint, elle se sent « coincée », Elle n'a pas le choix « de se laisser faire ». C'est notamment pour les soins de son fils que cette tension se révèle ou quand elle vient l'aider dans les tâches ménagères. Dans ces moments, elle a « l'impression de ne pas être elle » et qu'elle pourrait devenir méchante ou

hystérique. Elle décrit une scène de changement de couche pour son fils dans laquelle elle juge la façon de faire de sa belle-mère mauvaise et où elle aurait envie de l'évincer ou de lui dire comment procéder, mais elle n'y arrive pas et boue intérieurement.

Justine n'arrive pas à mettre des limites, car elle a peur de lui faire de la peine. Or, « (elle) a besoin de garder les choses pour (elle) », et de garder un lien intime avec le bébé et de ne pas tout partager.

D'ailleurs au troisième entretien Justine craint que sa belle-mère ne soit présente dans sa maison le jour de son accouchement et cela provoque beaucoup d'anxiété. D'un côté, elle vit intensément une crainte et un sentiment d'intrusion intolérable et d'autre côté, elle n'arrive pas à mettre des limites, car elle a peur de peiner sa belle-mère. « Elle veut avoir l'esprit tranquille » lors de son accouchement et elle ne veut pas que ce soit sa belle-mère qui s'occupe de son fils ce jour là. Elle pense que cela va la déconcentrer. Elle préférerait que sa mère ou sa sœur s'occupent de son fils:

Ce n'est pas que je n'aime pas ma belle-mère mais tu sais moi je veux vraiment me sentir comme l'esprit tranquille. Et puis de savoir que par exemple elle serait dans la maison pendant que moi je suis en train d'avoir des contractions, que je suis sur le point d'aller accoucher et puis qu'elle veut trop m'aider, ça ne marche pas parce que je sais que moi comment je vais être avec mon chum à l'hôpital ça va probablement ressembler à: « ok j'ai besoin d'eau, j'ai besoin de me débarbouiller, ok tu peux me tenir la main, ok ne me touches pas ». Tu sais ça va plus ressembler à il est assis là, je suis à côté et puis que lui il regarde c'est quoi mes besoins et puis tu sais je sais que la dernière fois, j'étais beaucoup, beaucoup comme dans ma tête tu sais comme un peu en visualisation ou tu sais je me voyais ça comme, quasiment comme si j'étais aux olympiques ou une escalade de montagnes et puis tu sais on dirait que j'étais beaucoup dans mes... tu sais j'avais fait du yoga aussi et puis tu sais ok là j'ouvre, je laisse aller et tout ça. Mais tu sais on dirait que moi, c'était comme une concentration.

Justine rationalise et minimise ses propos en disant qu'elle aime « beaucoup, beaucoup » sa belle-mère, et qu'elle ne veut pas lui faire de peine. Elle utilise ainsi la conjonction de coordination « mais » pour minimiser ses dires. Néanmoins il semble que son vécu épidermique envers sa belle-mère soit plus fort qu'elle :

Mais en même temps, c'est une personne qui est tellement aimante et tout ça, même des fois trop! Comme avec un p'tit peu comme moi, j'veux dire je l'aime beaucoup beaucoup (...) Mais c'est une personne très très généreuse, très accueillante, très euh... .. tsé euh... c'est une très bonne personne y'a quelque chose en elle, je sais pas c'est quoi qui m'envahit, entre dans ma bulle pis [respire] euh tsé a va m'faire rire avec ça. Mais... tsé disons qu'elle me serre ou quoi, moi j'me sens comme coincée tsé un peu là ... C'est ça, c'est comme si j' savais plus trop comment réagir. Je m'imagine très bien comme péter une coche, devenir un peu (imitation d'hystérie) tu sais je n'ai jamais été... mais j'imagine que là, là ça pourrait sortir là. Et puis c'est mal parce que je ne veux pas faire de peine à personne là. Parce que je veux dire je n'ai rien contre elle mais c'est trop, elle est trop. Ca fait que voilà ma pensée au niveau des familles.

Justine insiste de manière exagérée sur les qualités de sa belle-mère et elle relate clairement le sentiment de culpabilité que lui fait vivre son vécu agressif envers elle.

Enfin elle termine son monologue concernant sa belle-mère en relativisant ses propos, comme si elle souhaitait reprendre le contrôle, alors qu'elle vient de déployer un discours d'où pointent une vive émotion et surtout de la colère :

C'est super, tout le monde est content. Tout le monde a hâte. Tu sais tout le monde est content pour mon fils, même ma belle-sœur tu sais elle est contente. Les petites cousines, ils me touchent le bidon. Tu sais, c'est bien le fun. Ca fait que voilà.

Pour la période qui suit l'accouchement, Justine se demande comment elle va pouvoir accepter l'aide de sa mère ou de sa belle-mère. Elle pense qu'elle « n'aura pas le choix de (se) laisser aider », ce qui sous-tend qu'elle préférerait le contraire. Elle dit que « si c'est ma mère qui vient ou mon autre belle-mère (la deuxième femme de son beau-père), je ne me sens pas envahie comme ça. D'une certaine façon oui, mais c'est

comme si je tolère plus ». C'est donc encore avec sa belle-mère que Justine, même en post-partum, craint de se sentir envahie.

8.2.6 Le conjoint et l'entourage

Justine parle peu de son conjoint. Elle remarque au deuxième entretien qu'ils n'ont pas les mêmes besoins de partager leur expérience de la grossesse et de leur intimité, surtout vis à vis de l'entourage, ce qui est difficile à supporter pour elle. Contrairement à son conjoint, Justine a le sentiment que depuis peu, elle a besoin de mettre des limites avec l'entourage, mais également sur un plan professionnel :

Mon chum est plus grand livre ouvert. Mais moi on dirait que j'ai comme besoin de [respire] de me r'trouver dans mon p'tit cocon pour essayer de m'faire mon idée pis tout ça. Pis de c'temps-ci, j'sens plus ça, ou j'prends conscience peut-être parce que j'suis en arrêt. J'suis plus en analyse de moi, de ma famille, de c'qui m'resemble, de c'que j'veux changer.

Elle observe que c'est une période de tensions entre elle et son mari. Mais elle minimise et rationalise ses difficultés de couple en indiquant qu'ils ont tous les deux beaucoup à faire.

Justine éprouve de la culpabilité par rapport à cette mise à distance et son besoin de limite et minimise ses propos en assurant son affection de ses proches :

Pourtant là j'veux dire, j'dis pas que j'ai pas une belle famille tout ça. J'ai une merveilleuse famille pis tout l'monde s'aime pis tout ça. Mais [respire] en même temps, j'pense que j'suis à cette étape-là où là tu sais dans l'fond là, moi j'sais que j'vais avoir deux enfants, j'finis ma famille... On dirait que j'tu comme en train de faire comme un espèce de bilan d'vie aussi inconsciemment.

Elle a remarqué que ses beaux frères et belles-sœurs ont plus de facilité à mettre des limites mais pas eux. Elle fait l'hypothèse que du fait qu'ils soient les aînés, ils sont

plus sensibles, plus anxieux, moins sûrs d'eux et que les parents ont un lien différent avec eux qu'avec leurs cadets. Elle a peur de reproduire cela avec son fils et d'être trop exigeante avec lui et donc d'avoir un effet sur sa confiance en lui et sa sensibilité.

8.2.7 Le bébé

Au premier trimestre, Justine ne parle du bébé qu'elle attend que pour dire que ce serait, pour elle, plus facile de s'attacher à un deuxième enfant, s'il s'agissait d'une fille. Elle parle beaucoup de son fils, et elle se demande si elle pourrait aimer autant un autre enfant :

Ma mère a nous aime les trois enfants chez-nous, tout ça. Mais j'ai quand même euh ce sentiment-là de dire, ah tsé euh.. y vas-tu perdre sa place? Et puis là si j'allait et puis, on est très colleux et tout ça [respire] c'est comme si j'me disais t'sé ça s'peut pas! Mais, en même temps, j'sais qu'on lui offre un super beau cadeau. Au début, c'est moi qui voulais plus un autre enfant, mon chum on dirait qu'y'était hésitant pis là finalement c'est lui qui, lui y a dû réfléchir euh .. tsé en secret pis là y est revenu avec ça [respire]. Mais euh... Aïe, là j'parle fort, moi quand j'parle comme ça là, c'est, j'suis prof hein, fait que woohou! [rires].

Au deuxième trimestre, Justine apprend qu'il s'agit bien d'une fille. Lorsqu'elle parle des deux familles, elle suppose que le fait qu'il s'agisse de la première petite fille du côté de ses beaux-parents pourrait induire qu'ils soient plus envahissants :

C'est super là que ce soit une fille, j'suis super contente... mais ça pourrait être... j'ai, j'ai repensé à ça mais là vu que j'en parle ça m'fait penser à ça, tu sais, ça peut être une source d'envahissement [rire] de plus « ah la p'tite poupée! » Bon! Tu sais, je sais pas là.

Au troisième trimestre, Justine parle de son bébé pour expliquer qu'elle et son mari n'ont pas arrêté leur choix sur le prénom. Ils pensaient à un prénom qui ressemble à

son propre prénom, mais elle a peur que sa fille le lui reproche, surtout à l'adolescence, car il ressemblera trop à celui de sa mère. Finalement ils ont choisit un prénom qui ne ressemble pas au sien.

Après l'accouchement, concernant sa fille, Justine dit qu' « (elle) ne réalisait pas qu'elle allait avoir son bébé et que depuis sa naissance (elle) apprend à la connaître ». Elle dit même que « jusqu'au dernier moment, (elle) ne pensait pas qu'(elle) allait avoir un bébé ». Elle a été étonnée « que sa fille ait une petite tête parfaite ». Elle pensait qu'elle ressemblerait plus à son fils qui avait eu des ecchymoses dues aux forceps. Justine parle de l'attachement, qui n'est pas spontané et qui se fait doucement. Elle a remarqué qu'elle ne lui parle pas (ce qu'elle ne faisait pas non plus avec son fils). Elle s'adresse à elle intérieurement, comme lors de la grossesse. Elle lui parle sans parler juste en la regardant. Elle trouve ça étrange. Justine remarque que son mari lui parle beaucoup et dit encore de lui que « c'est un livre ouvert ». Elle a l'impression d'être dans une phase de transition, comme si sa fille était encore dans son ventre. Elle commence à lui parler et ça vient de plus en plus naturellement.

L'attachement avec sa fille se fait doucement. Justine se pose les mêmes questions que lors du premier entretien, à savoir si elle pourra aimer sa fille autant que son petit garçon.

8.2.8 Les professionnels de la santé

Justine est suivie à l'hôpital. Elle préférerait obtenir un suivi plus personnalisé et moins expéditif, mais se contente de ce suivi. Elle ne compte pas prendre des cours de préparation à l'accouchement car son plan de naissance n'avait pas du tout été respecté lors de son premier accouchement. Elle estime qu'elle est très entourée par ses amies qui font office d'accompagnantes à la naissance. Elle a néanmoins fait appel à une marraine d'allaitement au troisième trimestre de la grossesse.

En fin de grossesse, Justine dit qu'elle se sent gênée par le fait que ce soit sa gynécologue qui l'accouche parce qu'elle se connaissent trop bien. Elle préférerait presque que ce soit un autre médecin. C'est cette gynécologue qui l'a accouchée pour son fils. Mais Justine constate que celle-ci était plus pressée et moins attentive que pour cette grossesse où elle prend plus de temps.

8.3 Interprétations

8.3.1 Le grand livre ouvert : la question des limites

Il nous semble qu'au cours de cette grossesse, Justine éprouve un besoin intense de poser des limites et de se faire respecter. C'est le cas en tout premier lieu avec sa belle-mère. Elle a le sentiment que celle-ci est envahissante mais elle n'arrive pas à faire respecter ses choix et s'opposer à ses ingérences, submergée par la culpabilité qui la ronge. C'est également le cas avec sa mère mais dans une moindre mesure. Puis avec sa belle-sœur et son frère, Justine a du mal à leur annoncer leur emménagement près de la maison d'amis, pensant que cela pourrait être mal interprété. Justine a du mal à assumer ses choix quand ceux-ci pourraient blesser son entourage.

Elle reproche à son mari de tout partager et de ne pas imposer de frontières entre la vie de leur petite famille et leur entourage proche. Justement, elle rappelle qu'elle a vécu de l'intrusion au cours de sa première grossesse, avec les membres de la famille de son mari (qui mettent leurs mains sur son ventre).

D'un point de vue médical, son suivi de grossesse et son accouchement précédents ont aussi été ponctués de moments d'intrusion et d'envahissement. Or pour cette grossesse-ci, Justine souhaite pouvoir se positionner plus fermement et ne pas tout accepter. De même, avec la gynécologue, leur proximité semble être un danger,

comme si le fait qu'elles se connaissent trop l'empêcherait de pouvoir se positionner avec elle au cours de son suivi et surtout de l'accouchement.

Enfin, avec son bébé, la question de la proximité et de la différenciation semble apparaître lorsqu'elle se questionne sur le choix du prénom. Justine a l'intuition que sa fille pourrait à l'adolescence, moment propice à la différenciation et la séparation, être en difficulté avec ce prénom. Justine parle peut-être d'elle et de sa difficulté personnelle à s'opposer à ses parents ce qu'elle projette plus tard avec sa fille.

À chaque fois que Justine suggère qu'elle pourrait se positionner plus fermement et faire respecter ses choix ou ses limites, cela entraîne une culpabilité difficile à endiguer.

Nous pouvons observer que cette grossesse est l'occasion d'un cheminement concernant un repositionnement personnel. Justine ne veut plus subir l'ingérence des autres sur sa vie, ses choix, son intimité. Pourquoi à ce moment là de sa vie, pourquoi cette grossesse-ci? Était-ce la même chose lorsqu'elle attendait son fils?

Justine fait elle-même l'hypothèse que sa position d'aînée a favorisé cette envie de plaire et ce manque de confiance en elle. Elle a sans doute raison concernant les exigences parentales qui s'exercent sur les premiers nés. Elle a peut-être voulu toute sa vie et surtout toute sa petite enfance être à la hauteur des exigences de ses parents et leur faire plaisir. Ainsi, penser à elle peut-être vécu avec angoisse et peur de la déception voire même du désamour. D'ailleurs, comme elle le dit juste avant son accouchement ou quand elle dit qu'elle aimerait voir une amie plutôt que la famille, elle a un fort besoin de pouvoir penser à elle et faire des choses pour elle. En post-partum, sa principale difficulté réside également dans le fait de ne pas avoir de temps pour elle, seulement deux semaines après l'accouchement.

Comment Justine s'est-elle construite à l'adolescence? A-t-elle eu l'occasion de s'opposer aux vœux parentaux? Il semble que cela ait été difficile et pour le moins

conflictuel. D'ailleurs, Justine dit qu'elle souhaitait être dans la reproduction et avoir trois enfants, comme ses parents. La fausse-couche n'était-elle pas une tentative inconsciente de rater cette trop grande reproduction du même?

Ainsi, comme la maternité est une période de dépendance, de passivité et de perte de contrôle, elle peut faire resurgir de manière intense les enjeux de différenciation, d'opposition, de limites, qui sont pour Justine particulièrement conflictuels. En effet, s'opposent là les besoins existentiels de Justine concernant ses choix, son intimité et le vécu de manque de contrôle qu'induit la grossesse.

De même, à l'instar de l'adolescence, la maternité est une crise identitaire et la remise en jeu des relations précoces. Or il semble que Justine ait escamoté quelque chose d'un mouvement d'opposition aux parents de la période pubertaire et que cela vienne encore dans la grossesse se poser de manière conflictuelle.

Cette conflictualité pourrait entraîner toute la symptomatologie anxieuse que nous repérons dans le discours de Justine.

8.3.2 Une grossesse difficile à investir

Le désir de grossesse est ambivalent dès le départ, puisque Justine présente cette grossesse comme un événement pas vraiment décidé mais qui arrive quand même après le premier essai. La manière dont Justine parle de cette grossesse est donc assez paradoxale. Elle dit qu'elle était encore dans la grossesse précédente et ne souhaitait pas forcément tomber enceinte tout de suite. Et pourtant elle et son mari devaient bien être dans une démarche active de grossesse.

Pendant toute la grossesse, Justine n'a pas réussi à se sentir réellement enceinte et à investir son bébé. En début de grossesse, elle réalise même le test de grossesse

plusieurs fois pour s'assurer de son résultat positif. Puis elle dit à plusieurs reprises qu'elle n'arrive pas à se sentir enceinte. Ce sentiment d'irréalité ne disparaîtra pas. À la veille de son accouchement, Justine n'arrive toujours pas à assimiler qu'elle est bien enceinte. D'ailleurs c'est aussi lors de cet entretien qu'elle évoque ses doutes sur le bon choix de cette grossesse. Mais cette difficulté est vécue de manière coupable et entraîne des affects dysphoriques et surtout de l'angoisse.

Nous pouvons la croire lorsqu'elle dit qu'elle a du mal à penser et à profiter de sa grossesse à cause de toutes les fausses-couches qui soit l'ont entourée, soit l'a concernée. En effet, il est probablement difficile de s'attacher au fœtus et de se projeter dans la grossesse lorsqu'il existe de manière prégnante une menace de le perdre.

D'autre part, le parcours en génétique est probablement un facteur anxigène ne permettant pas de vivre les premiers mois de grossesse sereinement. Elle dit à cet égard qu'une nouvelle grossesse pourrait impliquer le risque d'accueillir un enfant handicapé, ce qui semble particulièrement effrayant pour Justine.

Enfin, elle évoque à plusieurs reprises pendant la grossesse et après l'accouchement ses difficultés à croire qu'elle va pouvoir aimer autant son bébé que son garçon. Nous avons l'impression qu'elle a du mal à faire une place dans ce couple mère-fils à un autre enfant. Il nous semble que la relation mère-fils est très fusionnelle et d'ailleurs elle ne tolère pas que quelqu'un s'en occupe et encore moins sa belle-mère. Par rapport à son fils, elle est très inquiète de sa réaction à l'arrivée de sa sœur. C'est comme si elle lui préparait une mauvaise surprise ou qu'elle lui faisait un bébé dans le dos. Justine a d'ailleurs un discours très confus et manque de maîtrise vocale lorsqu'au premier entretien, elle parle de son désir de grossesse et de son petit garçon. Il semble que ce sujet soit conflictuel et émotionnellement investit. Nous pouvons entendre que Justine n'assume pas sa position de mère désirante. Peut-être elle-même a-t-elle vécu difficilement l'arrivée de ses frères et sœurs? Le désir de grossesse

semble avoir été conflictuel et mal assumé. De plus il est à noter que son fils, qui a trois ans est en pleine période œdipienne, ce qui peut également avoir un impact sur le couple mère-enfant et les difficultés de Justine.

Enfin, elle attend une fille. Cette grossesse la ramène à sa propre naissance de manière sans doute plus intense qu'avec son fils. Comment sa mère s'est elle occupée d'elle? Comment s'occuper d'une petite fille? Comment s'aimer sans être collées ou se confondre (le choix du prénom)? Il nous semble que le fait d'attendre une fille pose à Justine la question de sa propre arrivée au monde et de la manière dont sa mère l'a investie, ce dont nous ignorons tout. Nous savons seulement que Justine a depuis peu pris ses distances avec une mère à qui elle disait tout. Et que cette mise à distance est vécue de manière coupable.

8.3.3 Les figures maternelles menaçantes; la belle-mère : une rivale

La question des figures maternelles apparaît uniquement au cours des entretiens prénataux. Justine évoque sa grande difficulté à supporter l'intrusion de sa belle-mère dans son foyer et notamment lorsqu'elle doit s'occuper de son fils. C'est à ce moment là semble-t-il qu'elle se sent le plus mal, et ressent de la colère et de l'agressivité envers sa belle-mère.

De plus elle ne supporte pas d'imaginer sa belle-mère dans sa maison au cours de son accouchement pour s'occuper de son fils. Cette idée est intolérable et provoque de la colère en même temps que de l'anxiété. C'est comme si sa belle-mère venait lui voler son fils ou venait la remplacer ou usurper sa place. Nous pouvons remarquer que cette peur de l'intrusion ne s'opère pas pour le bébé à venir mais pour son fils. Peut-être parce que Justine a une relation très fusionnelle avec son petit garçon et n'a pas encore bien investi sa fille, au cours de la grossesse.

Elle reproche sans doute à son mari de ne pas exercer une fonction de tiers séparateur entre elle et sa belle-famille, au deuxième trimestre lorsqu'elle parle des limites qui ne sont pas respectées et de son besoin de garder sa grossesse pour elle-même. Le mari est peut-être pris également dans une position infantile œdipienne qui ne lui permet pas de se positionner de la sorte.

Le ressenti de Justine est si intense qu'elle dit qu'elle devrait consulter un psychologue tellement ce sentiment la dépasse et tant elle n'arrive pas à rationaliser et comprendre ce qui se passe en elle. Et comme nous l'avons observé ce vécu entraîne de la culpabilité et des tentatives de minimisation et de mise à distance, plutôt inefficaces.

Il nous semble qu'il est question, pour Justine de se sentir menacée dans son rôle de mère, par sa belle-mère et moindrement avec d'autres figures maternelles et qu'il pourrait s'agir d'une remise à jour de la problématique œdipienne précoce, telle qu'envisagée par Mélanie Klein (1928, 1945, 1959). Justine pourrait se sentir menacée dans son rôle de mère par une figure maternelle omnipotente, qui ne lui laisserait pas la possibilité d'occuper légitimement sa place de mère. Justine n'arrive pas à justifier cette agressivité ressentie à l'égard de la figure menaçante et envahissante rationnellement, ce qui provoque de l'angoisse et de la culpabilité. Inconsciemment, il nous semble que des enjeux de place, de rivalité et d'identité sont soulevés ici. Nous pouvons nous interroger sur le fait que ces mouvements œdipiens aient été présents ou non lors de la première grossesse. Ou bien la première grossesse, il y a trois ans, a éventuellement été l'occasion, pour Justine d'amorcer un mouvement de repositionnement identitaire, qui s'est traduit par une mise à distance des figures maternelles. Ce qui pourrait expliquer son implication dans la recherche comme une tentative, cette fois-ci d'élaborer quelque chose qui a déjà été souffrant depuis sa première grossesse. À moins que le fait d'attendre une fille vienne faire flamber les enjeux œdipiens non résolus. Il semble en tout cas que la conflictualité

œdipienne soit particulièrement intense pour que lors de cette grossesse, elle se sente à ce point en danger et en position de rivalité.

Enfin, ces enjeux de rivalité n'apparaissent pas du tout en post-partum. Ceux-ci ne sont sans doute plus présents pour Justine car dans la réalité, elle construit un lien avec sa petite fille et qu'elle peut exercer son rôle maternel avec son petit garçon. Il y a peut-être dans la réalité plus de contrôle que lors de la grossesse où la parturiente était en proie à un sentiment d'impuissance et de passivité.

8.4 Résumé

Nous voyons que la participation de Justine à la recherche lui permet surtout d'évacuer en verbalisant, les tensions et les émotions difficiles. Il nous semble que la motivation inconsciente de Justine, expliquant son engagement dans la recherche, est de trouver un lieu pour répondre aux questions soulevées par cette grossesse conflictuelle et ambivalente. D'ailleurs, elle arrive, malgré le débordement émotionnel à trouver des pistes de réflexion très pertinentes. Néanmoins, elle n'arrive pas pendant la grossesse à gérer l'intensité des sentiments vécus en rapport à sa belle-mère et au manque de contrôle de la grossesse.

Concernant notre question de recherche, nous voyons que pour Justine, la conflictualité envers les figures maternelles surgit iniquement au cours de la grossesse, sous la forme œdipienne. Il n'existe pas de rempart à ce sentiment de menace. C'est comme si les rôles et les places de chacun n'étaient pas suffisamment clairs pour pouvoir rassurer Justine. Nous pouvons nous demander si cela vient du contexte familial et social de la société post-moderne ou bien de déterminants subjectifs plus individuels.

Enfin, nous voyons ici que malgré la possibilité des femmes à pouvoir planifier une grossesse, celle de Justine arrive comme une effraction. Les techniques actuelles de maîtrise de la fécondité n'évitent pas l'ambivalence du désir d'enfant.

CHAPITRE IX

LUCIENNE

9.1 Présentation

Lucienne est une femme de 32 ans, enceinte de son premier enfant. Elle a fait une fausse couche précoce quelques mois auparavant.

Nous apprenons au cours des entretiens que sa mère a perdu deux bébés garçons en période périnatale. Elle a une sœur aînée, puis elle est arrivée après les pertes des deux bébés. Ses parents habitent loin de Montréal.

Elle vit avec son conjoint et elle travaille dans le commerce.

Lucienne a déjà entrepris une démarche de psychothérapie quelques années auparavant, pour traiter des troubles anxieux.

Notre participante est interviewée par Nicole Reeves et elle a été recrutée au CHUM où elle est suivie pour sa grossesse.

Les entretiens sont pour Lucienne l'occasion d'aborder son expérience de la grossesse et notamment en rapport aux expériences douloureuses de sa mère. Elle aborde de manière réflexive son vécu et décrit de manière très riche et élaborée son ressenti.

9.2 Analyse du discours - argumentation

9.2.1 Discours

Chaque entretien traite des difficultés spécifiques de chaque étape de la grossesse.

Au premier entretien, Lucienne raconte son histoire, et notamment celle de sa mère qui a perdu deux enfants en période périnatale. Elle parle de son vécu en ce début de grossesse et du suivi médical.

Le deuxième entretien est très introspectif. Elle évoque son sentiment de vulnérabilité et d'insécurité à la fois psychique et corporel. Elle décrit un fort besoin de réassurance et de dépendance envers son conjoint.

Au dernier entretien de grossesse, Lucienne évoque sa préparation psychologique à l'accouchement. Elle revient spontanément, tout à la fin de l'entretien, sur ses difficultés concernant l'histoire maternelle de deuil.

Enfin, en post-partum, 3 mois après l'accouchement, elle décrit cet événement et ses répercussions tant psychologiques que physiques, puis elle parle de sa position maternelle et de sa relation à sa fille.

Lucienne adopte un discours réflexif et parfois revendicatif au cours de la grossesse. Elle évoque avant tout le thème du vécu psychique de la grossesse, et elle l'explore à fond. En terme d'importance viennent ensuite les thèmes du suivi médical et de la relation à la mère. C'est la psychologue-chercheuse qui en posant des questions invite Lucienne à développer d'autres thèmes comme l'entourage, le conjoint, le bébé, le devenir mère, la famille, mais elle les investit peu.

En filigrane, la question de l'inquiétude maternelle revient dans chaque entretien de grossesse. Elle saisit l'occasion d'exprimer ses difficultés à tolérer l'hyper-vigilance

maternelle lors du troisième entretien quand la psychologue-chercheuse lui demande si elle a quelque chose à ajouter.

Nous remarquons que Lucienne parle très peu de son bébé au cours des entretiens de grossesse.

Concernant le discours, celui-ci est maîtrisé et construit. Elle ne digresse pas et reste collée le plus souvent aux questions de Nicole Reeves. Lucienne démontre une volonté de bien faire, de répondre de manière adéquate aux attentes de la chercheuse. D'ailleurs au début du premier entretien, elle demande « C'est tu correct si je parles de ça? », dans le but de se conformer aux exigences de l'entretien de recherche.

Au premier entretien, elle semble ne pas être sûre de pouvoir s'exprimer librement, notamment concernant le suivi médical, dans la mesure où l'entretien se déroule au sein de l'hôpital avec un membre de l'équipe hospitalière. Une fois la règle de la confidentialité rappelée par la chercheuse, le discours est tout de suite plus riche et investit. Cependant il reste quand même assez maîtrisé et le lâché prise n'est pas important. La logique du discours est celle de l'exposé. Lucienne est sur sa réserve et semble jauger de la possibilité de s'exprimer de manière plus intime. Cet entretien est celui de « l'alliance ». Il sert à Lucienne à savoir quelle parole elle peut avoir et si elle peut être entendue subjectivement.

À l'entretien du deuxième trimestre, Lucienne est plus volubile et présente des capacités d'élaboration et de réflexivité de très bonnes qualités. Elle avait pris des notes pour aborder certains sujets avec la psychologue. Il en ressort un besoin d'exhaustivité et de transmission impérative de certains enjeux. Lucienne adopte un discours très revendicatif, voire même militant, au cours de cet entretien concernant notamment l'attitude du personnel soignant ou le suivi psychologique des femmes enceintes. Le discours est alors dynamique, orienté et contrôlé. Il ne se perd pas dans des réflexions ou des récits futiles. Elle ne reprend pas les questions de son

interlocutrice, comme si elle souhaitait avant tout faire le tour de ce qu'elle avait besoin d'aborder et qu'elle avait listé auparavant ; de manière à ce que l'on éprouve que Lucienne est vraiment là pour elle-même et qu'elle « utilise » cette occasion pour exprimer ses angoisses et ses besoins. Le discours revient spontanément, à deux reprises, sur les sujets qu'elle développe, sans répondre à la question de la chercheuse. La première fois au lieu de parler de son conjoint et des autres personnes de son entourage, comme l'y invite la chercheuse, elle poursuit son discours militant sur le suivi de sage-femme. Puis la deuxième fois, lorsque la chercheuse demande à nouveau à qui elle parle sa grossesse, Lucienne revient sur son sentiment de vulnérabilité et l'intérêt de mettre en place un suivi psychologique pour les femmes enceintes. Il s'agit d'une manière de décharger les tensions et les affects liés aux thèmes abordés. Elle expose ses besoins, notamment celui d'être entendue et comprise. Finalement, la chercheuse clôt l'entretien sans avoir obtenu ses réponses car elle n'a plus le temps de la relancer et que visiblement, ce n'est pas de cela qu'est venue parler Lucienne.

Au troisième entretien, le discours est peu dynamique, plutôt convenu. Lucienne parle de sa colère envers le système médical, ou encore de l'idéalisation de la grossesse dans notre société, mais de manière peu investie émotionnellement. Elle dit d'ailleurs que tout est plus calme pour elle et qu'elle réussit à mieux gérer son émotionnalité, ce qui transparait beaucoup dans la modalité discursive. Par contre c'est en toute fin d'entretien lorsque nous avons l'impression que Lucienne a fait le tour de ce qu'elle voulait aborder, qu'elle profite d'une question très ouverte de la chercheuse, pour parler d'un sujet plus intime et conflictuel. Celui des deuils maternels et de leurs répercussions sur son développement et sa grossesse. C'est comme si elle avait repoussé le moment de l'évoquer, à la toute fin, et qu'elle ne s'autorisait pas à en parler auparavant. D'ailleurs elle demande à la chercheuse la permission d'aborder ce sujet plus intime : « je ne sais pas si je peux en parler là aussi? ». Le discours était

donc jusque là peut-être défensif et par conséquent plutôt pauvre, puis s'ouvre à la faveur d'une question ouverte.

Le quatrième entretien est téléphonique et difficile à écouter, avec des variations d'intensité. Le discours est celui du récit dans l'après coup, avec un aspect narratif de prise de distance et de réflexion. Lucienne répond essentiellement aux questions de la chercheuse, en détaillant son récit.

Elle revient encore un peu à un discours militant et revendicatif concernant le fait que les femmes subissent trop de pression pour l'allaitement. Mais, mis à part cette parenthèse, le discours est peu investi émotionnellement. A la fin de l'entretien, elle souhaite aborder la question de son conjoint et de son lien avec le bébé, mais elle n'a pas vraiment le temps d'élaborer et d'exprimer ce qu'elle a vécu car son bébé pleure ce qui clôt l'entretien.

Finalement, nous constatons que Lucienne adopte essentiellement deux attitudes discursives lors des entretiens de recherche : la première est celle du discours militant construit et la seconde est celle de l'introspection. Dans les deux cas, la participante semble chercher une validation et une reconnaissance de la part de son interlocutrice. Cela se produit plus notablement au deuxième entretien. Elle l'interpelle plusieurs fois avec des « tu sais », comme pour adresser réellement son discours et sentir une implication de la chercheuse.

De plus, elle aborde la question de son anxiété en disant : « il y a une chose dont je voulais vous parler ». Puis elle indique qu'elle a pensé à appeler la psychologue-chercheuse, suite à une période particulièrement anxieuse, quelques semaines auparavant. Elle démontre encore une fois un besoin important d'utiliser la rencontre pour elle-même et semble s'adresser plus particulièrement à la psychologue spécialiste qu'à la chercheuse. D'ailleurs elle dit, toujours au deuxième entretien : « je trouve ça le fun dans un sens, c'est comme faire un suivi psychologique, si on veut,

ben moi, j'ai quand même la chance de le faire parce que je fais l'étude ». Mais elle regrette de ne pas voir la psychologue plus fréquemment. Ainsi, elle considère littéralement les entretiens de recherche comme des entretiens de psychothérapie. Elle ajoute un peu plus loin qu'elle a toujours aimé la psychologie et qu'elle a l'habitude de prendre du recul et de réfléchir sur elle-même. Et elle termine par un discours revendicatif, en suggérant de faire une étude sur le suivi psychologique des femmes enceintes. Elle pense que cela devrait être plus fréquemment proposé et que ce sujet est encore tabou.

9.2.2 Mécanismes de défense

Nous observons, dans tous les entretiens des mécanismes défensifs de contrôle, de mise à distance, de rationalisation et de minimisation. Lucienne se contrôle. D'ailleurs, elle a préparé le deuxième entretien en listant des sujets à aborder. Et elle ne se laisse pas emmener sur un terrain moins maîtrisé, car elle ne répond pas de manière élaborée aux questions de la chercheuse. Le discours est donc verrouillé, maîtrisé. De même, elle utilise le rire pour mettre à distance les affects douloureux ou les sujets sensibles. C'est le cas notamment au troisième entretien pour lequel, au début, elle ponctue toutes ses phrases par un rire. Au quatrième entretien, le rire est plus ironique et discordant car il est associé à la description de son accouchement et du post-partum qui ont été particulièrement difficiles. Lucienne minimise ses propos : elle dit « c'est une petite déception » en parlant de son accouchement. Elle rationalise et généralise, notamment quand elle dit que toutes les femmes enceintes auraient besoin d'un suivi psychologique. De cette manière, Lucienne se dégage de ses enjeux personnels et de ses besoins. Elle s'implique moins.

Cependant, un débordement émotionnel peut s'entrevoir lorsqu'elle adopte un discours véhément, militant, plaintif. Celui-ci concerne en premier lieu le suivi de

grossesse qui est « déshumanisant » et « décevant ». Elle critique également la manière dont la maternité est considérée dans la société actuelle et revendique la nécessité d'être suivie psychologiquement et humainement. Cette modalité discursive fait poindre une charge affective et émotive, concernant des enjeux conflictuels autour des questions de la dépendance au système médical et de la difficulté du devenir mère.

À quelques reprises, Lucienne est débordée et laisse échapper des lapsus ou est confuse. C'est le cas au premier entretien lorsqu'elle laisse échapper un juron concernant le suivi médical si inadapté et juste après dit « les enfants » au lieu de « l'enfant » pour parler du bébé. Elle explique par la suite que son mari espère des jumeaux. Dans le troisième entretien, Lucienne avance d'un mois sa date prévue d'accouchement et dans quatrième entretien, Lucienne perd également son interlocuteur lorsqu'elle parle de la dépendance de son bébé et semble parler de la sienne propre.

Ainsi, ses tentatives de contrôle ne sont pas totalement efficaces. De l'anxiété et une certaine conflictualité peuvent s'exprimer. Celles-ci concernent la maternité et l'attention portée à la femme en cette période.

9.2.3 La grossesse et le post-partum

Lucienne parle peu de la grossesse en termes physiques. Elle élabore d'emblée le vécu de grossesse en termes psychiques.

Au début de la grossesse, elle est « stressée » et « anxieuse » à cause de la précédente fausse-couche, dit-elle. Elle a besoin de se sentir rassurée quand à son état car : « (elle) a tous les symptômes (de la grossesse), mais (elle) ne le sens pas physiquement... (Elle) veut juste que quelqu'un (lui) dise : oui, oui, c'est ça ».

Elle n'a pas encore vu de médecin et elle attend impatiemment l'échographie, mais rencontre des difficultés à obtenir un rendez-vous à l'hôpital, ce qui la dérange énormément et la rend très « sensible ». Elle n'a pas les moyens d'aller dans une clinique privée pour la réaliser. Elle trouve le système injuste et s'en plaint.

Finalement, au deuxième trimestre elle dit avoir pu faire l'échographie grâce à un désistement. Elle et son conjoint ont décidé de ne pas pratiquer la prise de sang qui permet d'évaluer le risque de trisomie et elle s'est sentie jugée par les médecins.

Elle aborde à ce trimestre de manière très détaillée son vécu psychique. Ainsi elle est fascinée par cette période de création et de vie, d'un point de vue existentiel et philosophique. Par contre elle se sent extrêmement vulnérable et fragile psychologiquement. Elle met en lien le sentiment de vulnérabilité avec le fait d'habiter dans une grande ville, dans laquelle les gens ne sont pas attentifs les uns aux autres. Elle éprouve un besoin intense d'être sécurisée et protégée, ce qu'elle demande à son conjoint :

Je suis plus dépendante qu'avant de ce sentiment de sécurité là. J'ai besoin qu'il soit avec moi, j'ai besoin qu'il dorme à mes côtés, tu sais, j'ai besoin que si admettons, il n'est pas rentré le soir et puis je me couche, je vais moins bien dormir que quand il est là. (...) C'est totalement déstabilisant là, l'état dans lequel je suis, tu sais. Et puis ce n'est pas évident de l'expliquer toujours à l'autre, tu sais. Et puis, à un moment donné, justement j'en ai parlé et puis j'ai dit oui mais, tu sais, je me sens tellement déjà 1) instable, je ne sais jamais comment mon corps va réagir, de 2), je me sens beaucoup plus vulnérable parce que là en plus de moi, j'ai quelque chose d'autre à protéger, tu sais. Et puis j'ai besoin de sentir que tu sois là. Tu sais, que tu es là, que tu vas rester là, et puis que tu es, que l'encrage est encore plus fort, tu sais. Je m'imaginai, je m'imagina même pas les femmes qui sont seules ou les femmes qui ont des maris absents, là je me disais mon dieu seigneur, ça doit être difficile là. Peut être que chaque personne vit ça à façon aussi là. Mais moi c'est ça, c'est la grosse discussion qu'on a eu, j'ai besoin de sécurité mais comme plus qu'avant. J'ai besoin de sentir qu'il y a une appartenance et puis j'en ai beaucoup.

Elle trouve que cette période est bouleversante et qu'elle manque de stabilité émotionnelle, principalement car elle est constamment en proie à des changements intérieurs et extérieurs. Elle fait le rapprochement entre son état actuel et l'état d'anxiété pour lequel elle avait entrepris une psychothérapie, plus jeune. Notamment parce qu'elle avait peur de sortir et se sentait en insécurité constamment. Et elle avoue avoir pensé appeler la chercheuse dans un moment de grande angoisse.

Elle analyse ce qu'il se passe d'un point de vue psychologique pour les femmes enceintes et généralise leur besoin de sécurité. Elle emprunte alors un discours revendicatif qui pourfend la société actuelle « individualiste et égoïste » et suggère la nécessité d'une aide et d'un accompagnement.

Câline, c'est tellement déstabilisant une grossesse, surtout la première, il devrait y avoir ça, un suivi psychologique, tu sais (...) ça gagnerait à l'enfant, d'avoir une mère qui se comprend mieux (...) c'est si gros (...) l'extérieur est plus menaçant, sans nécessairement être paranoïaque.

Elle pense que la maternité est une occasion d'en apprendre plus sur elle-même, mais cette période est particulièrement difficile à vivre.

Au troisième entretien, l'incendie de l'anxiété qui avait flambé au trimestre précédent s'est éteint. Elle se sent plus calme et moins émotive et même plutôt triste. Elle souhaite pouvoir se retrouver à la fois physiquement et psychiquement après l'accouchement. Elle constate que cette période de la grossesse est idéalisée et elle aimerait prévenir les futures mamans du fait que ce moment n'est pas si facile : « c'est merveilleux, mais... ». Elle anticipe de manière anxieuse le post-partum étant plus facilement irritable quand elle est fatiguée. Ils ont appris qu'ils attendaient une fille. Elle n'était pas très sûre de vouloir connaître le sexe de son enfant.

L'accouchement a été difficile et Lucienne a subi une césarienne d'urgence. Sa première question a été de savoir si elle pourrait accoucher la fois suivante de manière naturelle. Elle a le sentiment que l'anesthésie et la césarienne ont escamoté

son expérience de la maternité et de ne pas avoir pu donner naissance comme toutes les femmes du monde. Elle dit qu'elle doit faire le deuil de l'accouchement idéal ou souhaité. Ils ont donné à leur fille, le prénom de l'infirmière qui était présente au cours de l'accouchement et qui a fait preuve d'efficacité pour sauver l'enfant et la mère.

Lucienne a eu beaucoup de difficultés à allaiter. Finalement elle s'est décidée à arrêter lorsqu'un médecin l'a convaincue que c'était mieux pour elle comme pour son bébé. Elle a pu continuer un allaitement mixte à partir de 5 semaines ce qui était une bonne solution pour elle car le bébé « n'était ainsi pas totalement dépendant d'elle ». Elle reprend à cette occasion un discours militant pour dénoncer la pression sociale exercée sur les femmes à propos de l'allaitement.

La période post-natale a été physiquement et psychologiquement difficile. Elle a eu du mal à se remettre de la césarienne, elle était épuisée et s'est sentie particulièrement vulnérable et fragile. Elle s'est posée la question d'une dépression mais ne pense pas avoir été jusque là.

Elle a éprouvé une grande difficulté à constater la dépendance de son bébé envers elle. Elle ne pensait pas qu'elle pourrait éprouver cela et a été surprise de pouvoir elle-même ressentir un tel besoin de souffler et de liberté :

Mais j'ai trouvé ça difficile et ça m'a étonné parce que c'est quelque chose je n'aurais jamais pu appréhender que j'allais trouver difficile, le fait de sentir que l'enfant, que le bébé a totalement besoin de nous, et est totalement dépendant de nous. Ce n'est pas juste elle a soif, je vais lui donner un biberon ou, non c'est vraiment on dirait que c'est entièrement. Je ne sais pas si je suis claire là mais. C'est au-delà de juste une question de nourriture, c'est la présence, c'est le corps, c'est tout, c'est même que moi après quelques, après deux ou trois semaines, j'ai, j'ai fait ouf, eye c'est difficile là de sentir que, que le bébé est si dépendant et puis tu sais ça fait du bien des fois de sortir et puis que quelqu'un l'ait dans les bras parce que c'est un peu oppressant. Ce que je n'aurais pas pensé parce que je ne suis pas une personne de nature très indépendante, si on veut.

Normalement, ce n'est pas quelque chose qui me dérange d'être proche d'un autre être mais on dirait que là le niveau de... On dirait que là le niveau de dépendance, si on veut que cette personne là avait, on dirait que c'est tellement élevé que j'ai trouvé ça difficile au départ. Ca fait que ça, ça m'a étonné.

Cette dépendance l'a même « effrayée ». Concernant son lien avec sa fille, elle poursuit en indiquant que son conjoint a développé un lien fort avec elle du fait de la césarienne. Elle pensait que de ne pas avoir « les premiers instincts » aurait pu la déranger, mais finalement elle pense qu'ayant porté son enfant pendant neuf mois cela a été suffisant et elle a trouvé agréable que son conjoint ait pu avoir pour lui le premier contact et développer un lien avec leur fille.

9.2.4 La mère

Lucienne parle de sa mère à tous les entretiens de grossesse, mais pas du tout en post-partum.

Au premier entretien c'est à l'occasion d'une question sur sa famille que Lucienne parle de sa mère. Elle est d'ailleurs fébrile et hésitante et commence à répondre par « euh...que dire? ». Puis elle raconte l'histoire de sa mère qui a d'abord subi une fausse couche tardive d'un garçon, puis qui a perdu un autre bébé garçon quelques semaines après sa naissance à cause de malformations. Lucienne est arrivée de manière inattendue après ces deux pertes. Les médecins avaient dit à sa mère qu'elle ne pourrait plus avoir d'enfants. Lors de sa grossesse elle a été alitée pendant 5 mois. Lucienne précise que sa mère n'a jamais été suivie psychologiquement pour cela.

Elle constate que sa mère est extrêmement anxieuse, elle l'appelle tout le temps, semble constamment inquiète et se fait des scénarios catastrophes. Elle n'a pas voulu lui apprendre sa fausse-couche, ni lui annoncer cette grossesse trop tôt, préférant

attendre huit semaines et la première échographie. Elle ne veut pas subir le stress de sa mère et vivre avec un fantôme :

J'veux pas avoir cet espèce de de fantôme là qui va toujours revenir veut pas parce que je sais que ma mère a de la difficulté avec ça. C'est la raison pour laquelle j'ai décidé d'attendre un p'tit peu.

Il a été facile de lui cacher sa fausse couche et son état car ses parents habitent loin de Montréal. Quand à son père elle aurait pu le lui en parler car il est « plus posé ».

Au deuxième entretien, c'est après avoir développé un discours revendicatif concernant les bienfaits d'un suivi psychologique pour les femmes enceintes qu'elle parle de sa mère. Elle commence par dire que sa famille n'est pas très ouverte concernant la psychothérapie, qu'ils ne comprennent pas. Puis elle glisse que sa mère n'est pas tolérante sur le sujet. Elle poursuit ensuite avec un discours militant visant à généraliser les soins psychothérapeutiques.

Au troisième et dernier entretien de grossesse, Lucienne parle de sa mère en toute fin d'entretien, profitant de l'invitation de Nicole Reeves à ajouter quelque chose pour clore l'interview. Ainsi, elle demande la permission d'en parler et commence de manière générale en disant qu'elle a du mal à supporter la trop grande prévenance de son entourage. Finalement c'est surtout sa mère qui est très angoissée, qu'elle a du mal à supporter. Elle n'est pas du tout dérangée par ses amis et moindrement par sa belle-mère, qui a une gêne et ne se permet pas les mêmes choses que sa mère. Lucienne est irritée par la surprotection de sa mère. Elle rappelle néanmoins l'historique de deuil de sa mère et pense que son jugement a évolué. Depuis qu'elle est enceinte, elle sent plus de compassion pour sa mère. Mais elle lui en veut toujours de ne pas avoir sollicité de suivi et de lui avoir fait subir ses angoisses. « C'était lourd » pour elle à supporter quand elle était plus jeune d'autant plus qu'elle est de nature indépendante dit-elle. Elle souhaite ne pas reproduire la même chose sur sa fille.

Dans tous les entretiens, nous constatons que Lucienne trouve le moyen d'évoquer ses enjeux conflictuels avec sa mère même si cela est fait avec réticence et à pas feutrés. Au troisième entretien cependant, elle aurait pu terminer sans l'évoquer mais attend le dernier moment pour aborder ce sujet, qui est sans doute très important. En post-partum, Lucienne ne parle pas du tout de son entourage ou de sa mère, ce qui est questionnable.

9.2.5 Le suivi de grossesse

Lorsque Lucienne aborde le thème du suivi de grossesse, c'est toujours pour s'en plaindre et adopter un discours militant et revendicatif sur l'importance d'une meilleure prise en charge des femmes enceintes.

Par contre, elle a donné à son enfant, le prénom d'une infirmière qui a participé à son accouchement, en signe de reconnaissance et n'emprunte plus du tout ce discours en post-partum.

Au premier trimestre de grossesse, elle se plaint qu'« on nous laisse dans un espèce de néant tout ce temps là ». Elle n'a pas eu de rendez-vous médical avant les trois mois de grossesse, puis tout à coup, elle a le sentiment d'être débordée par les informations (nutritionnelles, médicales, administratives) qui arrivent trop tard par rapport à l'avancement de la grossesse. Elle doit réaliser une échographie pour la clarté nucale, mais ne trouve pas de rendez-vous à l'hôpital. Elle refuse de se rendre en clinique privée par manque de moyens et se plaint du système qu'elle trouve injuste. Ce sujet la rend « très émotive ». Elle dit qu'elle a été « choquée », par l'absurdité de la situation.

Elle compare ce qu'elle a observé du suivi médical au suivi en maison de naissance et elle pense qu'elle aurait préféré ce type de suivi. Elle termine en pointant

l'importance de ce moment de la grossesse dans une vie et du manque d'empathie et d'humanité du suivi médical.

Au deuxième trimestre, Lucienne revient sur les sages-femmes et pense qu'elle aurait préféré ce suivi à celui qu'elle a à l'hôpital. Son conjoint la rejoint là dessus. Elle n'a pas opté pour cette solution au départ, en raison de l'absence de péridurale au moment de l'accouchement. Elle sait de par ses amies que le lien à la sage-femme est fort et positif. Elle-même dit qu'elle aurait souhaité être sage-femme. Son suivi lui paraît déshumanisant et les rencontres trop expéditives. De plus elle s'est sentie jugée par le médecin qui l'a rencontrée quand à son choix de ne pas effectuer la prise de sang complémentaire concernant les risques de trisomie. Elle dit même qu'il a tenu un discours alarmiste qui l'a fait douter de son point de vue.

Le dernier trimestre de grossesse, n'a pas vu une amélioration du jugement de Lucienne concernant le suivi de grossesse. Elle est déçue de n'avoir toujours pas rencontré son médecin référent et de la rapidité des entrevues : « J'espère la rencontrer d'ici à l'accouchement, parce que sinon j'aurai juste l'impression d'être un fichier, tu sais (...) j'ai l'impression d'être un numéro qui passe ».

Elle a pris l'initiative de suivre une formation à la méthode d'accouchement Bonapace, à l'hôpital.

De plus, elle avait décidé d'utiliser un tire-lait de deuxième main et elle s'est sentie jugée par les infirmières. Elle a eu l'impression qu'elle commettait ainsi un crime de lèse majesté et était une mère indigne. Là encore Lucienne emprunte un discours revendicatif en disant que les femmes sont encouragées à allaiter mais qu'elles sont critiquées d'un autre côté. Elle pense aux femmes plus vulnérables et qui n'ont pas ses ressources pour se défendre et faire des choix en toute liberté.

Finalement, au cours de la grossesse, elle peut échanger et se sentir soutenue par des amies qui ont elles-mêmes des enfants ou son enceintes. Elle parle également

beaucoup à sa sœur aînée qui a deux enfants. Elle considère qu'elles ont les mêmes façons de réagir. Elle la voit comme « un double » et dit qu'elles sont « vraiment constituées pareil ». Elle va donc se référer à sa sœur pour tous les maux psychiques et physiques de la grossesse.

Lucienne fait également beaucoup de recherches sur internet pour s'informer au cours de la grossesse.

9.3 Interprétations

9.3.1 La place de l'enfant « d'après »

Lucienne entretient des difficultés avec les figures maternelles (sa mère prioritairement et sa belle-mère moindrement). Elle se sent opprimée et irritée par une attention anxieuse à son endroit. Elle met en lien la résurgence de cette anxiété au cours de sa grossesse avec le vécu de deuil périnatal de sa mère. Lucienne dit que le côté surprotecteur « revient parce qu'elle est enceinte ». Elle met en relation l'histoire personnelle de sa mère et l'anxiété que celle-ci éprouve au cours de la grossesse de sa fille. Elle comprend maintenant qu'elle est enceinte quel drame elle a vécu. Lucienne ressent plus de compassion qu'avant envers elle. Mais elle juge toujours mal le fait qu'elle n'ait jamais consulté. « C'était lourd » pour elle de supporter cette attention anxieuse et cette surprotection lorsqu'elle était plus jeune ce qui semble être une plainte plutôt justifiée.

Les fantômes de la mère refont surface au cours de sa grossesse. D'ailleurs nous pouvons comprendre ses angoisses de début de grossesse comme résultantes de sa fausse-couche précédente et de l'historique maternel. Elle ne fait pas directement le lien entre ses angoisses concernant le suivi et l'échographie, avec l'historique de deuil périnatal de sa mère. Mais nous pouvons le supposer. D'ailleurs, le lapsus « des

enfants », qui arrive après une diatribe sur l'insuffisance du suivi médical, peut éventuellement s'interpréter comme l'apparition des deux bébés morts, dans l'inconscient de Lucienne, symbolisant le lien entre cette grossesse et celles de sa mère. Ainsi, Lucienne semble éprouver un fort besoin de réassurance concernant son état de grossesse et son bébé. C'est sans doute la raison pour laquelle la question de l'échographie est si sensible et l'amène à se plaindre du suivi médical et de l'injustice de l'accès aux soins et aux examens.

Nous voyons que lorsque Lucienne refuse de procéder à des recherches plus poussées concernant les risques, ou qu'elle se fait critiquer pour le choix du tire-lait de seconde main, Lucienne supporte mal les critiques. Elle semble se sentir remise en cause personnellement en tant que bonne mère protectrice et attentive. Peut-être veut-elle vivre sa grossesse de manière tout à fait tranquille et sereine, mais qu'elle se sent inévitablement remise en question et jugée, ce qui s'origine peut-être dans le vécu maternel de pertes. Elle a besoin d'être validée et confortée dans ses choix. C'est ce qui arrive pour l'allaitement, qu'elle finit par abandonner seulement lorsqu'elle a été adoubee par un médecin bienveillant.

Lucienne tente de se protéger de tout cela, en empruntant un discours militant et mécontent. Mais alors que ce discours s'adresse à la société, aux médecins, il nous semble qu'en réalité Lucienne est surtout en colère contre sa mère d'avoir laissé ses fantômes, ses blessures, infiltrer sa relation avec elle et revenir à l'occasion de sa grossesse. Elle lui reproche de ne pas avoir consulté un psychologue à l'époque. Ce thème du suivi psychologique revient de manière récurrente lors de la grossesse.

Quand elle dit qu'un suivi psychologique serait un grand bénéfice pour toutes les futures mères car il permettrait à celles-ci de mieux se connaître et donc serait profitable à l'enfant, nous pouvons supposer qu'elle parle ici de sa propre mère et d'elle-même. L'histoire des morts périnatales a pesé lourdement sur elle (car elle a été surprotégée enfant) et sur sa relation à sa mère et elle s'interroge beaucoup sur ce

qu'elle veut ou non transmettre de son histoire familiale à sa fille. Elle espère s'opposer à ce modèle pour sa propre fille.

Elle a besoin de trouver, pour cette grossesse, un endroit où se plaindre et où exprimer ses angoisses. Elle se plaint d'hériter de ce passé et de devoir supporter les angoisses maternelles. Il s'agit là d'un enjeu pour sa grossesse, c'est à dire celui de la transmission et de la dette. Elle est « l'enfant d'après ». Cela signifie que sa mère a probablement été très inquiète lors de sa grossesse et par la suite. La perte de ses deux petits garçons a sans doute eu une grande influence sur son rapport à sa dernière fille. Lucienne refuse de porter les angoisses et la culpabilité maternelle, elle essaie de s'en protéger mais les porte quand même.

Ses défenses sont relativement peu efficaces. Nous avons peu d'éléments sur l'enfance et l'adolescence de Lucienne, nous savons qu'elle vit à présent loin de ses parents ce qui facilite leurs relations, qu'elle éprouve depuis très jeune un besoin d'indépendance et que cette question semble être présente depuis toujours. Nous ne savons pas vraiment comment à l'adolescence Lucienne a pu s'émanciper de l'attention anxieuse de sa mère. Cependant les troubles anxieux qu'elle a présenté plus jeune et qui se réactualisent surtout au deuxième trimestre parlent peut-être de cet extérieur dangereux et de la question de se situer dans ce monde et des angoisses maternelles.

Comment cette mère qui a vécu le drame de la perte de bébés, a-t-elle pu accompagner sa fille pour qu'elle s'autonomise et fasse l'expérience de la vie avec ses dangers? Cet enjeu de la dépendance nous paraît très conflictuel pour Lucienne. D'un côté elle réclame de l'attention et démontre un besoin de dépendance intense (surtout envers son mari), d'un autre côté elle se sent en difficulté concernant la dépendance de son bébé ou l'attention anxieuse de sa mère. Cette conflictualité apparaît à l'occasion de son repositionnement identitaire et des questions concernant la maternité et la transmission: quelle mère ai-je eu et quelle mère vais-je être ? Il

s'agit peut-être de la résurgence sur la scène actuelle d'un conflit non résolu avec sa mère concernant sa position infantile. Elle se sent probablement moins irritée par sa belle-mère qui représente également une figure maternelle, car celle-ci n'a pas la même histoire et n'exprime pas la même inquiétude, cependant Lucienne dit tout de même être gênée par son attitude. Ce qui nous fait supposer que la figure maternelle est pour Lucienne de toute manière très surprotectrice et angoissante.

Finalement, pour la grossesse de Lucienne, les symptômes anxieux et la conflictualité qui en ressort, témoignent surtout d'un repositionnement et d'une volonté de briser la chaîne maternelle de la culpabilité et de l'angoisse.

9.3.2 La militante

Lucienne emprunte une position revendicative et s'offusque des travers de la société (concernant l'allaitement ou l'idéalisation de la maternité) ou du système médical (injuste et inhumain). Ainsi elle prend la défense des mères ou des personnes qui n'ont pas les ressources pour s'insurger et généralise les besoins des femmes notamment en matière de suivi psychologique ou d'accompagnement.

Peut-être que Lucienne nous parle ici de ses propres enjeux personnels mais qu'elle ne peut les soulever et trouve par ce moyen socialement acceptable la possibilité de les exposer. Nous avons pu observer qu'elle avance difficilement ses enjeux personnels et qu'elle ne s'autorise pas à parler de son intimité. Peut-être est-ce une façon de se protéger et de mettre à distance l'inquiétude qu'ils pourraient susciter. Elle a peut-être appris cela de son rapport à sa mère, c'est à dire, de ne pas attiser son angoisse en banalisant son vécu.

Lucienne soulève néanmoins des sujets importants, relatifs à la maternité. Il est question du suivi qui est si anxiogène et qui comporte des injonctions contraignantes

pour les mères : il faut faire tous les examens, allaiter son enfant, contrôler drastiquement son alimentation, son hygiène de vie... sous peine d'exposer son bébé à de graves conséquences. Andrée Rivard (2014) soulève à quel point l'idéologie actuelle est culpabilisante pour les femmes et annihile tous les enjeux subjectifs par le recours à la technique et au savoir scientifique, plutôt que de les accompagner et de les écouter.

Or ceci est sans doute encore plus vrai pour Lucienne qui porte dans son histoire les morts de ses frères et la position probablement très coupable de sa mère, et sa propre fausse-couche qui a pu faire resurgir une culpabilité liée à l'ambivalence. La culpabilisation des savants médecins augmente encore un peu plus son sentiment d'insécurité et de culpabilité plutôt que de la rassurer.

Sans doute Lucienne a-t-elle raison de penser qu'un suivi avec une sage-femme serait plus adapté pour elle, puisqu'il préconise les prises de décisions éclairées et redonne aux femmes la confiance dans leurs capacités naturelles à pouvoir accoucher et à faire les bons choix pour leurs enfants.

Elle se tourne également vers ses pairs et sa sœur, qui peuvent peut-être représenter des doubles qui n'entretiennent pas de discours d'experts culpabilisants mais qui au contraire sont des figures d'identification rassurantes.

9.3.3 Le conflit de dépendance

Lucienne soulève à plusieurs reprises la question de la dépendance, lors de ses entrevues.

En début de grossesse, elle se sent dans « le néant », concernant l'accompagnement de la grossesse. Et il semble que le suivi qui lui est proposé ne lui convienne pas du

tout, car il est expéditif et mal adapté à ses besoins et à ses questions. Elle a besoin au contraire d'être entourée et prise en charge.

Ensuite, elle se sent particulièrement vulnérable et donc très dépendante de son conjoint au cours de la grossesse. Elle se rend compte du caractère excessifs de ses besoins mais l'explique par les bouleversement physiques et psychiques de la grossesse, qui sont particulièrement déstabilisants. Elle est en demande à chaque entretien d'un accompagnement, d'une attention particulière ce qu'elle exprime sur le ton de la revendication.

Enfin, Lucienne soulève ses difficultés à tolérer la dépendance extrême de son nourrisson ce qui, demande Nicole Reeves, pourrait être en lien avec ses propres besoins de dépendance non satisfaits, ce qu'elle ne confirme pas clairement.

Il nous semble que le discours de Lucienne soulève un conflit de dépendance, qui est inhérent à l'état de grossesse, mais qui pour elle est particulièrement sensible. En effet, la grossesse induit nécessairement un besoin de régression et de protection. Celui-ci semble particulièrement fort pour Lucienne. Mais dans le même temps, il est peut-être difficile pour elle à exprimer, car comme nous en avons fait l'hypothèse un peu plus haut, l'attention anxieuse risque d'être envahissante si elle s'y laisse aller.

Ainsi, comme le suggère Nicole Reeves, et que Lucienne a du mal à élaborer, peut-être se défend-elle de son propre conflit de dépendance. Elle ne tolère pas d'être laissée à elle-même et il lui est difficile de répondre aux besoins intenses de proximité de son bébé. Nous pouvons nous demander de quelle manière, Lucienne a-t-elle pu être maternée nourrisson puis ensuite enfant? Ce besoin d'indépendance qu'elle observe la concernant et qui s'oppose au contrôle maternel se retrouve à nouveau au cours de la grossesse; en même temps qu'un mouvement régressif de demande de maternage et de passivité, induit par l'état de la grossesse. Ainsi ce conflit est difficilement supportable pour Lucienne et provoquerait de l'angoisse.

De plus elle peut également exprimer une colère bien légitime, concernant le fait, dans la réalité, d'avoir une mère si surprotectrice et peu apte à la réconforter.

9.4 Résumé

Il nous semble que Lucienne ne se soit pas inscrite dans la recherche de manière anodine. En effet, nous faisons l'hypothèse qu'elle souhaitait livrer à une psychologue qui l'écoute et qui l'accompagne, ses angoisses relatives à la maternité, à la culpabilité, à la dépendance et à la transmission. Or, elle profite des entretiens de recherche pour aborder ces sujets de manière à la fois précautionneuse, mais en même temps résolue (avec sa liste).

C'est comme si elle faisait ce que sa mère n'avait pu faire, c'est à dire travailler le deuil de ses enfants, au cours de sa grossesse, par l'intermédiaire de la participation à la recherche, dans le but de briser les chaînes qui l'ont entravée jusqu'ici.

Concernant notre question de recherche, nous voyons à quel point le suivi médicalisé et son discours culpabilisant peut être délétère pour les femmes et de quelle manière il vient enfoncer le clou de l'angoisse et de la fragilité plutôt que de les ôter. Nous observons également que c'est au deuxième trimestre, qui est habituellement celui de l'accalmie physique, que le vécu psychique est le plus intense.

D'autre part concernant la relation aux figures maternelles, nous constatons que la conflictualité infantile avec celles-ci fait retour au cours de la grossesse et que cette période est surtout l'occasion de se confronter au passé que de penser à son futur bébé. Ce passé est celui de l'imaginaire et de l'inconscient et des figures parentales œdipiennes. Par contre là encore, le post-partum ne voit plus du tout apparaître les enjeux de la période de grossesse, comme si la réalité venait boucher le trou des fantasmes. L'angoisse laisse alors la place à une dysphorie en lien avec les difficultés

et les exigences des soins du bébé. Ce qui n'est pas vécu par Lucienne comme une fonction gratifiante. Contrairement à ce qu'elle avait imaginé, elle laisse son mari, sans regrets, occuper une place très proche auprès de leur fille, généralement acquise à la mère.

La position maternelle est donc peut-être compliquée à adopter pour Lucienne, qui porte avec elle, le poids d'une culpabilité transgénérationnelle en lien avec la fonction protectrice maternelle.

CHAPITRE X

MARYSE

10.1 Présentation

Maryse est une jeune femme de 30 ans, mère d'un petit garçon de deux ans et demi. Celui-ci n'a pas de place en garderie et il est gardé par sa mère, son père et sa grand-mère maternelle alternativement. Elle a un poste d'employée à temps partiel. Sa précédente grossesse a été difficile, son bébé a présenté un retard de croissance, une position en siège et l'accouchement s'est soldé par une césarienne en urgence à 37 semaines de grossesse. Maryse souhaite pour cette grossesse accoucher par voie naturelle (AVAC).

Elle est suivie au CHUM et c'est Nicole Reeves qui l'interroge pour les entretiens de recherche.

Les entretiens sont très courts et défensifs. Ils laissent néanmoins apparaître des enjeux conflictuels et nous permettent de poser quelques hypothèses que nous formulerons plus loin.

10.2 Analyse de discours – argumentation

10.2.1 Le discours

Au premier entretien, Maryse parle de la découverte de sa grossesse et présente les enjeux matériels qui la préoccupent. Elle accorde une place importante dans son

discours à la grossesse précédente et à l'accouchement qui a été traumatique. Elle indique d'emblée son manque de confiance dans le suivi médical.

À l'entretien suivant, Maryse aborde principalement les sujets du suivi médical et de l'accouchement. Elle évoque néanmoins son vécu psychique avec l'angoisse qu'elle ressent et son sentiment d'insécurité. Elle n'aborde pas du tout le thème de la découverte du sexe de son bébé, ni le vécu physique de la grossesse. Elle ne parle pas non plus des enjeux relationnels autour de la maternité.

L'entretien du dernier trimestre de grossesse a pour thèmes principaux l'accouchement et l'accompagnante à la naissance. Il est toujours pauvre concernant la dynamique psychique de Maryse. Les thèmes abordés sont très peu nombreux et ont été suggérés par la chercheuse car Maryse en a amené très peu de manière spontanée. Les thèmes habituels que l'on peut s'attendre à rencontrer lors du troisième trimestre sont absents ou très pauvrement exprimés (le conjoint, le vécu psychique de préparation à l'accouchement, le bébé). Le seul thème que Maryse investit est celui du suivi médical de son accouchement et notamment son projet d'AVAC.

L'entretien du post-partum est excessivement court et descriptif.

Les thèmes abordés sont donc particulièrement pauvres. Nous remarquons que Maryse parle de l'accouchement dès le premier entretien, ce qui est plutôt rare. De plus, elle fait très souvent référence à sa grossesse précédente et parle très peu de cette grossesse-ci. Enfin, il est flagrant de voir que Maryse ne parle ni du bébé, ni de son entourage ou alors de manière très laconique. À deux reprises la chercheuse lui pose la question de sa mère. À chaque fois, Maryse répond de manière succincte et peu investie.

Le discours emprunté lors des entretiens est binaire : soit un discours dysphorique et peu investit, soit un discours revendicatif. Maryse va de l'un à l'autre en fonction des questions de la chercheuse. Il n'y a pas vraiment de digressions spontanées.

Maryse déploie un discours dysphorique, légèrement désorganisé et descriptif concernant le vécu intime et psychique de la grossesse. Elle est alors assez peu volubile, plutôt défensive et emprunte un discours atone accompagné d'une humeur triste, surtout au premier entretien. Elle doit être relancée plusieurs fois pour élaborer un peu, mais reste assez en surface. Elle ne creuse pas les questions et ne livre que très peu d'éléments concernant sa vie psychique et ses émotions. Maryse n'élabore pas beaucoup sur ses difficultés. Elle ne donne aucune indication sur son vécu subjectif, ses failles, ses désirs. La dynamique de discours est plutôt rapide, dans le survol et la superficialité. D'ailleurs tous les entretiens sont plutôt courts. Celui du deuxième trimestre dure 28 minutes et l'entretien du post-partum dure seulement 13 minutes. Le cadre de l'entretien n'était cependant pas propice à l'élaboration et au déploiement d'un vécu subjectif (entretien téléphonique et interruption à cause du fils aîné).

D'un autre côté, elle opte pour un discours organisé, engagé, avec des références chiffrées, concernant principalement le suivi de grossesse et les choix médicaux. Son discours se libère lorsqu'elle parle du suivi médical et il prend la forme d'un débat idéologique, d'un exposé militant. À ces occasions, Maryse discute ses choix et ses positions en empruntant un discours très argumenté. Les interventions de Maryse sont alors plus denses et investies.

Pour conclure, nous recueillons peu d'éléments sur l'histoire de Maryse et sur sa vie relationnelle. Par contre, elle profite des entretiens de recherche pour déployer ses inquiétudes concernant l'accouchement et la prise en charge médicale de sa grossesse et emprunte alors un discours prosélyte et revendicatif. Elle dit en fin de premier entretien que celui-ci lui a permis « de ventiler ». Les entretiens lui permettent donc

d'évacuer des angoisses qui concernent principalement le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, suite à son expérience précédente particulièrement stressante. Ce sujet semble l'obséder et n'avoir pas pu être élaboré précédemment.

10.2.2 Les mécanismes de défense

Le discours de Maryse semble assez défensif. D'une part, les entrevues sont courtes et relativement pauvres. D'autre part, nous observons l'apparition de mécanismes de défense de l'ordre de la rationalisation, de la banalisation, de l'intellectualisation.

En effet, Maryse n'élabore pas énormément son vécu de la grossesse et de la maternité. Elle reste collée aux questions de la chercheuse et pour certains sujets reste étonnamment laconique (sa mère, son conjoint, son bébé). Au deuxième entretien, dès le départ elle commence en prévenant la chercheuse qu'elle a peu de choses à dire : « il n'y a pas grand chose à signaler psychologiquement parlant » ce qui traduit une attitude d'emblée défensive alors que justement, immédiatement après elle suggère qu'il lui est difficile de maîtriser ses émotions : « j'ai moins de facilité à rationaliser les choses et puis à prendre les choses relax » ce qui semble la contrarier. Elle semble tenter de mettre à distance ses émotions et son angoisse, ce qui n'est pas réussi. Au troisième trimestre, elle débute également l'entretien de manière prudente et défensive car la chercheuse est obligée de poser des questions en rafale tant Maryse répond brièvement : « ça va bien », « c'est correct », « tout est correct jusqu'à date », « Ça va bien », en se gardant bien d'aborder ses difficultés.

Au troisième trimestre, Maryse termine toutes ses assertions par un « ça va » ce qui coupe court à toute élaboration et toute tentative de la part de la chercheuse de creuser un peu les sujets. Cette attitude défensive et fermée révèle un effort de mise à distance et de verrouillage de ce qui pourrait surgir.

De plus, Maryse emprunte un discours d'auto-persuasion : « on va y arriver » « ça s'annonce pas trop pire », « je me dis que je vais être correct, que ça va être correct, ça, ça va », concernant la question de la grossesse et de l'accouchement. Elle rationalise les chances que cette fois-ci tout se passe bien. Elle a besoin de se rassurer et d'être rassurée. Elle termine au deuxième entretien la plupart de ses phrases par un « c'est correct », qui traduit cette tentative de réassurance, comme avec la pensée magique ou la méthode Coué.

Elle laisse échapper plusieurs rires discordants et ironiques concernant un vécu particulièrement difficile qu'elle met ainsi à distance. C'est le cas au premier entretien lorsqu'elle décrit son premier accouchement et qu'elle dit que son bébé étant en bonne santé, « (elle) ne pouvait pas se plaindre ». Elle étouffe ainsi sa plainte et son vécu si difficile en rationalisant et en relativisant l'évènement.

Par la suite, elle adopte à plusieurs reprises un discours idéologique par lequel elle généralise les besoins des femmes, ce qui lui permet de ne pas parler d'elle précisément : « les femmes ont juste besoin d'être rassurées et encouragées », « ils n'essaient pas de nous encourager vraiment ».

Cependant, une certaine dysphorie transparait nettement des entretiens, associée à une anxiété, ce qui signifie que les défenses sont relativement inefficaces. Par exemple concernant le suivi médical, le ton est désabusé et fataliste : « je n'ai plus vraiment d'attentes » dit-elle au premier entretien. Elle réalise même un lapsus très morbide lorsqu'elle dit avoir frôlé la dépression « post-mortem » plutôt que post-partum pour sa première grossesse. Cette confusion indique à quel point le vécu du post-partum a été difficile en même temps qu'il nous parle de la peur de la mort qu'elle a éprouvée lors de l'accouchement.

Nous concluons que Maryse est assez défendue lors des entretiens, mais que son angoisse surgit tout de même malgré ses tentatives de contrôle.

10.2.3 La grossesse précédente

Maryse décrit sa grossesse précédente surtout lors du premier entretien, mais y revient très régulièrement soit pour comparer les deux grossesses, soit pour expliquer à quel point elle souhaite un AVAC et comment le suivi médical de grossesse est imparfait et décevant.

La grossesse précédente a été compliquée puisque l'accouchement a été prématuré et s'est terminé en césarienne d'urgence. Le bébé avait un très petit poids, ce que les examens de grossesse avaient déjà révélé. Elle a été séparée 45 minutes de son bébé après sa naissance. Maryse souhaitait accoucher naturellement mais rien ne s'est passé comme prévu. Elle qualifie ce moment de « traumatisant ». D'ailleurs elle en parle de manière à mettre à distance le vécu douloureux qu'il suscite. Elle banalise : « mais bon c'est correct là », ce qui est contradictoire avec ce qu'elle relate. Elle utilise également le rire parfois même l'ironie ce qui introduit l'idée que le ressenti est tellement douloureux qu'elle tente de le nier.

Maryse dit qu'elle n'a pas apprécié les services de l'hôpital. Et elle déploie d'ailleurs tout un argumentaire qui vise à montrer combien ce suivi est imparfait, chiffres et exemples à l'appui. Elle explique en substance que les femmes ont besoin d'être rassurées sur leurs capacités naturelles à donner naissance à un bébé, de manière physiologique, ce que les médecins au contraire infirment : « les femmes ne sont pas bien informées et je trouve ça dommage qu'on les dépossède de leur pouvoir d'accouchement ».

D'autre part, Maryse n'avait pas bien anticipé le post-partum. L'allaitement avait été difficile et elle s'était trouvée dans un état proche de la dépression, selon elle, les trois premiers mois. Elle fait à cette occasion le lapsus de la dépression « post-mortem » qui est si interpellant. Elle dit avoir été en larmes de manière continue les trois premières semaines qui ont suivi son accouchement. De plus elle relate qu'elle a eu

du mal à établir un lien et à s'occuper et à aimer son bébé : « j'avais aucune impression qu'il était sorti de moi...c'était qui ce bébé là? ».

Enfin, le bébé étant de petit poids, elle a eu des difficultés d'allaitement car il ne prenait pas suffisamment de poids.

Le premier accouchement de Maryse a été traumatisant et a eu des incidences sur ses premiers liens à son fils. Cela fait surgir des émotions particulièrement difficiles qu'elle tente de mettre à distance.

10.2.4 La grossesse et le post-partum

Maryse tombe enceinte deux ans et demi après la naissance de son fils. Elle explique de manière ambiguë que cette grossesse n'était pas vraiment planifiée, « entre le moment où on a pris la décision... on n'a pas vraiment pris la décision d'avoir un autre enfant, c'est juste arrivé comme ça on va dire » (rapport non protégé).

D'abord, elle indique que la grossesse a été décidée, puis elle revient sur ses propos, comme s'il était difficile pour elle d'assumer d'emblée que cette grossesse soit en réalité totalement inattendue et non souhaitée. Elle finit par dire qu'elle a trouvé cette grossesse très difficile à accepter. Elle se projetait mal dans le futur en sachant que son fils aîné serait avec elle et le bébé, puisqu'il n'est pas inscrit en garderie, et que l'hiver serait forcément compliqué avec deux enfants petits. Le premier hiver avec son fils avait été pour elle insupportable.

Maryse ne voyait ainsi que les aspects négatifs et les contraintes matérielles de cette deuxième grossesse. D'ailleurs elle dit de manière très crue que si elle avait fait une fausse-couche avant la septième semaine, alors elle l'aurait accueillie positivement. Mais depuis deux semaines son humeur s'est améliorée et le moral est bon. À présent,

elle aurait du mal à supporter une fausse-couche. Par contre elle relève beaucoup d'anxiété, par exemple elle se lave les mains très souvent, a peur des microbes, et craint de tomber malade. Elle demande notamment à son fils de bien se laver les mains. Elle dit d'elle qu'elle est une « névrosée anxieuse », ce que son entourage tente de calmer en dédramatisant, notamment sa mère.

Au deuxième entretien, Maryse se sent « fébrile » et associe son état à celui qu'elle présente avant ses règles, c'est à dire qu'elle éprouve « un sentiment d'urgence », qu'elle a des réactions extrêmes et qu'elle anticipe le pire : « j'ai moins de facilité à rationaliser les choses et puis à prendre les choses relax. », « c'est pire que pire », « tout est trop intense ». Elle a aussi des « crises de larmes ».

Elle rencontre des tensions avec son conjoint car elle s'impatiente et s'énerve rapidement. Elle est agressive avec lui.

Maryse dit être stressée par l'accouchement car elle souhaiterait accoucher par voie basse malgré sa précédente césarienne : « je ne sais plus à quoi m'attendre ». Elle présente une détresse en lien avec le futur accouchement et l'inconnu de cette situation.

L'échographie a permis de la rassurer concernant la croissance de son bébé et elle attend un garçon mais elle n'en dit rien de plus. Pour cet accouchement, elle attend le troisième trimestre pour voir s'il sera nécessaire d'engager une accompagnante à la naissance, en fonction d'une indication de césarienne.

Elle commence déjà à préparer l'après accouchement. Elle va cuisiner de la nourriture d'avance, ce qu'elle n'avait pas fait lors de sa première grossesse, puis elle anticipe de demander de l'aide à sa mère et à ses sœurs, pour l'aider à gérer les deux enfants au cours de l'hiver. Elle va se renseigner concernant les activités et les organismes communautaires pour s'y inscrire.

Maryse tente à tout prix de se rassurer en préparant à l'avance cette période qu'elle redoute : « Je me dis que je vais être correct, que ça va être correct, ça, ça va ».

Au troisième trimestre, Maryse dit avoir hâte d'accoucher. Le suivi de grossesse est plus important étant donné ses antécédents. L'organisation de l'accouchement est prête : son fils sera gardé par sa mère ou sa sœur. Elle a arrêté de travailler à 28 semaines de grossesse, en accord avec son employeur et comme elle peut se reposer, elle se sent prête pour l'accouchement : « je me sentirais assez en forme pour affronter ça ». Elle souhaite toujours réaliser un AVAC. Ce thème qui était si important lors des précédents entretiens est ici très succinctement abordé. Elle se rassure en répétant à de nombreuses reprises que « tout est correct ».

Concernant le post-partum, Maryse n'est pas inquiète. Son conjoint aura 8 semaines de congés et elle prévoit que cette période sera plus simple que pour son accouchement précédent dans la mesure où elle sera moins fatiguée et moins stressée.

Après l'accouchement, elle est interrogée 2 mois en post-partum. Elle indique que le moral est bon et que son conjoint vient juste de reprendre son travail. Elle a pu donner naissance à son bébé par voie basse. Elle qualifie l'accouchement de « parfait ». Elle a été très éprouvée par un début d'allaitement difficile et donc de la fatigue. Après l'accouchement, Maryse a demandé à quitter l'hôpital rapidement car elle n'arrivait pas à se reposer et qu'elle ne voulait pas rester seule la nuit là-bas.

Maryse ne pensait pas subir autant de fatigue étant donné la rapidité de l'accouchement. Elle a éprouvé un peu d'hyper-émotivité et d'angoisse au début.

Elle s'occupe de ses deux enfants, le premier ayant manifesté une période de régression. Elle a dû demander de l'aide à sa famille et aux amis pour préparer les repas car elle était trop occupée et fatiguée pour s'en occuper. Elle termine laconiquement en disant qu'elle est « contente ».

10.2.5 Le suivi de grossesse

Le suivi de grossesse est très critiqué par Maryse. Elle oppose le suivi médical et le suivi en maison de naissance avec sage-femme. Elle s'est beaucoup documentée sur la question et avance des arguments en faveur du second en raison de la place qu'il accorde aux femmes et à leurs compétences.

Maryse souhaite pouvoir accoucher par voie basse. Elle s'en est enquis auprès des médecins. Ils n'ont pas opposé un non catégorique à cette demande, mais ils restent prudents et suggèrent qu'il est possible que cette deuxième grossesse puisse se terminer également par une césarienne.

Maryse pense dès le premier trimestre à la possibilité d'engager une accompagnante à la naissance, ce qu'elle fait au dernier trimestre, dans l'intention de profiter ainsi d'un « tampon » entre elle et l'équipe médicale. L'accompagnante est moins interventionniste que les médecins et elle a une approche plus naturelle de l'accouchement, dit-elle. Elle sait par avance que son conjoint ne pourra pas se mettre à cette place là : « mon conjoint il n'est pas du genre à prendre place pour moi dans les moments où je suis vulnérable...il ne pourra pas dire non ».

Elle est suivie à l'hôpital St Luc car elle a entendu dire qu'il était apprécié. Mais Nicole Reeves est obligée de poser beaucoup de questions pour obtenir plus d'éléments concernant le suivi, comme si Maryse avait un peu peur de prendre position contre l'hôpital sachant que les entretiens ont lieu dans ses locaux, avec une psychologue du service du centre des naissances.

Maryse dit néanmoins dès le départ de manière désabusée qu'elle n'attend rien des professionnels qui vont la suivre. Elle regrette qu'à chaque visite, elle rencontre un médecin différent. Elle a l'impression de ne pas obtenir toutes les réponses à ses questions, notamment concernant l'AVAC. Ainsi, elle se renseigne sur les protocoles

empruntés par les autres hôpitaux afin de pouvoir négocier ce qu'elle souhaite. Elle emprunte ensuite un discours étayé par des chiffres, concernant le suivi médical :

Je trouve que ça n'a pas de bon sens ce qu'il se passe en ce moment dans les hôpitaux et puis de toute façon, c'est tout en train de changer aussi là. Je sais qu'il y a des hôpitaux qui ont des projets pilotes pour diminuer le nombre d'interventions parce que ça conduit toujours à plus d'interventions, à plus de césariennes et puis euh c'est ça dans le fond. Et puis moi je suis, je trouve ça plate que les femmes étaient comme dépossédées de leur capacité d'accoucher naturellement parce que comme je pense 85, 90 % des femmes peuvent accoucher par elles-mêmes, pas toute seule là mais je veux dire avec de l'aide justement de l'aide qualifiée, des infirmières, des accompagnantes, des médecins qui font confiance au corps et puis à la capacité des femmes de gérer la douleurs d'autres façons qu'avec des piqûres et puis des choses comme ça parce qu'il y a plein de façons de soulager la douleur, c'est juste que ça demande plus de temps et puis plus de connaissances et puis plus de personnes dans le fond, que juste un anesthésiste qui vient donner une piqûre et puis qui s'en va et puis c'est tout. La femme, elle peut accoucher, et puis c'est plus facile à gérer aussi. Donc c'est ça. Je comprends que des femmes, veulent absolument la péridurale et puis c'est correct là, tu sais, s'ils ne connaissent pas d'autres méthodes et puis je veux dire je ne dis pas non à 100 %, si à un moment donné je ne suis plus capable, c'est mieux que... C'est juste que je trouve que des fois, ils la proposent trop rapidement et puis je pense que c'est ça le problème.

Elle poursuit longuement sa tirade critique envers l'interventionnisme médical et la désinformation des femmes, de manière investie et passionnée. Elle relève que les médecins « remettent en cause ce que les femmes disent », ce qui est particulièrement pénible pour elle.

Au deuxième entretien, elle critique encore le système médical en constatant qu'il n'aide pas la mère à se faire confiance et que les risques sont mis en avant plutôt que les réussites. Elle trouve les médecins trop alarmistes. Elle dit ironiquement : « je ne pensais pas de toute façon être charmée par l'hôpital ». Cependant, elle a appelé l'hôpital suite à une chute et a trouvé le service téléphonique très rassurant.

Elle revient sur le choix du suivi en précisant qu'elle avait orienté son choix en fonction des commentaires des mères sur l'établissement. Mais ce n'était pas tout à fait un choix. Elle avait demandé à être suivie en maison de naissance mais n'a pas eu de place. L'idéal pour elle étant d'accoucher avec une sage-femme à l'hôpital.

Elle aimerait avoir le choix pendant l'accouchement. Elle emprunte alors un discours militant et assène qu'elle pense que la majorité des femmes peuvent accoucher naturellement sans césarienne. Le suivi médical est dénigré car : c'est « comme si ça nous enlevait un peu de la confiance qu'on pourrait avoir en nous même ». Au contraire, « la sage-femme va vraiment dire que je suis capable, que je vais être, que ça va bien aller et tout ».

Lors du dernier entretien de grossesse, Maryse est encore déçue par le suivi médical. Elle ne s'est pas sentie encouragée. Mais elle ne s'attendait pas à mieux. Elle espère quand même pouvoir discuter avec les infirmières pour l'accouchement.

Elle formule clairement son besoin : «quelqu'un qui va me rassurer, qui va me dire vous êtes capable ». Ainsi l'accompagnante lui permettra de « se redonner confiance » (elle le répète deux fois).

En post-partum Maryse décrit l'accouchement qui a été rapide. Elle a apprécié le suivi médical. L'accompagnante est arrivée en toute fin de travail. Par la suite, elle a utilisé les services du CLSC. Puis l'accompagnante est venue lui rendre visite. Elle sait qu'elle peut la contacter au besoin. Elle n'en parle pas plus.

10.2.6 La mère

De manière très surprenante, Maryse parle très peu de son entourage et notamment de sa mère, malgré les questions de la chercheuse à ce sujet.

Notamment au deuxième entretien où la réponse est particulièrement expéditive concernant son lien à sa mère: « C'est de bons liens, c'est correct là ».

C'est sa mère qui garde son fils de temps en temps, lorsqu'elle et son conjoint sont au travail. Celle-ci dédramatise l'angoisse de Maryse et l'enjoint à ne pas trop stresser.

Nous apprenons au premier entretien que la mère de Maryse est issue d'une fratrie de huit enfants et qu'elle a eu elle-même quatre enfants. Elle n'a jamais reçu d'aide et Maryse pense qu'elle ne comprendrait pas que sa fille puisse se plaindre :

Si je dis ça à ma mère (qu'elle est fatiguée), c'est sûr qu'elle va dire ben repose-toi et tout ça. Mais si après je dis : « ah ben c'est sûr que j'aurais aimé ça avoir comme après... » quand je parlais de mon, quand l'arrivé du bébé, j'avais dit : « ah ben c'est sûr que justement », je disais, « il n'y pas grand monde qui nous a amené de nourriture » et puis elle disait c'est ça elle a dit : « moi il n'y a jamais personne qui ne m'a rien amené, et puis ton père retournait travailler », parce que c'est des mères qui n'ont pas eu la chance que nous on a, que notre conjoint peut prendre 5 semaines de congés. Ça fait que pour elle dans le fond, c'est vrai que tu sais si le conjoint est là, ben on n'a pas besoin d'aide donc c'est ça, à mon avis, c'est ça aussi. Comme ma mère, mon père devait aller retourner travailler des fois, deux, trois jours après qu'elle a accouché, et puis elle était po... Elle était pas pogné mais elle avait déjà trois bébés, trois enfants à la maison avec un autre, enfin il y avait la rentrée scolaire. Ça fait que dans le fond pour elle, c'est comme un peu, voyons comme on se plaint un peu pour rien là.

Après l'accouchement, la mère de Maryse a jugé qu'ils devaient rester seuls et n'a pas proposé son aide. Maryse qui s'est sentie très fatiguée a finalement sollicité son entourage pour apporter de la nourriture.

10.2.7 L'entourage

Maryse ne s'étend pas sur ses relations avec son entourage. Les entretiens abordent principalement la question de sa grossesse, du suivi et de l'accouchement.

Nous savons qu'au deuxième trimestre Maryse vit des tensions avec son conjoint. Puis elle remarque qu'il ne peut pas prendre parti pour elle et la protéger lorsqu'elle est vulnérable, c'est pourquoi elle pense que l'accompagnante à la naissance sera utile au cours de l'accouchement.

Concernant son petit garçon, nous n'avons que de très rares éléments. Maryse au deuxième trimestre ne lui a toujours pas appris sa grossesse car elle craint qu'il soit trop excité et qu'il n'arrive pas à patienter, ce qui semble être une explication peu convaincante.

Nous n'avons aucune information sur sa belle-famille ou sa belle-mère. D'ailleurs la chercheuse n'a pas posé de questions à ce sujet.

Maryse se fait aider par des amies, lit beaucoup et va sur des forums. Elle dit avoir un entourage social suffisant pour partager sur la grossesse.

Là encore, ce qui apparaît avant tout c'est le peu d'éléments et d'élaborations que Maryse divulgue à propos de ses liens affectifs et relationnels.

10.3 Interprétations

10.3.1 Le besoin de régression contrarié

Maryse ne peut pas s'autoriser, pendant sa grossesse et après l'accouchement à se plaindre ou à se laisser aller. Le modèle maternel de la femme qui endure et ne

demande pas d'aide l'empêche de pouvoir se laisser aller à la régression, que la grossesse induit inévitablement.

En effet, Maryse ne demande pas d'aide. Elle n'en n'a visiblement pas demandé lors de sa première grossesse, et d'ailleurs elle prévoit de mieux anticiper son quotidien après l'accouchement parce que sa précédente expérience semble avoir été particulièrement difficile à ce niveau. Elle argumente que sa mère, elle-même ne lui permet pas de se plaindre : « on ne se plaint pas pour rien ». Sa mère a elle-même vécu des maternités sans aide et sans plainte et probablement qu'elle tient cela de sa propre mère qui a eu 8 enfants. D'ailleurs, la mère de Maryse pense fermement qu'elle ne doit pas intervenir en post-partum, et qu'elle doit laisser sa fille et son conjoint se débrouiller seuls. Il semble bien que pour elle, la maternité doive être vécue sans aide et que les femmes d'aujourd'hui ont déjà bien de la chance d'avoir des maris plus présents.

Ce discours peut-être particulièrement culpabilisant pour Maryse qui bien qu'elle puisse profiter d'aides extérieures (mari, CLSC...) a été en proie, pour sa première grossesse, à beaucoup de fatigue suite à un accouchement par césarienne plutôt difficile et pour cette grossesse à une fatigue importante due à l'allaitement et à la présence à la maison d'un deuxième enfant en bas-âge.

D'autre part, Maryse indique que son mari ne pourra pas intervenir pour l'aider, ce qui est habituellement encore plus le cas quand elle est en position de faiblesse. Il a du mal à la protéger et à dire « non » ce qui pour l'accouchement la laisse dans l'impossibilité de se laisser aller. Nous faisons l'hypothèse que Maryse lui en veuille car ce manque de protection et de réassurance la met encore une fois dans une position désagréable. De plus nous pouvons nous interroger sur la position du conjoint de Maryse qui n'arrive pas à s'interposer en sa faveur. Quelle relation de couple ont-ils ? Qu'est-ce qui empêche ce conjoint et père de prendre une position de tiers protecteur ? Comment s'investit-il dans la grossesse de sa femme ? Il nous paraît

tout de même assez défaillant dans son rôle de soutien maternel. Maryse semble devoir toujours être une femme forte, sans failles, ce qui lors de la grossesse peut être difficile à assurer.

Enfin le corps médical non plus n'est pas rassurant et contenant. Il n'entretient pas un discours qui pourrait rassurer Maryse et lui dire que tout pourrait bien aller. Le recours aux examens, à la technique semble ne pas permettre cette réassurance qui ne peut se dire que dans un lien contenant, protecteur et dans une parole enveloppante, que les sages-femmes, elles, peuvent prodiguer, selon Maryse.

Ainsi Maryse se retrouve peut-être coincée dans un conflit de régression et de dépendance, ne pouvant s'autoriser à se laisser mater et porter. Nulle part autour d'elle, elle ne peut trouver une parole réconfortante qui lui permettrait de se laisser aller à ses besoins de régression et de dépendance. Cependant, contrairement à sa première expérience, elle s'autorise cette fois-ci à se faire aider d'une accompagnante à la naissance et à demander de l'aide au niveau matériel à son entourage. Le conflit est peut-être, pour cette deuxième grossesse moins intense que pour la première.

10.3.2 Le besoin d'être rassurée sur ses compétences maternelles

Maryse évoque littéralement son besoin principal lorsqu'elle dit qu'elle aimerait que «quelqu'un (la) rassure et lui dise qu'(elle) est capable».

En effet, elle semble particulièrement anxieuse quand à ses capacités à donner naissance à un bébé en bonne santé et à s'occuper de lui. Les préoccupations principales qu'elle détaille dans les entretiens sont l'accouchement et ses capacités matérielles à s'occuper de son bébé. Elle demande tout au long des entretiens de grossesse, dans un discours revendicatif, à ce que les femmes (sans doute elle-même) soient rassurées sur leurs compétences à donner naissance à leurs enfants de manière

naturelle. Elle s'insurge contre le fait que le corps médical au contraire dépossède les femmes de leurs capacités et de leurs pouvoirs.

Nous pouvons tout à fait comprendre que la première grossesse de Maryse ait une incidence sur sa manière de vivre cette deuxième grossesse et soulève beaucoup d'angoisses que nous pouvons trouver tout à fait légitimes. Maryse craint sans doute de reproduire le premier accouchement, ce qui vient probablement faire surgir beaucoup d'angoisses.

Cependant, derrière ces angoisses, nous pouvons peut-être aussi entrevoir une crainte plus fantasmagique et œdipienne, concernant sa capacité à être mère. Il s'agirait ici de l'angoisse primordiale de la petite fille concernant ses capacités reproductives et maternelles décrite par Mélanie Klein (1928, 1945, 1959). En effet, la première grossesse vient fantasmagiquement rassurer la femme sur ses qualités maternelles. Et dès lors que la grossesse se passe mal ou que le bébé a des problèmes de santé, la femme va se sentir invalidée dans sa féminité et sa maternité. Ce qui se rejoue ici concerne en tout premier lieu la nature des relations agressives et sadiques à la figure maternelle archaïque et les capacités de réparation et de sublimation. La puberté et la première maternité étant des périodes de réactivation des conflits et des angoisses infantiles.

La première maternité de Maryse a creusé probablement, encore un peu plus ses craintes infantiles car elle a accouché prématurément d'un bébé en arrêt de croissance. Suite à l'accouchement, elle a éprouvé des difficultés à établir un lien avec son bébé. L'allaitement était particulièrement difficile et là aussi, la possibilité de se sentir être une bonne mère nourricière semblait infirmée. La remarque de Maryse concernant le fait qu'elle ait eu du mal à croire que son bébé était bien sorti d'elle, nous montre à quel point elle doutait de ses propres capacités à faire naître un bébé. Comme si son scénario fantasmagique était au contraire celui d'une incapacité à posséder de bons objets internes et donc à pouvoir faire de beaux enfants. Le

sentiment d'incompétence maternelle a donc été confirmé par cette première naissance. Cette deuxième grossesse voit une réédition de cette angoisse qui n'a pas été endiguée la première fois.

D'ailleurs si elle n'annonce pas la grossesse à son fils et si elle évoque si peu son bébé lors des entretiens, c'est peut-être qu'elle a peur de le perdre. Nous pouvons également interpréter le lapsus « post-mortem » comme justement indiquant à quel point elle a peur de donner naissance à un bébé mort ou non viable. Ce qui appuierait le fait qu'elle n'a toujours pas confiance en ses capacités maternelles.

L'échographie ne vient d'ailleurs pas la rassurer sur ce point. Car peut-être que cette preuve matérielle ne vient pas en réalité la rassurer complètement sur ses fantasmes et son scénario imaginaire d'incapacité maternelle.

De plus, Maryse souffre particulièrement du manque de confiance des médecins dans les capacités naturelles (les siennes plus précisément) des femmes à mener une grossesse et un accouchement sans leur aide. Ce discours vient encore la discréditer sur ses compétences et faire ressurgir ses angoisses.

Enfin l'ambivalence de début de grossesse pourrait également indiquer à quel point la maternité est difficile pour Maryse et que sa première grossesse a été difficile à vivre, pour tous ces enjeux qu'elle a déjà fait ressurgir. Le désir de grossesse lui-même, est assez ambivalent. Elle accepte une relation non protégée alors qu'elle redoute de donner naissance à un enfant surtout dans les conditions matérielles actuelles. L'anxiété qu'elle éprouve au cours de sa grossesse est le témoin de cette conflictualité.

Or, nous pouvons interpréter ce besoin de réassurance, comme le besoin d'une validation, plutôt féminine et maternelle, de ses capacités. Nous pouvons ainsi nous demander pour quelles raisons, Maryse n'aurait pas été rassurée par sa figure maternelle œdipienne sur ses capacités à devenir mère. Quelles relations Maryse

entretient-elle avec sa mère? Comment s'est passée son adolescence? Maryse est très laconique concernant ce sujet. Peut-être est-ce justement un enjeu particulièrement conflictuel. Elle semble avoir des relations insatisfaisantes avec sa mère qui ne la laisse pas se plaindre et n'est pas aidante et d'un autre côté elle ne peut s'en passer.

Lorsque sa mère la laisse se débrouiller seule et que Maryse éprouve des difficultés à occuper la place de la mère parfaite et forte, alors elle doit encore un peu plus être rappelée à son incapacité et son incompétence maternelle. La mère de Maryse par ce comportement, peut-être agressif, vient creuser le lit de son angoisse et ne vient pas la rassurer et lui permettre de se sentir capable. Elle a d'ailleurs tenté d'obtenir une réassurance maternelle, en postulant à un suivi en maison de naissance avec des sages-femmes, car elle a sans doute supposé qu'elles seraient plus à même de lui offrir ce soutien, dont elle semble avoir tant besoin.

L'accouchement qu'elle souhaitait impérativement par voie basse, montre à quel point Maryse voulait se sentir capable et le fait qu'il ait été réussi de ce point de vue, lui a peut-être permis de réparer la blessure narcissique de la première grossesse.

10.3.3 La recherche : une rencontre manquée?

Tous les entretiens de Maryse ont été écourtés ou sont du moins rapides. Cela nous laisse penser que quelque chose n'a pas eu lieu, n'a pas pu avoir lieu dans la relation entre elle et la chercheuse.

Maryse semble-t-il évoque au cours de ces entretiens de recherche, ses difficultés à se laisser aller à la dépendance et la régression, en relation avec la figure maternelle qui ne l'y autorise pas. Or dans le cadre des entretiens, elle ne s'y laisse pas plus aller, empruntant au contraire un discours d'auto-persuasion et d'auto-réassurance. Maryse ne trouve pas de paroles rassurantes et valorisantes auprès de son entourage,

puisqu'elle ne peut pas se plaindre auprès de sa mère et que son conjoint fuit son rôle de protecteur. Elle les cherche peut-être avec l'accompagnante et aussi auprès de la psychologue-chercheuse ce qui formerait sa principale motivation pour l'inscription dans la recherche.

Or, elle n'a peut-être pas trouvé dans l'espace de ces entretiens de recherche la possibilité de s'y laisser aller non plus. Elle reste défensive et sur ses gardes. Peut-être d'abord parce qu'elle est interrogée par un membre de l'équipe hospitalière, dans les locaux de l'hôpital. Mais peut-être aussi parce que la chercheuse est trop identifiée à une figure maternelle avec qui il est impossible, semble-t-il, de se laisser aller.

Elle semble rejouer au niveau de la relation avec la chercheuse une conflictualité au niveau de la dépendance et de la régression liée à la figure maternelle. Elle ne s'autorise pas à cette régression et s'en défend, ce qui empêche l'établissement d'une relation transférentielle qui aurait pu être riche.

Nous pouvons également noter que la chercheuse n'a pas plus abordé la question de la mère ou de la belle-mère dans les entretiens. Peut-être a-t-elle senti que ces sujets étaient trop conflictuels. Les résistances de Maryse ont éventuellement empêché aussi Nicole Reeves de penser ces questions et de tenter de les approfondir. La figure maternelle devenant un point aveugle à la fois pour la chercheuse et la participante tant le refoulement était puissant.

Cette interdiction inconsciente de se laisser aller à la régression a peut-être empêché Maryse à se laisser aller à une relation transférentielle qui implique une certaine régression. Ce qui aurait donc inhibé le déploiement de son vécu psychique dans les entretiens de recherche.

10.4 Résumé

Maryse semble rejouer dans les entretiens ses difficultés à se laisser aller à la dépendance et la régression. Ainsi, les entretiens sont plutôt courts et défensifs. Néanmoins il transparait quand même une conflictualité œdipienne liée la figure maternelle infantile. Ainsi, nous observons que, tel que Mélanie Klein l'a théorisé, la grossesse, est l'occasion pour les femmes et ici pour Maryse de se confronter à des conflits et des angoisses archaïques et que le bon déroulement de celle-ci a un rôle primordial sur l'identité maternelle et féminine des jeunes mères. Nous remarquons que c'est encore au deuxième trimestre, que la conflictualité est la plus apparente.

De plus, concernant notre question de recherche et surtout la dimension sociale et culturelle de la maternité, nous pouvons nous demander si le contexte actuel entraîne des modifications dans le vécu des femmes par rapport à leur relation aux figures maternelles.

Pour le cas de Maryse, nous voyons que sa mère ne pouvait pas supporter que sa fille n'endure pas comme elle les maternités et le manque d'aide. La modernité qui offre aux femmes un soutien psychologique, matériel, social semble difficilement acceptable pour la mère de Maryse. Elle ne peut apporter son aide et son soutien à sa fille. Et sa fille ne peut s'autoriser à la réclamer. Ainsi, quelle transmission de la maternité et de la féminité existe-t-il dans cette famille? Nous pouvons nous demander quel rapport à la maternité il y a eu dans l'histoire générationnelle féminine de Maryse. S'agit-il de maternités subies, contraignantes, pas épanouissantes? Comment Maryse qui vit dans un contexte radicalement différent peut-elle s'émanciper de ce modèle?

C'est peut-être ce qui explique la difficulté de Maryse à trouver une identité maternelle qui lui convienne et qui puisse quand même lui permettre d'occuper la place d'une bonne mère?

CHAPITRE XI

MARIE-LUNE

11.1 Présentation

Marie-Lune est enceinte pour la troisième fois. Elle a précédemment fait deux fausses-couches précoces et rapprochées. La première a eu lieu en Europe où elle a vécu pendant plusieurs années, puis la deuxième trois mois plus tard, après son retour à Montréal. Elle a choisit d'accoucher avec le réseau de sages-femmes mais elle a été recrutée lors du rendez-vous d'information proposé par le CHUM. Elle est interrogée par Jeanne Thériault.

Marie-Lune est doctorante et rédige sa thèse au cours de sa grossesse. Elle est la cadette de sa famille, tout comme son conjoint. Ses parents sont divorcés.

Elle a été victime d'un accident de voiture à 8 semaines de grossesse et a passé une échographie de contrôle pour vérifier la poursuite de la grossesse.

Au cours des entretiens, Marie-Lune fait preuve d'un fort désir de bien faire et elle répond du mieux possible aux questions de la chercheure. Elle s'autorise à exposer ses émotions et des enjeux personnels de manière très retenue. Il est possible néanmoins d'entrevoir des sujets conflictuels et sensibles.

11.2 Analyse du discours – argumentation

11.2.1 Discours

Nous observons que pour tous les entretiens, Marie-Lune démontre à la fois la volonté de s'investir dans la recherche et d'aider la chercheuse, mais qu'en même temps, elle a du mal à élaborer et explorer son vécu de la maternité.

En effet, d'une part elle interrompt fréquemment son discours pour demander à la chercheuse de la rassurer sur la validité de ses réponses : « si vous voulez que je continue », « est-ce que ça répond à la question? », « je ne sais pas quel niveau de détails tu veux? », « Et puis est-ce que je parle de l'accouchement aussi? De tout? ».

Cependant, elle adopte dans le même temps une posture prudente voire même défensive qui est particulièrement visible à l'entretien du deuxième trimestre au cours duquel la chercheuse tente de l'enjoindre à approfondir des réponses.

Au premier entretien, les thèmes abordés sont ceux du début de la grossesse et de son historique de fausses-couches, du suivi de grossesse et de l'annonce à la famille.

Le discours est contrôlé mais volubile et elle fait preuve d'engagement dans la recherche : « vous verrez avec les résultats de l'Europe... ». Elle reste très *bonne élève* lors de ce premier entretien.

Cependant, ses dires sont peu emprunts d'affects. Marie-Lune reste très en surface des différents sujets, sans évoquer réellement ce qu'elle a vécu d'un point de vue émotionnel et psychique. Il en résulte une impression de mise à distance et de survol. L'entretien est d'ailleurs plutôt court. Tout est sous contrôle. Cependant la conflictualité apparaît en pointillé. D'abord concernant le choix du suivi. Le suivi médical étant très fortement dénigré et opposé au suivi en maison de naissance qui lui est idéalisé. Un autre aspect conflictuel apparaît de manière très détournée. Il s'agit de

sa relation à sa mère que nous supposons dès ce premier entretien difficile et problématique.

Au deuxième entretien Marie-Lune aborde principalement les thèmes du suivi de grossesse et des réactions de la famille. La chercheuse en amène d'autres par des questions pour relancer l'entretien et le discours de la participante.

Le discours est très orienté en deuxième partie de l'entretien par les questions de la chercheuse. Nous pouvons nous interroger sur la tournure de cet entretien. En effet, Jeanne Thériault n'a pas l'habitude d'intervenir lors des entretiens mais là elle enchaîne les questions et pousse Marie-Lune à une élaboration, de manière à ce que nous percevons une impression d'intrusion ou même du forçage. D'ailleurs la chercheuse pose une question qui peut même sembler inopportune : « dites-moi un peu ce qui se passe bien ? » ce qui déstabilise Marie-Lune (rires et réponse courte fermée).

Cette attitude interventionniste colle aux propos de Marie-Lune concernant sa famille et ses beaux-parents qui présentent eux même cette attitude intrusive et dirigiste.

Cette effraction du discours a lieu alors que Marie-Lune semble plutôt volubile et parle justement de sujets intéressants et riches (la conflictualité familiale) bien qu'elle prévienne dès le départ que peu de choses se sont passées depuis le dernier entretien. Le discours est par la suite poussé, accéléré par la chercheuse et Marie-Lune tente comme toujours de répondre le mieux possible à la demande. Elle se conforme à la demande de la chercheuse mais l'élaboration est difficile. Le discours est notablement moins organisé et plus flou lorsqu'elle tente d'expliquer ce qui lui fait peur dans l'accouchement. Elle dit elle-même que c'est un « amalgame ». Marie-Lune perd le fil de ce qu'elle dit et le contrôle de son discours. Cependant, malgré l'interventionnisme de la chercheuse, elle s'autorise à parler en fin d'entretien, de son doctorat et de ses difficultés à investir le bébé.

En filigrane, nous percevons que la question du contrôle est centrale dans cet entretien. Le contrôle qu'exerce son entourage sur elle et ses choix, le manque de contrôle de l'accouchement qui est angoissant, le contrôle de son discours lors de l'entretien. La conflictualité semble se situer dans cet enjeu là et se rejoue dans la situation de l'entretien avec la chercheure.

Lors de l'entretien du dernier trimestre, la thématique est essentiellement portée sur la fin de la grossesse et l'accouchement. Marie-Lune aborde donc les thèmes habituels de cette période de la grossesse. Par contre elle ne parle pas de son entourage sauf de sa mère, mais à la demande de la chercheure.

Le discours est plutôt contrôlé, organisé, explicatif. Il en ressort une certaine pauvreté concernant le vécu psychique, subjectif et l'élaboration de Marie-Lune. Les seuls propos chargés émotionnellement (éléments non verbaux) et qui sont difficilement contrôlable concernent la mère, mais elle coupe court assez rapidement à sa réponse. Pour le reste de l'entretien, le discours est assez défensif et contenu. Encore une fois, nous nous interrogeons sur les raisons qui poussent la chercheure à intervenir aussi régulièrement dans l'entretien pour orienter le discours. Elle demande aussi plus d'élaboration et de précisions. Le discours est donc redondant. La chercheure sent-elle que Marie-Lune est défensive ? La pousse-t-elle à être plus réflexive et à donner du matériel plus investit ? Le discours de Marie-Lune s'organise autour des questions de la chercheure. Elle aborde spontanément peu de sujets (à trois reprises seulement).

Enfin, l'entretien du post-partum a lieu 4 semaines et demies après l'accouchement et reprend de manière détaillée son déroulement. Elle décrit la période qui a précédé l'accouchement, la naissance, les jours qui ont suivi, les semaines qui ont suivies, l'annonce aux familles, le suivi des sages-femmes. Marie-Lune présente de façon descriptive et peu réflexive l'accouchement en lui même et ses suites. Elle apporte peu d'éléments de manière spontanée. Elle essaie tout au long de son discours d'être assez exhaustive et de préciser les événements ce qui rend la progression du discours

plutôt lente. La chronologie des événements est parfois un peu confuse, et elle aborde certains éléments pour les reprendre après. Par contre elle relate l'annonce à sa mère avec un investissement émotionnel plus notable.

Marie-Lune suit encore une fois les questions de la chercheuse et pose souvent des questions pour savoir si ce qu'elle dit répond à ses attentes. À la fin de l'entretien elle consent à préciser ses propos, à la demande de la chercheuse.

En conclusion, le discours de Marie-Lune est relativement plaqué et peu investit émotionnellement, mis à part le thème de la mère et de la belle-mère. La chercheuse essaie à plusieurs reprises de la pousser à une élaboration plus profonde, ce qu'elle fait non sans difficultés et résistances. Elle parle très peu de son bébé que ce soit au cours de la grossesse et en post-partum.

11.2.2 Mécanismes de défense

Nous n'observons pas de débordement émotionnel notable. Marie-Lune contrôle son discours et ses affects. La conflictualité apparaît donc de manière très modulée lors de l'évocation du suivi médical, par l'utilisation d'un vocabulaire négatif et d'un ton plus virulent et concernant sa mère et l'attitude de sa belle-mère, par de la colère et un discours plus investit émotionnellement. De même, lorsqu'elle parle de la transmission mère-fille, des questions de maternité et d'accouchement au troisième entretien, les réponses sont plus élaborées et incarnées.

Marie-Lune contrôle en général tellement bien son discours que celui-ci apparaît plutôt pauvre et peu intéressant. Elle utilise des mécanismes de défenses de l'ordre de la rationalisation, de la mise à distance par le rire, de l'intellectualisation.

La relation intersubjective avec la chercheuse est très cadrée. Elle adopte la position du sujet de recherche, qu'elle ne quitte pas.

11.2.3 Grossesse et post-partum

Marie-Lune a subi deux fausses-couches précoces et consécutives en moins d'un an avant cette troisième grossesse. Elle se sent donc plutôt inquiète en ce début de grossesse. L'annonce aux parents pour cette grossesse a été faite vers 7 semaines. Pour expliquer ce choix, Marie-Lune parle de ses précédentes fausses couches et de la dimension culturelle de l'annonce en Europe, qui se fait de manière plus tardive qu'au Québec, selon elle.

Suite à un accident de voiture à huit semaines de gestation, elle réalise une échographie qui rend sa perception de la grossesse plus réelle. Elle avait jusque là du mal à réaliser qu'elle était bien enceinte. Mais c'est au moment du premier rendez-vous avec la sage-femme et de l'écoute des battements cardiaques qu'elle a vraiment réalisé « que le bébé était dans son corps ».

Au deuxième trimestre elle n'a pas souhaité connaître le sexe du bébé lors de l'échographie. Elle a cru percevoir des biceps et elle s'imagine que ça sera une fille musclée.

Elle se sent fatiguée et son sommeil est difficile, mais elle ne parle pas plus de son état à la fois psychologique et physique. D'ailleurs, elle dit : « des fois on dirait que j'oublie que je suis enceinte. », « des fois je me dis : « ah oui, je suis enceinte! » ». Concernant son bébé, elle indique que « ce n'est pas (sa) priorité » surtout parce qu'elle travaille sur sa thèse et souhaite la rendre avant l'accouchement.

Au troisième trimestre, Marie-Lune décrit rapidement ses maux physiques. Elle exprime encore une fois que les échéances universitaires (fin du doctorat) ou matérielles (déménagement) l'ont empêchée de trop penser à sa grossesse : « Je n'ai pas eu le temps de me pencher sur ma grossesse »

Elle élabore un peu plus sur son vécu psychique en disant qu'elle a mis du temps à savoir si elle voulait ou non un enfant. Elle avait peur de l'accouchement et de devenir mère. C'est surtout son conjoint qui l'a poussée à mettre en route un projet d'enfant. Les 9 mois lui ont permis de cheminer et de se préparer. Finalement elle a hâte et se sent prête. L'entourage pense qu'il s'agit d'un garçon. Elle aimerait une fille. Elle a fait beaucoup de rêves de changements, car elle pense que son arrivée va beaucoup changer sa vie. Elle imagine qu'elle sera moins libre car le bébé va être dépendant d'elle. Mais elle a hâte à présent de le voir naître.

Le suivi avec la sage-femme a répondu à beaucoup de ses questions. L'accouchement est un moment symbolique important pour elle mais aussi un événement angoissant : « une bombe dont tu n'as pas la minuterie ». Elle le compare à un rituel tout comme la mort. Ce sont pour elle deux événements majeurs d'une vie qui nous transforment et qu'il faut vivre le plus naturellement possible.

L'entretien du post-partum a lieu 4 semaines ½ après la naissance. Elle a accouché d'un garçon. Lorsque Marie-Lune essaie de se remémorer les événements précédant l'accouchement, elle éprouve des difficultés et dit qu'il lui semble que « c'est une autre vie, c'est fou ! ».

Elle a accouché à 41 semaines 6/7. Elle s'est rendue trois fois au C.H.U.M afin de réaliser des tests de réactivité du bébé. Lors de l'entretien avec le médecin, celui-ci lui a lancé que ses doigts le démangeaient (pour réaliser une rupture des membranes) et il a eu un discours alarmiste, culpabilisant et « infantilisant ». Elle lui « a tenu tête » et il a finalement respecté son choix ne pas provoquer l'accouchement. Elle a

réussit à résister à la pression médicale parce qu'elle s'est dite bien préparée par les sages-femmes.

Elle décrit l'accouchement de manière idyllique en utilisant les adjectifs « parfait », « idéal ». Elle raconte que cela a été un moment intense « trop fou » et « une expérience fantastique » partagée avec son mari. Ils ont passé une semaine à en parler.

En post-natal immédiat, Marie-Lune dit qu'elle était trop épuisée et qu'elle n'éprouvait pas le désir de s'occuper et d'allaiter son bébé. Elle est « déçue » d'avoir ressenti cela car c'était un vécu différent de ce qu'elle avait entendu comme témoignage de la naissance et de ce qu'elle imaginait : « je n'avais pas le goût là, j'étais totalement dépassée par les événements », « moi je dirais que ce n'était vraiment pas ça là (comme les autres femmes le décrivent), c'était plus : ah non, là ! », « ça m'a surprise, j'étais déçue, j'étais : oh la la... »

Après le départ des sages-femmes, elle, son mari et son bébé se sont retrouvés à trois et ont vécu une période de « lune de miel », « un bain d'amour et d'émerveillement ». Ils étaient dans leur « bulle », dans leur maison. Puis il y a eu le retour au quotidien trois jours après la naissance, avec une poussée de croissance, l'adaptation mutuelle et l'apprentissage des significations des cris du bébé. Elle vit difficilement les visites de son entourage et les soins au bébé : « il y a des gens qui viennent nous visiter, qui rentrent dans notre bulle », « je n'ai plus de temps à moi, il ne se met pas de côté », « c'est pas si facile tu sais d'avoir un petit bébé. »

11.2.4 La mère

Marie-Lune décrit au fil des entretiens une relation à sa mère conflictuelle et peu proche.

Au premier entretien, elle évoque la pression qu'elle a subit par sa mère concernant l'annonce de la grossesse. Pour sa première fausse couche sa mère lui a reproché de ne pas l'avoir mise au courant de sa grossesse. Lors de la deuxième grossesse, elle l'annonce aussitôt à sa mère qui lui demande de le dire à toute la famille le soir même, mais elle fait une fausse couche 4 jours plus tard. Pour cette grossesse Marie-Lune choisit délibérément de ne pas l'annoncer à ses parents et beaux-parents de manière prématurée :

J'ai appelé ma mère qui elle m'a chicané parce qu'elle m'a dit : « oh tu aurais pu me dire que tu étais enceinte avant de faire la fausse-couche parce que là, tu sais, là je ne peux pas te croire » (gros soupir). Non, comment elle m'a dit? Elle m'a dit c'est plus facile de... pas chicaner mais tu sais elle m'a dit : « si tu me l'avais dit avant, ça aurait été moins difficile pour toi de faire la fausse-couche, tu aurais pu m'appeler tout de suite et puis on aurait pu en parler », alors que là il fallait que j'annonce que j'étais enceinte et puis j'avais fait une fausse-couche en même temps. Ça fait que là, j'avais gardé ça en tête. Et puis là quand j'ai eu ma deuxième grossesse, quand j'étais enceinte une deuxième fois, c'était en novembre, et puis j'ai fait le test et puis ça a donné que je voyais toute ma famille cette soirée là. Parce que c'était ma fête. Ça fait que et puis là, ben je me disais, je vais dire à ma mère que je suis enceinte, tu sais, ça. Et puis j'ai annoncé que j'étais enceinte. Et puis elle, elle a voulu que je le dise à toute la famille. Donc je me suis comme dit, ok pourquoi pas. Là je l'ai dit à tout le monde. Sauf que j'ai fait ma fausse-couche comme 4 jours plus tard. Ça fait que là, cette fois-ci, je me suis dit, là, là, moi je suis plus à l'aise de ne le dire à personne.

Ses hésitations et sa voix trahissent une émotion lorsqu'elle aborde ce sujet. Seules sa sœur et deux amies sont informées avant tout le monde. Elle semble se justifier de l'avoir appris à sa sœur en disant qu'elle se sent proche d'elle et qu'elle ne pouvait lui

cache car elle ne buvait pas de vin. Concernant sa mère Marie-Lune dit qu'elle était très heureuse et a pleuré.

Aux deux entretiens suivants, Marie-Lune fait référence au modèle maternel et à ses propres interrogations concernant sa maternité et sa relation à son enfant.

Elle décrit son modèle maternel en expliquant que sa mère après son divorce s'est « sacrifiée » complètement et s'est oubliée. Elle « a mis sa carrière en veilleuse » et ne s'est jamais remariée, ce qu'elle trouve « dommage ». Elle regarde ses amies qui, elles ne sacrifient ni leur vie professionnelle ni leur vie de femme, ce qui constitue un modèle en opposition à celui de sa mère. Elle souhaiterait trouver un juste équilibre entre ces deux positions.

Je me suis plus penchée sur ben c'est quoi les différents modèles de mère. Parce que bon moi j'en avais en tête là qui était la mère qui s'oublie et puis la mère, bref qui est juste mère là, qui n'est plus femme, qui n'est plus professionnelle, etc. Et puis, et puis là ben je me suis mis à regarder c'est ça ici, mes amis ici et puis en fait on a plein d'amis en Europe, on a 5 amis en Europe qui ont donné naissance à des enfants entre le mois de février et puis le mois de mai. Et puis ça a donné qu'en juin, on a pu aller en Europe et puis on les a vus. Donc on a vu ces 5 amis là et puis c'était vraiment cool en fait de voir qu'ils étaient restés pareils. Tu sais parce que ils sont, ils ont tous mon âge ou elles sont un peu vieilles. Ce sont toutes des femmes de carrière et puis j'ai vraiment aimé ça. Mais en même temps dans ce groupe là, je me suis dit « oh il y a des affaires que moi je ne ferai pas, tsé ». Ils sont un petit peu trop, ils restent un petit peu trop professionnels pour moi, admettons leur côté mère il n'est pas assez développé. Ça fait que c'est beaucoup dans ce cheminement là finalement que, que comment dire, je me vois plus mère que ce que je me serais vu avant. Tsé, dans le sens que le côté mère il va ressortir plus, et puis ça, ça m'a surpris aussi parce que moi je me disais oh après trois mois de maternité, je vais être écœurée, je vais retourner travailler. Et puis, tu sais, j'ai rencontré une amie en Europe justement qui elle, bon ils n'ont vraiment pas beaucoup de congé maternité là-bas, là c'est trois mois max là. Et puis la plupart de mes amies ont choisi par elle-même de prendre trois mois supplémentaire donc pour avoir 6 mois de congé maternité sauf une qui elle s'est trouvée un nouvel emploi et puis a commencé, son bébé avait deux mois. Et puis autant avant la grossesse j'aurais dit « ah oui moi

le cheminement que je prendrais c'est cette mère là tu sais », et autant là non là et puis même 6 mois, je trouve ça vraiment pas beaucoup. Ca fait que, tu sais, oui il y a comme, je ne sais pas comment dire, mais le côté mère qui a pris le dessus ou du moins je me suis rendue compte que je l'avais ou que c'est important.

Marie-Lune se rend compte qu'elle possède un « côté maternel » qu'elle n'avait pas éprouvé jusqu'ici.

Au deuxième entretien, elle dit qu'elle ne souhaite pas parler de sa maternité, de l'accouchement et aussi de sa propre naissance avec sa mère car celle-ci a tendance à mêler ses souvenirs et à inventer des événements qui n'ont pas existés. Ainsi elle préfère ne pas aborder ce sujet avec elle.

On n'a pas parlé de ma naissance à moi parce que je ne voulais pas qu'à mêle tout plein de souvenirs et puis tout ça là. Ou qu'elle me dise des trucs et puis que je la remette en doute là, ça ne me tentait pas là.

Elle ajoute que sa grossesse ne l'a pas forcément rapproché de sa mère, que cela n'a rien changé entre elles.

En post-partum, elle a annoncé la naissance de son garçon à sa mère en premier, puis son entourage proche. Tout le monde était persuadé qu'elle accoucherait ce jour là en raison de la pleine lune et du fait que sa mère, sa grand-mère et sa tante ont accouché un jour de pleine lune.

Jeanne Thériault demande de préciser l'annonce à sa mère. Elle dit que celle-ci était très heureuse, mais que le plus important pour elle ce n'était pas le bébé, mais plutôt de savoir si sa fille allait bien. Elle était heureuse d'avoir un petit-fils. Mais Marie-Lune dit avec émotion qu'elle n'a pas pu s'empêcher de critiquer le choix du prénom. Elle dit « qu'elle aurait pu s'en passer ». Elle trouve sa réaction « épouvantable » et « plate », mais elle dit qu'elle s'y attendait car elle avait eu exactement la même

réaction pour la naissance des enfants de sa sœur, alors que les prénoms ne sont pas excentriques d'après elle. Marie-Lune en parle avec émotion et colère.

Elle pensait que sa mère allait dire quelque chose sur l'accouchement à la maison, mais finalement elle a été « surprise » de son mutisme. Elle ne dit pas mais fait entendre qu'elle s'attendait à ce que sa mère fasse un commentaire désobligeant sur son choix d'accouchement. Plus tard dans l'entretien elle ajoute que sa mère a quand même porté un jugement de valeur sur leur choix de l'accouchement et des couches lavables en disant que c'est « grano ».

Finalement, Marie-Lune dit que « le lien » existe davantage avec les grands-mères, qui ont trouvé « fantastique » son accouchement et qui lui ont dit qu'elle était « courageuse ». Elle suppose qu'elles étaient davantage « ouvertes » car elles ont vécu la même chose et que cela a pu leur rappeler des souvenirs. Elle trouve avec elles un lien positif et ouvert. Marie-Lune constate avec amertume que c'est avec ses grands-mères qu'elle a plus de lien alors « qu'elle pensait que ce serait avec sa mère, mais pas du tout ».

11.2.5 La belle-famille et surtout la belle-mère

Au premier entretien, Marie-Lune constate seulement que les beaux-parents « n'en peuvent plus » ce qui semble vouloir dire qu'ils ont une attitude exagérée. Au deuxième trimestre, Marie-Lune qui n'a pas souhaité connaître le sexe de son enfant, subit des pressions familiales avec les spéculations sur le sexe du bébé et « elle trouve ça ben ben lourd ». « Ça l'énerve ben gros ». D'ailleurs elle retire une certaine jouissance en ne donnant pas à sa belle-mère ce qu'elle veut : « ça me fait plaisir dans un sens de les déranger (rire) ». Car ses beaux-parents voudraient passer leur temps à magasiner pour le bébé et ne sachant si c'est une fille ou un garçon, ils ne le peuvent pas.

Elle reproche à ses beaux-parents d'être très « contrôlants » concernant la nourriture. Certaines remarques sont difficiles à supporter notamment quand la belle-mère lui demande de ne pas manger certains aliments « pour mon petit-enfant », dit-elle. Marie-Lune constate que c'est « envahissant » :

Mais là entre autre, l'aspect alimentation, dans la famille à mon chum, ils vérifient ce que je mange et puis on est tout le temps en train de parler de qu'est ce que je mange, tu sais. Donc je trouve ça très, très lourd parce que je m'alimente très bien mais en même temps même si j'ai le goût de manger une poutine de temps en temps là. Ça change rien là. J'ai le droit d'en manger dans ma vie normale mais j'ai le droit d'en manger enceinte, mon bébé ne va pas virer malade pour autant là. Ça, ça a été, ma belle-mère m'a fait vraiment fait le commentaire : « ah ben là tu ne vas pas te mettre à manger de la poutine là pour que mon petit enfant devienne un mangeux de poutine à tous les jours avec son coke ». Et puis bon quand elle m'a dit ça là, moi je me suis sentie vraiment contrôlée au maximum là. J'ai, ça, ça m'est vraiment resté sur le cœur et ça va rester aussi longtemps encore là. Parce qu'elle sait que je me demande bien de manière générale. Et puis je veux dire peut importe là. Tu sais, je veux dire, c'est mon corps là, c'est mon bébé, je fais très attention et puis donc et puis c'est toujours comme ça là. Tu sais, c'est toujours, par exemple on mange le souper, si y a du brocoli : « Ça Marie-Lune, tu vas en prendre plus de brocolis parce que c'est bon pour le bébé ». Mais c'est parce que moi je n'ai plus faim, tu sais, le brocoli, je n'aime pas vraiment ça là. Donc c'est tout le temps des trucs comme ça, il faut que je dise : « non, non, ça va j'ai mangé assez » ou, tu sais, donc c'est un petit peu trop envahissant peut être là. Donc ça c'est beaucoup dans la famille à mon chum et puis dans ma famille à moi, c'est beaucoup plus, eux autres, ils sont vraiment dans la projection de l'enfant. Déjà là, quand il va naître, ils vont tout de suite prédire là où il va aller à l'université, dans quelle sphère il va aller. Donc, oui, il y a beaucoup de pression en fait.

Elle voudrait que son conjoint réagisse mais il ne le fait pas ce qui créé des tensions dans leur couple. Elle explique qu'il n'aime pas les conflits et les évite :

Avec mon conjoint en fait, on en discute beaucoup. Oui, on a une très bonne communication, je dirais à ce niveau là. Il n'est pas d'accord par exemple, quand sa famille fait des commentaires comme ça sur la bouffe, il n'est pas d'accord. Moi j'aimerais ça qu'il réagisse parce que c'est sa famille mais il ne réagit pas. Donc là ça, ça me fâche un peu et puis il a souvent des arguments à ce niveau là. Mais bon c'est une situation nouvelle aussi là. Tu sais, on apprend aussi là-dedans. Mais, il sait que ça me dérange, lui aussi, c'est un truc qui le dérange. Là, on est sur la même longueur d'onde là-dessus. Et puis oui, donc on, ça ne crée pas de conflit dans le sens que mon conjoint, il n'est pas contrôlant, je trouve. Ça va bien.

Marie-Lune parle avec la voix qui tremble et une émotion palpable lorsqu'elle évoque ces enjeux familiaux. Elle paraît agacée et embêtée, voire même en colère contre sa belle-mère et son conjoint qui est passif face à ces tentatives de prise de contrôle. Elle ne pensait pas qu'ils subiraient cette pression car ce sont les derniers de leurs fratries à avoir des enfants, mais, s'interroge-t-elle, « c'est peut-être parce que ça n'a pas marché avec les premiers ».

Elle ne parle pas du tout de sa belle-famille au troisième trimestre. En post-partum, elle constate qu'elle avait peur de l'envahissement des grands-parents et que finalement ça s'est très bien passé avec eux. Néanmoins, elle ressent qu'ils expriment des attentes et une pression sur eux pour voir le bébé : « les gens disent : « ah, je m'ennuie de Q., ça fait longtemps qu'on ne l'a pas vu... » Tu sais ça fait une semaine qu'ils ne l'ont pas vu... ». Elle exprime sa « peur de l'envahissement futur » tout en concédant qu'elle n'est peut-être pas justifiée. Néanmoins, ils ont eux aussi exprimé une réticence concernant le choix du prénom.

11.2.6 Le suivi de grossesse

Marie-Lune aborde spontanément le sujet du suivi de grossesse lors du premier entretien. Elle montre sa volonté d'en parler. Elle a été accueillie à l'hôpital pour une

visite d'information et pour une première visite médicale, dans l'attente de la confirmation de l'inscription en maison de naissance.

La première rencontre à l'hôpital a été très « décevante ». Elle a même trouvé le personnel soignant « bête », « désorganisé », « épouvantable » et finalement infantilisans: « aucune explication, aucune information, j'étais un numéro, ils nous prenaient pour des bébés ».

Elle ne savait pas qu'elle allait entendre le cœur du bébé et n'a pas pu faire venir son mari en salle de consultation alors qu'il l'avait accompagnée. Elle s'est ainsi sentie : « frustrée », « découragée », « pas respectée » et même « garouchée et barouettée » par le personnel infirmier.

Elle oppose clairement cet accueil à celui proposé en maison de naissance avec les sages-femmes : « C'est le jour et la nuit avec l'hôpital ». Elle décrit ce suivi en utilisant des termes positifs et forts : « locaux superbes », accueil « vraiment humain », « chaleureux », « vraiment super ». La première rencontre avec la sage-femme a été un moment émouvant car elle a entendu le cœur du bébé, avec son conjoint.

Par la suite, elle note l'importance de la place accordée au conjoint dans ce type de suivi. Elle considère la maison de naissance comme « une petite maison », « chaleureuse », « accueillante », et « apaisante ». D'ailleurs elle ressent le besoin d'être rassurée, ce que fait la sage-femme, qui est « calme », « sereine » et qui a « beaucoup d'expérience ».

Au troisième entretien elle décrit les modalités du suivi en maison de naissance et aime particulièrement le fait de se sentir vraiment impliquée dans le suivi et de pouvoir prendre des décisions éclairées. Elle et son conjoint ont décidé que l'accouchement aurait lieu à la maison.

La sage-femme c'est qu'elle continue d'être apaisante, d'être rassurante, qu'elle soit là tu sais je sais que je peux l'appeler n'importe quand là, 24h sur 24 pour lui dire oh j'ai tel bobo ou bon les signes ont commencé, pardon le travail a commencé. Donc oui je m'attends à ce que ça continue d'être rassurante, apaisante, qu'elle soit disponible là. Mais ça c'est sûr là. Si ce n'est pas elle, c'est sa collègue là. Elles sont deux.

Enfin en post-partum, elle relate que la sage-femme a représenté « un guide » et a été « aidante ».

Elle raconte qu'elle a réussi à s'opposer au médecin qu'elle a rencontré à plusieurs reprises pour surveiller l'état du bébé et qui a effectué des pressions sur Marie-Lune pour déclencher l'accouchement, grâce à sa sage-femme sur qui elle s'est appuyée. Là encore elle s'est sentie infantilisée par le corps médical.

11.3 Interprétations

11.3.1 L'ingérence et l'infantilisation : une position infantile difficile à dépasser

Marie-Lune décrit plusieurs situations au cours de la grossesse et en post-partum relevant d'une difficulté à s'opposer à l'ingérence et l'infantilisation qu'exercent des tiers sur elle. Plusieurs personnes agissent avec Marie-Lune de sorte qu'elle a le sentiment que l'on considère qu'elle est incapable de se débrouiller seule, de prendre des bonnes décisions ou que l'on doive lui dicter sa conduite.

En premier lieu nous pouvons aborder l'immixtion maternelle concernant l'annonce de la grossesse et le choix du prénom de l'enfant, voire-même le choix de l'accouchement. En effet, Marie-Lune a éprouvé des difficultés à s'opposer aux injonctions maternelles pour annoncer ses grossesses. Elle n'a pu suivre son désir que pour cette troisième grossesse, mais non sans se justifier. De plus la mère exerce une forme de dénigrement concernant le choix du prénom de l'enfant ou le suivi de

grossesse, chose qu'elle a déjà faite pour ses autres enfants. Les choix de Marie-Lune sont remis en questions, jugés et dépréciés.

Du côté de la belle-mère, c'est surtout au deuxième trimestre que Marie-Lune exprime son exaspération concernant le contrôle exercé sur son corps. Sa belle-mère agit avec elle comme si Marie-Lune ne pouvait pas elle-même se comporter correctement pour son bébé. Marie-Lune s'insurge contre cela en affirmant que « c'est (son) corps, c'est (son) bébé ». De plus le prénom est critiqué en post-partum et elle ressent une pression concernant les visites et les contacts avec son fils, comme si elle ne leur permettait pas de le voir assez souvent.

Depuis le tout premier entretien, Marie-Lune exprime une angoisse d'envahissement et d'appropriation de son bébé par ses beaux-parents, mais surtout sa belle-mère. Celle-ci s'accapare l'enfant lorsqu'elle demande à sa belle fille de bien se nourrir pour « son » petit enfant. Marie-Lune témoigne ici d'un sentiment d'intrusion et de contrôle, car elle perçoit des attentes de leur part. De plus, en post-partum, elle entend les demandes insistantes de ses beaux-parents pour voir le bébé comme un envahissement. Leurs revendications semblent trop intenses et difficile à limiter.

Enfin, le corps médical est qualifié littéralement « d'infantilisant » et en particulier le médecin qui souhaitait presque de force, provoquer l'accouchement par une rupture des membranes.

Face à ces interpositions brutales, Marie-Lune éprouve de la difficulté à se positionner. Nous pouvons faire l'hypothèse que cette difficulté relève d'une position infantile de soumission qui n'est pas dépassée. Elle regrette d'ailleurs que son conjoint ne puisse pas intervenir entre elle et sa belle-mère, comme un tiers séparateur, dont elle aurait besoin. Peut-être lui aussi est-il pris dans une conflictualité infantile qui rend difficile sa prise de position d'adulte, protégeant sa femme? Nous pouvons aussi nous interroger sur la place du père dans la constellation infantile de

Marie-Lune, puisqu'il est très absent de son discours et que dans les faits il a été moins présent dans sa vie suite à la séparation. Sa mère ne s'est d'ailleurs jamais remariée. Il n'y avait donc pas eu à la maison de figure paternelle séparatrice de la relation mère-fille. Ainsi, sur qui a-t-elle pu s'appuyer pour s'opposer à sa mère dans son enfance? Peut-être justement avec les grands-mères si valorisantes? Marie-Lune profite aussi de la sage-femme pour pouvoir s'opposer au médecin. Nous voyons qu'elle a besoin de trouver un tiers sur qui appuyer ses choix et sa position.

Enfin elle se demande si leurs parents n'exercent pas ce contrôle sur eux car ils n'ont pas pu le faire pour leurs aînés. Cela nous questionne sur ce qu'ils n'ont pas pu faire avec les plus grands : intervenir? Contrôler? Et pour quelles raisons avec elle et son conjoint cela se produit-il? Le lien des parents avec leurs cadets est-il différent, notamment concernant les enjeux de dépendance? Marie-Lune exprime peut-être ici ce conflit de dépendance et de loyauté avec sa figure maternelle. Celle-ci s'est sacrifiée pour ses enfants. Marie-Lune a peut-être du mal à prendre une position qui pourrait contrer les désirs de sa mère. En même temps, elle tient tête à sa mère et au médecin puisqu'elle choisit d'accoucher comme bon lui semble et qu'elle résiste à l'interventionnisme médical.

Nous observons à cet égard qu'elle maintient parallèlement une position de « bonne élève » avec la chercheuse et un désir de répondre aux intentions qu'elle perçoit de la situation de recherche en même temps qu'elle semble peut-être frustrante pour Jeanne Thériault qui se met à lui poser beaucoup de questions.

Ainsi, au deuxième entretien nous pouvons penser que se rejoue sur la scène de l'entretien de recherche ce conflit de dépendance. La chercheuse est très contrôlante et interventionniste, alors même que c'est ce dont parle Marie-Lune concernant sa belle-mère et sa mère. Elle semble éprouver des difficultés à lâcher son rôle de « petite fille » conforme qui répond adéquatement et sans opposition à Jeanne Thériault et en même temps, elle résiste à sa manière au déroulement de l'entretien.

Nous avons le sentiment qu'elle se place dans la position de la bonne petite-fille en répondant aux exigences de la recherche et qu'elle recherche à tout prix un regard valorisant; et qu'en même temps elle se positionne tout de même comme elle le souhaite.

Marie-Lune suggère d'ailleurs qu'elle souhaite exercer son libre arbitre et être considérée comme une adulte. Et elle y parvient en s'opposant. Cette dynamique paradoxale, qui est issue de sa relation à sa mère se rejoue sur plusieurs scènes : pendant la recherche ou avec le médecin.

Elle trouve peut-être dans le suivi en maison de naissance, pour lequel les parents sont responsabilisés et à qui l'on accorde toute confiance dans leurs choix et leurs décisions, contrairement au suivi médical, un espace dans lequel il est moins conflictuel pour elle d'exister et de s'affirmer. Dans cette posture prosélyte concernant le suivi de grossesse en maison de naissance, nous entendons qu'elle tente de se positionner et de justifier ses choix. C'est une manière peut-être pour elle d'être reconnue dans sa fonction maternelle, alors que le regard de sa mère sur elle est très dévalorisant et qu'elle revit lors de sa grossesse des enjeux de dépendance.

Ainsi, nous voyons qu'au cours de sa grossesse, se déploie la problématique de la dépendance/indépendance avec les figures parentales maternelles et que la crise identitaire s'apparente à la crise d'adolescence dans laquelle ces enjeux sont très prégnants. Il s'agit ici aussi de pouvoir trouver une position d'adulte et de s'émanciper du contrôle parental. Ce passage ne s'est pas opéré sans mal pour Marie-Lune. Il s'agit pour elle, d'une étape de la résolution du conflit œdipien, ce qui est vrai pour beaucoup de femmes, sinon toutes. Or il est intéressant de noter qu'elle reproche à son mari de ne pas la défendre contre sa belle-mère alors que le père ne semble pas présent pour la défendre contre sa mère. Cette résolution semble entravée par l'absence de la figure paternelle séparatrice.

11.3.2 La figure maternelle qui dépossède Marie-Lune de sa maternité

La mère de Marie-Lune, telle qu'elle la fait apparaître dans son discours est ambiguë: d'une part elle apparaît omnipotente et castratrice et d'autre part elle s'avère défaillante et décevante, de sorte que Marie-Lune ne puisse exister en tant que mère, par rapport à elle.

En effet, Marie-Lune exprime à quel point sa mère peut tenter d'exercer une domination sur elle qui lui est difficile de contrer, notamment concernant l'annonce de la grossesse et le choix du prénom. Cette image de mère dominatrice et exigeante nous rappelle celle de la période œdipienne archaïque. Et nous pouvons nous interroger sur la relation entre cette figure maternelle omnipotente et les deux fausses-couches de Marie-Lune. La difficulté à devenir mère n'est-elle pas en lien avec une conflictualité infantile œdipienne et une position infantile difficile à dépasser? Pour Marie-Lune, la grossesse serait donc un moment propice pour voir ressurgir une conflictualité infantile non résolue avec la figure maternelle. Elle semble avoir des difficultés à gérer l'emprise maternelle et à trouver sa place de fille en même temps que celle de mère.

Cependant, sa mère se révèle également affaiblie et fragile notamment parce qu'elle est restée seule après son divorce et qu'elle ne s'est pas épanouie en tant que femme dans sa vie professionnelle et personnelle. Ce qui s'apparente à une malédiction familiale puisque sa tante est également dans cette position. Ainsi Marie-Lune est confrontée à un modèle maternel peu enviable et qu'elle interroge beaucoup au cours de sa grossesse. L'expérience de ses pairs, lui montre une autre identification possible ou pour le moins la possibilité de se situer entre les deux, ce qui la rassure.

Nous pouvons supposer que ses difficultés en post-partum concernant la dépendance du bébé et le manque de temps pour elle fait ressurgir l'image de la mère sacrificielle à laquelle elle tente d'échapper. D'ailleurs, ce fantasme de bébé fille avec des biceps

ne viendrait-il pas montrer ce désir de contrer cette image féminine faible et impuissante? Est-ce un double féminin imaginaire, qui aurait assez de force pour s'opposer au destin des femmes de la famille et aux injonctions maternelles?

Nous pouvons également faire l'hypothèse qu'il est difficile pour Marie-Lune d'échapper au conflit de loyauté envers sa mère qui a tant souffert pour élever ses enfants et que c'est la raison pour laquelle elle a du mal à se positionner en opposition aux injonctions maternelles. Cela faisant surgir peut-être trop de culpabilité.

La relation avec sa mère est en effet très conflictuelle. Marie-Lune ne supporte pas l'idée de la questionner sur son expérience de la maternité. Elle a peur que sa mère ne lui raconte que des faits transformés. Nous ne savons pas exactement ce qui est si insupportable ici. Elle ne lui fait pas confiance de même que sa mère lui dit ne pas pouvoir la croire concernant sa première grossesse et sa fausse-couche. Comme si elle ne pouvait pas avoir été enceinte. La question de la maternité de la mère et de la fille n'est pas une expérience partageable et qui peut se transmettre. Marie-Lune ne peut pas compter sur sa mère. Celle-ci apparaît donc menaçante pour sa propre maternité. Le lien avec sa mère paraît difficile voire agressif. Celle-ci fait des commentaires négatifs et intrusifs. Avec sa mère ou sa belle-mère, Marie-Lune semble ne pas arriver à se sentir être une bonne mère. Marie-Lune aurait pourtant aimé qu'elles se rapprochent au cours de sa grossesse, mais elle n'a pu éprouver un lien contenant, rassurant qu'avec ses grands-mères qui ont valorisé sa position maternelle. La distance générationnelle semble adoucir les relations avec ces représentations maternelles.

Nous pouvons ainsi nous interroger sur le choix du suivi sage-femme pour Marie-Lune. Elle oppose radicalement le suivi médical (infantilisant, irrespectueux) et le suivi en maison de naissance (idéal, parfait, doux). Nous y voyons deux figures parentales qui s'opposent dans ce portrait : la mère intrusive, infantilisante, froide, représentée par les médecins et la mère toute bonne et contenante, ouverte, douce, qui

ne la juge pas, représentée par la sage-femme et les grands-mères. La sage-femme tient lieu ici d'une figure maternelle idéalisée.

Nous pouvons nous demander à quel point le choix de la sage-femme ne vient pas pour Marie-Lune lui permettre de trouver une image de mère toute bonne, qu'elle semble ne pas avoir de sa propre mère et l'aider ainsi dans sa transformation identitaire. Elle recherche en particulier à être valorisée et reconnue dans ses choix.

11.4 Résumé

Nous pouvons supposer que Marie-Lune ne s'inscrit pas de manière anodine dans la recherche. Elle a peut-être envie de trouver des réponses à ses questions concernant sa position maternelle et sa capacité à devenir mère. C'est, nous semble-t-il, ce qu'elle parvient à faire émerger dans son discours, malgré l'attitude défensive qu'elle manifeste dans les entretiens.

Concernant notre question de recherche, nous constatons que la grossesse est propice à la remise en jeu d'une conflictualité œdipienne avec la figure maternelle précoce. Ce qui entraîne dans la relation avec la mère ou la belle-mère des tensions dues à des fantasmes et des scénarios inconscients. Mais sur la scène réelle, la belle-mère ou la mère peuvent faire preuve d'un manque de sensibilité concernant l'angoisse de leur belle-fille et fille, et avoir des comportements qui valident les fantasmes œdipiens inconscients.

C'est le cas pour Marie-Lune qui subit des interventions très intrusives et infantilisantes de la part de ces deux personnes. Nous pouvons ainsi nous demander ce qui fait que ces « grands-mères » soient avec leurs filles ou leurs belles-filles si peu aptes à les accompagner dans leur maternité. De leur part aussi, il se pourrait qu'elles rivalisent avec leur fille et éprouvent des difficultés à les laisser prendre

symboliquement leur place. En quoi notre société actuelle exacerbe-t-elle ce phénomène? Peut-être les places générationnelles sont-elles plus floues? Peut-être aussi, les femmes de la génération post-révolution tranquille, peuvent-elles avoir du mal à se situer entre la féminité exacerbée et la maternité? De plus le fait que les couples se séparent, elles peuvent avoir besoin d'exercer leur pouvoir de séduction plus longtemps et se trouver menacées par leurs propres filles.

Dans ce cas, la présence d'un homme qui les rassurerait sur leur féminité pourrait peut-être leur permettre de se sentir moins en danger et donc de laisser leurs filles plus tranquilles.

CHAPITRE XII

SYLVIE

12.1 Présentation

Sylvie est une femme d'une trentaine d'année enceinte de son premier enfant. Elle était suivie dans un centre de procréation médicalement assistée au moment d'apprendre sa grossesse, car elle avait été diagnostiquée infertile (trompes bouchées) et devait procéder rapidement à une FIV en raison du peu d'ovocytes à sa disposition dans ses ovaires. Sylvie est tombée enceinte spontanément, dans ce contexte.

Après avoir commencé un suivi médical de grossesse à l'hôpital, Sylvie va finalement opter pour un suivi en maison de naissance avec une sage-femme.

Elle vit à Montréal avec son conjoint. Ils habitent tous les deux loin de leurs parents qui résident dans le nord du Québec. Ses parents sont séparés.

Sylvie est interrogée par Jeanne Thériault. Elle a été recrutée par connaissance. Sylvie laisse libre cours, pendant les entretiens, à ses états d'âmes et à ses réflexions. Nous en tirons un matériel riche pour l'exploration de notre question de recherche.

12.2 Analyse de discours – argumentation

12.2.1 Le discours

Le premier entretien est rapide et Sylvie y parle surtout de la surprise de la grossesse, et de sa forte anxiété des premières semaines. Elle soulève son hésitation entre le suivi médical de grossesse et le suivi en maison de naissance. Les thèmes abordés sont surtout ceux de la grossesse en termes médicaux en lien avec le fait que les médecins lui avaient prédit qu'elle ne pourrait pas tomber enceinte naturellement.

De nombreux thèmes habituellement abordés au premier trimestre n'apparaissent pas ou très peu, notamment les relations avec les proches, le vécu du conjoint, le désir de grossesse.

Le discours est hésitant et laborieux. Il est empreint de toute l'anxiété qui découle du choc de la découverte de la grossesse et des suspicions de grossesse extra-utérine. Cela se ressent dans son discours. Celui-ci est brut, peu organisé et ne suit pas une progression définie. La parole est hâchée par de nombreux silences, des hésitations ou des sourires qui indiquent une certaine fébrilité. Les phrases sont interrompues, le fil discursif est décousu. Sylvie s'appuie beaucoup sur les relances de la chercheuse pour soutenir son discours. Nous observons un manque d'élaboration concernant son récit.

Au deuxième trimestre, Sylvie aborde en début d'entretien la question de son identité maternelle et de sa difficulté à croire en sa grossesse, puis elle se perd dans des sujets plus subalternes et la chercheuse reviendra sur ces questions plus tard pour l'inviter à préciser ses propos. Elle aborde de manière assez exhaustive son vécu psychique par rapport à la grossesse, à son rôle de mère, à ses relations avec ses parents, à ses angoisses et à ses relations avec son conjoint.

Le discours est très désorganisé et interrompu en milieu de phrases ou par des silences nombreux. Sylvie est en train de réfléchir et d'élaborer en même temps

qu'elle répond à la demande de la chercheuse. Elle se laisse vite déborder et manque de contrôle. Elle est réflexive quand elle se rend compte de ses égarements et de sa manière décousue de s'exprimer : « pis là je me perds tout le temps... », « je suis en train de me perdre encore une fois », « oups j'ai perdu mon idée. »

Le discours progresse lentement, car Sylvie réfléchit, s'interrompt, tente de trouver les mots justes. Les phrases s'enchaînent de manière un peu laborieuses. Les silences sont des temps à la fois de réflexion et dans certains cas d'interruption de la pensée. Elle fait aussi part d'anecdotes ce qui rend vivant son récit.

Au troisième entretien, Sylvie parle encore une fois de son anxiété et du manque de confiance dans ses capacités à mener une grossesse jusqu'au bout. Elle aborde spontanément les difficultés relationnelles avec son père et son besoin de recadrer les choses avec lui. Les thèmes principaux sont ceux du vécu psychique de la grossesse et de ses enjeux relationnels avec son père.

Au départ, il semble que Sylvie souhaite rester en surface et se défend d'aborder plus profondément les vrais enjeux de ce trimestre. Elle hésite, retient sa parole et la chercheuse a besoin de la pousser à élaborer et à détailler ses propos. Elle l'amène d'ailleurs adroitement à élaborer plus en profondeur les raisons de ses angoisses. La dynamique du discours est donc un peu hésitante et freinée. Le discours progresse lentement, voire défensivement jusqu'au moment où, après une désorganisation de son discours, elle aborde ce qui l'affecte réellement. La conflictualité avec le père s'est frayé un chemin et fait l'objet d'une longue assertion très investie émotionnellement. Le discours est alors plus riche, plus dynamique, plus investi. Puis une fois que Sylvie a évoqué ce sujet central et que le canal est épuisé, l'entretien se termine sur des sujets très peu riches et assez platement.

Enfin, en post-partum, Sylvie revient sur son long accouchement et sur les premières semaines avec le bébé, qui ont été éprouvantes. Le thème principal est le vécu du post-

partum et de l'accouchement. Ce sont les thèmes habituellement évoqués lors de ce quatrième entretien. Sylvie en fait une description très riche et réflexive.

Le discours est encore désorganisé et donne l'impression d'un débordement. Sur le fond, elle dit justement se sentir débordée par ce qu'elle vit et elle tente de prendre les jours les uns après les autres. C'est exactement ce qu'elle nous fait vivre par son discours. Il progresse peu et tourne en rond. Elle perd le fil de ce qu'elle dit à plusieurs reprises : « je passe du coq à l'âne, je suis fatiguée, j'ai de la misère », « j'ai pas les idées claires aujourd'hui », « je saute des étapes », « je viens de perdre mon idée ». Elle cherche ses mots : « je sais plus ». Nous percevons ainsi une fragilité, une fatigue et une certaine dysphorie au travers de son discours.

Pour conclure, à chaque entretien, Sylvie partage de manière très riche son vécu de la grossesse et ses questionnements. La question de sa capacité à mettre au monde un enfant revient de manière récurrente à chaque entretien et même au dernier dans lequel elle dit être heureuse d'avoir finalement réussi. Ce fil conducteur apparaît très clairement à l'écoute et à la relecture des verbatim.

Le discours est plutôt désorganisé pour tous les entretiens et emprunt d'anxiété.

12.2.2 Les mécanismes de défenses

Bien que le premier entretien soit bref, l'intensité des émotions et la restitution brute de son vécu nous montre à quel point elle n'a pas encore eu le temps d'élaborer les événements et de les mettre à distance.

Au deuxième entretien, Sylvie commence par beaucoup de rires et des tentatives de connivence avec la chercheuse. Elle aborde les choses sous un angle léger, mais cette tentative de mise à distance reste inefficace car le discours est par la suite

extrêmement désordonné et que l'angoisse concernant ses capacités maternelles culmine. De plus, c'est lors de cet entretien qu'elle élabore la question de son modèle maternel et des difficultés avec sa mère. Le rire et l'humour sont pour elle des moyens de mise à distance qui dans l'entretien n'endiguent pas la forte conflictualité psychique.

Le troisième entretien suit la même veine, mais nous notons plus de contrôle. Sylvie rationalise et minimise ses propos. Elle est moins débordée que lors du précédent entretien.

Enfin en post-partum, le vécu dysphorique transparait très nettement malgré l'utilisation des mêmes mécanismes de défenses : le rire, la rationalisation et la minimisation.

Les mécanismes de défense sont relativement peu efficaces, car ils ne permettent pas d'endiguer l'anxiété et la dysphorie qui affleurent des entretiens.

Le discours est donc peu contrôlé et laisse échapper les affects et la conflictualité psychique. La transparence psychique typique de la maternité est ici bien remarquable, avec la levée du refoulement et l'apparition des enjeux conflictuels de la vie inconsciente.

12.2.3 La grossesse et le post-partum

Il s'agit pour Sylvie d'une grossesse « miracle ». En effet, les médecins lui avaient annoncé qu'elle ne pourrait pas avoir d'enfants naturellement. Ils l'ont incitée à s'engager dans un processus de procréation médicalement assistée rapidement, car elle ne possédait plus suffisamment de follicules, malgré son âge relativement jeune. Elle devait impérativement procéder à une FIV dans un délai de 6 mois.

Étant donné le coût de la démarche, Sylvie et son conjoint ont demandé à leurs parents de les aider financièrement.

Elle a fait un test de grossesse positif le jour de la première réunion d'information pour la FIV. Elle a dû refaire le test une deuxième fois car elle n'y croyait pas. Elle dit : « je ne suis pas supposée être capable d'avoir des enfants », pour expliquer sa surprise d'être enceinte. « C'était difficile pour moi de, de , de...m'assurer que j'étais bien enceinte», « j'arrivas pas à le croire ».

Par la suite, les médecins ont pensé qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine. Sylvie avait présenté des saignements et elle n'avait pas beaucoup de signes de grossesse. Ils ont dû attendre une semaine avant de pouvoir faire une échographie qui les a rassurés. Sylvie aurait voulu en passer deux, pour être complètement rassurée. Les premières semaines ont donc pour elle relevé « des montagnes russes ».

Au deuxième trimestre Sylvie se dit plus rassurée concernant la grossesse qui se déroule bien. Cependant, elle continue à avoir du mal à croire en sa grossesse : « j'ai de la misère encore à me voir avec un bébé chez nous, dans mes affaires ...c'est heu, ça arrivait aux autres ça, ça n'arrivait pas à moi...fait que... », « ça avait commencé un peu tout croche », « ben coudonc, c'est parti! (La grossesse)».

Elle s'est sentie en décalage avec le vécu d'une de ses amies qui était extrêmement excitée par sa propre grossesse. Pour Sylvie, il n'en n'est rien et elle s'est demandée si c'était normal : « je me sentais... ben j'avais l'impression qu'y a quelque chose qui cloche ...coudonc, y a quelque chose qui me manque ». Elle remarque néanmoins que plus la grossesse avance et plus elle se sent bien. À ce stade de la grossesse elle n'arrive pas à penser à l'accouchement. Elle vit une étape après l'autre. Elle a d'ailleurs dû prendre la décision de se faire vacciner ou non contre la grippe. Elle a eu très peur qu'il arrive quelque chose à son bébé. Elle s'est finalement fait vacciner.

Au troisième entretien, Sylvie relate que son anxiété a augmenté en raison de contractions à la 25^{ième} semaine de grossesse. Cet épisode l'a beaucoup stressée. Elle a été mise au repos et ne retournera pas au travail. Sylvie a eu peur d'un accouchement prématuré. « L'anxiété prenait VRAIMENT¹⁰ toute la place ». Sa belle sœur a accouché prématurément de jumeaux et elle a appréhendé que ça se passe aussi pour elle. De plus, elle travaille auprès de personnes déficientes intellectuelles et elle avait peur de la prématurité pour cette raison. Ainsi, elle a perdu le sommeil et plus elle était stressée et plus elle avait des contractions. Après les examens médicaux elle s'est sentie rassurée.

Là encore, la question de ses capacités maternelles apparaît. Quand la chercheuse lui demande d'où vient cette fragilité, Sylvie fait le lien entre son anxiété et son historique médical. Son manque de confiance vient selon elle, du fait qu'elle a été diagnostiquée infertile. Elle estime que la parole des médecins a été nuisible : « J'étais pas supposée être capable d'avoir des enfants, puis dans ma tête c'est toujours resté comme il y a quelque chose qui cloche avec moi... Y as-tu quelque chose qui va pas bien avec moi? Est-ce que je vais être capable de vraiment mener ce bébé là à terme? Est-ce que j'ai cette capacité là? », se demande-t-elle.

Sylvie pense qu'elle a besoin de reprendre confiance en elle et dans son corps : « quand il sera au monde, je vais m'être prouvée que je suis capable et qu'il n'y a rien qui cloche et que j'ai tout ce qu'il faut pour faire un bébé et le mettre à terme ». Elle pense qu'après l'accouchement elle n'aura pas de problème de confiance. Ainsi elle essaie de se rassurer elle-même et lit beaucoup d'ouvrages à ce propos. Mais le sentiment de ne pas avoir le contrôle du tout, persiste.

¹⁰ Les verbatim en majuscules indiquent une accentuation du mot par Sylvie.

Elle a hâte de vivre l'accouchement, mais en même temps, elle a peur de la douleur et de l'inconnu. Elle a plus confiance dans la réaction de son conjoint que dans la sienne pendant l'accouchement.

En post-partum, Sylvie décrit de manière très imagée et précise son vécu : « j'ai l'impression qu'on a pris mon monde, qu'on l'a pitché dans les airs, il est retombé quelque part, puis là j'essaie de me retrouver dans tout ça ». Elle avait sous-estimé le bouleversement de l'arrivée de son bébé, ainsi, elle prend un jour à la fois. Mais parfois, elle pense qu'elle ne sera pas capable de s'occuper de son bébé. Elle vit des hauts et des bas et se sent particulièrement fatiguée.

Elle se remet doucement de l'accouchement. Il a été très long (28 heures) car la tête du bébé était mal placée. Sylvie a été surprise par l'intensité de la douleur et indique que « ça (l') a pris au dépourvu, y a des bouts où ça (l') a paniqué ».

Là encore elle aborde sa difficulté à croire en ses capacités à mettre au monde un bébé quand elle dit : « j'arrivais pas à croire que j'y étais arrivée », ou encore : « j'étais sûre que j'allais pas y arriver, fait que... mais je suis contente d'être arrivée au bout de ce que je voulais faire », et : « je pensais que j'allais jamais survivre, que j'allais être déprimée toute ma vie, que j'allais PAS être une bonne mère, que j'allais pas m'adapter ». Néanmoins, elle se sent fière d'être arrivée à faire naître son bébé. Elle a trouvé le moment de la naissance « indescriptible ».

Elle ne parle pas de son petit garçon, ni de la première rencontre ou de la découverte du sexe de son enfant. Elle dit juste qu'il ressemble à son mari.

Après l'accouchement, elle s'est sentie pleine d'adrénaline, avec beaucoup d'énergie. Puis elle a vécu une période d'effondrement de deux jours pendant laquelle elle pleurait tout le temps. Elle ne dormait pas et ne mangeait pas. Elle a eu une infection car elle n'avait pas pris assez soin d'elle. Avec son conjoint ils ont dû revoir les choses essentielles et se permettre de dormir et de se reposer.

Au moment de l'entretien, elle se rend compte que sa vie a été bouleversée par l'arrivée de son bébé et qu'elle ne sera plus comme avant : « quand je pense au futur, je me dis que ça sera plus...mon doux...ça sera plus de même ». À présent elle a créé « un cocon mais à trois » et elle se dit « fière d'avoir fait ça ». Elle pense qu'il faut qu'elle trouve un moyen de continuer à voir ses amis en même temps qu'elle soit maman. Elle dit qu'elle n'est pas sûre de vouloir un deuxième enfant. En fin d'entretien elle termine en disant que sa « bedaine (lui) manque ».

12.2.4 Les parents et beaux-parents

À chaque entretien, Sylvie aborde les enjeux qui surgissent avec son entourage.

La famille a été mise au courant assez tôt de la grossesse car elle avait été sollicitée par Sylvie et son conjoint pour participer aux frais de la PMA. Ainsi ils ont annoncé la grossesse en leur disant qu'ils n'avaient plus besoin de cet argent. Leur entourage a été ému et heureux de la nouvelle. Par la suite les parents et beaux-parents ont conjecturé que la grossesse avait eu lieu car Sylvie avait lâché-prise, ce qu'elle conteste et qui l'agace profondément.

Concernant la relation de Sylvie et de son conjoint, avec leurs parents respectifs, elle indique au deuxième entretien qu'ils ont tous les deux des familles « dysfonctionnelles », mais n'en n'ajoute pas plus. Elle dit qu'ils se demandent comment ils seront eux-mêmes parents et qu'ils y réfléchissent ensemble avec humour. Ils ne veulent pas reproduire leurs « patterns ». Elle entretient d'ailleurs une très bonne relation avec son conjoint. Ils communiquent beaucoup et tout au long de sa maternité Sylvie s'appuie beaucoup sur lui pour se rassurer.

Sylvie parle de sa mère au deuxième entretien alors qu'elle vient de dire qu'elle se sent plus « insécure » et émotive et qu'elle éprouve le besoin intense d'être rassurée, ce qu'elle trouve avec son conjoint.

Elle explique que sa mère était très dépendante de son mari et très « isolée ». Elle a eu son premier enfant à 18 ans. Sylvie n'a pas aimé cette image de mère. Au contraire, pour elle, les femmes doivent être indépendantes et autonomes :

J'pense j'ai vu ma mère, ma mère était femme, t'sé y'a vraiment mais, la famille typique québécoise, mais ma mère était à la maison pis mon père travaillait. Pis ma mère un moment donné était, s'est comme isolée et puis elle sortait plus beaucoup, pis elle avait peur de sortir pis euh... elle avait moins d'choses à dire, pis je sais qu'elle se sentait moins bien pis, pis dans l'fond elle dépendait de mon père beaucoup parce que bon c'est lui qui...c'était lui qui était euh, qui avait les sous pis tout ça pis que, y'avait des sorties à cause de son travail, t'sé c'est lui qui amenait euh, beaucoup le l'action dans la maison pis... Moi j'ai pas aimé voir ma mère comme ça t'sé. Fait que j'ai pas envie de...t'sé ça ça m'fait penser à ça, je sais que j'suis là dedans on n'a pas l'même rythme de vie pis j'vais travailler après aussi...Mais euh, cet espèce de... j'ai toujours été, ben en fait c'était dans mon éducation là tu sais, les femmes faut être indépendantes et euh, faut faire notre chemin et puis faut étudier, pis faut gagner nos sous pis payer nos affaires toutes seules.

Sa mère a par la suite repris ses études, retrouvé du travail, sans l'encouragement de son père de qui elle s'est séparée, ce que Sylvie admire. Pour contrer le modèle de femme soumise, elle a besoin d'être indépendante de son conjoint et de faire des activités à elle.

Ainsi, elle remarque que comme elle bénéficie d'un retrait préventif, elle trouve parfois difficile de se sentir « isolée ». Elle utilise le même adjectif que pour sa mère. Mais d'un autre côté, elle se sent chanceuse d'être retirée. Elle peut en profiter pour faire des choses que pour elle sans « culpabilité ».

Toujours au deuxième entretien, Sylvie constate qu'elle ne peut pas se plaindre au cours de la grossesse car sa mère l'a « idéalisée »:

Elle a m'a comme, idéalisée ou je sais pas trop là. Elle est super fière de moi c'est, c'est l'fun là mais... Si j'ai des craintes j'peux pas l'appeler pour lui dire parce qu'elle me dit : « Sylvie voyons t'es FORTE! » t'sé pis. Fait que j'ai, j'peux pas avoir ce type de relation-là avec elle t'sé j'peux pas euh...Pis c'est ça, pis ma mère elle a eu ses enfants jeune et elle était complètement DÉPASSÉE par la situation pis euh ses sœurs euh pis sa mère l'ont beaucoup aidée...Fait qu'elle n'était pas très euh, pas très consciente de tout ce qu'il se passait, ben elle avait dix-huit ans quand elle est tombée enceinte [Tout bas] t'sé fait que, c'était la première fois fait que [Silence]. J'pense qu'est pas euh, elle n'est pas aussi à l'aise, je sais pas comment euh, comment l'dire mais [Silence]. C'est ça, elle veut que j'sois forte j'pense [Rires], c'est important pour elle fait que bon ok c'est pas avec elle que je vais avoir cette relation-là, mais euh, PAR chance y'a d'autres personnes euh, avec qui je l'ai...Mais euh...c'est ça, pis elle veut beaucoup aider, elle veut être là.

La grossesse les a rapprochées. Néanmoins au cours des entretiens elle se trouve des mamans de substitutions. La première est la tante de son mari qu'elle considère comme une deuxième maman qui est capable d'entendre ses difficultés et de l'aider :

C'est quelqu'un qui prend soin et qui fait passer les besoin de l'enfant avant les siens puis euh [Silence] C'est ça c'est vraiment une personne ressource, a sait, elle est capable d'entendre c'que t'as à dire, c'est correct pour elle que tu ais de la difficulté puis avoir, pas juste te trouver dix millions de solutions mais euh, elle va t'accompagner, « t'as-tu penser à ça? ». T'sé c'est une personne que j'apprécie beaucoup. Pis euh, on la voit pas TRÈS souvent mais, dans les fois où qu'on la voit euh...en tout cas moi ça m'fait du bien, ça m'fait du bien d'la voir aller aussi et puis, elle est maternelle avec nous, moi j'ai, ben c'est sûr en douze ans j'ai eu l'temps d'la connaître mais c'est quand même pas euh ma TANTE tu sais! Fait que [Silence] ben j'trouve ça l'fun qui soient euh...Pis EUX on s'est beaucoup rapprochés de depuis qu'on est euh... On a eu des conversations que je ne pensais jamais avoir... Fait que, comme ben des pys on vient des, on en tout cas mon chum c'est pas un psy mais, il vient d'une famille dysfonctionnelle à sa façon et MOI AUSSI, dysfonctionnelle à ma façon. Donc euh, c'est l'fun d'avoir des modèles autres.

Par la suite, Sylvie considère que la sage-femme a également tenu le rôle de maman au cours de l'accouchement. Elle qualifie sa marraine qui est venue lui rendre visite après l'accouchement de la même manière. Elle trouve difficile qu'aujourd'hui les femmes soient moins entourées pour les naissances, par d'autres femmes. Elle ressent le besoin de se sentir rassurée. C'est ce qu'elle fait avec sa sage-femme, ses amies et par des recherches sur internet.

Sylvie aborde ses relations conflictuelles avec son père au troisième entretien après avoir seulement dit à l'entretien précédent qu'elle n'était pas très proche de lui.

Cette fois-ci, elle aborde le sujet de manière spontanée, après avoir parlé de son anxiété et perdu le fil de son récit. Quelque chose tente de se frayer un chemin et la question du père arrive spontanément. Sylvie raconte qu'elle est en train de réaliser des arrangements avec sa famille et notamment avec son père : « il y a des ajustements avec ma famille à moi que je suis en train de faire, je ne sais pas pourquoi en fait là, mais ces derniers temps j'ai des problèmes avec mon père ». Elle sent que c'est parce qu'elle va avoir un bébé qu'elle éprouve le besoin de régler ses comptes avec lui. Elle a prévu de le voir prochainement et ressent beaucoup de stress à cette idée. Elle explique que son père est une personne narcissique, qu'il peut être blessant, très contrôlant, dénigrant (surtout avec son frère) et machiste. Elle précise que parfois il boit et que c'est pire. Elle conclut que s'il n'accepte pas ses demandes de respect, elle est prête à rompre le lien.

Elle voulait avoir une vraie conversation avec lui depuis longtemps, mais ressent le besoin impérieux de le faire pour son bébé : « non, non, non, cet enfant ne vivra pas ça, c'est certain », « je me sens comme une lionne ». Elle est encouragée par son conjoint et sa mère, dans sa démarche.

Sylvie parle de cette conversation, en post-partum, à la demande de la chercheuse, en fin d'entretien. La rencontre a été difficile et stressante. Cela lui paraît loin. Elle a mis

ses limites mais elle ne sait pas s'il a compris. Depuis son accouchement, son père marche sur des œufs, ce qui lui convient parfaitement. Elle pense que cette confrontation a représenté une étape dans sa vie d'adulte et elle est contente de l'avoir fait.

Concernant ses beaux-parents, elle en parle très peu. Elle remarque qu'il y a plus de distance avec eux qu'avec ses parents. Par contre dès le deuxième entretien elle remarque qu'elle n'a pas envie de voir « débarquer » chez elle toute la famille pour l'accouchement. Elle est indécise sur leur présence ou non et souhaite mettre des limites:

Mais va falloir que je lui dises (à sa mère)... euh...ben en fait j'veux j'veux au moins décider, peut-être que je vais vouloir qu'elle soit là. Mais...pour l'instant euh [Silence], non pour l'instant c'est correct qu'elle vienne là [Rires] pour voir que, que c'te beau monde-là (belle famille) vienne pour voir mais le reste euh...J'sais pas là on va être DEUX là pour un enfant on devrait être corrects de, on devrait PASSER au travers là!

Après l'accouchement, Sylvie se sent isolée. Elle regrette de ne pas bénéficier de beaucoup d'aide surtout féminine, leurs parents habitant loin de Montréal. D'un autre côté elle ressent une pression familiale pour voir le bébé : « il faut tout le temps leur mettre des freins ». Elle anticipe, avec une pointe d'anxiété, les prochaines réunions de famille et les changements relationnels : « on va voir les rôles de chacun ».

12.2.5 Le suivi de grossesse

Après son expérience difficile avec les médecins qui lui avaient dit qu'elle était infertile Sylvie, n'a plus confiance dans leur parole. D'ailleurs ils ne comprennent toujours pas sa grossesse spontanée. Elle a besoin « d'être bien informée et qu'ils prennent le temps, qu'ils soient compréhensifs ». Elle hésite beaucoup entre ce suivi et le suivi en maison de naissance auquel elle s'est inscrite. Au premier entretien elle

dit souhaiter garder les deux, le premier pour la sécurité et le deuxième pour l'accompagnement personnalisé.

Elle finit par choisir le suivi en maison de naissance qui ne peut pas se coupler à un suivi médical. Elle a pris conseil auprès de ses amies, pour qui cette expérience a été très positive. De plus sa belle-sœur a vécu un accouchement très médicalisé qu'elle a trouvé très impersonnel, ce qui a pesé sur son choix. Au contraire elle a besoin de construire un lien de confiance avec la sage-femme. Elle apprécie que les rencontres soient longues et impliquent le conjoint. Elle est heureuse d'avoir un espace pour poser toutes ses questions. Elle peut la joindre 24 heures sur 24, ce qui la rassure beaucoup.

Après l'accouchement elle dit qu'elle a été très satisfaite par le suivi en maison de naissance. Il correspondait parfaitement à ses attentes. Elle pense que si elle avait accouché à l'hôpital, elle aurait probablement demandé la péridurale. La sage-femme l'a beaucoup soutenue et rassurée.

12.3 Interprétations

12.3.1 Infertilité, grossesse et capacités maternelles

Sylvie évoque tout au long de ses entretiens ses doutes et ses craintes concernant ses capacités reproductives et à donner naissance à terme à un enfant en bonne santé. Ses craintes ont été validées par les médecins qui lui ont diagnostiqué une stérilité. Au cours de la grossesse, elle continue à douter d'elle-même et de la viabilité de son bébé. Les examens médicaux viennent la rassurer de manière très momentanée. D'ailleurs elle a peur que son bébé ne soit handicapé à cause d'une naissance prématurée. Et elle craint qu'il ne lui arrive quelque chose lors de la prise de décision de la vaccination. C'est au deuxième trimestre, que l'angoisse est la plus forte, au

moment où elle présente beaucoup de contractions. Même après l'accouchement, elle relate qu'elle ne pensait pas arriver à donner naissance à son bébé et qu'elle éprouve parfois la peur de ne pas réussir à s'en occuper.

Le diagnostic médical vient légitimement déstabiliser Sylvie sur sa confiance en ses propres capacités maternelles et la réalité matérielle est bien suffisante à expliquer ses craintes. Cependant, nous pouvons également faire l'hypothèse que l'angoisse éprouvée par Sylvie soit reliée à une angoisse plus fantasmatique et archaïque, que Mélanie Klein (1928, 1945, 1959) a décrite et qui concerne la question de la validation de la féminité et de la maternité. D'ailleurs, Sylvie parle en termes très limpides, peut-être grâce à la transparence psychique, des angoisses que décrit Mélanie Klein et ses propos illustrent à la perfection ses hypothèses : « J'étais pas supposée être capable d'avoir des enfants, puis dans ma tête c'est toujours resté comme il y a quelque chose qui cloche avec moi... Y as-tu quelque chose qui va pas bien avec moi? Est-ce que je vais être capable de vraiment mener ce bébé là à terme? Est-ce que j'ai cette capacité là? », « quand il sera au monde, je vais m'être prouvée que je suis capable et qu'il n'y a rien qui cloche et que j'ai tout ce qu'il faut pour faire un bébé et le mettre à terme ». Et elle a le sentiment qu'il lui « manque » quelque chose de maternel quand elle observe qu'elle n'éprouve pas la même excitation que son amie à devenir mère.

En effet, d'après Mélanie Klein, la petite fille n'a pas de moyens de se rassurer sur la possession de bons objets internes et elle est renvoyée à la maternité pour que sa féminité et ses capacités maternelles soient validées. Ainsi, elle peut avoir le sentiment, après avoir traversé la phase sadique, que ses objets internes sont soit détruits, soit abîmés ce qui l'angoisse sur sa capacité à mettre au monde des enfants vivants et en bonne santé. Quand Sylvie dit qu'elle a le sentiment qu'elle a quelque chose qui ne fonctionne pas, nous pouvons supposer qu'elle parle ici de son scénario imaginaire et de ses craintes infantiles. Celles-ci ont probablement été mises à mal

d'une part, par les difficultés conceptionnelles puis, par le diagnostic des médecins qui a entériné son incapacité.

Or elle manifeste un fort besoin de trouver de la réassurance du côté d'une figure maternelle. Elle ne peut pas l'obtenir de la part de sa mère qu'elle décrit comme faible et sur laquelle elle ne peut se reposer. Elle va chercher avec d'autres personnes ce soutien : la tante du conjoint, la marraine, la sage-femme, les amies. Elle sent bien que son modèle maternel n'est pas consistant. Nous pouvons nous demander quelle relation elle entretient avec sa mère et quelle représentation maternelle œdipienne elle possède. Celle-ci semble avoir été soumise à un mari exigeant et autoritaire. Comment Sylvie a-t-elle pu construire son identité de fille puis de femme dans ce contexte? Quelle adolescence a-t-elle eue? Nous pouvons observer qu'elle a pu quand même rencontrer un homme qui semble être un bon soutien maternel et qui la rassure.

De plus comme cette grossesse est spontanée, nous pouvons nous demander si les craintes infantiles n'ont pas inhibé la survenue de la grossesse, celle-ci étant d'emblée conflictuelle, ainsi que le conceptualise Sylvie Faure-Pragier (2008), avec sa théorie de l'Inconception. Sylvie dit bien qu'après l'accouchement son angoisse s'effacera car elle se sera prouvée qu'elle est capable de mettre au monde un enfant. C'est bien de ses capacités maternelles qu'elle doute et dont elle a besoin d'être rassurée.

Comment pourrions-nous expliquer la survenue de la grossesse? Comment l'inhibition s'est-elle levée? Peut-être que l'inscription dans un parcours de PMA a permis à Sylvie de se libérer de ses fantasmes d'incapacité maternelle pour un temps. En effet, les consultations en fertilité sont l'occasion de laisser à d'autres, les médecins, le soin de mettre en œuvre la conception. De plus, dans ce contexte, un tiers, qui aide à la conception, peut venir inconsciemment venir valider le désir d'enfant et la position de mère.

12.3.2 La conflictualité avec les figures parentales

Sylvie nous décrit ses parents de manière à ce que nous percevons qu'elle entretient des rapports conflictuels avec eux.

Sa mère est décrite comme une femme qui dans une première partie de sa vie de mère était soumise et isolée. Nous pouvons nous demander si elle n'était pas dépressive quand Sylvie rapporte qu'elle avait peur de l'extérieur et qu'elle ne se sentait pas bien. Par la suite, elle a pu trouver des ressources internes pour se former sur le tard, travailler et se séparer de son mari. Le père de Sylvie est décrit comme un homme qui buvait et qui a fait régner dans sa famille une atmosphère délétère pour tous les membres de la famille. Il était particulièrement dévalorisant tant pour son fils que pour les femmes. La relation du couple parental semblait peu épanouissante pour sa mère.

Sylvie ne peut se laisser aller à la régression et à la dépendance que la grossesse impose car sa mère la considère comme une femme forte qui ne peut être vulnérable. Peut-être est-il impossible pour cette femme de supporter de voir sa fille dans une position qu'elle a elle-même eue lorsqu'elle était plus jeune? Pour Sylvie, il est difficile d'ailleurs de se sentir isolée et dépendante au cours de la grossesse, avec son retrait professionnel. Cette situation la ramène sans doute à cette image de femme faible qu'elle ne veut pas incarner. En post-partum elle regrette de ne pouvoir vivre cette période entourée d'autres femmes et elle se sent seule et « isolée », tout comme sa mère l'était, ce qui est probablement difficile à supporter pour elle.

Concernant son père, c'est au moment de sa première grossesse qu'elle s'autorise à lui faire des reproches et à le tenir à bonne distance d'elle et de son noyau familial. En réalité, il peut plutôt s'agir du règlement de comptes avec la figure infantile si négative et de se libérer de la figure œdipienne si dégradante pour sa place de femme et de mère.

Sans doute que cette conflictualité avec la figure paternelle ressurgit alors qu'elle n'a pas été traitée à l'adolescence. Sa première maternité fait ressurgit toute l'agressivité et les reproches qu'elle ressent envers son père. Elle ne veut pas transmettre ce vécu à son enfant et tente de briser la chaîne de la répétition, ce qui symbolise et entérine sans doute sa transformation identitaire de fille à mère.

Enfin, Sylvie fait preuve d'ambivalence en post-partum entre son besoin d'aide et le fait qu'elle tente de mettre à distance les parents et les beaux-parents, ce qui paraît paradoxal. Elle anticipe avec inquiétude la manière dont chacun va prendre sa place. Nous voyons bien qu'au cours de sa grossesse, elle a justement interrogé sa place et celle de ses figures parentales. Elle ne semble pas encore tout à fait sûre de sa position de mère et tout comme pour l'accouchement elle va devoir poser des limites et marquer son territoire maternel. Ce que son conjoint soutient, semble-t-il. Il est donc beaucoup question, avec les figures parentales d'enjeux de place et de transformation identitaire, marquant le passage de petite fille à femme-mère. Or Les parents œdipiens et de la réalité, n'ont peut-être pas été favorables pour ce processus.

12.4 Résumé

Nous voyons bien encore une fois à quel point la grossesse et la maternité peuvent relever d'enjeux psychiques conflictuels de la période œdipienne.

Le discours de Sylvie illustre parfaitement le concept de transparence psychique et met à jour la conflictualité infantile qui ressurgit au cours de la grossesse. C'est peut-être parce que ce travail psychique est intense que Sylvie parle aussi peu de son bébé. D'ailleurs, le post-partum est vécu difficilement car il n'a pas été anticipé pendant la grossesse et bouleverse profondément Sylvie. Les enjeux conflictuels et l'angoisse qui en a découlé, avaient pris toute la place au cours de la grossesse.

Concernant notre question de recherche, nous observons que le deuxième trimestre est particulièrement riche d'un point de vue psychique. La relation aux figures parentales est conflictuelle et pourrait même invalider son désir de maternité.

L'inscription de Sylvie dans la recherche n'est peut-être pas si anodine que cela. Peut-être cherche-t-elle dans ce cadre un regard valorisant et soutenant? Peut-être a-t-elle aussi besoin d'élaborer les enjeux conflictuels de cette grossesse et avoir un espace de réflexion et où se poser?

CHAPITRE XIII

ANNE-MARIE

13.1 Présentation

Anne-Marie¹¹ a 38 ans, elle travaille dans le domaine de la formation professionnelle. Elle vit en couple avec le père de son bébé depuis quelques années. Elle avait déjà tenté d'avoir un enfant au cours d'une relation précédente. Anne-Marie est enceinte pour la septième fois. Elle a subi précédemment six fausses couches inexplicables d'un point de vue physiologique. Les fausses couches avaient lieu entre la sixième et la dixième semaine de grossesse. Pour cette grossesse elle a entrepris un suivi en fertilité qui a été interrompu dès l'annonce de sa grossesse.

Elle relate qu'elle a vécu à partir de ses 4 ans dans une communauté sectaire, pendant plusieurs années. Elle entretient des relations distantes avec ses parents. Elle a un frère.

Anne-Marie a été recrutée au centre des naissances du CHUM et est interviewée par Nicole Reeves.

Les entretiens sont riches car elle explore son vécu particulier de la grossesse, en lien avec son historique de fausses-couches; et ses relations à ses parents en lien avec son histoire infantile. Le matériel recueilli nous permet d'élaborer plusieurs hypothèses

¹¹ Anne-Marie a fait l'objet d'un article que nous avons publié dans la revue *Filigrane* (Chassot *et al.*, 2015), dans lequel elle apparaît sous le nom de Thétis. Nous nous sommes largement inspirée de notre article pour élaborer ce profil clinique

concernant notre question de recherche et également des pistes de réflexions concernant le désir d'enfant et la conflictualité psychique.

13.2 Analyse de discours – Argumentation

13.2.1 Discours

Le thème principal du premier entretien est celui du déroulement de la grossesse notamment en lien avec l'anxiété qu'elle vit due à son « historique ». Ce thème revient de manière récurrente au fil de l'entretien, en boucle fermée. Celui de l'entourage familial et amical n'apparaît qu'une seule fois à l'occasion d'une question de la chercheuse. Il est peu développé. Le thème du bébé est absent.

Au niveau du discours, nous observons un retour constant à la question du stress, de l'anxiété, de l'inquiétude. Chaque proposition explique et justifie le stress : « l'historique prend toute la place ». Le discours tourne en boucle sans qu'il n'y ait d'ouverture. De sorte que nous avons l'impression que l'entretien est une rumination anxieuse.

Quand Anne-Marie aborde la question du suivi avec sa gynécologue, en fin d'entretien, la dynamique du discours se transforme. Le discours est empathique, incarné émotionnellement, beaucoup plus vivant et dense. Puis il prend la forme de la plainte, de la colère, de la bataille, de l'action quand elle évoque le suivi médical et la manière dont elle a dû être proactive pour obtenir de garder le lien avec sa gynécologue.

Le thème de la famille est le thème central de l'entretien du deuxième trimestre. Anne-Marie raconte son histoire familiale dans un milieu sectaire. Elle se dévoile. Le

thème du suivi médical reprend les sous-thèmes de la famille (besoins, plainte, insécurité, demande).

Anne-Marie commence à évoquer la peur pour son bébé et sa culpabilité. Puis elle parle de son conjoint qui est très protecteur, trop contrôlant et prévoit déjà la difficulté de lâcher sa fille. Spontanément elle parle de son père qui organise la *shower* et le fait qu'il est trop envahissant. Lien associatif se situe entre l'investissement de son mari dans la grossesse et l'investissement de son père pour la *baby shower*. Elle aborde la conflictualité que cela soulève et l'inversion du rôle père-mère. À la faveur d'une question, elle parle de sa mère et évoque son agacement vis à vis d'elle. Elle explique ses relations conflictuelles et distantes par l'évocation de son histoire familiale dans une commune, avec émotion. Enfin à la faveur d'une question sur le suivi médical, Anne-Marie dit son insécurité et son besoin de réassurance, sous forme de plainte contre le « système ».

Au niveau du discours, Anne-Marie commence par une ré-explication de son « historique » et du déroulement de la grossesse, mais elle oriente spontanément l'entretien sur le thème de ses relations à ses parents et son histoire de vie. Elle se laisse guider par les questions et semble avoir du mal à aborder frontalement la question maternelle car cela suscite beaucoup d'émotions. La chercheuse intervient beaucoup pour soutenir le discours. Là encore, la fin de l'entretien est consacrée au suivi médical. Le discours est plus fluide, dense et emprunt de colère et de plainte. Anne-Marie semble évacuer une tension.

Le troisième entretien est pauvre thématiquement. Le thème dominant est celui du suivi médical. Il est initié d'abord par la chercheuse, puis revient spontanément à plusieurs reprises. Le thème manquant est celui de l'accouchement en lui-même. Il est suggéré par Nicole Reeves, mais pas élaboré et au lieu de cela, Anne-Marie reprend à nouveau ses réflexions sur le suivi médical.

Anne-Marie commence par parler de sa grossesse et du fait qu'elle et son mari se préparent au changement de vie d'après la naissance. Elle digresse ensuite sur la question de la préparation matérielle, de manière très plaquée et pauvre ce qui nous indique qu'il s'agit éventuellement d'une tentative de diversion. Anne-Marie aborde ensuite un sujet central qui est celui de la présence de sa mère à l'accouchement et se justifie beaucoup de son choix de l'en écarter, ce qui pourrait la décevoir. Elle parle ensuite, à la faveur d'un fil associatif, de sa propre déception vis à vis du suivi médical.

Nous observons une alternance entre des moments où le discours est soutenu et orienté, avec des moments de digressions peu intéressantes. Elle n'aborde pas le thème maternel spontanément. Elle commence par répondre à la chercheuse que tout va bien pour finir par dire que « par contre » sa mère a offert de venir à l'accouchement, ce qui lui permet d'aller un peu plus loin. La progression est lente, à pas feutrés et plutôt défensive. Puis le discours est plus dense, plus fluide et plus investit émotionnellement quand le thème du suivi médical est abordé.

Enfin l'entretien du post-partum est thématiquement pauvre. Le thème de la maternité revient à deux reprises et est l'occasion d'une élaboration plus importante. Anne-Marie parle très succinctement de la famille, encore plus succinctement, voire même de manière étonnamment laconique de sa fille.

L'entretien se fait au téléphone et semble peu confortable pour la chercheuse peut-être parce qu'elle entend mal. Le discours est peu dynamique et il s'agit surtout de questions-réponses. Mais il semble que la chercheuse l'amène sur des questions qu'Anne-Marie ne veut pas aborder tant les réponses sont parfois courtes, notamment concernant le bébé. Par contre Anne-Marie semble avoir besoin de livrer ses difficultés maternelles, pour soulager sa tension et montre son besoin d'être écoutée et accompagnée. Ainsi ce thème revient spontanément deux fois au cours de l'entretien et surtout, alors que la chercheuse clos l'entretien, Anne-Marie le relance

sur son vécu. Le discours est contrôlé par la chercheuse, mais quelque chose tente de s'exprimer.

Finalement, nous voyons qu'à chaque entretien de grossesse, Anne-Marie évoque son besoin de trouver dans le suivi médical, une relation suivie et empathique. Ce thème est nourri et exprimé de manière très investie émotionnellement. Il est repris dans un discours plaintif voire même au troisième trimestre par un discours résigné, mais toujours emprunt de colère.

En parallèle de sa relation au suivi médical, à partir du deuxième entretien, Anne-Marie évoque sa relation particulière à ses parents en relatant son histoire personnelle et en particulier son enfance dans un groupe sectaire et sa séparation avec eux. Anne-Marie décrit ses difficultés relationnelles avec sa mère et son père, mais de manière plus prudente que lorsqu'elle parle de sa relation aux professionnels.

Enfin, l'entretien du post-partum ne reprend plus aucun des deux thèmes principalement abordés en cours de grossesse. Anne-Marie témoigne principalement de sa difficulté maternelle à s'occuper de son bébé qu'elle n'avait pas imaginé si dépendant. Elle parle très peu de son bébé au cours des entretiens. De même, nous savons peu de choses concernant sa relation à son conjoint, à moins que la chercheuse ne lui pose des questions.

13.2.2 Les mécanismes de défenses

Anne-Marie se livre et expose le vécu psychique de sa grossesse, de manière inégale selon les entretiens, le deuxième étant particulièrement riche concernant notre question de recherche. Au cours de cet entretien, nous avons le sentiment qu'elle se dévoile et que les défenses sont plus perméables. Elle semble avoir tissé une relation de confiance avec la chercheuse au premier entretien lui permettant de parler

librement de son histoire pourtant traumatique. Cependant son discours est scandé de rires défensifs, de tentatives de rationalisation et de minimisation, ce qui nous indique à quel point la question de la relation à ses parents est un sujet douloureux. Et plus particulièrement sa relation à sa mère qu'elle tente de ne pas aborder et qui à chaque fois est minimisé ou banalisé.

D'ailleurs concernant sa relation à ses parents, elle évoque une modalité défensive de l'ordre du déni d'affect : « un de ses mécanismes (de protection) ça a été de s'habituer à ne pas avoir besoin d'être en contact avec eux souvent ». Ce qui semble lui avoir permis de mettre à distance un vécu douloureux. Dans les entretiens, nous notons également des dénégations : « non vraiment, tout va bien », « ça va », qui pourrait se traduire par « passez votre chemin, il n'y a rien à voir » alors que précisément cela semble souffrant. Ainsi, Anne-Marie se défend d'une conflictualité évidente.

Elle utilise beaucoup l'humour dans les entretiens. Elle met à distance un vécu douloureux par ce procédé. Par exemple quand elle dit : « je fais trois grossesses par ans, j'ai pas de problèmes pour tomber enceinte », concernant ses fausses-couches.

De plus, elle emprunte un discours plaintif et revendicatif quand elle parle du suivi médical. Ainsi, elle se protège de ses déceptions et de son besoin de réassurance et de contenance qu'elle n'exprime pas de manière manifeste.

Malgré ces stratégies défensives, l'émotion et la conflictualité sont apparentes notamment par une désorganisation du discours, des éléments non verbaux trahissant la désorganisation émotionnelle (hésitations, silences, râclement de gorge, bégaiement, soupirs, voix qui tremble). Et ceci de manière très marquée lorsqu'Anne-Marie évoque son enfance et sa séparation avec ses parents et ses difficultés actuelles avec ses parents et surtout sa mère.

13.2.3 La mère

Anne-Marie ne parle de sa mère qu'au deuxième et au troisième entretien. Pour l'évoquer, elle a besoin d'être soutenue dans son discours par de nombreuses questions de la chercheuse. Elle n'en parle qu'après avoir présenté son père de manière digressive, et quand la chercheuse la ramène à cette figure si importante qu'elle ne semble pas vouloir aborder de front. D'ailleurs, le discours est défensif, Anne-Marie hésite, se râcle la gorge, utilise le rire et l'humour pour mettre à distance les émotions que l'on perçoit d'emblée difficiles et douloureuses. Anne-Marie fait un détour par son histoire familiale pour justifier de la « distance » entre elle et ses parents. Sa voix tremble quand elle aborde son enfance et sa vie dans la communauté sectaire. Elle dit pouvoir rester longtemps sans joindre ses parents car « un de ses mécanismes (de protection) ça a été de s'habituer à ne pas avoir besoin d'être en contact avec eux souvent ». Ainsi, plutôt que de vivre la douleur du manque et de la frustration, Anne-Marie semble avoir mis en place ce type de défense pour contenir les affects dépressifs.

Elle dit d'abord que ses parents s'impliquent mais rectifie tout de suite après en précisant que sa mère est moins présente du fait de ses séjours en Floride. Ainsi, elle minimise et justifie le manque d'investissement de sa mère, comme pour mettre à distance le vécu subjectif douloureux envers sa mère. Elle remarque en souriant que sa mère l'appelle plus souvent qu'elle ne le fait à présent. Le revirement de situation qui fait que c'est elle à présent qui a besoin de l'appeler, est présenté en souriant.

Anne-Marie n'exprime pas de façon manifeste de la colère ou du ressentiment envers sa mère qui « risque de manquer » sa grossesse et son accouchement, mais elle lui fait remarquer de manière agressive sa responsabilité, sans indulgence et sans la dédouaner comme sa mère semble l'espérer.

Ben! c'est ta décision. Tu pars pour six mois, fait que c'est sûr qu'en d'dans six mois, ma belle-soeur va avoir cinquante ans, c'est sûr qu'y'a plein d'choses qu'a va manquer. Ça fait partie du [respire] mais .. on dirait qu'a.. a voulait comme que j'la rassure dans son choix d'partir des.. Non! là! Ben t'sais, c'est correct que tu t'en ailles [rire retenu] mais c'est juste j'peux pas te dire ah ben c'est pas grave, tu vas manquer toutes les étapes. Ce s'rait l'fun que tu sois là pour les voir. Et si t'es pas là ben r'garde.

Au troisième entretien, l'objet de la difficulté relationnelle réside dans le fait de devoir annoncer à sa mère qu'elle ne souhaite plus qu'elle assiste à son accouchement. En effet, Anne Marie a été très touchée lors d'un cours de préparation à l'accouchement dans lequel l'infirmière a développé un discours sur le noyau familial et le moment privilégié de l'accouchement comme d'une rencontre à trois. Anne-Marie a finalement changé d'avis et décide de ne pas accepter la présence de sa mère à ce moment là. Là encore pour évoquer ce point, Anne-Marie avance à pas feutrés. Elle n'aborde pas le sujet spontanément. À la question de Nicole Reeves concernant sa mère, elle dit qu'elle n'a pas d'attentes envers elle pour finalement évoquer que « par contre » elle a offert d'assister à l'accouchement de sa fille, ce qu'elle ne souhaite plus. Elle aborde la question comme si c'était un non sujet, alors que la suite de son discours est accompagnée de culpabilité et de peine. Elle imagine ce qu'une mère peut ressentir lorsque sa propre fille accouche et elle anticipe sa déception. Ce passage est légèrement dysphorique et moins emprunt d'agressivité qu'auparavant.

13.2.4 Le père une drôle de mère

Spontanément Anne-Marie parle de son père qui organise la *baby shower* et le fait qu'il est trop envahissant à l'occasion d'un lien associatif entre l'investissement de son mari dans la grossesse et l'investissement de son père pour la *shower*. Elle aborde la conflictualité que cela soulève et l'inversion du rôle père-mère.

Le père d'Anne-Marie s'occupe activement de la *baby shower party* de sa fille, ce qu'elle mentionne en soulignant que ce rôle est habituellement réservé aux mères. Elle dit également qu'il est investi de manière très « intense » dans sa grossesse, ce qui lui fait craindre un « envahissement » lors de l'arrivée du bébé. Elle anticipe le fait de devoir s'opposer à ses élans et « poser des limites » avec lui car il pourrait vouloir « s'approprier » son enfant. Elle a déjà observé avec les enfants de son frère les mêmes difficultés concernant son père. Elle espère « qu'il va moins s'accaparer le bébé s'il réside chez elle plutôt que si elle séjourne chez lui » et elle trouve ainsi des astuces pour le tenir à distance, sans toutefois pouvoir lui dire clairement ses craintes. Elle explique ce surinvestissement comme le moyen, pour son père, de « compenser » son absence passée.

Chercheure : Qu'est-ce que vous craignez?

Anne-Marie: Ben qu'il prenne trop d'place pis qui soit envahissant.

C: Il peut être comme ça?

A-M : Ah oui, oui. Mais il habite dans l'Outaouais. Ça c'pas si pire [rire]

C: Y'é pas à Montréal.

A-M: Non. Ça m'sauve [rire].

13.2.5 L'histoire infantile

Du point de vue de son histoire personnelle, au cours du deuxième entretien de recherche, nous apprenons qu'Anne-Marie a vécu dans une communauté sectaire pendant plusieurs années, à partir de ses 4 ans. Elle raconte son histoire avec émotion. Durant cette période, elle a été séparée de ses parents car tous les enfants de la communauté étaient élevés par d'autres adultes nommés « tuteurs ». Anne-Marie explique que l'objectif de la communauté était de « briser les patterns et recréer un peuple où tout le monde serait frères et sœurs ». Elle a vécu en collectivité, dans un groupe d'une trentaine d'enfants, élevés par des tuteurs qui changeaient périodiquement.

Anne-Marie a donc vu ses parents à une fréquence d'une fois par an, voire tous les deux ans, mis à part lorsque ceux-ci ont été eux-mêmes tuteurs de son groupe. De plus, tous les ans pour la période des fêtes, elle rejoignait ses grands-parents. La relation avec ses parents « n'a donc pas été tissée serrée », dit-elle. Anne-Marie appelle encore aujourd'hui ses parents par leurs prénoms. Ils sont à présent séparés. Elle entretient avec eux des relations distantes.

13.2.6 La grossesse et le post-partum

Anne-Marie est enceinte pour la septième fois. Elle a commencé un suivi en fertilité mais comme elle est tombée immédiatement enceinte, elle poursuit son suivi de grossesse au sein du centre de naissances du C.H.U.M.

Anne-Marie parle peu de sa grossesse tant d'un point de vue psychique que physique.

Au premier entretien son « historique (de fausses-couches) prend toute la place ». Elle est très anxieuse en ce début de grossesse, car c'est à cette période qu'elle perdait habituellement ses fœtus, pour les six précédentes grossesses. Elle fait l'hypothèse qu'à cette période, « c'est dans l'implantation du bébé que quelque chose ne se passe pas ». Or à six semaines de grossesse, elle a eu des saignements, alors même que son conjoint venait de partir pour un voyage. Elle a reçu de l'aide de ses amis et lorsqu'elle a consulté un médecin, ils ont constaté que la grossesse se poursuivait normalement. Elle se sent émotionnellement fragile et elle a peur que le stress ne soit mauvais pour le bébé. Elle s'inquiète de sa normalité. Elle se rassure concernant la grossesse en constatant qu'elle a dépassé les semaines critiques et qu'elle rentre dans une « zone de normalité » pour le bon déroulement de la grossesse. Elle éprouve des difficultés dans son travail avec sa grossesse car elle n'arrive pas à trouver le bon équilibre d'investissement professionnel. Elle aimerait être tout entière tournée vers le

bébé et la grossesse, mais au travail elle n'arrive pas à ne pas être investie « à 150 pour cent ».

Au deuxième trimestre, Anne-Marie a dû faire une amniocentèse et a éprouvé beaucoup de stress concernant cet examen car s'il était arrivé quelque chose au bébé elle « s'en serait beaucoup voulu ». Elle a appris qu'elle attendait une petite fille. Au départ son conjoint aurait préféré un garçon, mais elle dit qu'il s'est très vite investi dans la grossesse. Il est même très « contrôlant » et « protecteur », ce qu'elle a du mal à supporter.

Au troisième trimestre, Anne-Marie aborde principalement les inconforts physiques de la fin de grossesse et la préparation matérielle de l'arrivée du bébé. Elle entrevoit les changements que la naissance de sa fille va apporter dans sa vie. Son conjoint est parti en voyage et elle a dû s'occuper seule du déneigement. Elle a eu peur d'en faire trop. Et elle admet qu'elle ne voudrait pas accoucher sans son conjoint.

Concernant la maternité et son bébé, Anne-Marie indique que devenir mère « l'a longtemps stressée ». En début de grossesse, elle craint de perdre le bébé à tout moment. « Dans (sa) tête c'est impossible d'avoir une grossesse normale ».

Au deuxième trimestre, elle s'inquiète surtout de savoir s'il sera « normal » et elle a peur que ses angoisses se répercutent sur le bébé. Enfin au dernier trimestre, elle explique ne pas avoir de références concernant la relation parent-enfant et se dit principalement préoccupée par l'instauration des limites et par les enjeux éducatifs avec son futur enfant. Elle compte sur son conjoint pour « s'occuper de la discipline et de tous les éléments parentaux ».

Le bébé a 4 mois ½ lors de l'entretien post-natal. Anne-Marie a accouché par césarienne au bout de douze heures de travail. Le bébé ne descendait pas. Elle ne comprend pas pourquoi les médecins ont mis autant de temps à choisir la césarienne

car elle a le sentiment d'avoir souffert inutilement pendant 12 heures. Elle en parle sur un ton de reproche.

Les premiers jours, elle et son conjoint ont décidé de les passer seulement tous les trois « pour s'intégrer ». Puis ils ont eu le rhume et avec la menace de grippe (H1N1) ils ne voulaient voir personne et avaient peur de la contamination.

Ensuite seulement ils ont eu de la visite. Sa mère est venue quand sa fille avait 1 mois. Finalement cette période de réclusion, « ça a permis de consolider le noyau » et les visites « s'ajoutent à quelque chose de déjà solide ».

Concernant son vécu, Anne-Marie dit qu'elle était moins prête à la maternité qu'à la grossesse. Elle avoue regretter sa bedaine de femme enceinte. De plus elle s'est confrontée au fort besoin de dépendance du bébé et elle s'est sentie dépassée. Elle dit « qu'il faut qu'elle donne ce qu'elle n'a pas l'habitude de faire, à être disponible à quelqu'un d'autre ». Elle a éprouvé un sentiment de perte de liberté. Mais elle minimise ses propos lorsqu'elle dit qu'en regardant sa fille elle oublie ces contraintes.

En fin d'entretien elle évoque spontanément le retour de son conjoint au travail. Le fait de se retrouver seule avec un bébé était « insécurisant ».

13.2.7 Le suivi médical

Anne-Marie fait part de sa forte anxiété de début de grossesse en regard à son « historique » de fausses-couches et de son fort besoin « d'être prise en charge », par un univers médical dans lequel elle se sent peu soutenue. Elle évoque la période des premières semaines de grossesse comme une période de « vide » dans le système médical, pendant laquelle elle se sent « lâchée ». Dans le cadre du suivi de grossesse habituel, Anne-Marie ne bénéficiait pas de rencontres médicales avant le début du

troisième mois de grossesse. Elle se rendait compte de l'arrêt de la grossesse soit par des saignements, soit par l'échographie réalisée à la dixième semaine. Anne-Marie avait l'impression que « le système la lâchait » lors des premières semaines de la grossesse et « d'être dans le vide » car personne ne la suivait d'un point de vue médical. Elle exprime alors le besoin de trouver « une personne à laquelle elle puisse se raccrocher ».

Elle décrit la manière dont s'est déroulée le début de grossesse cette fois-ci, qui est différente des autres grossesses car elle a rencontré une gynécologue qui pour la première fois a fait preuve de sensibilité et d'engagement à son égard. C'est ce médecin qui a constaté sa dernière fausse-couche. Elle lui a proposé un suivi en fertilité. Anne-Marie a eu le sentiment d'être traitée, cette fois-ci, différemment des fois précédentes. La gynécologue lui a paru « sensible » au fait qu'elle avait fait six fausses couches. Elle lui a proposé des traitements, des « solutions » et lui a donné l'impression « qu'elle voulait que ça marche ». Anne-Marie a eu le sentiment qu'elle « s'engageait envers elle, ce qui n'avait jamais vraiment eu lieu auparavant ».

Par la suite, elle présente sa gynécologue comme un médecin en qui elle a toute confiance. Celle-ci, contrairement aux médecins habituels fait preuve de « compassion » envers elle et elle la compare à un « caregiver »; alors qu'elle se plaint du reste de l'équipe médicale qu'elle qualifie de peu empathique et qui ne prend pas en compte la singularité de chaque grossesse et ne favorise pas le lien ou la continuité. Elle trouve difficile de devoir, à chaque rendez-vous, rappeler son historique médical. Elle dit avoir le sentiment de « n'être rien pour les autres médecins ».

Elle évoque ce manque de suivi et d'intérêt pour elle avec colère. Ce thème est constamment abordé de manière véhémence et avec beaucoup d'émotion. Le discours d'Anne-Marie est alors nourri, répétitif et plaintif. Car, à partir du deuxième trimestre, elle est suivie de manière habituelle à l'hôpital. Elle ne revoit plus sa

gynécologue. Le suivi est discontinu car elle change d'interlocuteur à chaque rencontre. Anne-Marie est résignée et déçue du système médical.

13.3 Interprétations

13.3.1 Maternité, fausses-couches et conflictualité psychique.

Il nous a semblé que dans la répétition de certains signifiants, la modalité transférentielle dans la situation de recherche, la manière dont Anne-Marie a livré son histoire, les mécanismes défensifs utilisés, transparaissent certains déterminants de sa vie psychique et fantasmatique qui pourraient faire l'objet d'hypothèses, notamment que les difficultés à faire aboutir ses grossesses pouvaient être l'expression symptomatique d'une certaine conflictualité psychique et en lien avec son histoire si particulière (Chassot *et al.*, 2015).

D'abord du point de vue de la succession des fausses-couches, Anne-Marie parle de son « historique » médical. Ainsi, elle précise que « c'est dans l'implantation que quelque chose ne se fait pas ». Il y a là un défaut d'accrochage. Elle profite ensuite, dans le deuxième entretien, des questions de la chercheuse sur sa relation à sa mère pour aborder son autre « historique », celui de son enfance. Anne-Marie ne s'autorise pas à exprimer la plainte ou la colère, mais elle utilise également un vocabulaire qui met en exergue la question des liens brisés : « la relation n'a pas été tissée-serrée », « distante », « détacher ». Elle réserve donc ce terme à la fois à son histoire de fausses-couches à répétition et à son histoire familiale de rupture et de séparation. Nous pouvons ici déjà mettre en lumière l'utilisation de ce signifiant qui est commun aux deux histoires de pertes. Nous pouvons penser que les fausses-couches et l'histoire traumatique d'Anne-Marie peuvent être liées inconsciemment. Il s'agit pour l'une comme pour l'autre des questions de lien, de perte, de deuil, d'attachement.

Comment a-t-elle pu, à quatre ans, élaborer psychiquement la séparation avec ses parents? Quelles incidences, cet évènement a-t-il eu sur son fonctionnement psychique et notamment la qualité de ses investissements objectaux? Le travail psychique de réélaboration des images parentales, lors de la séparation, a-t-il eu des répercussions sur la construction de son identité maternelle ?

Nous ne disposons pas d'éléments concernant la qualité de ses expériences d'attachement antérieures à la séparation, ni celle des figures d'attachement de substitution. Cependant, la séparation prolongée d'Anne-Marie avec ses propres parents peut-être considérée comme un traumatisme. Et celui-ci a peut-être été l'occasion d'un deuil ambivalent de ses figures parentales et a eu des conséquences sur ses qualités d'attachement, son estime personnelle et son scénario infantile œdipien.

Ainsi, nous avons relevé, dans son discours, quelques éléments psychiques et des mécanismes de défense en lien avec son histoire traumatique : la minimisation des besoins d'attachement, voire le déni d'affects (« j'ai appris à me détacher »), des angoisses de séparation et d'abandon (lors des absences de son conjoint ou à propos du système médical qui la « lâche ») et une sécurité intérieure fragile (ne dit-elle pas à plusieurs reprises qu'elle se sent « insécure »?). Nous observons également qu'elle utilise un vocabulaire riche et imagé relatif à l'attachement : « lâché », « vide », « tissé serré », « attacher », « raccrocher », « détachée », « lien ». Ces signifiants venant illustrer ses difficultés du côté de ses modalités d'attachement et d'investissement objectal. Or c'est au moment de « l'implantation » ou de l'accrochage du fœtus, lorsqu'elle est laissée à l'abandon par le système médical, que « quelque chose ne se passe pas » selon elle. Soit que l'embryon ne s'accroche pas, de la même manière qu'elle ne peut se « raccrocher » à quelqu'un à cette période du suivi, soit qu'elle ne puisse recevoir cet embryon et ne le retient pas. Dans cet

accrochage qui ne se fait pas, ni pour l'embryon, ni pour elle, peut-être ne peuvent-ils venir à existence, ni l'un ni l'autre, en tant que mère et en tant que bébé?

Pour Anne-Marie, nous pouvons éventuellement interpréter la répétition des fausses-couches, comme la difficulté à établir un lien avec l'enfant qui ne soit pas mortifère et conflictuel. L'utérus serait comme un filet qui laisserait échapper les fœtus, car les liens seraient trop lâches ou trop conflictuels.

De plus, la succession des échecs de grossesse pourrait éventuellement entériner son sentiment d'incompétence maternelle et invalider son désir de maternité, si nous reprenons la théorie de Sylvie Faure-Pragier (1997, 2008). En effet, quels effets, les fausses-couches à répétition, pourraient-elles avoir causé sur le scénario imaginaire d'Anne-Marie et son désir de maternité ? Nous pouvons faire l'hypothèse, que les fausses couches successives ont mis à mal son désir inconscient de maternité illustrant *le mécanisme récursif*¹² qui lie étroitement les éléments organiques au vécu psychique. Elle dit à ce sujet que, pour elle, il était impensable « d'avoir une grossesse normale ». La succession des échecs a peut-être creusé la faille narcissique déjà béante d'Anne-Marie et pourrait avoir réveillé un sentiment de castration et de persécution par l'image maternelle archaïque toute puissante, favorisant la régression. Si l'on reprend les déterminants psychiques de *l'inconception*¹³ alors nous pourrions considérer les fausses couches comme une modalité défensive vis-à-vis de la relation fantasmatique ambivalente à la mère archaïque. Tout ceci relevant d'inférences hypothétiques s'appuyant sur la théorisation de Sylvie Faure-Pragier. Nous pourrions comprendre alors que les fausses-couches réveilleraient toute une fantasmatique archaïque et que les défauts organiques et la conflictualité psychique s'entretiendraient à la manière d'un cercle vicieux infernal. Jusqu'à cette septième grossesse.

¹² Sylvie Faure-Pragier, 2008.

¹³ Sylvie Faure-Pragier, 1997.

Finalement, nous pouvons nous demander de quelle manière la séparation et le deuil ont-ils pu influencer la construction psychique de l'identité maternelle d'Anne-Marie ? Les enjeux identitaires soulevés par la mise en route de tout projet d'enfantement, et les processus identificatoires à l'image maternelle cruciaux à cette période semblent particulièrement problématiques pour elle. À propos de l'identification à l'image maternelle, transparaissent dans son discours des affects ambivalents et une agressivité difficilement refoulée à l'égard de sa mère. Aux questions « quelle mère ai-je eu ? Quelle mère vais-je être ? » Anne-Marie se confronte à un vécu souffrant et carencé. De quelle manière a-t-elle, à la suite du traumatisme psychique de la séparation, remis à jour ses identifications aux figures parentales archaïques ? Nous pouvons imaginer que le vécu d'abandon de la part de ses parents ait pu entraîner des difficultés narcissiques et un vécu dépressif de deuil ambivalent des figures parentales. Le mécanisme défensif de mise à distance des affects tel que nous l'observons au cours des entretiens et dans son discours, cache une réelle angoisse concernant la question des identifications maternelles.

Ces questions identificatoires se retrouvent également dans le rapport conflictuel qu'elle entretient avec sa mère au cours de la grossesse et sa difficulté à lui faire part de ses besoins, ainsi que dans l'investissement du fœtus. Dans ce cadre, Anne-Marie ne peut se laisser aller à la régression et à la passivité, induites par la grossesse. Le deuil de la figure maternelle pendant son enfance complexifie probablement la construction de sa maternité. Jusqu'à l'hypothèse du refus inconscient de la position parentale qui s'actualise dans ses fausses-couches, si la séparation et le deuil n'ont pas été suffisamment élaborés. Elle compte d'ailleurs sur son conjoint pour exercer une fonction parentale structurante pour leur enfant. Le passage de l'identité de fille de sa mère à celle de mère de son enfant paraît donc assez conflictuel et dépressogène, voire même invalidant pour le désir de grossesse.

13.3.2 Conflit de dépendance et relation à sa mère

Anne-Marie semble éprouver une certaine conflictualité concernant les enjeux de régression et de dépendance que la grossesse implique. C'est le cas nous semble-t-il par rapport au suivi médical, pour lequel elle exige une attention particulière et constante, qu'elle ne trouve pas et dont elle se plaint avec force. Le système médical ne semble jamais assez sécurisant et soutenant. D'ailleurs elle se plaint de la manière dont s'est passé l'accouchement et du fait que les médecins aient attendu 12 heures avant de prévoir la césarienne. Or pour un premier accouchement le temps de travail est tout à fait habituel.

Nous l'observons également avec son conjoint. Celui-ci est investi dans la grossesse d'Anne-Marie bien que son désir d'enfant ne fût pas impérieux. Il se révèle au cours de la grossesse un peu trop « contrôlant » avec elle, mais surtout très « protecteur ». Néanmoins, il part faire un voyage de deux semaines au moment habituel des fausses-couches d'Anne-Marie, ce qui nous questionne sur la fiabilité de son rôle de soutien maternel et son investissement dans la maternité de sa compagne. Anne-Marie n'arrive pas à exprimer ses besoins d'attention avec lui et le trouve soit trop présent, soit pas assez. Elle a d'ailleurs peur d'accoucher lorsqu'il n'est pas là et en début de grossesse elle présente des saignements au moment de son départ en voyage.

Les relations d'Anne-Marie avec son père se font également, au cours de la grossesse, sur un registre conflictuel mais qui là encore a du mal à s'exprimer. Anne-Marie parle de son père de manière moins affectée que lorsqu'elle parle de sa mère. Elle parle de lui à la seule occasion du deuxième entretien. Nous relevons avec son père des enjeux de rivalité, d'appropriation et de respect de ses choix et de sa place de mère. Cette modalité relationnelle peut paraître assez inhabituelle puisque généralement c'est avec la mère que la rivalité est la plus évidente et fréquente. Anne-Marie, elle-même, constate un positionnement paternel dans sa grossesse, très particulier voire même

anormal. Nous constatons à nouveau une inversion des rôles celui-ci concernant non plus la relation mère-fille, mais la relation père-mère.

Concernant les conflits d'investissement et la dépendance, nous les remarquons aussi envers sa relation au travail, qui est soit trop excessive, soit pas assez.

Enfin, la dépendance de son nourrisson en post-partum est très difficile à supporter pour elle. Elle dit ne pas avoir eu l'habitude de penser à s'occuper de quelqu'un d'autre.

Or, peut-être que ces conflits de dépendance prennent racine dans son expérience de bébé et de petite fille dans le lien d'attachement avec sa mère. Anne-Marie semble entretenir une relation conflictuelle avec sa mère et très ambivalente concernant le besoin d'aide et de soutien.

Elle manifeste une certaine hostilité envers elle, notamment quand elle explique leur relation actuelle et le fait que sa mère soit si peu investie dans sa grossesse et auprès d'elle. Elle se positionne comme celle qui ne donne pas à sa mère ce qu'elle recherche et notamment une réassurance concernant son choix d'aller en Floride. Nous pouvons interpréter cette position agressive comme une façon pour Anne-Marie de se venger de sa mère, et d'inverser ainsi les liens de dépendance. Elle pourrait dire en substance : « tu veux que je te donne mon assentiment, mais tu ne l'auras pas. C'est bien fait pour toi ». Cette attitude sadique se nourrit d'une blessure, qui sans doute prend sa source dans l'histoire relationnelle d'Anne-Marie avec sa mère.

Anne-Marie a sans doute vécu la séparation avec sa mère comme une blessure narcissique et un traumatisme. Elle n'a pas pu exprimer à ce moment sa colère et celle-ci réapparaît dans leur relation actuelle, dans laquelle Anne-Marie, maintenant adulte a repris une certaine forme de contrôle et peut inverser les liens de dépendance. Elle peut être sadique envers sa mère. Sadisme dont elle a été la victime enfant.

Concernant sa mère, Anne-Marie soulève également des enjeux d'investissement et d'engagement. Les rôles sont inversés avec cette dernière, car elle apparaît comme une personne immature et infantile qui demande à Anne-Marie de la soutenir dans ses choix (notamment de départ en Floride). D'autre part cette ambivalence se retrouve pour la question de la présence de sa mère à l'accouchement. Elle accepte d'abord sa présence lors de son accouchement puis finalement la lui refuse. Mais ce refus est source de dysphorie plus que de jubilation sadique.

Anne-Marie ne peut pas trouver, semble-t-il, en sa mère une figure maternelle étayante et rassurante. Elle doit ainsi prendre le rôle de mère avec sa mère en même temps que de mère avec son bébé ce qui peut mettre en exergue un conflit de dépendance. Les femmes enceintes ont, au cours de leur grossesse, besoin de pouvoir régresser et de se faire contenir psychiquement.

En parlant de sa mère, Anne-Marie dit : « j'ai appris à me détacher ». Seulement ce détachement est emprunt de chagrin et de rancœur. Elle semble avoir été forcée à se détacher de par les circonstances. Nous pouvons imaginer à quel point cela doit être difficile pour une petite fille de quatre ans de renoncer à l'amour maternel. Nous percevons les oscillations entre le besoin de cet amour, l'agressivité et le déni d'affect. Cette ambivalence se retrouve peut-être à la faveur de la grossesse dans son besoin d'étayage maternel et en même temps la mise à distance de sa mère. D'un côté elle se venge de sa mère et de l'autre, elle désire toujours qu'elle soit à la hauteur de ce qu'elle aurait aimé.

Anne-Marie ne s'autorise pas à dire qu'elle manque de réconfort maternel et cela transparait à la fois de manière dysphorique et agressive. Elle semble ne pas pouvoir se laisser aller à la dépendance et la régression, ni avec sa mère, ni avec l'équipe médicale, ni avec son entourage proche.

13.3.3 Besoin de réassurance et d'étayage

Il nous semble que si Anne-Marie s'est inscrite dans le projet de recherche, c'est qu'elle y a trouvé quelque chose pour elle. D'ailleurs, elle a très bien investi l'espace des entretiens.

La réalité de la succession des fausses couches peut bien évidemment suffire à expliquer la si grande vulnérabilité psychique d'Anne-Marie au cours de la grossesse. Nous observons cependant également toute une fantasmagorie archaïque qui peut facilement s'engouffrer dans la brèche de ses aléas biographiques.

Pour cette septième grossesse, Anne-Marie met peut-être en place un filet relationnel, médical et psychologique pour ne pas se sentir « dans le vide » et abandonnée en ce début de grossesse. Elle dit à plusieurs reprises au cours des entretiens avoir besoin d'être écoutée, et de ne pas être obligée de répéter son histoire, à chaque fois, à une nouvelle personne. Elle a besoin d'établir une relation de confiance avec les soignants et qu'ils manifestent leur implication et leur compassion. Elle demande activement à être suivie par la gynécologue rencontrée lors de la précédente fausse-couche. Elle semble avoir trouvé dans le regard et la compassion de la gynécologue un reflet contenant et positif qui marque un tournant dans son projet d'enfantement. Elle est en mesure de s'identifier à cette femme comme à une bonne mère idéalisée qui lui montre son désir de réussite et qui ne l'abandonne pas.

De plus elle accepte de participer à la recherche en périnatalité et donc de participer à 4 entretiens tout au long de sa grossesse et en post-partum. Ceci lui donne l'occasion de parler de son histoire et d'exprimer ses difficultés notamment concernant ses relations avec ses parents, son lien avec son bébé, ses questionnements sur ses compétences maternelles et ses besoins de dépendance; et surtout d'élaborer ou de mettre en mots pour la première fois son histoire traumatique de séparation et de deuil. Elle en parle de manière souvent défensive utilisant l'humour et la mise à

distance par le rire, la minimisation ou la rationalisation. Surtout lorsqu'elle aborde son « historique » familial. Une tension accompagne chacun de ses entretiens et son discours a besoin d'être soutenu et étayé par la chercheuse. La palette émotionnelle est large mais la colère et la plainte sont particulièrement présentes notamment concernant le système médical qui est un thème qui revient en boucle dans tous les entretiens d'Anne-Marie en pré-partum.

Il nous semble que la motivation inconsciente d'Anne-Marie, réside dans le fait d'établir des liens et un filet relationnel « tissé serré », qui lui permettra cette fois de tisser des liens avec son bébé et de poursuivre sa grossesse. Elle laisse transparaître un grand besoin d'étayage et de réassurance. Elle trouve dans les entretiens de recherches un lieu d'écoute et d'élaboration qui lui permet de mettre en lien et en mots ses difficultés et son histoire.

13.4 Résumé

Anne-Marie a une histoire particulière marquée par une enfance dans une secte et la séparation probablement traumatique avec ses parents. Elle entretient habituellement, avec eux, une relation distante visant à « se protéger » sans doute d'une blessure narcissique et relationnelle encore souffrante. Mais au cours de la grossesse, nous remarquons la résurgence d'une conflictualité à leur égard. Elle dit qu'elle éprouve le besoin de les tenir à distance de son « noyau » et qu'elle craint un envahissement et une intrusion de leur part surtout qu'il y a un précédent familial avec son frère qui a vécu des difficultés relationnelles avec ses parents lorsqu'il est devenu père.

Les relations aux figures parentales se font donc, au cours de la grossesse, sur un registre conflictuel qui diffère avec la mère et le père.

Concernant notre question de recherche, nous constatons que la grossesse est l'occasion d'une réélaboration des relations aux figures parentales et notamment maternelle avec toute la question du modèle maternel, de l'identité maternelle et de l'identification au bébé. D'ailleurs il est frappant de voir combien ces enjeux sont importants et de constater la différence de place accordée à la mère et au bébé dans son discours, celui-ci étant extrêmement peu présent dans les entretiens prénataux.

De plus, nous voyons à quel point l'entretien du post-partum est différent des entretiens de grossesse. Il est celui de la réalité. Or cette réalité semble avoir été très peu préparée tant d'un point de vue fantasmatique que d'un point de vue pragmatique. Anne-Marie nous dit combien elle ne s'attendait pas à ce bouleversement et à la dépendance de son bébé. Elle précise qu'elle regrette sa bedaine et donc le temps de la fusion mère-bébé lorsqu'il était encore très imaginaire.

En pré-partum, nous voyons combien toute la fantasmatique archaïque concernant l'imago maternelle ne laisse pas de place à une élaboration sur le bébé à venir et les changements de vie, ce qui laisse la jeune mère au dépourvu et en proie à un sentiment d'insécurité. Une insécurité qui peut-être aussi pour Anne-Marie celle de ses compétences maternelles car elle se trouvait mal outillée pour cela dès la grossesse et les déléguait à son conjoint. Au moment où il a repris le travail elle s'est ainsi sentie très seule et incertaine.

CHAPITRE XIV

SYLVIE-NICOLE

14.1 Présentation

Sylvie-Nicole est une femme de presque 40 ans, mère de deux garçons de 14 et 2 ans de deux pères différents. Elle est travailleuse indépendante. Elle a vécu sa première grossesse seule et s'est séparée du père de son fils lorsqu'il avait à peine un an. Le bébé est né prématurément après une fin de grossesse à risque d'accouchement prématuré en raison de fortes contractions. Son garçon est suivi médicalement de près pour une maladie chronique. Le père de son fils cadet et du bébé a vécu un deuil périnatal avec une autre conjointe. L'accouchement de son deuxième garçon a été difficile car Sylvie-Nicole a subi un déchirement de la vessie après une césarienne. Son fils est né également prématurément et a été admis en néonatalogie. Elle a été séparée plusieurs heures de son bébé à la naissance puis elle a dû s'en occuper seule, sans aide, une fois à la maison.

Sylvie-Nicole est très suivie, depuis longtemps, pour des problèmes gynécologiques et a subi plusieurs interventions chirurgicales, avec son médecin gynécologue accoucheur qui est une femme.

Elle révèle au cours des entretiens une enfance carencée et avoir subi des violences sexuelles. Elle a rompu les liens avec sa mère depuis près de dix ans.

Sylvie-Nicole est interrogée par Nicole Reeves. Elle a été recrutée au CHUM, lors de la réunion d'information collective, organisée par les infirmières.

Au cours des entretiens, Sylvie-Nicole se livre en toute confiance sur son vécu traumatique et expose les liens entre son histoire et la relation qu'elle tisse avec sa fille. Le matériel est donc très riche et l'écoute des interviews très émouvante.

14.2 Analyse de discours – argumentation

14.2.1 Discours

Au premier entretien, Sylvie-Nicole aborde surtout sa situation familiale et ses précédents accouchements qui ont été tous les deux traumatiques. Le vécu psychique de la grossesse est le thème principal de cet entretien avec pour particularité qu'il est abordé en comparaison constante avec ses deux premières grossesses.

Pendant l'entretien, elle est très volubile et se livre beaucoup en abordant des sujets intimes. À l'entendre nous avons l'impression qu'elle prend beaucoup de plaisir à parler d'elle et à être écoutée. Son discours est logorrhéique, peu organisé et peu clair. Il est facile de se perdre dans la chronologie des faits, dans les garçons, les conjoints, les grossesses. Le discours progresse peu, car elle passe du coq à l'âne constamment, et revient à plusieurs reprises sur son vécu traumatique de l'accouchement. Finalement, nous observons qu'elle n'aborde pas beaucoup d'autres sujets que ses précédentes grossesses et ses garçons. La dynamique du discours reflète la désorganisation psychique voire même l'aspect maniaque du débit de paroles. La logique du discours semble être celle de la décharge émotionnelle brute, sans plus d'élaboration.

Au deuxième entretien, Sylvie-Nicole aborde son enfance carencée avec une mère alcoolique et souffrant de problèmes psychiatriques. Le fait d'attendre une fille lui fait remarquer le retour des enjeux relationnels avec sa mère. Elle parle aussi de ses difficultés conjugales et de sa relation avec ses fils. La chercheuse tente à plusieurs

reprises de la ramener à sa grossesse. Elle parle finalement de son vécu psychique en lien avec son histoire. Le discours est désorganisé, incohérent, les phrases restent en suspend. Elle glisse d'un sujet à l'autre sans que nous trouvions une suite dans ses idées, ce qui perd son interlocutrice. Elle parle de son fils et de son conjoint et pour finir, nous ne savons plus qui est le sujet de son discours :

- « ah! Vous parlez de votre conjoint? Je n'avais pas compris... »
(chercheure)
- « je fais du coq à l'âne, excusez-moi »

Le discours est encore une fois logorrhéique. Il n'y a pas de pauses, pas de silences. Elle se laisse entraîner d'une pensée à l'autre et manque de contrôle, et souvent elle paraît débordée. Le discours est dense, et revient sur les mêmes sujets. Nous remarquons un manque d'élaboration. Le discours est canalisé par la chercheure qui tente de la ramener au sujet de l'entretien. Mais à chaque fois elle digresse.

Au troisième entretien, Sylvie-Nicole révèle son vécu traumatique et l'émotion qui en est reliée trouve à s'exprimer. Elle vient ici déposer ses enjeux personnels concernant la maternité et son rôle de mère. Elle parle quasiment uniquement de son histoire et de ses enjeux familiaux. Elle aborde de manière succincte l'accouchement ou encore la grossesse sur le plan physique.

La logique intrinsèque du discours est celle de la décharge émotionnelle et du débordement des affects. La dynamique relève donc du manque de contrôle, du lâcher-prise avec des tentatives ça et là de se réorganiser.

Le discours progresse lentement au départ, par des digressions permanentes, que la chercheure tente de contenir. Puis lorsque Nicole Reeves lui demande de parler de son état moral, Sylvie-Nicole se laisse entraîner par un fil conducteur qui est celui du manque de reconnaissance, puis des carences, puis de son besoin de protéger ses enfants. Alors, le discours se délie jusqu'à une désorganisation émotionnelle lorsqu'elle aborde ses blessures de petite fille. Le flux de parole donne l'impression

d'une montée en puissance, d'un flot qui ne demande qu'à se répandre. Elle finit par pleurer à gros sanglots pendant plusieurs minutes. La chercheuse la contient par ses paroles et son attitude bienveillante. Sylvie-Nicole finit par se reprendre. La rencontre est très émouvante.

En post-partum, la participante revient sur l'accouchement et ses complications. Elle parle également de sa relation avec sa fille. L'entretien est dynamique, Sylvie -Nicole est volubile, plutôt dans des affects positifs. Elle parle sur le ton de la connivence avec la chercheuse, elle à l'air à l'aise et en confiance. Elle digresse mais la chercheuse recadre son discours. Elle aborde spontanément la question de sa mère, puis comme par association d'idée, de sa fille et de ce qu'elle représente pour elle.

L'analyse du discours nous révèle que Sylvie-Nicole ne peut endiguer les émotions et les affects qui surgissent pendant la grossesse, à la faveur d'un retour sur son histoire personnelle et notamment avec sa mère. Elle trouve dans les entretiens le moyen de témoigner de son histoire. Cependant elle est constamment débordée par ses émotions. Le discours est donc en général plutôt désorganisé et digressif. Le fil associatif est difficile à entrevoir. Le discours revient toujours sur son vécu traumatique passé, et peu sur le présent et sur l'avenir.

14.2.2 Mécanismes de défense

Malgré l'utilisation de défenses telles que la rationalisation, la mise à distance par le rire, la minimisation et l'évitement, Sylvie-Nicole est très fortement débordée par ses émotions. Les digressions permettent à Sylvie-Nicole de ne pas aborder son vécu douloureux et elle se cantonne à des sujets futiles plutôt que de parler de son passé ou de la grossesse en elle-même. L'évitement concerne plus particulièrement la grossesse actuelle et sa relation à sa famille d'origine. Elle omet ainsi au premier entretien de parler de ses parents quand la chercheuse la questionne sur son

entourage, ce qu'elle ne relève pas à ce moment là. La dédramatisation par le rire est particulièrement visible au troisième entretien quand elle parle de ses souffrances d'enfant et au dernier entretien, alors qu'elle raconte son accouchement et ses complications qui relèvent d'un vécu difficile. Enfin elle minimise et banalise certains faits, notamment le peu d'aide et de soutien de son conjoint ou sa surcharge de travail et de tâches.

Les défenses sont relativement inefficaces dans la mesure où l'anxiété et la dysphorie ne sont pas contenues. Elle parle ainsi de manière assez logorrhéique, sans filtre (notamment quand elle parle de sa sexualité avec son conjoint au premier entretien), et de manière peu élaborée ce qui fait penser à une décharge émotionnelle incontrôlée et à une défense de type maniaque. Sylvie-Nicole ne supporte pas le silence et le vide. Elle ne s'arrête pas. Elle ne peut être dans l'élaboration et la construction de sens : « je suis plus dans l'action, je suis occupée ce qui fait que je n'ai pas le temps de m'arrêter, de penser que je suis enceinte et que j'ai une fille ».

Elle ne peut se laisser aller à la régression et à la dépendance que requiert ce stade de la grossesse, car il nous semble qu'elle pourrait s'effondrer psychologiquement. D'ailleurs dans la réalité, elle se met en situation d'activisme effréné, entre le travail et ses enfants, ne se laissant pas le temps de profiter de la grossesse, de prendre un congé avant et après l'accouchement. Ainsi, elle investit peu sa grossesse ou de manière défensive puisqu'elle ne prend pas le temps d'y penser ou même d'en parler : « je trouve en ce moment, que je n'ai pas le temps de penser », dit-elle au troisième entretien juste avant de s'effondrer en parlant de son histoire et de son bébé.

Même en entretien, elle ne s'autorise pas à se poser et à élaborer. Lorsqu'elle le fait, au troisième entretien, elle s'effondre et pleure, laissant entrevoir ce qu'elle tente si fort d'endiguer et de contrôler, c'est à dire sa peine et les affects dépressifs.

C'est concernant sa fille et le lien avec sa propre histoire de petite fille maltraitée que l'émotion est la plus forte. Elle fait d'ailleurs un lapsus au deuxième entretien lorsqu'elle se confond avec son bébé en disant : « ça va me faire drôle de tomber dans le rôle de la petite fille » plutôt que de dire : « ça va faire drôle de jouer à des jeux de petite fille ».

La modalité défensive maniaque est très apparente au deuxième et au troisième entretien. Par contre, en post-partum, Sylvie-Nicole semble moins débordée que dans les entretiens précédents.

14.2.3 Son histoire traumatique et carencée et sa relation à sa fille

Sylvie Nicole, au premier entretien, évoque beaucoup ses grossesses passées et semble avoir des difficultés à se projeter dans cette grossesse-ci. Peut-être parce que ses deux autres expériences ont été traumatisantes.

Elle a vécu seule sa première grossesse et elle a accouché prématurément. Pour son deuxième fils, comme son mari avait vécu un deuil périnatal lors d'une précédente union, elle a vécu encore une fois la grossesse relativement seule, son mari ayant des difficultés à s'investir dans la grossesse et à interagir avec le bébé in-utéro. Elle a accouché par césarienne prématurément et sa vessie a été déchirée. Pendant plusieurs semaines elle a dû vivre avec une sonde urinaire et il lui était difficile de pouvoir s'occuper de son bébé, ayant beaucoup de douleurs post-opératoires et celui-ci étant placé en néonatalogie. En post-partum elle n'a reçu aucune aide.

Les grossesses et les accouchements de Sylvie-Nicole sont donc à chaque fois douloureuses et compliquées. Elle a du mal à se reposer et prendre soin d'elle (elle raconte avoir cherché à pratiquer un sport pendant sa première grossesse alors qu'elle

souffrait de contractions) et qu'elle est toujours seule pour s'occuper de ses nouveau-nés.

De plus, elle ajoute qu'elle a subi plusieurs interventions gynécologiques invasives depuis son adolescence. Elle présente une pathologie gynécologique invalidante pour ses grossesses et douloureuse. Ici aussi son corps a été maltraité par de nombreuses chirurgies.

Sylvie-Nicole révèle par la suite, avoir vécu une enfance particulièrement difficile. Elle parle de sa mère avec émotion et retenue. Elle explique qu'elle a coupé les liens avec elle depuis plusieurs années. Sa mère est alcoolique et dépressive, selon elle. Son père a quitté le domicile familial quand elle était jeune. Sylvie-Nicole a pris en charge ses frères et sœurs et n'a pas eu d'enfance. Elle se décrit comme une enfant parentifiée qui devait s'occuper de sa mère en plus de sa fratrie : « j'ai été sa mère trop longtemps », « j'étais mère presque tout de suite à la naissance si on veut », « je n'ai pas été une petite fille, je n'ai pas été une enfant vraiment ». Elle était la première fille de quatre enfants. Son frère aîné n'a pas occupé cette place de soutien de famille.

Parfois, il n'y avait plus assez d'argent pour acheter de quoi nourrir la famille, et elle dit avoir souffert de la faim. Le fait d'attendre une fille lui donne une chance de vivre une relation mère-fille comme elle aurait souhaité en avoir une: « une mère complice, présente et qui la supporte. ». Cette grossesse est considérée comme une seconde chance : « c'est peut-être ma chance de construire une relation mère-fille et puis de vraiment construire quelque chose que moi j'aurais aimé avoir en ce temps »

Au troisième entretien, Elle précise encore un peu plus son histoire lorsqu'elle explique que ses enfants lui ont appris à donner et à recevoir de l'amour, ce qu'elle n'avait pas appris avec ses propres parents. Elle est toujours en alerte avec eux et très protectrice. Ainsi, elle raconte avoir connu la violence physique et la pauvreté. Elle met en lien la dépression et l'alcoolisme de sa mère avec le fait que sa mère ait été

violée par un policier quand elle était plus jeune. Mais elle s'insurge de sa déchéance et de son désengagement maternel, en argumentant qu'elle aussi a subi des viols et des agressions sexuelles et que contrairement à sa mère, elle s'est révoltée et s'est battue pour dépasser cela : « je lui ai toujours dit, je ne serai jamais comme toi et puis tu ne me détruiras pas ».

Elle exprime qu'elle a réalisé le deuil de la mère qu'elle aurait aimé avoir et que pour cette raison elle ne la voit plus depuis des années. Elle estime que c'est une chance, « un cadeau », pour elle d'attendre une fille et que cela lui permettra de connaître une relation mère-fille complice et de panser ses plaies et ses manques en distinguant bien les rôles de chacune: « elle ne vivra pas ce que j'ai vécu, ça c'est certain », « je ne veux pas qu'elle soit ma mère. Je veux qu'on ait une belle complicité, euh partagée, aidante », « et puis, avoir vraiment chacun son rôle, elle c'est ma fille, moi je suis sa mère, et puis vraiment que chacun ait son rôle ».

C'est juste que c'est sûr qu'elle ne vivra pas ce que j'ai vécu, ça c'est sûr. Quand qu'on, quand qu'on a vécu beaucoup de violences (pleurs). On ne veut pas que (pleurs). On est comme des gardiens pour nos enfants (...)

Oui, oui, donc ça c'est des choses comme ça et puis d'avoir une fille, ce qui va peut être et puis ce que j'espère de vivre, je le souhaite, ben je souhaite d'avoir une belle relation avec elle, oui. Qu'on s'entende bien. Qu'on partage des bons moments, et puis qu'il y a une complicité là. Une belle complicité que je n'ai pas pu développer de mon côté et puis je ne veux pas qu'elle soit ma mère, je veux qu'on ait une complicité euh partagée, aidante, que je puisse l'aider à devenir une femme vraiment épanouie euh, quelqu'un qui est pas de colère dans la vie contre qui que ce soit. Mais vraiment là, d'être solide et puis d'être une belle personne là. Et puis c'est ça que je souhaite de faire parce que moi j'avais beaucoup de capacités et puis je me suis battue pour avoir de la confiance en moi et puis euh ça a pris du temps. Mais ça a passé, ça a réussi, ça fait que mais mais j'aimerais ça, qu'on développe une relation vraiment là, une belle, une belle relation qui va être là, elle c'est ma mère, elle c'est ma fille, de fierté là, l'une pour l'autre là. C'est ça. D'avoir vraiment, de ne pas dire, je ne veux pas entendre dire oh c'est ma mère là ou genre de l'évitement de ma mère là, je ne veux pas que, qu'aucun de mes enfants m'évitent là mais euh mais...

En post-partum, concernant sa mère, elle raconte l'avoir revue à l'occasion d'un mariage. Celle-ci lui a semblé émue de voir tout le monde. Mais Sylvie-Nicole ne veut pas être dupe ou se laisser attendrir, et elle ne croit pas au fait qu'elle va changer. « Ma mère est manipulatrice. Elle a l'air ben correct, mais dès qu'elle a l'occasion elle te rentre dedans ». À propos de sa fille, elle dit « qu'elle privilégie cette relation et qu'elle aura peut être plus que les autres (ses garçons) ». Elle développe avec elle une relation « fusionnelle »: « à chaque fois que je l'embrasse, j'ai l'impression qu'on m'embrasse. Comme si on me donnait en même temps que je lui donne », « on se parle avec les yeux ». Sylvie-Nicole dit que c'est « sa petite thérapie ». Elle pense qu'elle a appris à aimer avec son aîné et à recevoir de l'amour avec son deuxième, alors qu'elle ne recevait que des coups. Avec sa fille « c'est tout le côté féminin qui ressort ». Elle espère qu'elle va continuer à avoir une belle relation avec sa fille car elle lui permet « de fermer ses plaies qui sont ouvertes ».

14.2.4 Son conjoint et ses fils

Sylvie-Nicole parle à plusieurs reprises de son conjoint dans les entretiens prénataux.

Elle indique qu'il a perdu un bébé pendant la grossesse de son ex-conjointe. Il a donc éprouvé des difficultés à s'investir dans la grossesse de son fils et elle s'est sentie « seule ». Il était très froid et distant et refusait les relations sexuelles pour exclure le risque de prématurité pendant 14 semaines. Elle constate qu'il n'est pas très affectueux. Elle lui en a fait le reproche en début de grossesse et elle lui a avoué ne pas se sentir désirée ce qui pour elle est difficile. Elle se sent rejetée, voire même très dégradée (« beurk ») quand il lui refuse une intimité sexuelle qu'elle réclame. Pour cette grossesse, elle souhaiterait qu'il soit plus proche et investit. Elle tente de le rassurer. Au premier trimestre son conjoint l'a empêchée de consulter alors qu'elle était malade. Elle a finit par se faire soigner car elle souffrait d'une pneumonie.

Par la suite, Sylvie-Nicole décrit une relation conflictuelle entre son fils aîné et son conjoint, qui est son beau-père. Elle se sent « pognée » entre les deux. Dans ces moments d'opposition, elle n'aime pas la manière dont son conjoint la traite: « je ne suis pas ton enfant, je suis ta blonde ». Ainsi elle a réalisé des ajustements au deuxième trimestre avec eux et a pris quelques jours de vacances avec son conjoint.

Au troisième entretien, Sylvie-Nicole reçoit des commentaires négatifs de son conjoint. Elle a l'impression qu'il ne reconnaît pas son travail, qu'il est exigeant alors qu'il ne fait pas grand chose à la maison. Elle fait le constat qu'il est moins affectueux qu'au début de leur relation. Elle illustre ce fait en racontant que pour une séance de photographie, le photographe lui a demandé de poser comme s'il était amoureux de sa conjointe. Sylvie-Nicole dit : « mon chum il ne paraît pas amoureux de moi ». Elle explique qu'il ne pouvait pas être proche d'une femme avant elle, car sa mère à lui, ne le supportait pas. Or au début de leur relation, il faisait des efforts auprès d'elle, mais au fil des ans, il a repris ses habitudes et n'est plus aussi démonstratif qu'avant. Mais par la suite, après avoir fait référence à son histoire familiale carencée, elle minimise ses propos négatifs en admettant qu'il est un bon soutien. Elle a besoin de sentir qu'il y a de la passion entre eux. Elle essaie ainsi de profiter des moments de couple où il est plus disponible et d'ouvrir le dialogue. Concernant son rôle avec lui et ses enfants, elle pense qu'elle est le pilier de la famille.

En post-partum elle fait à peine référence à son conjoint. Elle dit seulement qu'après une période de grands bouleversements, elle le retrouve seulement.

Sylvie-Nicole digresse beaucoup lors des entretiens, notamment pour parler de ses fils. D'ailleurs les enjeux relationnels avec eux prennent beaucoup de place dans les entretiens, lui évitant ainsi de penser à sa grossesse. Le premier a 14 ans et souffre d'une maladie chronique qui l'a poussée à travailler à la maison, afin de pouvoir être plus présente pour s'occuper de son traitement. Il entretien des relations difficiles

avec son beau-père et Sylvie-Nicole est obligée de s'interposer entre eux. Elle essaie une nouvelle stratégie éducative basée sur la confiance mutuelle, ce qui semble fonctionner. Le père de son fils n'est pas présent et elle ne peut pas compter sur lui pour qu'il s'en occupe pendant les vacances ce qui lui permettrait de souffler.

Son fils cadet de deux ans est très « colleux » et se pose en protecteur de sa future petite sœur. Mais elle le trouve particulièrement difficile au cours de la grossesse et attend avec impatience d'avoir une fille pour avoir « moins de testostérone à la maison ». Elle craint que ses fils et particulièrement son deuxième, aient du mal à accepter ce troisième enfant. Son fils aîné avait notamment rejeté son petit frère et vécu une période de crise après sa naissance. Finalement, ils ont tous les deux bien accueillis leur petite sœur.

14.2.5 La grossesse et le post-partum

Il s'agit pour Sylvie-Nicole d'une troisième grossesse. C'est elle qui a exprimé le désir d'avoir un troisième enfant. Pourtant après le précédent accouchement, si difficile physiquement, elle était sûre de ne pas vouloir tomber à nouveau enceinte. Et le comportement de son fils aîné qui n'acceptait pas ce frère, l'en avait également dissuadé. Cependant, elle a trouvé au premier trimestre que sa grossesse est « merveilleuse ». Elle a eu moins de nausée et s'est sentie moins fatiguée que pour les précédentes grossesses et elle fait l'hypothèse que c'est parce qu'elle est moins stressée par son travail ou que peut-être elle attend cette fois-ci une fille.

Sylvie-Nicole a souffert d'une pneumonie et a mis du temps à consulter car son conjoint ne l'avait pas encouragé à le faire. Elle s'est finalement décidée seule à rencontrer un médecin car elle se sentait très fatiguée.

D'un point de vue psychologique, elle est moins inquiète que pour ses précédentes grossesses, car c'est la troisième et elle constate qu'elle en parle moins à son entourage et qu'elle n'a pas vraiment le temps d'y penser : « je vis la grossesse, mais en même temps, je ne la vis pas intensément, comme une maman qui se frotte la bedaine (...) je ne suis pas rendue là ».

Au deuxième trimestre, l'échographie a confirmé son intuition concernant le sexe de son bébé. C'est le sujet qu'elle aborde en premier dans l'entretien. Elle a trouvé étrange d'attendre une fille : « ça va me faire drôle de tomber dans le rôle de la petite fille » dit-elle, de manière confuse. Son mari est heureux de cette nouvelle et elle a l'impression qu'il fait deux fois plus attention à elle car elle porte en elle une petite fille. C'est comme si elle « était un double féminin ».

Physiquement elle a souffert d'une sciatique et d'un mal de dos qu'elle n'a pas pris le temps de soigner. D'ailleurs psychologiquement, comme au premier trimestre, elle n'est pas très attentive à son état : « cette grossesse-ci, je me sens moins enceinte que d'habitude...peut-être parce qu'une fille c'est plus tranquille...je suis plus dans l'action, je suis occupée ce qui fait que je n'ai pas le temps de m'arrêter, de penser que je suis enceinte et que j'ai une fille »

Elle a déjà commencé à préparer le post-partum car elle ne voulait pas se retrouver seule comme les fois précédentes. Elle a demandé à la tante de son conjoint qu'elle considère comme une « deuxième mère » de venir l'aider.

Au troisième trimestre, Sylvie-Nicole est suivie pour un diabète de grossesse qu'elle contrôle bien. Encore une fois, elle ne s'est pas assez reposée et elle a souffert de contractions. Elle n'a pas eu le temps de préparer sa valise en vue de l'accouchement. Elle n'a pas pu non plus compter sur son conjoint pour monter les meubles du bébé et elle dit qu'elle a l'habitude de tout faire à la maison. Cependant ces derniers temps elle s'est sentie très sollicitée et elle a eu du mal à supporter tout le monde. Elle

attendait la date de sa césarienne pour se préparer. Elle prévoyait de travailler après la naissance et a tenté d'aménager son temps pour pouvoir être tranquille quelques jours avec son bébé.

Elle souhaitait allaiter sa fille, ce qu'elle n'avait pas fait pour son premier garçon. Elle est fière d'avoir réussi l'allaitement de son deuxième fils étant donné les circonstances, puisqu'il avait été admis en néonatalogie et qu'elle avait subi une césarienne et des complications importantes. Après l'accouchement elle prévoit de vivre une période de baisse de moral, mais elle aimerait vivre cette fois-ci un « baby-blues normal », c'est à dire pas amplifié par des complications.

En post-partum Sylvie-Nicole a expliqué avoir vécu un accouchement qui s'est bien passé, mais elle a souffert d'une hémorragie due à une rupture utérine. Elle dit ne pas avoir eu peur à ce moment là, car dans les moments critiques elle a l'habitude d'endurer et de ne pas être dans un état de conscience habituel, alors que son conjoint était lui très inquiet. Par la suite, elle a menti sur le résultat de ses examens car elle ne voulait pas être réopérée.

Ensuite, elle s'est sentie débordée et fatiguée. Elle s'est demandée à ce moment là pourquoi elle avait tant désiré un troisième enfant. Elle a reçu l'aide de sa sœur et de voisins quelques jours seulement. Elle s'est remise au travail et dit qu'elle a l'habitude de ce rythme et qu'elle a vécu des moments plus difficiles encore. Elle banalise le fait de se retrouver si tôt en activité et seule à s'occuper de toute la maison.

14.2.6 Le suivi de grossesse

Sylvie-Nicole est suivie au C.H.U.M par une gynécologue qu'elle connaît depuis son adolescence puisqu'elle a été opérée à de nombreuses reprises pour des troubles

gynécologiques. Elle pense que si elle a pu tomber enceinte, c'est grâce à ses interventions. Elle dit qu' « elle a des doigts de fée ».

Elle a une grande confiance envers ce médecin. Elle pense avoir surtout besoin, pour son suivi, d'un accueil chaleureux, d'être rassurée et « de sentir qu'on est à l'écoute, et pas un numéro qui passe », ce qu'elle obtient avec sa gynécologue.

Ses précédents accouchements ont tous les deux été très pénibles. Ainsi elle sait qu'elle va accoucher par césarienne pour cette troisième grossesse et elle espère ne pas avoir de complications. C'est parce qu'elle a toute confiance en son médecin qu'elle s'est finalement décidée pour cette grossesse, car elle avait peur de l'accouchement.

14.3 Interprétations

14.3.1 Le bébé pansement

Pour Sylvie-Nicole, la grossesse de cette petite fille est l'occasion de revisiter son propre passé de petite fille et ses relations à sa mère. Elle évoque au premier trimestre son intuition qu'il pourrait s'agir d'une fille, mais rationalise immédiatement ses propos. Cependant elle indique qu'elle trouve sa grossesse bien différente des précédentes et que le fait qu'il s'agirait d'un bébé-fille expliquerait qu'elle se sente si bien. Déjà, le sexe de l'enfant à venir, vient faire surgir des scénarios imaginaires et inconscients dont elle se défend.

Dans un premier temps, Sylvie-Nicole semble mettre à distance ses liens à ses parents et plus précisément sa mère, en évitant d'aborder ce sujet par des digressions. Elle parle pour la première fois de son histoire carencée au deuxième entretien. Le fil

associatif de l'entretien la mène de l'attente d'une fille à sa propre enfance et donc à sa relation à sa mère.

Dès le départ, elle semble opérer des mouvements identificatoires et projectifs avec ce bébé en raison de son sexe. Elle dit ainsi qu'elle a le sentiment d'être « un double féminin ». Elle dit de manière à se confondre avec sa fille que « ça fait drôle d'être dans le rôle de la petite fille » au lieu de « jouer avec des jeux de petite fille ». Cette phrase est très représentative de ce mouvement fusionnel, dans lequel elle s'identifie à sa fille, comme si elle était elle-même une petite fille.

Par la suite, au troisième entretien c'est lorsqu'il s'agit du modèle maternel, qu'elle exprime le fait de vouloir absolument s'opposer à celui reçu de sa mère. C'est au moment de parler de sa fille qu'elle se met à pleurer. Elle souhaite absolument être en mesure de la protéger et elle semble s'identifier à ce bébé et réclamer une attention maternelle dont elle a manqué. Elle veut ainsi développer avec sa fille une belle relation qui viendrait réparer la petite fille carencée qui vit en elle. Elle tente à ce moment là de bien différencier la mère et la fille : « avoir vraiment chacun son rôle, elle c'est ma fille, moi je suis sa mère, et puis vraiment que chacun ait son rôle ». Elle a d'ailleurs souffert de cette inversion de rôle en devenant dans la famille la mère de sa mère et la mère de ses frères et sœurs. Cela fait écho avec ce qu'elle dit à son conjoint quand elle refuse d'être reléguée à un rôle d'enfant et qu'elle a le sentiment d'être infantilisée.

Il nous semble que ces tentatives de différenciation viennent justement pointer l'intensité de ces enjeux pour Sylvie-Nicole.

En post-partum concernant sa relation à sa fille, elle dit « qu'elle privilégie cette relation et qu'elle (sa fille) aura peut être plus que les autres » et qu'avec elle c'est tout son côté féminin qui ressurgit. Et là encore, nous notons une fusion mère-bébé, lorsqu'elle dit qu'à chaque fois qu'elle l'embrasse, elle a l'impression qu'on

l'embrasse, qu'elles fusionnent ou qu'elles se parlent avec les yeux. Elle dit littéralement que sa relation avec sa fille est « sa petite thérapie » lui permettant de « de fermer les plaies qui sont ouvertes ».

D'un point de vue fantasmatique et inconscient, nous observons que le sexe de l'enfant met à jour des affects douloureux liés à sa propre place de petite fille. Elle se projette et s'identifie énormément à sa fille au point de se confondre avec elle. Il nous semble qu'elle exprime ici un fort besoin de réparation de la petite fille qu'elle a été. Ceci se fait dans la confusion, et nous pouvons nous interroger et nous inquiéter sur le mandat générationnel lourd à porter pour sa petite fille.

14.3.2 Le traumatisme sexuel et la grossesse : rapport au corps et à la sexualité

Sylvie-Nicole a vécu des traumatismes sexuels puisqu'elle raconte avoir subi trois viols pendant sa jeunesse. Or, elle nous parle de sa sexualité et de ses accouchements de telle manière que nous entendons que la question du rapport au corps et au sexuel est problématique pour elle.

D'une part, la sexualité est vécue de manière très conflictuelle. Lorsqu'elle ne se sent pas désirée physiquement par son conjoint, elle en éprouve une forme de rejet. Et lorsqu'elle lui réclame une intimité sexuelle qu'il refuse, elle éprouve du dégoût. Or sa sexualité est sans doute très imprégnée des viols qu'elle a vécus.

L'aspect traumatique de chaque naissance et les problèmes gynécologiques sont peut-être également à mettre en lien avec son histoire d'abus sexuel. Il nous semble qu'il y a comme une répétition du vécu traumatique et de l'effraction corporelle. Chaque naissance a été traumatisante pour son corps. De plus elle a eu des difficultés à faire naître ses deux garçons à terme, ayant des contractions très tôt dans la grossesse. Les

grossesses semblent d'emblée conflictuelles et soulever des enjeux autour du corps, de la sexualité, de l'estime personnelle.

Nous avons le sentiment que se cache derrière des défenses maniaques un vécu conflictuel et anxiogène de la grossesse, qui vient rappeler d'autres traumatismes. Il nous semble que Sylvie-Nicole ne peut se laisser aller à la régression et à la dépendance de la grossesse car elle n'en n'a jamais eu le droit et peut-être également que cette « hyper-activité » est pour elle un moyen défensif de survie qu'elle a mis en place dès l'enfance. Elle dit à ce sujet qu'elle a très tôt décidé qu'elle ne se laisserait pas détruire par sa mère. Quand elle dit qu'elle a été mère dès la naissance et n'a jamais pu être une enfant, nous pouvons entendre à quel point la carence de soins maternels a été grande. Ainsi, elle ne se permet pas de profiter de sa grossesse et de se laisser aller à la dépendance. Elle ne prend pas soin d'elle, elle se néglige et elle endure au point de risquer sa santé et celle de ses enfants. En post-partum, elle ment aux médecins pour ne pas subir une autre intervention. Le rapport aux soins et au corps est très conflictuel car elle doit tout endurer et refuse qu'on prenne soin d'elle. Son conjoint non plus n'est pas soutenant. Il ne la pousse pas à prendre soin d'elle et il n'a pas une attitude lui permettant de se reposer sur lui. Et nous pouvons nous demander si elle lui laisse l'opportunité de le faire et de quelle manière elle se positionne dans le couple. Elle l'accuse de l'infantiliser et en même temps elle continue à s'occuper de tout, comme lorsqu'elle était enfant.

Cela nous pose la question de ses modalités d'attachement et de l'impact de ses traumatismes précoces sur ses relations aux autres et plus spécifiquement sur le choix de son conjoint. Celui-ci semble avoir eu du mal à prendre une position affective envers les femmes vivant un conflit de loyauté avec sa propre mère.

Ces traumatismes sont aussi transgénérationnels puisque sa mère elle-même a été violée. Nous pouvons nous demander ce qui dans l'histoire maternelle a conduit à ces problèmes psychiatriques et à cette souffrance. Cette mère semble avoir été

défaillante et même agressive puisque Sylvie-Nicole indique qu'à la première occasion elle peut attaquer verbalement ses enfants. Or nous savons que la relation à une mère dysfonctionnelle peut avoir de graves conséquences sur le développement de ses enfants, en terme émotionnels, psychiques, relationnels. Nous pouvons observer que Sylvie-Nicole porte encore ces blessures et ces failles. Elle dit d'ailleurs qu'elle a eu beaucoup de mal à avoir confiance en elle et que c'est au prix d'une grande bataille qu'elle est devenue qui elle est. Elle veut absolument épargner ses enfants de ces manques et de ces blessures. Et encore plus, nous semble-t-il, sa fille à qui elle s'identifie.

14.3.3 La gynécologue, la chercheuse : des substituts maternels

Sylvie-Nicole a trouvé dans son médecin une personne en qui elle a totalement confiance. Elle la connaît depuis l'adolescence. Elle en parle de manière élogieuse et idéalisée, car elle se sent respectée et bien prise en charge de manière très professionnelle, bien que le déchirement de la vessie puis la rupture utérine auraient peut-être pu lui être imputées, ce que Sylvie-Nicole ne fait pas. Elle dit au contraire que c'est grâce à elle qu'elle a pu avoir ses enfants. Elle a « des doigts de fées » et elle l'assimile peut-être à une marraine-fée, comme dans les contes pour enfants. Celle-ci se penche sur le berceau d'une petite fille et met sa bienveillance et ses pouvoirs surnaturels au profit de sa filleule. Ou bien elle l'aide à l'adolescence à devenir une femme et la protège d'un père abuseur, d'une marâtre ou d'une méchante fée. La fée est un mentor et joue le rôle de soutien envers sa filleule et le cas échéant se positionne comme substitut d'un parent défaillant. Or c'est précisément le rôle que Sylvie-Nicole semble accorder à sa gynécologue. Ainsi elle cherche peut-être une figure maternelle soutenante et rassurante pour l'aider à devenir mère.

D'autre part, Sylvie-Nicole perçoit dès le début de la grossesse que celle-ci est différente et va venir soulever son passé traumatique et la question de sa relation à sa mère. Or, elle parle pour la première fois à une psychologue de ses traumatismes et vient déposer et verbaliser son vécu. Elle a peut-être besoin au moment où elle devient la mère d'une petite fille, de trouver un regard maternel positif et valorisant, ce qu'elle semble venir chercher avec Nicole Reeves. Il nous semble que son implication dans la recherche est motivée par le besoin de réassurance et de contenance maternelle.

Nous constatons qu'elle s'est entourée de femmes (une tante « deuxième mère », la gynécologue-fée, la psychologue chercheuse), de manière à recréer une relation avec une figure maternelle positive, alors qu'elle doit apprendre à être la mère d'une petite fille.

14.4 Résumé

Enfin, Sylvie-Nicole revisite comme toutes les femmes enceintes, sa vie infantile et notamment la petite fille qu'elle a été, la mère qu'elle a eue et celle qu'elle souhaite être, mais cela de façon très douloureuse aux vues de son histoire carencée. Nous avons donc récolté un matériel assez différent des autres participantes car les enjeux conflictuels de la grossesse sont très dépendants de son histoire traumatique.

Cependant, nous constatons que la maternité et le vécu de la grossesse sont très fortement influencés, comme pour toutes les autres participantes, par la qualité des relations avec les figures parentales et surtout maternelles. Celle-ci étant défaillante, voire même agressive, pour Sylvie-Nicole, nous voyons à quel point il est difficile pour elle de revivre pendant la grossesse ces relations.

QUATRIÈME PARTIE :
SYNTHÈSE DES RÉSULTATS, DISCUSSION ET CONCLUSIONS

L'analyse du discours des participantes de notre recherche, que nous avons précédemment détaillée, nous montre que chacune d'elles a pu exprimer et faire entendre les angoisses, les difficultés, les interrogations, concernant leur expérience singulière de la maternité. Elles ont trouvé un espace pour elles, en fonction de leurs motivations inconscientes subjectives et elles sont toutes venues déposer au cours des entretiens, des enjeux qui leur sont propres et qui nous permettent d'éclairer et d'enrichir notre compréhension du processus du devenir mère, aujourd'hui au Québec.

Nous avons relevé dans le discours des femmes de notre cohorte, des éléments qui revenaient fréquemment et qui insistaient, notamment en relation avec les figures parentales. De plus nous avons tenté de déceler de quelles manières les participantes amenaient ces questions au cours de chaque entretien et de façon plus diachronique sur l'ensemble des entretiens de la grossesse. Nous avons interrogé, pour chacune d'entre elles, les enjeux psychiques conflictuels soulevés au cours de ces entretiens. Nous avons posé et discuté des hypothèses en nous appuyant sur la théorie psychanalytique et notre écoute.

Bien que chaque témoignage ait été très différent de par leurs formes et leurs contenus, nous en tirons des particularités communes, des hypothèses, des réponses à nos questions de recherche, que nous allons restituer ici. Leur parole est singulière mais il s'en dégage néanmoins des enjeux généralisables. Ainsi nous développerons dans un premier temps les différents points qui ont surgit de manière marquante de nos résultats de recherche, puis nous discuterons nos hypothèses à la lumière de la littérature psychanalytique et anthropologique. Enfin nous présenterons nos conclusions.

CHAPITRE XV

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

15.1 L'envahissement des figures parentales

Il apparaît que les participantes parlent de leurs relations aux figures parentales principalement au cours de la grossesse et majoritairement au cours du deuxième et du troisième entretien. Ce thème est insistant chez toutes les femmes de notre cohorte et si elles l'abordent de manières parfois différentes, nous retrouvons à l'unanimité l'émergence d'une certaine conflictualité, qui se porte principalement sur la figure maternelle, ce que nous allons détailler par la suite.

Les participantes décrivent leurs relations avec leurs proches le plus souvent lorsque les chercheuses leur demandent à qui elles parlent de la grossesse. Ainsi elles décrivent l'implication de leurs familles dans la grossesse au moment de l'annonce et lorsqu'elles s'imaginent l'accouchement et les premiers jours en post-partum. Mais elles en parlent aussi de manière spontanée afin d'aborder leurs difficultés relationnelles et d'exprimer que ce qu'elles vivent avec leurs parents ou beaux-parents « est trop intense » (Marie-Lune) ou conflictuel.

Nous avons remarqué qu'elles font part de l'intrusion des figures parentales au cours de la grossesse, notamment concernant leur alimentation, le choix du prénom ou l'annonce ; et de « leurs craintes » de l'envahissement que ce soit à l'accouchement ou en post-partum. C'est le cas pour toutes les participantes mis à part Maryse et Sylvie-Nicole, soit que cela n'ait pas été soulevé en entretien, soit que la problématique relationnelle soit bien différente.

Les termes « bulle », « noyau », « intimité », « nid » sont récurrents, ainsi que par opposition, les mots « intrusifs », « envahissants », « contrôlants », « pression », « implication », « investissement ». Ainsi, les figures parentales, par leur implication dans la grossesse de leurs enfants, sont souvent accusées d'adopter des attitudes exagérées et de s'accaparer le bébé. Les parturientes projettent leurs craintes d'envahissement dans l'avenir. Pour deux d'entre elles (Anne-Marie et Claire) il y a un précédent fraternel d'envahissement parental qui leur fait craindre une réédition pour elles-mêmes.

Le moment de l'accouchement et du post-partum immédiat sont particulièrement sensibles et font l'objet d'anticipation anxieuse quand au respect de leur intimité à trois (père, mère et enfant). Les futures mères veulent vivre la naissance de leur bébé dans l'intimité avec leur conjoint et évoquent un fort besoin de « délimiter leur territoire » (Claire) à ce moment là de leur maternité. Il semble que l'idée de l'accueil très nucléaire de l'enfant soit aussi distillée par l'idéologie environnante puisqu'Anne-Marie raconte avoir entendu un discours dogmatique à ce sujet au moment de la préparation à la naissance, véhiculé par une infirmière.

Or, nous observons que les participantes évoquent à la fois des craintes et de la culpabilité concernant l'établissement des limites avec la famille proche, car elles veulent le faire « sans blesser personne » (Justine). Elles utilisent ainsi pour certaines d'entre elles un discours marqué par l'ambivalence et la culpabilité. C'est particulièrement le cas pour Justine qui ne supporte pas l'intrusion de sa belle-mère mais ne peut la critiquer et remarquer son envahissement sans éprouver une grande culpabilité. C'est également le cas, moindrement, pour Anne-Marie qui ne veut pas que sa mère assiste à l'accouchement mais qui anticipe et comprend sa déception. Claire souhaite également tenir à distance sa famille et sa belle-famille, mais sans les décevoir et les peiner. Pour Marie-Lune, l'envahissement des beaux-parents et de la belle-mère en particulier, ne peut s'exprimer que de manière prudente et minimisée :

« c'est un petit peu envahissant ». Enfin Sylvie a besoin de se justifier pour poser des limites à ses parents et beaux-parents : « On va être deux là pour un enfant on devrait être corrects, on devrait passer au travers là! ».

Leur discours est souvent marqué par l'utilisation du « mais » : « on veut les impliquer... mais protéger notre bulle » (Claire), « elle est très envahissante, mais ce n'est pas que je ne l'aime pas » (Justine). L'utilisation de cette conjonction de coordination peut nous indiquer une tension vécue par les participantes envers leurs figures parentales. Elles modèrent leurs propos et tentent de relier deux propositions qui s'opposent. Cela suggère une certaine forme de culpabilité à l'égard de leurs mères ou leurs belles-mères.

Il ressort du discours des participantes, qu'un positionnement par rapport à la famille et la belle-famille s'opère en fonction de leur histoire relationnelle avec eux et de celle plus inconsciente avec les imagos parentales intériorisées.

Car nous ne savons pas précisément ce qui est de l'ordre du réel ou du fantasme dans leurs propos. Certains parents ont en effet une attitude intrusive et inadaptée, par exemple : la mère de Marie-Lune qui s'ingère dans le choix du moment de l'annonce ou du prénom ; le père d'Anne-Marie qui s'investit exagérément, selon elle, dans sa grossesse pour compenser son absence passée; ou bien la belle-mère de Claire qui contrôle l'alimentation de sa belle-fille ; tandis que pour les autres, il nous semble que les craintes sont plus d'ordre fantasmatique.

De plus, il apparaît que ces anticipations anxieuses de l'intrusion et de l'envahissement en post-partum, ne se réalisent pas, et ce thème qui est très présent en anténatal ne surgit pratiquement plus après l'accouchement. Lors de l'entretien en post-partum, nous avons été frappée par le changement de discours et de préoccupations. Les femmes ne parlent pas de leurs relations aux figures parentales alors que justement, ce qu'elles redoutaient le plus au cours de la grossesse était

l'omniprésence et l'intrusion de celles-ci. Dans le réel, les parents sont venus apporter une aide appréciée. Il reste pour quelques-unes des craintes quand à « l'envahissement futur » et le fait que les parents et beaux-parents effectuent « une pression » pour le voir le bébé.

Ainsi nous avons fait l'hypothèse que les relations aux parents et beaux-parents remettent à l'ordre du jour, au cours de la grossesse, de manière intense, des scénarios fantasmatiques de vol, de captation, d'intrusion par les figures parentales et plus particulièrement, comme nous le verrons ensuite, des figures maternelles. Ces scénarios sont peut-être à relier à la problématique œdipienne précoce dans laquelle la mère a une place prépondérante.

D'ailleurs, bien que les participantes parlent de manière indifférenciée du couple parental et beau-parental, nous entendons que c'est surtout la mère et la belle-mère qui sont au cœur de ces angoisses et de cette conflictualité.

15.2 La mère et la belle-mère : les figures dominantes

Pour chacune des participantes, nous avons relevé une conflictualité plus ou moins intense vis à vis de la figure maternelle, soulevée au cours de la grossesse, certainement à la faveur d'une certaine transparence psychique. C'est le cas pour toutes les femmes de la cohorte. De plus c'est uniquement au cours de la grossesse que ces enjeux transparaissent, au deuxième et au troisième trimestre en particulier, alors que nous constatons qu'ils ne sont plus présents du tout en post-partum.

Pour Anne-Marie, la relation à sa mère se présente sous le jour d'un conflit de dépendance, entre le besoin de régresser et l'impossibilité de trouver une figure maternelle réconfortante et satisfaisante. Claire, elle n'arrive pas à accéder à une position féminine adulte et se plaint de sa belle-mère avec qui elle se sent en rivalité.

Justine aussi se sent menacée par les figures maternelles et notamment par sa belle-mère dont elle ne supporte pas la présence. Lucienne quand à elle subit l'angoisse et la surprotection maternelle ne pouvant pas non plus se laisser aller à la dépendance et la régression. Ce besoin de régression contrarié se retrouve chez Maryse qui doit supporter l'image d'une mère qui refuse la vulnérabilité. Marie-Lune expose également un conflit de dépendance qui prend racine dans une relation à une mère à la fois faible et omnipotente. Sylvie lutte contre l'image d'une femme soumise et passive. Enfin pour Sylvie-Nicole, la grossesse met à jour une relation carencée à une mère particulièrement incompétente et toxique.

Ainsi, les mères et les belles-mères sont mises à distance la plupart du temps. Elles paraissent incapables de donner des conseils ou de rassurer leurs filles ou belles-filles. Elles ne sont pas satisfaisantes et pour certaines, elles sont même disqualifiées dans leurs compétences maternelles. Anne-Marie constate ainsi que sa mère « est aussi perdue qu'(elle) dans les affaires de bébé », ce qui laisse bien entendre que malgré son expérience, elle est incompétente pour l'aider.

D'autre part, les figures maternelles des parturientes peuvent venir nier fantasmatiquement ou dans la réalité le nouveau statut de mère à leurs filles et paraître particulièrement menaçantes pour elles. Justine ou Claire par exemple ne supportent pas les recommandations de leurs belles-mères et l'ingérence réelle ou non sur leur grossesse. Les jeunes mères semblent jalouses de leur belle-mère ce qui les ramène encore au stade de la rivalité archaïque.

Nous constatons dans la plupart des cas un besoin de mettre des distances et des limites face à une possible intrusion, un envahissement et un accaparement du bébé. Il s'agit principalement de « craintes », donc de fantasmes, qui sont appuyés ou non par des éléments réels.

D'une part les mères des parturientes semblent ne pas être capables de leur transmettre leur expérience et de les accompagner dans leur nouvelle maternité. D'autre part, la naissance semble être un moment fondateur du « noyau » familial et devoir se vivre uniquement à trois, à distance de la communauté familiale. Dans ce cadre, le bébé est l'enjeu de possession plus que de partage. Les femmes semblent fantasmer une dépossession de leurs compétences maternelles et de leur identité de mère par les figures maternelles qui paraissent sous un jour menaçant.

C'est Justine qui illustre le mieux ce sentiment de danger face à une belle-mère qui lui est insupportable d'autant plus à l'approche de l'accouchement. Marie-Lune constate quand à elle que la grossesse n'a pas été un facteur de rapprochement avec sa mère contrairement à ce qui est habituellement véhiculé dans l'idéologie environnante.

Ainsi, l'analyse des entretiens montre la prédominance de conflits de dépendance et la résurgence d'une conflictualité œdipienne précoce. Comme l'a démontré Mélanie Klein, nous constatons dans nos résultats, que la maternité, qu'elle soit primipare ou multipare, agit comme le révélateur d'une conflictualité archaïque avec les imagos parentales œdipiennes. La maternité apparaît bien comme l'ultime phase de résolution de l'Œdipe dans la mesure où elle permet l'accès à une identité féminine adulte. Or l'identification positive à une bonne mère, qui les rassureraient sur leurs compétences maternelles semble, pour la plupart des participantes, difficile et occasionner de l'angoisse et de la culpabilité dans cette ultime étape de résolution œdipienne.

D'autre part, les événements autobiographiques (mères divorcées, enfance dans une communauté sectaire, fausses-couches, deuils périnataux...) ainsi que les injonctions culturelles (vivre la maternité loin de la famille, la place des femmes et des hommes dans le couple, la maternité idéalisée...) viennent également expliquer et renforcer les conflits de dépendance et relationnels avec les mères et les belles-mères.

15.3 Le père : le grand absent

Les femmes de notre cohorte parlent très peu de leurs pères au cours de la grossesse et encore moins en post-partum. Ils sont présents dans le discours indifférencié concernant les parents et les beaux-parents, mais sont vite effacés par la prédominance de la figure maternelle sur la scène réelle et fantasmatique de la grossesse de leurs filles.

Sur les huit participantes de notre recherche, cinq ont des parents divorcés ou séparés (Marie-Lune, Sylvie, Sylvie-Nicole, Anne-Marie et Justine), ce qui est un nombre assez significatif et qui pourrait teinter nos résultats d'une coloration particulière.

Ainsi leurs mères, à un moment ou à un autre de leur vie ont vécu une séparation plus ou moins douloureuse et ont dû fatalement se remettre en question du point de vue de leur féminité, de leur désirabilité et de leur estime personnelle. C'est le cas pour la mère de Sylvie. Cette dernière dépeint très clairement la relation de couple délétère de ses parents et les difficultés de sa mère à s'épanouir dans sa vie de femme. Or nous avons fait l'hypothèse que la réalité parentale et maternelle a influencé son propre vécu de la maternité et de la position féminine. Au cours de la grossesse, elle vit une conflictualité importante avec son père, qu'elle tente de régler en lui exposant ses griefs et en posant des limites à son implication dans sa nouvelle vie de mère.

Sylvie avec Anne-Marie sont les seules à s'attarder un peu sur la figure paternelle. Anne-Marie indique que son père, en raison de l'histoire familiale d'abandon, s'implique exagérément dans sa grossesse et qu'elle aimerait pouvoir lui fixer des limites. Sa mère apparaît sous un jour immature, ce qui laisse Anne-Marie en proie à un conflit de dépendance difficile à dépasser.

Pour toutes les autres, le père est très absent de leur discours. Cela traduit-il son inconsistance ou est-ce le fait de la polarisation du travail psychique des femmes enceintes sur la mère?

En creux du constat que les pères des femmes enceintes de notre échantillon sont absents du discours de leurs filles, nous avons pointé dans nos résultats que cela peut induire fantasmatiquement une omnipotence maternelle et des difficultés d'autonomisation et de séparation, par ailleurs nécessaires pour aboutir à une position féminine et maternelle mature.

15.4 Le conjoint toujours insatisfaisant

Les participantes parlent parcimonieusement de leurs conjoints. Dans leurs discours, il apparaît comme une figure protectrice qui doit « s'impliquer », « écouter », « comprendre », défendre sa partenaire et avec qui les parturientes souhaitent tout partager. Lucienne décrit très bien son extrême dépendance à son conjoint au cours de la grossesse. Celui-ci doit la rassurer et comprendre tous ses maux et ses besoins. Elle reconnaît le caractère excessif de sa demande mais ne peut s'empêcher de le solliciter face à l'intensité de son sentiment d'insécurité intérieure.

Mais, dans la plupart des cas, les parturientes se plaignent justement de l'écart entre leurs attentes et la réalité de la situation. Le père du bébé apparaît ainsi comme insatisfaisant, pour nombre d'entre elles notamment dans leur rôle de tiers séparateur et protecteur entre elles et leurs familles ou belles-familles.

Ainsi, Justine, Maryse et Marie-Lune reprochent à leurs conjoints qu'ils ne prennent pas leur défense ou ne s'interposent pas suffisamment entre elles et leur entourage. Claire quand à elle se sent dénigrée et jugée dans son rôle maternel par son mari, qui adopte, lui, une attitude parentale d'emblée plus aisément qu'elle. De plus Claire pense que son bébé va venir rivaliser avec elle auprès de son conjoint qui semble ne pas la rassurer sur ce point. Sylvie-Nicole aussi ne se sent pas aidée par son conjoint qui la laisse s'occuper de tout. De plus elle décrit la difficulté de celui-ci, à se positionner entre sa mère et elle. Mais elle relativise toujours ses reproches. Anne-

Marie ne se plaint pas de son conjoint qui pourtant part deux fois en voyage au cours de sa grossesse, alors qu'elle a fait plusieurs fausses-couches. Par contre, elle peut formuler que le retour au travail du père de son bébé est très insécurisant pour elle.

Seule Sylvie décrit des relations très positives et une grande complicité avec son conjoint. Pour les autres, des tensions apparaissent au sein de leur couple au cours de la grossesse, relativement à leur sentiment d'insatisfaction de leurs besoins de réassurance et de protection.

Il est ainsi beaucoup demandé aux conjoints et ils sont dans la grande majorité des cas, soit décevants, soit de toutes les façons inaptes à répondre aux exigences exagérées de leurs partenaires. De plus il leur est souvent difficile d'adopter une posture de soutien maternel, ce que dans nos analyses nous avons mis en relation avec une position œdipienne éventuellement difficile à dépasser pour ces nouveaux pères.

15.5 Le bébé

Nous avons observé que les femmes parlent étonnamment très peu de leur bébé au cours de la grossesse. Elles l'évoquent principalement au deuxième trimestre, au moment de l'échographie et de la découverte du sexe de leur enfant, et lorsqu'elles expriment leurs craintes de fausse-couche, leurs ressentis corporels, les moments où elles communiquent avec lui ou à propos du choix du prénom.

Cependant, il est très absent de leurs préoccupations en général, et seules Sylvie-Nicole, Claire et Justine parlent de leur bébé de manière plus fournie au cours de la grossesse. Pour Sylvie-Nicole, le fait d'attendre une fille est un événement important notamment à cause de sa relation très carencée à sa propre mère. Claire, exprime surtout son ambivalence envers ce bébé fille qui va rivaliser avec elle auprès de son

conjoint et de ses parents. Enfin Justine parle du bébé surtout par rapport à ses difficultés à l'investir du fait de sa relation très fusionnelle avec son fils aîné.

Nous constatons donc que les femmes de notre recherche parlent peu de leurs rêveries concernant le bébé imaginaire de la grossesse. Souvent, les parturientes constatent qu'elles n'arrivent pas à prendre le temps de penser à leur grossesse et à leur bébé car elles sont préoccupées par d'autres choses, et principalement justement par la problématique maternelle nous semble-t-il.

En post-partum, par contre, le bébé réel prend plus de place dans leur discours, mais souvent pour exprimer une stupéfaction face à la découverte de ses forts besoins de dépendance. Des affects ambivalents peuvent alors s'exprimer face à ce bébé dont elles ont le sentiment d'être l'esclave. Ceci rend, comme nous le verrons par la suite, la période du post-partum délicate et souvent dysphorique.

15.6 Les attentes vis à vis des professionnels et aux chercheurs

Après la thématique maternelle, le thème du suivi de grossesse est le deuxième le plus représenté dans les entretiens. La raison de cette surreprésentation tient sans doute au fait que les chercheuses, au cours de chaque entretien, posent très directement la question du suivi par les professionnels de la santé. Cependant, les femmes pourraient ne pas s'en saisir, mais nous remarquons qu'au contraire, elles ont beaucoup de choses à dire de leurs attentes envers les personnes qu'elles rencontrent au cours de leur grossesse et en post-partum.

Ainsi, dans une large majorité des cas, les femmes de notre cohorte sont très insatisfaites du suivi médical hospitalier comme tel. Elles se plaignent principalement de la rapidité des consultations, du manque de suivi dû au changement constant

d'interlocuteur, du délai du premier entretien et du manque d'informations dans les premières semaines de grossesse.

Certaines emploient des mots plus durs pour qualifier le système médical, le taxant d'être « inhumain », « bête », « irrespectueux ». Les femmes sont le plus souvent déçues, parfois fatalistes, comme Justine, mais aussi parfois revendicatives et en colère, comme Lucienne, Marie-Lune ou Sylvie.

Lucienne se plaint très vivement de l'hôpital car elle n'a pas de rendez-vous pour l'échographie et se sent maltraitée et dans le « néant ». Elle adopte un discours revendicatif et généraliste concernant le manque de considération des soignants envers les femmes enceintes. Maryse est la plus virulente et déploie une diatribe militante concernant la nécessité de laisser aux femmes la confiance dans leurs compétences naturelles à accoucher, ce que les médecins refusent selon elle. Elle n'a pas pu être suivie par une sage-femme, comme elle l'aurait souhaité et engage finalement une accompagnante à la naissance. Sylvie, elle, s'est sentie malmenée par les médecins qui lui ont dit qu'elle ne pourra jamais concevoir d'enfants naturellement.

Seules Anne-Marie et Sylvie-Nicole ont une expérience positive avec un médecin (une femme dans les deux cas), qu'elles idéalisent toutes les deux. Mais pour Anne-Marie, il s'agit de l'exception qui confirme la règle, puisqu'elle reproche par ailleurs au système médical de traiter les femmes « comme des numéros » et de ne pas satisfaire leurs besoins d'empathie et de réassurance. Sylvie-Nicole connaît sa gynécologue depuis l'adolescence et y trouve une figure rassurante et une mère de substitution.

En opposition au discours si négatif envers les médecins et les professionnels médicaux hospitaliers, les femmes de notre cohorte parlent de manière idéalisée des sages-femmes. C'est le cas pour Marie-Lune et Sylvie qui y ont recours, mais aussi

pour Maryse et Lucienne qui auraient préféré toutes les deux être suivies en maison de naissance.

Marie-Lune rapporte sa première visite à l'hôpital comme décevante et même « épouvantable » et elle a finit par choisir d'être suivie par une sage-femme malgré ses deux précédentes fausses-couches et ses angoisses concernant sa grossesse. Sylvie quand à elle a été diagnostiquée stérile par ses médecins et alors que sa grossesse est naturelle, elle constate que leur diagnostic a gravement entâché sa confiance en elle. Elle choisit donc un suivi « plus personnalisé », avec une sage-femme disponible à tout moment.

Les qualificatifs empruntés pour définir les sages-femmes s'opposent radicalement à ceux que nous avons relevés pour les médecins. Ainsi elles sont « rassurantes », car « présentes 24h/24h », elles ont tissé un lien de « confiance », elles leur permettent de faire des choix éclairés sans les influencer, elles sont même qualifiées de « guide », de « mère », de « point d'encrage ». Elles permettent à leurs conjoints de s'investir dans la grossesse de leurs femmes. Elles sont « calmes », « douces », « expérimentées », « apaisantes », « disponibles », « aidantes ». Bref, elles sont idéales et considérées comme des expertes.

Finalement, nous observons une polarisation extrême des représentations des deux suivis : d'un côté les médecins infantilisans, culpabilisans, distants, manquant d'empathie et dénigrant les compétences des parturientes ; et de l'autre les sages-femmes, responsabilisantes, rassurantes, empathiques, disponibles, idéalement bonnes.

En post-partum, aucune ne revient de manière négative sur le suivi ou sur le déroulement de l'accouchement, mis à part Claire qui a vécu très difficilement les interventions des soignants, mais qui ne s'en plaint pas directement. Nous voyons donc bien que les besoins et les attentes vis à vis des professionnels qui

accompagnent la naissance, sont intenses pendant la grossesse, et reflètent l'anxiété et les craintes de cette période. Ces enjeux s'apaisent et disparaissent tout à fait après l'accouchement. Il existe donc une demande implicite singulière qui s'exprime par ce discours investi concernant le suivi, en relation au vécu de la grossesse.

D'autre part, les femmes de notre recherche sollicitent d'autres figures significantes qui sont les amies, les pairs, les sœurs qui ont ou non eu des enfants, les tantes, à qui « on peut tout dire », demander « des conseils », « partager ». Ces figures féminines sont le plus souvent de la même génération et parfois de celle qui précède, mais ce ne sont pas les mères ou les belles-mères.

Une demande latente envers les chercheuses a été également soulevée dans nos résultats. Chacune des participantes semble s'être portée volontaire pour la recherche pour des raisons intimes et souvent inconscientes différentes. Une demande implicite singulière s'est faufilée et a pu être entendue dans les entretiens. Il nous semble que les enjeux narcissiques et œdipiens ont pu se rejouer dans la situation de recherche avec les chercheuses. Les femmes attendaient ainsi parfois une valorisation et un soutien narcissique, ou la possibilité de trouver un regard maternel réconfortant. Pour d'autres, les entretiens de recherche ont été l'occasion d'une mise en mots, d'une élaboration de leurs difficultés ou de leurs angoisses.

15.7 Fausses-couches et désir de grossesse

Un nombre non négligeable de nos participantes, a subi des fausses-couches (quatre sur huit) ou ont dû consulter en fertilité (deux participantes).

Anne-Marie a subi six fausses-couches précoces puis elle a réalisé un entretien de suivi dans un centre de fertilité avant d'être orientée à nouveau dans le parcours médical classique, suite à l'annonce de sa septième grossesse. Justine a fait une

fausse-couche avant la naissance de son premier enfant. Lucienne a également fait une fausse-couche avant cette grossesse. Marie-Lune a subi deux fausses-couches dans l'année précédant sa grossesse. Enfin Sylvie a été diagnostiquée infertile et a consulté une fois en fertilité, pour une FIV, le jour même elle apprenait sa grossesse naturelle.

Nous avons fait l'hypothèse, pour chacune d'entre elles que ces fausses-couches pouvaient être le signe d'une ambivalence ou d'une conflictualité psychique rendant difficile l'adoption de la position maternelle, et ce, en lien avec les relations conflictuelles à la mère archaïque. Ces suppositions ont été particulièrement étayées pour Anne-Marie qui a fait, par ailleurs, l'objet d'un article que nous avons publié.

D'autre part, trois des parturientes disent que leur grossesse n'était pas prévue. Claire indique que sa grossesse n'était pas désirée « même inconsciemment » alors qu'elle a arrêté sa contraception, et elle a réfléchi à un avortement en début de grossesse. Justine n'exprime pas clairement son désir de grossesse et indique qu'elle ne s'attendait pas à tomber enceinte aussi tôt après la naissance de son fils. Maryse non plus n'avait pas prévu cette grossesse et dit même que si elle avait fait une fausse-couche précoce, cela l'aurait arrangée. Là encore, les déterminants inconscients du désir de grossesse ont pu être mis à jour et explorés.

15.8 Le post-partum

Dans une majorité de cas, le discours de l'entretien post-natal n'est plus dans l'expectatif, l'attente et les scénarios imaginaires, mais plutôt ancré dans le présent et celui-ci est décrit comme ayant été peu pensé et « surprenant », voire même particulièrement « difficile ». Les jeunes mères parlent au présent et elles ont du mal à s'imaginer dans un futur même proche. Leur quotidien est difficile et écrasant.

En effet, les femmes sont surprises de la « dépendance » de leur nourrisson à leur égard et de leur nécessaire « adaptation » à leurs besoins. Elles se sentent pour certaines « étouffées » par cette réalité. Elles ne s'attendaient pas, pour la plupart à ce niveau de dévouement requis. Elles se sont peu préparées, voire pas du tout, à l'arrivée réelle du bébé. Elles disent qu'elles n'ont pas eu le temps d'y penser pendant la grossesse. Elles avaient l'image d'une lune de miel avec le bébé et des joies de la maternité et elles se retrouvent contraintes par l'allaitement et les soins au bébé qui entravent « leur liberté » et ne viennent pas les valoriser narcissiquement. De plus elles se retrouvent assez seules en post-partum et le retour du père au travail peut être vécu comme « insécurisant ».

Claire décrit de manière très précise son vécu du post-partum, qui frôle la dépression. Ainsi, elle évoque des pleurs, de la tristesse, une forte angoisse, un repli sur soi et l'impression que cette période ne se terminera jamais. Elle vit difficilement la forte dépendance de son bébé vis à vis d'elle et essaie de se désengager des soins qui lui paraissent trop exigeants.

Pour Marie-Lune c'est juste après l'accouchement qu'elle a ressenti une extrême lassitude et le manque d'envie de s'occuper de son bébé. Elle l'a très mal vécu car cela ne correspondait pas à l'image idéalisée véhiculée par l'entourage, de la naissance d'un enfant qui doit être un moment de plénitude et de complétude.

Anne-Marie, Lucienne, Sylvie et Claire font part de leur surprise concernant la grande dépendance de leurs bébés envers elles. Elles se sentent entravées par l'extrême sollicitation des nourrissons, emprisonnées dans leur quotidien et se plaignent du manque de liberté que les soins au bébé occasionnent. Ainsi il leur est difficile de supporter de ne pas avoir de temps pour elles, de n'exister que dans un rôle de mère et de ne plus avoir de vie sociale et amicale. Le retour au travail de leurs conjoints les laisse encore plus dans cette obligation de soins. Et Sylvie constate qu'elle se retrouve très seule et qu'elle aurait aimé bénéficier d'une aide féminine.

Elles dépeignent leurs difficultés à la fois de manière très prudente, mais en même temps avec un réel besoin d'être entendues.

Seule Maryse n'évoque pas son vécu du post-partum, sans doute trop heureuse d'avoir accouché selon son souhait, c'est à dire par voies naturelles après une première césarienne. Sylvie-Nicole, quand à elle, a eu des complications, mais elle a l'habitude d'endurer la douleur et de s'occuper de tout dans la maison sans aide. Cette troisième maternité ne change pas son vécu du post-partum.

Nous pouvons donc entrevoir dans le discours de nos participantes, le passage brutal d'une fantasmatisation des relations aux figures parentales au cours de la grossesse à une réalité quotidienne pesante et non pensée, en post-partum. Le passage d'une période très narcissique à une autre période requérant au contraire un oubli de soi, ne se fait pas sans mal et sans affects dépressifs. De plus, la représentation sociale de la maternité qui idéalise ce moment, semble rendre encore plus difficile le vécu d'aliénation au bébé et son expression.

CHAPITRE XVI

DISCUSSION

Comment évoluent les représentations des femmes relativement à leurs figures parentales en période périnatale? Voilà la question qui a guidé notre travail de recherche.

Nous avons pour objectif d'explorer de quelles manières, les relations aux deux figures parentales, pouvaient bien s'articuler au cours de la période périnatale. Or force est de constater que le champ des figures parentales s'est rétréci à la figure maternelle. Peut-être est-ce le propre de la grossesse que de revisiter la relation à la mère de manière si unilatérale ? Mais il se pourrait aussi que les entretiens aient été menés de manière à focaliser les enjeux conflictuels sur la mère et il s'agirait alors d'un biais dû aux représentations des chercheurs. D'autre part, comme nous l'avons relevé, ces femmes ne sont pas venues par hasard participer à la recherche et il se pourrait tout aussi bien que ces enjeux relatifs à leurs mères, soient issus de ce biais de recrutement. De plus l'effacement de la figure paternelle dans le discours des femmes peut également provenir de particularités du rapport homme-femme de la société québécoise.

En prenant en compte tous ces éléments, nous allons tenter de cerner pour quelles raisons et comment la conflictualité psychique s'est polarisée pour la plupart des participantes de notre cohorte à la figure maternelle. Nous soulèverons également de quelles manières les autres figures significatives interviennent dans cette conflictualité ainsi que la possible signification du choix du suivi et des demandes des parturientes. En parallèle nous allons nous demander en quoi les déterminants de la

société post-moderne viennent influencer le vécu de la maternité des femmes de notre cohorte, notamment du point de vue de la relation à la mère réelle et intérieure.

Enfin, notre discussion donnera lieu au développement de nos conclusions personnelles qui interrogent plus précisément les particularités œdipiennes de la maternité psychique des femmes québécoises.

16.1 Travail psychique du devenir mère

Notre analyse de discours nous a permis de soulever que les femmes parlent, au cours de leur grossesse, principalement de leurs mères et ce surtout au cours du deuxième trimestre. Peut-être est-ce parce que physiquement la grossesse est moins exigeante à cette période, qui est celle dit-on de l'accalmie, que la conflictualité psychique envers la figure maternelle trouve plus de place pour s'exprimer?

Les premières sensations proprioceptives du fœtus qui témoignent de la réalité de sa présence, permettent aussi, sans doute, aux femmes de mieux envisager leur future position maternelle. Il s'agit en effet d'un trimestre pendant lequel la femme se questionne plus particulièrement sur son modèle maternel réel mais aussi celui plus inconscient provenant de son histoire infantile. Les imagos maternelles intériorisées de l'enfance refont surface à cette occasion, comme l'expliquent les auteurs de l'ouvrage *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité* (Missonnier *et al.*, 2015). Ainsi ils notent qu'à ce trimestre là :

À mesure que se dégage un fœtus différencié et plus familier, la mère interne est réactualisée dans la vie psychique de la femme enceinte. Selon le degré de maturation des conflits primitifs (avec la mère archaïque) et œdipiens (avec la femme de son père), tels qu'ils ont été élaborés à l'adolescence, la jeune femme va accéder ou non à une identification tempérée à la fonction maternelle. (Missonnier *et al.*, 2015, p. 134)

Or, nous remarquons en effet que nos participantes ont toutes exprimées au deuxième trimestre ou plus rarement au suivant, leurs inquiétudes et leurs difficultés relativement à la fonction maternelle et donc à leur rapport à leurs mères. Et il nous semble que c'est avant tout parce que la grossesse est l'occasion de revisiter cette mère intériorisée, que la thématique maternelle apparaît avec autant d'acuité dans leurs entretiens. Les biais de recrutement ou des représentations des chercheuses peuvent ainsi renforcer cette polarisation sur la figure maternelle, mais celle-ci se retrouvera probablement chez toutes les femmes enceintes de manière plus ou moins prégnante.

Or, ici il nous a semblé que c'est la mère de la petite enfance qui prime. Celle des fantasmes œdipiennes précoces. Nous avons relevé que la mère intérieure s'apparente à celle décrite dans la théorie kleinienne, c'est à dire qu'elle est à la fois enviée et redoutée, et qu'elle provoque à la fois angoisse et culpabilité. Pour certaines de nos participantes, ces mères sont omnipotentes, empêchant parfois par leur caractère castrateur la possibilité même de pouvoir leur succéder et de prendre symboliquement leur place, amenant parfois jusqu'à des échecs de procréation. Et pour d'autres, elles sont faibles et cette inconsistance valide le sadisme archaïque de leurs filles et accroît ainsi leur culpabilité et leur angoisse, les mettant d'emblée dans une position d'incapacité à adopter une position maternelle, car soumises aux représailles de leur mère intérieure. Dans les deux cas, les nouvelles mères ont affaire à des « mères-Gorgones » pétrifiantes qui ne leur laissent pas la possibilité d'accéder facilement à leur position maternelle.

Ainsi nous retrouvons dans nos résultats des modalités défensives de la position schizo-paranoïde telles que le clivage (bonne mère / mauvaise mère) ou la projection et l'identification projective. Nous avons également relevé une angoisse et une culpabilité intense, provoquée par le rapport conflictuel à la figure maternelle. Nous avons observé qu'elles conçoivent la naissance de leur enfant, uniquement dans le

cadre très restreint de leur couple, fantasmant une possible intrusion maternelle dans cette triade originelle. Le besoin de la présence maternelle ne peut s'exprimer que dans l'ambivalence.

D'autre part, il nous a semblé que la forte proportion de fausses-couches et de grossesses non prévues dans notre échantillon ne pouvait être le fait du hasard. Ainsi, ces femmes ont sans doute participé à la recherche justement parce qu'elles éprouvaient des difficultés à accéder à une position féminine mature et à dépasser le complexe d'Œdipe. Les fausses-couches et l'ambivalence de ces femmes seraient les témoins des conflits précoces qui refont surface à ce moment là de la maternité.

Nos résultats viendraient donc illustrer la théorie kleinienne qui s'attache à décrire en quoi le développement sexuel féminin et ses aléas, viennent influencer le bon déroulement de la grossesse et de la maternité.

16.2 Idéologie, culture et maternité

En quoi la société post-moderne québécoise influence-t-elle cette remise à jour?

Nous avons identifié différents déterminants idéologiques de la société post-moderne : le premier concerne la place des mères et des co-mères au moment de la maternité de leurs filles et en particulier leur éviction récente. Le deuxième concerne l'idéalisation de la maternité dans le discours environnant actuel. Le troisième concerne la place des hommes dans le couple.

Nous allons questionner la manière dont ces trois temps idéologiques viennent modifier le déroulement de la maternité psychique.

16.3 L'éviction des mères

Idéologiquement, il est demandé aux femmes de mettre de côté leurs mères au cours cette période périnatale. Nous pouvons nous interroger sur l'image de l'accouchement à trois qui est véhiculé et repris par les femmes de notre cohorte et sur la solitude des femmes au cours de la période périnatale. L'accouchement et le post-partum immédiat doivent, selon l'idéologie environnante et le discours des femmes, se dérouler dans une intimité préservée et permettre ainsi la naissance de la famille et de liens forts avec le bébé. Les grands-mères (mères et belles-mères des parturientes) sont écartées de ces moments, qui étaient il y a encore peu accompagnés par des femmes (mères, sœurs, tantes, voisines).

Les travaux d'Yvonne Knibielher ont montré comment progressivement, au fil du temps, les mères ont perdu la culture et le savoir-faire maternel qui se transmettait de générations en générations. Les jeunes femmes n'héritent plus du savoir ancestral qui les guidait pour prendre soin de leurs bébés. Les mères des femmes que nous avons observées ont vécu la révolution sexuelle et les transformations importantes de la société. Elles se sont investies dans une vie professionnelle, elles ont, pour certaines, divorcé et elles ont été les premières à interroger leur destin féminin et à remettre en question la maternité comme seule voie d'épanouissement de la femme. Souvent, leurs filles ne les ont pas vu mater d'autres enfants et elles sont ainsi aujourd'hui en proie à des interrogations très pragmatiques concernant les gestes qui accompagnent l'éducation et les soins de leurs bébés.

En quoi le fait que la naissance d'un enfant soit un fait social dépouillé d'un réseau de soutien féminin, a-t-il une incidence sur l'expérience psychique de la maternité de nos jours ?

Véronique Lussier, en 1994, dans un article portant sur la dépression du post-partum partait du même constat de rupture de la transmission maternelle et de la focalisation

sur le couple. D'après l'étude du discours des femmes de son imposante cohorte, elle relevait le défi particulier de la filiation féminine de nos jours, dûe à la façon dont la société, l'entourage et les femmes, elles-mêmes, se situent par rapport aux enjeux du maternel. Ainsi elle constate que les enjeux séculaires et les propositions modernes d'y répondre se contrarient et que cela entraîne une détresse qui n'épargne que peu de femmes de son étude.

Elle enregistre, tout comme nous, que la disparition des réseaux de soutiens féminins d'entraide, tend à faire se reporter sur les conjoints les attentes qui s'y rattachaient. Et elle souligne que les mères sont les dernières personnes à qui les jeunes femmes s'adressent pour se faire accompagner, préférant au contraire se distancier. Les jeunes femmes de sa cohorte préfèrent se rassurer par l'expertise du savoir médical qui se révèle finalement décevant car pas assez maternant. Les femmes trouvent ainsi dans le recours aux sages-femmes un compromis idéal.

Cette étude date d'il y a plus de 20 ans. Presque une génération. Comment se fait-il que les femmes de notre cohorte vivent les mêmes choses que celles de l'étude de Véronique Lussier ? Plus encore que la disparition du réseau de soutien féminin, d'autres déterminants peuvent éventuellement expliquer le mal être des femmes. Il nous semble que la question œdipienne et plus particulièrement la place des hommes dans la société québécoise pourrait expliquer la permanence de certaines difficultés maternelles. De même, la toujours plus grande pression idéologique exercée sur les femmes, concernant l'idéalisation de la maternité, pourrait accroître leur malaise. C'est ce que nous allons étayer par la suite.

16.4 L'idéalisation de la maternité

Passons au deuxième point idéologique que nous avons mis en exergue : la période de la maternité est idéalisée et la norme véhiculée socialement est celle d'un moment de complétude et d'épanouissement féminin.

Patricia Ménissier (2016), qui s'appuie sur la littérature, pour montrer les modifications des représentations maternelles au fil du temps, aborde le post-partum comme une période durant laquelle « les mères sont au bord de la crise de nerfs » (Ménissier, 2016, p. 62) et où l'idéalisation de la maternité vient s'entrechoquer avec l'ingratitude de la réalité :

À la promesse de cette nouvelle vie longtemps donnée comme finalité à la mère, se heurte de plus en plus dans les textes contemporains un douloureux réveil qui confronte la mère à ses doutes, à ses angoisses quand à ses aptitudes maternelles et à son devenir, maintenant qu'elle se trouve liée à un être qui ne vit que par elle. Les romancières actuelles ont ainsi ces dernières années développé ces thématiques où se lisent la difficulté d'être mère et de rester femme, le désarroi voire le désespoir qui résulte de cette prise de conscience et conduit à une image inversée de la maternité : faillite de la femme, naufrage du couple, incapacité de la mère à faire face à son rôle. (Ménissier, 2016, p. 63-64)

Ainsi, dans un récit autobiographique récent, la journaliste Alessandra Sublet (2013) se demande « pourquoi personne ne l'avait prévenue ? » à propos des difficultés qu'elle rencontre, ses doutes, les exigences de la maternité, les transformations et les maux physiques de la grossesse et du post-partum, l'extrême dépendance de son bébé, la nécessaire remise en cause de ses aspirations personnelles et professionnelles. Elle présente la maternité comme un sujet qui ne fait plus l'objet d'une transmission et qui reste secrète, voire même taboue. Car la maternité donnée à voir dans les journaux et les revues montre, au contraire, l'image d'une période épanouissante, facile, qui ne transforme ni la silhouette, ni la vie de la femme.

À la question, « pourquoi ne m'a-t-on rien dit ? » nous pourrions ajouter les questions « pourquoi nous a-t-on menti ? » ou « pourquoi n'ai-je pas demandé à ma mère ? » qui apparaissent en toile de fond. Nous rencontrons d'ailleurs de plus en plus de femmes, en clinique périnatale, qui vivent difficilement ce tiraillement entre les diktats sociaux de la maternité (être performante au travail, vivre la grossesse de manière épanouie et sans montrer les aléas physiques ou psychologique) et le vécu de la passivité et de la dépendance inhérent à la grossesse. Elles sont ainsi placées dans une position insoutenable et génératrice d'angoisse.

Le modèle dominant du XIXème siècle édictait à la femme l'impératif suivant : travaille, économise et renonce à la chair! L'impératif tout aussi catégorique aujourd'hui, tel qu'il est véhiculé par les magazines féminins, dit : sois heureuse, sois comblée, bref jouis! Entre ces deux injonctions, Margaret Mead notait avec humour que la première avait le mérite d'être réalisable. (André, 1994, p. 4)

L'image idéalisée de la mère aimante, dévouée, sacrificielle, héritée de la tradition, tout comme celle de la femme épanouie et comblée, est un obstacle important rendant impossible leur position maternelle.

Les jeunes mères semblent tomber des nues après l'accouchement et vivent cette période de manière particulièrement dysphorique, comme nous l'avons soulevé dans nos résultats. « La future mère ignore l'autre face de la maternité faite d'épuisement, de frustration, de solitude, voire d'aliénation avec son cortège de culpabilité » (Badinter, 2010, p. 23). Or cliniquement, nous pouvons corrélérer la forte idéalisation de la maternité avec l'augmentation du risque de déclenchement d'une dépression (Lussier *et al.*, 1994).

Nous pouvons entendre ce manque de transmission féminine et maternelle et l'idéalisation de la maternité dans les récits autobiographiques ou romancés contemporains, de même que dans le discours des femmes de notre cohorte. Le post-partum est une période vécue dans la solitude et le manque de préparation. Nos

participantes sont surprises des exigences de la maternité comme si elles n'avaient pas du tout été préparées à cela. Au contraire, leur vécu leur semble particulièrement incongru par rapport à ce qu'elles avaient entendu et imaginé de la maternité.

Ainsi, elles se retrouvent en difficulté face à l'extrême dépendance de leur nourrisson et au manque de gratification de cette période de dévouement. Elles remarquent qu'elles ne sont pas préparées à cela et pas non plus aidées dans leur quotidien, se retrouvant souvent seules. Elles honnissent ce manque de liberté et ce retour à une image maternelle très traditionaliste de la femme qui s'occupe de tout. Le bébé devient alors un fardeau pour lequel elles peuvent ressentir des affects très ambivalents qui se retrouvent dans les phobies d'impulsions ou les craintes qu'il lui arrive quelque chose.

Peut-être, comme le pense Patricia Ménissier, le désarroi des mères est-il explicable par la montée de l'individualisme qui rend cette période de don de soi d'autant plus irréconciliable avec les exigences d'épanouissement personnel ? De plus il peut-être la résultante de la contradiction du discours idéologique (qu'elle retrouve dans la littérature) idéalisant la maternité, avec les contraintes évidentes de celle-ci.

Ce dernier point est ce que de nombreux auteurs considèrent comme l'origine de la dépression du post-partum :

Le fait qu'elles (les mères) se reconnaissent rarement dans un tel idéal ne lui enlève rien de sa force, et les laisse éminemment vulnérables à la déception et à la désillusion, pour ne pas dire à la dépression, l'impact d'une réalité trop éloignée de leurs fantasmes étant particulièrement fragilisant. (Lussier *et al.*, 1994, p. 22)

La maternité choisie, grâce aux moyens de contraception, vient encore alourdir, semble-t-il le poids de la responsabilité des femmes et leur impossibilité de se plaindre de leurs difficultés maternelles, en les muselant. Les nouveaux droits

entraînent comme nous l'avons vu dans notre partie théorique, une autre forme de domination. Celle de l'idéologie et du pouvoir scientifique.

Avoir le choix de donner la vie, et effectivement mettre au monde un enfant, fait en outre peser sur les mères une responsabilité sans égale et contraignante, susceptible d'enfermer les femmes dans un rôle maternel auquel elles avaient cru pouvoir échapper, précisément en exerçant leur liberté de choisir. (Ménissier 2016, p. 166)

Ainsi, à qui les femmes peuvent-elles adresser leur difficultés maternelles, quand la maternité n'est plus subie comme avant ? La pudeur, voire même le tabou d'exprimer ses sentiments dysphoriques peut, peut-être, s'entendre comme un aveu de faiblesse difficile à assumer. Si elles s'en plaignent à leurs propres mères elles vont se sentir probablement décrédibilisées alors qu'elles ont besoin d'être soutenues et valorisées narcissiquement. Elles sont ainsi coincées et c'est sans doute la raison pour laquelle le post-partum est une période si problématique. La tension intérieure entre les difficultés inhérentes à la maternité, l'image intériorisée de la bonne mère et le dogme du développement et de la réussite personnelle fait craquer le vernis et amènent ces femmes à un vécu dysphorique de ce moment.

Pour Patricia Ménissier, tout l'enjeu de l'être mère réside dans l'équilibre que les femmes doivent trouver entre les représentations idéales de la mère et la réalité de l'accès à la maternité.

En effet, la communauté n'est plus là pour étayer leur nouvelle position et les guider. C'est peut-être pour cette raison que nous voyons la recrudescence de l'appel aux sages-femmes et aux accompagnantes à la naissance, dans un mouvement de retour à des modalités de mise au monde moins médicalisés, technicisés et vide d'humanité et de liens (Rivard, 2014).

La question principale qui semble animer les femmes de notre cohorte est : sur quel modèle de mère puis-je m'appuyer ? Et en filigrane, serais-je une bonne mère ? Ce qui

est frappant dans notre rétrospective historique de la maternité au Québec, nous semble-t-il, c'est la rapide disparition de l'étayage maternel qui a été remplacé par la technique et la médecine.

Le savoir médical tend à être fortement dénigré par les femmes de notre cohorte. Son caractère infantilisant et sentencieux ne correspond pas aux besoins si forts de valorisation narcissique des femmes à cette période. Il ne vient donc pas calmer ces futures mères qui ont besoin d'une réassurance maternelle pour combler leurs doutes sur leurs capacités reproductives et maternelles. Le réel des examens, du savoir scientifique ne vient pas boucher le trou de l'inquiétude des scénarios fantasmatiques.

Or nous pouvons peut-être voir dans les choix d'accouchement, notamment avec les sages-femmes ou les accompagnantes à la naissance, une tentative de trouver un modèle maternel et un guide expérimenté et expert. Celui-ci leur permettra peut-être de trouver leur identité de mère en les sécurisant concernant leurs peurs infantiles.

Nous remarquons que les femmes de notre cohorte tentent désespérément d'être rassurées, non pas par leurs mères ou leurs belles-mères, mais plutôt par d'autres femmes expertes et dévouées, dont la figure la plus représentative est la sage-femme, la figure maternelle étant un support d'identification probablement trop ambivalent et conflictuel.

16.5 La famille, les hommes, la société Québécoise

Enfin, un autre élément important de changement, consiste en la brusque atomisation de la famille, qui accentue la solitude du couple, dans cet événement qui autrefois était si important pour la communauté. Le couple qui par ailleurs reste fragile et au sein duquel les hommes et les femmes semblent peiner à trouver une juste place. Le flottement des identités et des rôles qui étaient si encadrés autrefois, peut

éventuellement expliquer aussi les difficultés identificatoires et identitaires de la maternité.

Les hommes sont ainsi sollicités de manière sans doute exagérée et quoi qu'ils fassent ils seront de toutes les façons décevants et frustrants. De plus, ils traversent eux aussi, lors de la grossesse de leurs femmes une période de chamboulement identitaire et narcissique. Peut-être que les transformations sociales et culturelles récentes ne les confortent pas dans cette métamorphose. Il se pourrait que pour eux aussi, cette remise à jour des enjeux œdipiens soit entravée par les caractéristiques idéologiques contemporaines qui ont donné naissance aux « nouveaux pères ».

Le père de ces nouvelles familles, est beaucoup plus impliqué dans la grossesse et dans l'accouchement; il se sent plus responsable de son enfant, et parallèlement, l'importance du rôle de soutien accordé par la grand-mère maternelle à la jeune mère se réduit, du fait que cette aïeule a encore fort probablement, une occupation professionnelle (de même que les éventuelles sœurs de la maman). De manière générale, l'impact de la culture psychologique rend les nouveaux parents beaucoup plus attentifs, mais aussi par conséquence, plus anxieux. (Selvini, 2001, p. 50)

Justement, la place de l'homme au sein de la société québécoise pose question. Gary Caldwell (2012), sociologue canadien, s'interroge sur le rapport des hommes et des femmes au Québec et met en exergue les particularités historiques qui expliquent leur rareté et leur particularité et l'abdication des hommes face aux femmes. Ainsi, il explique que plus qu'ailleurs en Occident, le discours féministe s'est implanté plus vite et plus profondément au Québec, creusant l'écart entre le ressenti masculin de perte de repères et le sentiment de puissance des femmes.

Il décrit des hommes désemparés par les changements résultants de la modernisation, capitulant face aux femmes qui prennent le pouvoir. Les transformations des années 60-70 ont donc opéré une renégociation du rapport entre les sexes au détriment des hommes. Finalement au patriarcat de la famille traditionnelle, succède une organisation matriarcale du couple et de la famille.

Ainsi ce qui pourrait permettre aux femmes de résoudre leur ultime phase œdipienne de la maternité, par la présence d'un conjoint qui assume son rôle d'homme est fragilisé et leurs demandes de réassurance insatisfaites.

Comme à l'adolescence la jeune femme au moment d'accéder à la maternité vit un conflit entre la nécessaire identification au modèle maternel et l'envie de s'en départir. Cette tension, est peut-être exagérée par l'idéologie post-moderne et l'injonction de mettre à distances les aïeules et la fragilité des hommes. L'ambivalence fondamentale de la filiation féminine est encore plus déchirante qu'autrefois. Il y a une sorte de contradiction entre les mouvements psychiques fortement orientés sur la relation mère-fille archaïque et œdipienne, et les contraintes idéologiques actuelles.

En effet, dans ce moment de crise identitaire, le rapport à la mère, réelle et fantasmatique, encourage normalement une autonomisation des jeunes femmes. Elles ont besoin de soutien, de protection à ce moment là de leur développement identitaire, pour se rassurer de la bonne possession de leurs attributs féminins et de leur angoisse primordiale (Mélanie Klein), ainsi que sur leur nouvelle position. Or la séparation, lors de la maternité, des jeunes mères, de leur réseau féminin maternel, rend difficile ce passage. Nous observons que les femmes de notre cohorte sont ainsi majoritairement prises dans un conflit de dépendance très anxigène, ne leur laissant pas la possibilité de régresser et de se laisser aller à être maternées.

Les mères de ces jeunes femmes sont ainsi dépouillées de leur fonction historiquement rassurante, contenant, et de leurs compétences maternelles, laissant ainsi leurs filles aux prises avec un besoin intense de réassurance qu'elles cherchent avec leurs pairs, les sages-femmes, les accompagnantes à la naissance, parfois les médecins ou leurs conjoints.

De plus, dans le scénario oedipien, le père par sa présence réelle et imaginaire, permet à sa fille de s'extraire de la relation potentiellement paralysante à la mère toute puissante. Nous avons constaté qu'il est souvent absent du discours de leurs filles et inconsistants, les laissant ainsi engluées dans la mélasse de leur relation archaïque avec leurs mères. Ceci peut-être sans doute corrélé à la forte proportion de couples parentaux divorcés et à l'image particulière que cela a pu engendrer de la figure paternelle et maternelle pour leurs enfants.

Les pères, peut-être parce qu'ils ont vécu aussi de plein fouet les bouleversements identitaires et la perte de repères, passant d'un modèle traditionaliste à un autre rôle plus flou, y ont laissé des plumes et n'ont pas pu offrir le rôle de soutien à la différenciation et l'autonomisation de leurs filles et à la réassurance de leurs femmes. Il semble que les jeunes mères demandent ainsi à leurs conjoints de prendre le relai paternel de tiers séparateur, mais qu'il est tout aussi inadéquat et insatisfaisant, ne parvenant pas lui-même à se démarquer de sa position de petit garçon.

Le changement drastique des rôles du père, de la mère et de l'enfant, au cours du passage de la société traditionnelle à celle de l'ère post-moderne, a fragilisé les identités de chacun et engendré des crises développementales plus anxiogènes et complexes qu'auparavant.

Enfin, les grands-mères (mères des mères ou des pères), éprouvent peut-être aussi une difficulté à se positionner dans ce rôle et à adopter cette place symbolique qui les contraint à de nombreux deuils. Les participantes de notre recherche en donnent quelques illustrations lorsqu'elles relatent les attitudes ambivalentes de leurs mères et belles-mères à leur égard.

En effet, du fait de leur position souvent encore active, de leur jeune âge, de leur besoin de plaire et de séduire plus longtemps, elles peuvent elles aussi refuser

d'accompagner et de rassurer leurs filles qui peut-être, peuvent être considérées comme des rivales à leurs yeux.

Nous voyons que le recours aux sages-femmes peut représenter une alternative tentante pour ces femmes en quête de référence maternelle rassurante. Dans nos résultats, nous observons que celles-ci sont idéalisées et qu'elles s'opposent au système médical qui tout comme les grands-mères, est infantilisant et inhospitalier. Elles représentent des figures d'identification moins ambivalentes que leurs mères. Les choix de suivi pour ce qu'ils offrent en réponse aux attentes des femmes ont toute leur importance. Et suite au mouvement d'hyper-médicalisation des naissances, ce retour qui s'amorce, à un suivi plus individuel, personnel et maternant, va peut-être se renforcer, tant nous constatons qu'il permet, un peu plus que le précédent, de rassurer fantasmatiquement la femme enceinte sur ses capacités maternelles.

16.6 Conséquences sur le vécu de la maternité

Pour conclure, la nouvelle donne idéologique et sociale, évinçant les aïeules de la maternité de leurs filles, idéalisant la maternité et affaiblissant la représentation masculine, entraîne une grande insécurité des parturientes et l'apparition d'un conflit de dépendance et une anxiété difficile à endiguer.

Les enjeux de la filiation féminine sont donc bouleversés par les représentations contemporaines de la maternité qui rendent très ambivalente l'identification à la figure maternelle, laissant ainsi les mères, leurs conjoints et les aïeules dans une difficulté à adopter leurs nouvelles identités, lors de l'arrivée d'un enfant dans la famille. Mais aussi par les transformations rapides et radicales des fonctions paternelles et maternelles et les bouleversements que cela a engendré sur le développement psycho-sexuel des enfants et l'adoption de leur identité adulte.

Et si ces difficultés s'observent à la faveur d'un post-partum particulièrement dysphorique, nous avons mis en évidence qu'elles se manifestaient très clairement au cours de la grossesse par l'émergence d'un conflit de dépendance et l'expression du besoin frénétique d'être rassurée sur son identité maternelle ; faisant de cette période, un moment particulièrement anxiogène pendant lequel la jeune femme se heurte à une identification à l'image maternelle particulièrement conflictuelle. La problématique archaïque œdipienne est en souffrance et l'adoption de la position féminine et maternelle parfois douloureuse.

Pour finir, nous aboutissons à la même conclusion que Nicole Reeves et ses collaborateurs (2016) qui ont exploré l'anxiété spécifique de la grossesse dans le même cadre de recherche que nous-même. Il paraît essentiel de développer autour de la femme enceinte un espace d'écoute et de support permettant de contenir l'angoisse des femmes enceintes, ce que nous relevons de manière unanime dans nos deux recherches.

CHAPITRE XVII

CONCLUSIONS

Nos résultats nous ont amenée à nous focaliser sur la résolution œdipienne de la maternité et à nous interroger plus précisément sur l'incidence des particularités culturelles et historique de la société post-moderne québécoise sur le déroulement de celle-ci.

En effet, pour la majorité des sujets de notre cohorte, nous avons mis en évidence le surgissement de scénarios fantasmatiques précoces qui entraînent une insécurité et un vécu angoissant au cours de la grossesse. Nous avons d'ailleurs fait l'hypothèse que les fausses-couches et l'ambivalence qui s'expriment intensément au cours de la grossesse, pouvaient être en lien avec les conflits infantiles archaïques qui refont surface.

Ainsi les femmes témoignent principalement dans leurs discours, de leur conflictualité envers leur mère intérieure. Celle qui surgit des entretiens est la mère archaïque œdipienne de Mélanie Klein, issue de la phase sadique et qui a tout pouvoir. Au moment de leur maternité, les femmes semblent alors se retrouver dans une position infantile de haine et d'envie envers cette figure omnipotente qui refait surface. La crainte et la culpabilité qui se dégagent du discours des parturientes, envers leurs mères ou leurs belles-mères, peuvent être issues du retour des pulsions sadiques et haineuses à l'égard la figure archaïque maternelle si enviable car elle possède tout.

D'ailleurs, l'apparition dans leur discours de la bonne sage-femme et de la mauvaise mère, témoigne du mécanisme de clivage de la figure précoce maternelle issu de la position schizo-paranoïde kleinienne ou autrement appelée position persécutive. Il s'agit de l'étape la plus archaïque du développement psychique marquée par des mécanismes de défense maniaque, la projection, l'introjection, l'identification projective et le clivage des objets qui sont à la fois idéalisés et enviés. L'angoisse qui prédomine à ce stade est celle de la persécution en retour des propres fantasmes sadiques de l'enfant. Or nous retrouvons bien dans nos analyses des éléments illustrant le retour de ces enjeux archaïques que sont le clivage d'objet, l'angoisse de persécution, l'idéalisation, l'envie et la crainte envers la figure maternelle et les mécanismes de défenses que nous venons de citer. Nous concluons ainsi à la persistance des éléments archaïques de la relation à la mère au cours de la grossesse.

Or ce qui permet la résolution de cette conflictualité psychique et la maturation psycho-sexuelle réside dans la possibilité de compter sur une figure paternelle bonne et réparatrice pendant l'enfance et dans son prolongement symbolique d'un conjoint satisfaisant.

Nous avons dégagé dans nos résultats que les pères et les maris sont relativement absents du discours et de la fantasmagorie maternelle.

Les femmes de notre recherche ont été élevées par les filles de la révolution féministe qui se sont retrouvées sans hommes ou dans des couples marqués par cette puissance féminine. De la même manière, nos sujets vivent une relation de couple caractérisée par ce rapport déséquilibré entre les sexes. Les couples québécois se défont rapidement et les femmes se remarient peu, augmentant le nombre de familles monoparentales dont elles sont le principal support.

Symboliquement, nous pouvons faire l'hypothèse que les hommes québécois sont considérés comme faibles et peu enviables. Ils ont perdu de leur prestance et de leur

pouvoir phallique. Fantasmatiquement, l'homme peut apparaître comme castré. Ils ne représentent pas la figure paternelle réparatrice et réconfortante de la constellation œdipienne. La résolution œdipienne requiert la convocation d'un bon pénis intériorisé puis d'une imago paternelle bienveillante en réparation des pulsions sadiques archaïques.

Nous pouvons éventuellement mettre en lien la grande conflictualité que nous avons relevée dans le discours des participantes, avec ces données sociales, symboliques et fantasmatiques.

Ainsi dans la problématique œdipienne précoce, les filles se trouvent en lutte avec une mère intériorisée toute puissante et virile. Il se pourrait que les hommes castrés ne soient pas des supports narcissiques suffisamment forts pour la jeune mère, entraînant une angoisse qui ne peut s'estomper que dans la réalité, après la naissance de l'enfant. Mais peut-être que ces jeunes femmes choisissent également un certain type d'hommes et qu'elles sont aussi castratrices que leurs mères. Ce qui les laisse tout de même en proie aux mêmes angoisses.

Au delà de la question du manque de soutien maternel et féminin soulevée par Véronique Lussier en son temps, notre thèse nous a permis d'approfondir les enjeux œdipiens soulevés par la grossesse et de noter en quoi les particularités historiques et culturelles du Québec post-moderne influencent la résolution de ce conflit.

À l'instar de l'Œdipe africain de Marie-Cécile et Edmond Ortigues (1966) qui tout en énonçant l'universalité du complexe d'Œdipe dégagait des variations de sa résolution selon les sociétés dans lesquelles il prenait place, nous avons mis en relations des données anthropologiques et le déroulement de la résolution œdipienne de la maternité au Québec.

Ainsi, nous remarquons que les spécificités réelles, symboliques et fantasmatiques de la triangulation œdipienne viennent influencer son déploiement. Devenir mère au

Québec ou dans une société traditionnelle ne fait pas surgir les mêmes conflits et les mêmes angoisses.

Il est à noter que la généralisation de nos résultats est à tempérer, du fait que les femmes qui ont participé à notre recherche avaient peut-être plus de raisons de le faire que d'autres. Ainsi, ce que nous mettons ici en lumière, peut bien entendu se retrouver dans la population générale, mais de manière moins prononcée.

D'autre part les limites méthodologiques que nous avons exposées précédemment sont à prendre en compte pour relativiser nos conclusions. De même, le recours à la théorie Kleinienne, que nous avons trouvée très pertinente dans l'analyse de nos données, peut sans doute s'enrichir d'autres explications et références théoriques. Cependant, c'est par l'aller et retour des données matérielles à la théorie que les travaux de Mélanie Klein nous sont apparus si justes et pertinents pour expliquer et comprendre les enjeux psychiques soulevés lors de la maternité de nos sujets.

Il reste enfin à savoir dans une analyse comparative si nos hypothèses et nos conclusions se retrouvent ailleurs en Occident, du fait de l'évolution des rapports entre les sexes, ou si cela est très singulier à la société québécoise.

Dans ce contexte, il semble primordial de permettre aux femmes d'être rassurées quand à leurs angoisses. Ceci pourrait se formaliser par la création d'espace d'écoute bienveillante en période périnatale et par la création de formations aux enjeux psychiques de la maternité et aux besoins spécifiques des femmes au cours de cette période, pour les professionnels de la santé qui s'occupent des femmes enceintes.

CONCLUSION FINALE

Nous nous sommes penchés sur l'exploration du vécu psychique de la maternité chez les femmes québécoises de notre société contemporaine et plus particulièrement sur la relation entre l'idéologie post-moderne et les processus psychiques de filiation et de transmission de l'identité maternelle. La présente recherche s'est attardée sur l'analyse du discours des participantes de notre cohorte et nous a permis de questionner la conflictualité psychique des femmes vis à vis de leurs figures parentales et en particulier maternelles et les enjeux de la parentalité.

À la lumière de la littérature anthropologique et historique du devenir mère et psychanalytique de la maternalité, nous avons observé, analysé, interrogé et discuté le témoignage de chacune des participantes, pour en retirer finalement des aspects saillants. Afin d'y parvenir, à partir des données recueillies, nous avons mis en place une méthodologie d'analyse du discours centré sur la pragmatique linguistique et les concepts psychanalytiques.

Nous avons donc observé que d'un point de vue socio-culturel, les femmes ont subi des changements rapides de modes de transmissions des rituels et des pratiques entourant la naissance et l'accueil du nourrisson. Les aïeules ont été évincées de la période périnatale et se sont vues remplacées par le recours au savoir médical et technique. De plus l'idéologie dominante idéalise la maternité en même temps que la réussite individuelle laissant les femmes en proie à une contradiction entre les exigences aliénantes de cette période et les injonctions d'épanouissement personnel.

Enfin, le rapport hommes-femmes a été bouleversé et vient influencer le déroulement oedipien du développement psycho-sexuel féminin.

D'un point de vue psychique, les femmes au cours de la grossesse et en post partum, revisitent de manière aigüe leurs relations à leur figure maternelle intériorisée. Cette période est particulièrement déstabilisante et requiert d'un point de vue fantasmatique une réassurance narcissique et d'un point de vue réel un accompagnement et du soutien.

Or nos résultats de recherche mettent en évidence la contradiction des exigences psychiques du devenir mère et des nouvelles modalités contextuelles d'entrée dans le champ du maternel. Ainsi, les femmes qui ont besoin de régresser et d'être confortées sur leurs compétences et la légitimité de leur nouvelle position maternelle, ne peuvent être rassurées par leurs figures maternelles auxquelles l'identification est trop ambivalente. La filiation féminine se retrouve entravée et suscite de l'angoisse et des craintes difficiles à contenir. Il en résulte l'apparition d'un conflit de dépendance insoluble et délétère pour l'adoption d'une position maternelle équilibrée.

De plus la fragilisation des identités paternelles et maternelles, due aux bouleversements rapides des rôles et des fonctions de chacun, rend, à l'adolescence, comme pour la maternité, ces phases développementales plus anxiogènes et difficiles. Le développement psycho-sexuel en est perturbé, notamment au niveau de la résolution œdipienne.

Les différentes figures de référence (père, conjoint, amies, sages-femmes, médecins) sont donc sollicitées et ne peuvent répondre que très partiellement aux besoins des jeunes mères. Le délitement du réseau de soutien féminin autour des nouvelles mères les fragilise et leur demande de trouver de nouvelles modalités d'accompagnement et de s'inventer un nouveau modèle maternel qui corresponde mieux aux nouveaux enjeux de la modernité.

Notre recherche a comme avantage d'appréhender et de cerner comment les femmes pensent, parlent et agissent leur maternité dans le contexte anthropologique actuel.

Elle a comme limite le fait que la participation à la recherche ait été dictée par des enjeux subjectifs et une demande inconsciente, qui colorent sans doute nos résultats et qui font que ceux-ci sont à prendre avec prudence. Les biais méthodologiques peuvent également limiter leur portée. S'ils ne reflètent pas tout à fait le vécu général des femmes, nos résultats n'en sont pas moins représentatifs d'une certaine proportion d'entre elles et peuvent se retrouver de manière moins aigüe chez les autres.

À la lumière de ces limites, nous dégagons différentes pistes de recherches qui pourraient enrichir nos conclusions et permettre de considérer des suggestions cliniques, pour mieux accompagner les femmes enceintes. Ainsi, le vécu du devenir grand-mère est encore peu exploité et cela pourrait nous dévoiler comment ces processus spécifiques viennent s'entrechoquer avec les enjeux de la maternité de leurs filles. D'autre part, il serait intéressant de pouvoir explorer quelles fonctions psychiques supportent les sages-femmes, dans la maternité de leurs patientes et en quoi, justement le système médical classique pourrait s'améliorer puisqu'il est si décrié.

En définitive, notre recherche a démontré que les déterminants idéologiques et sociaux de la société post-moderne ont une certaine influence sur le processus de la maternalité. La nature de la conflictualité avec les figures parentales et notamment la figure maternelle, est très dépendante de la manière dont les femmes entrent dans le champ du maternel de nos jours et de leur propre développement psychique.

C'est la résurgence du conflit oedipien et notamment l'identification à la figure maternelle qui est au cœur de ces transformations et des difficultés des femmes. Les modalités de suivi viennent soit renforcer les difficultés à adopter la posture maternelle, soit au contraire aider à son bon déroulement, mais possèdent de toutes les manières des limites. Les psychologues et les soignants doivent être attentifs aux forts besoins de réassurance et de dépendance des femmes et peuvent voir dans les

difficultés maternelles les conséquences de la rapide évolution des modalités de transmission du maternel et le délitement des réseaux féminins d'entraide. Ils doivent pouvoir proposer dans leurs pratiques des solutions opérantes visant à rassurer narcissiquement ces femmes.

ANNEXE A

**Unité de recherche
en psychologie :
subjectivité,
connaissances
et lien social
EA 3071**



Secrétariat :
Tél : +33 (0)3 68 85 19 38
Fax : +33 (0)3 68 85 19 6
Sandrine.ame@unistra.fr

ncschauder@hotmail.com
Faculté de Psychologie
12, rue Goethe
F-67000 Strasbourg

Responsable scientifique :
Claude SCHAUDER
Professeur associé en
psychopathologie

RECHERCHE

« PRÉVENTION EN
PÉRINATALITÉ. ÉTUDE
COMPARATIVE
INTERCULTURELLE DE
L'ATTENTE DES FEMMES
ET DES HOMMES
D'AUJOURD'HUI EN
PÉRIODE PÉRINATALE,
AU REGARD DE LA
DÉMARCHE PREVENTIVE
D'ÉDUCATION A LA
PARENTALITÉ »
Convention UdS / INPES n° 133/09
DAS

RECAPITULATIF METHODOLOGIQUE

(version sept 2011)

RAPPEL DES OBJECTIFS

Cette recherche porte sur les attentes (au sens de demandes, espoirs, questions, désirs, problèmes) des relatives au devenir parent, c'est à dire à la construction du parental durant la période périnatale et ce qui, durant ce temps, peut affecter cette construction...

Elle part du postulat que le « devenir parent » relève d'un processus qui commence très tôt dans l'enfance du sujet, se trouve marqué par la façon dont celui-ci a pu être accueilli et accompagné durant toute son enfance et son adolescence par sa famille et son groupe d'appartenance, déterminé par ce qu'il a pu expérimenter consciemment et inconsciemment de l'« être parent » de ses proches et de ce que cela a pu impliquer pour eux, dans leur vie en général et/ou dans l'exercice de leur fonction parentale respective. Ce que le sujet aura vécu comme jeune adulte, ce qu'il aura expérimenté de son désir d'enfant (à entendre dans son double sens) dans le cadre de ses premières relations affectives et sexuelles, ce que celles-ci l'auront conduit à vivre, éprouver ou entreprendre...

Le temps de la grossesse, de l'accouchement et celui qui suit, constituent à ce titre une période particulièrement féconde en raison de ce que le sujet peut éprouver dans le cadre des nombreux bouleversements qui s'opèrent en lui, tant sur le plan conscient qu'inconscient. Différentes selon l'histoire et le sexe de l'intéressé, les expériences subjectives (réelles mais aussi imaginaires pour la femme, essentiellement imaginaires pour l'homme) jouent dans bien des cas un rôle significatif dans leur évolution. Les remaniements subjectifs complexes qui s'opèrent au cours de cette période sont par ailleurs grandement tributaires de la dimension symbolique de ce que le sujet vit et éprouve. Les représentations élaborées par l'environnement social et culturel dans lequel il évolue participent enfin également de la construction du parental.

Ces représentations se trouvent aujourd'hui dans bien des cas bouleversées, ne serait-ce qu'en raison de l'évolution des représentations de l'identité sexuelle et de l'identité de genre actuellement à l'œuvre dans la modernité.

Cette recherche a donc pour objectif non seulement de mieux connaître les attentes que produisent les opérations psychiques qui s'opèrent dans le conscient mais aussi dans l'inconscient du sujet durant le temps de la périnatalité, mais aussi de savoir ce que devient la construction du parental quand le sujet est confronté aux multiples contradictions et aux conflits internes que les mutations actuelles des représentations peuvent entraîner.

Cette étude a également pour objectif de préciser en quoi la réponse à ces attentes relève d'une modification des conditions de vie (économiques, sanitaires et/ou sociales), d'une intervention professionnelle (suivi médical, social, psychologique ou éducatif), de modalités d'élaboration individuelles et personnelles propres à chacun et trouvant leurs sources dans la donne et les repères fournis par les transmissions familiales et culturelles.

MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Pour atteindre ces objectifs, cette étude se déroule sur deux axes :

1) Le premier, dit diachronique, doit permettre de prendre en compte l'incontournable dimension du temps et de ses effets sur le sujet. Ce premier axe permet d'approcher la dimension individuelle, singulière liée à la construction subjective partie prenante de l'être parent dans son ancrage historique.

C'est pourquoi nous nous intéressons à l'évolution des attentes et des représentations des femmes et des hommes concernés de manière longitudinale pendant le temps d'attente de l'enfant (la relation parentale étant alors à comprendre dans le cadre imaginaire) , puis après la naissance de l'enfant, les parents étant alors également confrontés à l'enfant réel.

Nous réalisons ainsi des entretiens

- en début de grossesse (3^e mois, début du 4^e de grossesse),
- au milieu de la grossesse (vers le 6^e mois, période des échographies et examens anténataux)
- en fin de grossesse (après le 8^e mois, période de l'attente de l'accouchement),
- dans le mois qui suit la naissance (avant 1 mois, quand les parents sont confrontés à l'enfant réel),
- enfin à 18 mois quand l'enfant commence à parler

2) Le second axe, dit synchronique, nous amène à comparer les éléments caractéristiques relevés lors de chacun de ces temps dans une sphère culturelle et socio-économique donnée avec ceux relevés dans les autres.

Ce second axe permet d'approcher la dimension collective partie prenante de la construction de l'être parent. Il s'agit ainsi de comparer des élaborations de femmes et d'hommes des différents pays et des différents milieux sociaux-économiques rencontrés dans le cadre de cette recherche.

Dans chacun des pays retenus, un échantillon de femmes enceintes et/ ou leur compagnon est constitué au cours du premier trimestre de grossesse. Ils sont choisis au hasard parmi les personnes fréquentant les services où nous sommes autorisés à prendre contact avec les consultantes et qui acceptent de participer à cette recherche.

Des données démographiques et socio-économiques sont également relevées lors des premiers entretiens.

Nous espérons ainsi au total un échantillonnage de 30 à 45 femmes (+ des hommes) par pays. Ces personnes sont revues cinq fois (à chacune des étapes décrites précédemment).

Les entretiens sont analysés selon une grille présentée ci-dessous.

N° D'ANONYMAT :

Afin de respecter l'anonymat des personnes avec lesquelles nous nous entretenons, le chercheur garde dans le document dit « questionnaire » (cf annexe 1) les éléments d'identification de la personne qui lui permettent de garder le contact avec lui et de fixer les rendez-vous.

Il crée un n° d'anonymat qui permet de classer les entretiens et de reconnaître le n° de l'entretien retranscrit. Il comporte 14 chiffres :

- les 3 premiers sont ceux du préfixe téléphonique international du pays où se déroule l'entretien précédé d'1 ou de 2 zéro(s) si ce préfixe ne comporte que 1 ou 2 chiffre(s)

Ainsi : Albanie - 355; Brésil - 055; Chine- 086; Italie-039; France - 033; Québec- 001 ; Russie-007.

- les 3 suivants correspondent au préfixe téléphonique de la région, du département ou de la ville où l'entretien a eu lieu précédé de 1 ou de 2 zéro(s), si ce préfixe ne comporte que 1 ou 2 chiffre(s) :

(ex : 088 pour le Bas-Rhin, département où se trouve Strasbourg ; 081 pour Récif ; 021 pour Rio etc...)

- le chiffre suivant est le numéro de l'équipe de chercheur, s'il y en a plusieurs par pays. S'il n'y en a qu'une, elle porte le n°1. *(ex : au Brésil il y en a 3 : celle de Brasilia est la 1 ; Rio la 2 et Recif la 3).*
- les 2 chiffres suivants sont le numéro du chercheur précédé d'un zéro pour les premiers chercheurs de chaque équipe qui comporte au maximum 99 chercheurs ! *(ex : le chercheur n°3 de l'équipe, figure dans le n° d'anonymat sous le n° 03)*
- les 2 chiffres suivants correspondent à l'ordre d'arrivée du sujet dans le recueil du chercheur. C'est le chercheur qui numérote ses sujets au fur et à mesure de ses entretiens. Pour les 9 premiers sujets de chaque chercheur, le chiffre sera précédé d'un 0. (pas plus de 99 sujets par chercheurs !)

(exemple : si Madame XX est le 5e sujet rencontré par le chercheur, elle porte le n° 05.)

- le chiffre suivant correspond au sexe du sujet: 1 pour les hommes et 2 pour les femmes.
- le chiffre suivant correspond au numéro de l'entretien : n° 1 pour l'entretien du 3^e mois, n°2 pour l'entretien du 6^e mois, n°3 pour celui de la fin de grossesse (9^e mois), n°4: pour l'entretien après la naissance, n°5 celui du 18^e. mois de l'enfant. Ce chiffre ne figure que sur les fiches de retranscription des entretiens et non sur la grille qui regroupe l'ensemble des entretiens d'un même sujet ! Attention : il se peut que certains entretiens ne puissent se faire (pour cause de maladie, d'accouchement prématuré etc...). Le premier entretien correspond néanmoins toujours à celui qui a eu lieu à la fin du 3^e ou au début du 4^e mois ; le 2^e est celui du 6^e mois, le 3^e au cours

du 9^e, le 4^e dans les 3 semaines qui suivent la naissance et le 5^e, 18 mois plus tard. Afin de garder le contact avec les sujets de la recherche, on retient la possibilité de leur téléphoner 1 ou 2 fois (max) au cours de ces 18 mois.

- le dernier chiffre précise si les deux membres du couple participent à la recherche : 1 pour oui et 0 pour non.

Soit 14 chiffres au total.

Ex : Mme XX est suivie à Strasbourg donc en France = 033, département du Bas-Rhin = 088 par Stéphanie qui est le n°3 de notre équipe= 03. Mme XX est le 5^e sujet suivi par Stéphanie = 05, c'est une femme =2 et l'entretien encodé ici est celui du 6^e mois = 2. Son mari a également été interviewé dans le cadre de cette recherche =1. Le n° d'encodage du 2^{ème} entretien mené par Stéphanie auprès de Mme XX est donc : 033 088 1 03 05 2 2 1. Le n° d'anonymat de Mme XX : le 033 088 1 03 05 2 1

RECUEIL DES DONNÉES

Les entretiens sont enregistrés et intégralement retranscrits.

- Le fichier de retranscription, ainsi que l'enregistrement audio de l'entretien précisent le n° d'anonymat à 14 chiffres comprenant le n° de l'entretien retranscrit (cf plus haut).
- Les chercheurs conservent toujours un double des enregistrements et des transcriptions qu'ils sont amenés à transmettre!
- Les transcriptions intégrales des enregistrements se font sur un document Word ou équivalent où les lignes sont numérotées. (NB. Après avoir transcrit sur la grille d'analyse les n° des lignes relevés, attention à ne modifier ni la mise en page, ni la police de la transcription et donc la numérotation des lignes !) Chaque entretien devra être retranscrit sur un document séparé de sorte que la numérotation des lignes recommence pour chacun d'eux à 1.
- Pour numéroter les lignes : dans la barre d'outils, aller dans « mise en page » puis dans « numéros de lignes ». Sélectionner « Continu ».

TROIS QUESTIONS À POSER DURANT LES ENTRETIENS ...

Les entretiens sont non directifs. Trois questions guident cependant nos entretiens de recherche :

- *Comment cela se passe-t-il pour vous depuis que vous savez que vous êtes enceinte ? (que votre femme est enceinte ?)*
- *En avez-vous parlé, en parlez vous, et à qui ? (Avec cette question nous cherchons à savoir si les personnes interrogées ont des interlocuteurs autour d'elles et ce qu'elles en attendent. Cette question est reposée lors des entretiens suivants).*
- *Avez-vous des attentes particulières envers les professionnels ? (Les interviewés considèrent-ils avoir pu parler avec eux des questions qui les intéressent ? Que recherchent-ils auprès de ces professionnels ? L' « être » ou le « devenir parent » étaient-ils à l'ordre du jour de ces entretiens avec les professionnels ? Cette question est, elle aussi, reposée lors des entretiens suivants.)*

QUELQUES RENSEIGNEMENTS A RÉUNIR AU TERME DU PREMIER ENTRETIEN :

Un petit questionnaire (exemplaire vierge en annexe 1) rassemble :

- les coordonnées du sujet (nom, prénom, adresse, téléphone et/ou e mail), le nom du chercheur et le n° d'anonymisation en 13 chiffres (cf plus haut n° d'anonymat) ainsi que...
- des renseignements (sexe, âge, nationalité, catégorie socioprofessionnelle, nombre de grossesses, nombre d'accouchements...) qui nous permettent de situer notre échantillon au regard de la population générale et de croiser certaines variables. Seuls ceux-ci seront retranscrits dans la grille d'analyse selon les modalités suivantes :

1. **Sexe :** 1 pour les hommes et 2 pour les femmes
2. **Date de naissance :** JJ/MM/AAAA
3. **Statut marital :** mettre 1 pour marié(e) ou vivant maritalement
 2 pour divorcé(e)
 3 pour célibataire
 4 pour veuve
4. **Grossesses antérieures :**
 0 si aucun problème n'a été évoqué
 1 si un problème au cours d'une grossesse antérieure a été évoqué
 2 si des problèmes ont surgi lors d'autres grossesses
5. **Accouchements précédents :**
 0 si aucun problème n'a été évoqué
 1 si un problème, au cours d'un accouchement antérieur a été évoqué
 2 si des problèmes ont surgi lors d'autres accouchements
6. **Origine culturelle :** *noter en clair ce que le sujet en a dit*
7. **Niveau d'études :** *indiquer le dernier diplôme obtenu ou le niveau d'étude correspondant (préciser le nombre d'années d'étude) et noter :*
 1 pour les personnes n'ayant pas dépassé les études primaires (aucun diplôme ou seulement un diplôme correspondant au niveau minimum des études professionnelles)
 2 pour les personnes ayant atteint un niveau d'études moyens, terminé des études secondaires de type baccalauréat mais n'ayant pas fait d'études supérieures
 3 pour les personnes ayant fait des études supérieures (grandes écoles, universités...)
8. **Situation professionnelle actuelle :**
 1 pour en activité
 2 pour en recherche d'emploi
 3 pour au foyer
 4 pour en congé de longue durée, congé parental
 5 pour à la retraite ou préretraite
 6 pour étudiant, élève
 7 pour autre, *dans ce cas précisez en clair*
9. **Profession :** *écrire précisément la profession et mettre :*
 1 pour agriculteurs exploitants
 2 pour artisans, commerçants et chefs d'entreprise
 3 pour cadres et professions intellectuelles supérieures
 4 pour professions Intermédiaires
 5 pour employés
 6 pour ouvriers
 7 pour retraités
 8 pour autres personnes sans activité professionnelle

LA GRILLE D'ANALYSE

La grille d'analyse (exemplaire vierge en annexe 2 - fichier excel) portant le n° d'anonymat à 13 chiffres, les références de l'équipe de recherche et du chercheur, regroupe sur le même document des données issues du questionnaire ainsi que les éléments intéressant notre recherche et extraits des entretiens. Afin de nous permettre de répondre aux questions que nous nous posons dans ce travail, ces éléments relèvent d'énoncés manifestes mais aussi de propos qui peuvent faire référence ou allusion à des thèmes que le chercheur repère, des contradictions, des redondances, des dénégations ou d'autres particularités dont le discours se fait le porteur. C'est bien souvent dans l'après coup de leur énonciation, au regard de propos tenus ultérieurement et qui leur ont fait échos, que ces discours se révèlent porteurs de sens et d'informations en rapport avec ces questions. C'est pourquoi instruire les dernières colonnes, n'est généralement possible qu'au terme de la lecture attentive et répétée de l'ensemble des entretiens avec le sujet.

COLONNE 1: ATTENTES FAISANT RÉFÉRENCE... (Qui est concerné par l'attente, l'inquiétude ou la problématique abordée ? il s'agit de déterminer le destinataire manifeste de l'attente. Le(s) destinataire(s) latents ou ceux dont le chercheur perçoit le profil en filigrane sont mentionnés dans la colonne « commentaires et interprétations »)

1. au père, à la mère, à leur substitut
2. au conjoint
3. au couple
4. à la famille proche
5. à l'entourage : amis, copains, voisins, collègues
6. aux enfants précédents
7. à l'enfant porté, en train de venir ou venant de naître
8. aux professionnels (soignants, travailleurs sociaux, psy., etc...)
9. à la Science (nouvelles techniques, échographie, haptonomie etc....)
10. à la tradition, aux aïeux, à (aux) dieu(x), saint(s), esprits etc....
11. à la société dans son ensemble (concerne tout ce qui concerne le social, y compris les forums internet, le travail, etc...)
12. à soi même
13. à personne de précis (on fera figurer ici les récits d'accouchement)

COLONNE 2 : LORS DE QUEL ENTRETIEN ?

Faire figurer ici le n° de l'entretien lors duquel ces propos ont été tenus.

COLONNE 3 : EN QUELS TERMES ? (LIGNES N°)

Comment les différentes demandes et attentes, problèmes ou questions sont-ils formulés ? Mettre le n° de la ligne du premier mot et celui de la ligne du dernier mot de la phrase sélectionnée et recopier le premier et le dernier mot (*Exemple : ligne 15-28 « comme il.....ou non !*)

COLONNE 4 : CES PROPOS CONCERNENT ?

1. l'histoire du sujet
2. la conception de l'enfant porté ou venant de naître
3. la grossesse
4. l'accouchement
5. l'après-naissance
6. autre

On note le n° correspondant dans la colonne. *Exemple : Si cela concerne la grossesse, on note 3 dans la colonne 4*

COLONNE 5 : CES PROPOS PORTENT PLUS PRÉCISÉMENT SUR...**1. l'histoire du sujet :**

- a) L'histoire médicale du sujet
- b) L'histoire familiale du sujet
- c) L'histoire sociale du sujet
- d) Construction narrative du sujet (exemple : « j'ai toujours su que j'aurais deux enfants »)

Exemple : si ces propos concernent la construction narrative du sujet, on notera dans la grille 1.d

2. la conception :

- a) circonstances « naturelles »
- b) AMP (aide médicale à la procréation (dès qu'il y a intervention d'un tiers médical)

(Exemple : si ces propos concernent une AMP, on notera dans la grille 2.b)

3. la grossesse : (ce qui concerne les grossesses précédentes renvoie à l'histoire du sujet 5-1)

- a) les questions que se pose de manière générale le sujet à ce propos (*déroulement, modalités du suivi, examens...*)
- b) les questions relatives au sens (culturel, religieux, idéologique, philosophique, ainsi que les superstitions, etc.) que peut prendre pour le sujet cette grossesse, ses manifestations, celles du bébé porté. Questions relatives au sens des actes techniques qui l'accompagnent ; leur ritualisation
- c) les connaissances du sujet à propos du bébé attendu
- d) comment le sujet se représente ce temps de la grossesse
- e) comment le sujet se représente le bébé attendu
- f) ce que le sujet attend de cette grossesse, en espère, l'inquiète, l'angoisse sur le plan physique (concernant la mère comme le bébé)
- g) ce que le sujet en attend, en espère, l'inquiète, l'angoisse sur le plan psychique
- h) ce que le sujet en attend, en espère, l'inquiète, l'angoisse sur le plan social (changement de statut, reconnaissance, emploi...). Les attentes du social, celles qui font référence à l'évolution des mœurs où les ventres arrondis s'exhibent volontiers, les pratiques de maternage par les pères, etc. peuvent être cotés dans cette rubrique.
- i) ce que le sujet en attend, en espère, l'inquiète, l'angoisse sur le plan matériel
- j) ce que le sujet en attend, en espère, l'inquiète, l'angoisse sur le plan du suivi médical

- k) ce que le sujet en attend, en espère, l'inquiète, l'angoisse sur le plan conjugal
- l) ce que le sujet en attend, en espère, l'inquiète, l'angoisse sur le plan familial
- m) autres

4. l'accouchement :

- a) les questions que se posent de manière générale le sujet à ce propos celles relatives au sens que peut prendre pour le sujet cet accouchement et les actes techniques qui l'accompagnent (croyances religieuses ou traditionnelles, dimension sacrée, superstitions etc.), leur systématisation et leur ritualisation, place et sens de la souffrance, des modalités d'accueil du bébé etc.
- b) comment le sujet se représente l'accouchement
- c) ce que le sujet en attend, en espère, l'inquiète, l'angoisse sur le plan physique
- d) ce que le sujet en attend, en espère, l'inquiète, l'angoisse sur le plan psychique
- e) ce que le sujet en attend, en espère, l'inquiète, l'angoisse sur le plan du suivi médical
- f) ce que le sujet en attend, en espère, l'inquiète, l'angoisse sur le plan conjugal
- g) ce que le sujet en attend, en espère, l'inquiète, l'angoisse sur le plan familial
- h) ce que vivra le bébé durant ce temps (selon le sujet interviewé)
- i) autres relatifs à l'accouchement

5. l'après- naissance:

- a) les questions que se pose de manière générale le sujet, celles relatives au sens que peut prendre pour lui l'arrivée de cet enfant, les événements médicaux ou les actes techniques qui l'accompagnent
- b) celles qui portent sur ce que le sujet veut en savoir
- c) celles qui portent sur le « savoir faire » et la prise en charge pratique du bébé
- d) celles qui concernent la prise en charge affective du bébé et/ou de la mère (du baby blues, de la dépression post-partum ...)
- e) celles qui concernent la prise en charge éducative
- f) ce que le sujet en attend, en espère, l'inquiète, l'angoisse sur le plan conjugal
- g) ce que le sujet en attend, en espère, l'inquiète, l'angoisse sur le plan familial
- h) ce que le sujet en attend, en espère, l'inquiète, l'angoisse sur le plan social
- i) ce que le sujet en attend en espère, l'inquiète, l'angoisse sur le plan matériel : allocations, travail, mode de garde, « Qu'on me fiche enfin la paix, y compris les chercheurs.... ».
- j) les surprises, joies, découvertes, obstacles, difficultés, déceptions (concerne plus particulièrement la rencontre avec le bébé de la réalité / imaginaire, les premiers déboires...)
- k) celles relatives au chemin parcouru depuis le début de la grossesse, au vécu de l'accouchement...
- l) ce que vivra le bébé durant ce temps (selon le sujet interviewé)
- m) autres relatifs à l'après-naissance (transformations et/ou problématiques physiques de la mère comme du bébé, prise en charge médicale ...)

6. propos n'entrant pas dans les rubriques précédentes.

- a) propos relatifs à une nouvelle grossesse
- b) autres

COLONNE 6: PROPOS RENVOYANT À LA QUESTION DU « DEVENIR PARENT » EN RÉFÉRENCE À...

1. soi même (formulation centrée sur le sujet lui-même)
2. l'autre (futur) parent
3. la mère (du sujet)
4. (au) père (du sujet)
5. l'enfant
6. un autre proche
7. un tiers

COLONNE 7: THEMATIQUES RELATIVES AU DEVENIR PÈRE/MERE FAISANT REFERENCE ...

- 1) ... l'histoire et aux vécus archaïques ou infantiles du sujet
- 2) ... à l'histoire récente du sujet, son évolution, ses choix, sa décision d'avoir un enfant, de (re)devenir mère/père, d'avoir une descendance et/ou de s'inscrire dans la chaîne des générations, de suivre un traitement contre la stérilité (NB *ne concerne pas le (les) vécus de l'expérience périnatale en cours*)
- 3) ... au désir du sujet d'être la mère/ le père qu'il voudrait (ou ne voudrait pas) être (concerne l'image de soi, image idéale de soi)
- 4) ... à l'enfant qu'il souhaite avoir (ou ne pas avoir) : son sexe, ses caractéristiques, ses qualités et défauts, handicap, pathologie attendus ou craints. (*Concerne l'enfant imaginaire ou idéal*).
- 5) ... au désir du sujet de voir son couple devenir « parental » et/ou de partager ce projet avec son conjoint
- 6) ... au désir (ou non) de son conjoint d'être parent
- 7) ... au désir de ses parents qu'il le (re)devienne (ou non)
- 8) ... au désir de son (ses) enfant(s) né(s) précédemment d'avoir un petit frère ou une petite sœur (ou non)
- 9) ... aux pressions exercées par l'environnement ou le social : incitations affectives ou matérielles
- 10) ... aux conditions ou à un ou des évènement(s) explicitement liés ou associés à la conception : stérilité, naissance(s), avortement(s), fausse-couche(s) antérieure(s), prises en charge médicales, grossesse ou décès d'un proche, d'un autre enfant, déménagement, changement d'emploi, de statut, autorisation d'adopter, etc.
- 11) ... à ce que le sujet a éprouvé ou éprouve durant sa grossesse (ou la grossesse de sa compagne) : échographie, mouvements in utero et autres témoignages de l'existence du bébé ; évènements heureux ou malheureux, accidents de la vie privée, familiale, médicale, sociale, voire politique, avec ou sans souffrances psychiques ou troubles psychopathologiques etc.
- 12) ... aux échanges spontanés avec d'autres femmes/hommes dans la même situation : parents, proches et amis, groupes de parents, forum internet, etc.
- 13) ... à la préparation à la naissance et à la parentalité : entretien du 4e mois, séances de préparation à l'accouchement et à la parentalité, haptonomie, préparation traditionnelle, doula,
- 14) ... au vécu de l'accouchement (y compris incidents et accidents, césarienne etc....)
- 15) ... à la première rencontre avec le bébé : premiers regards, premières tétées,

- 16) ...au vécu et découvertes durant l'hospitalisation (si pas accouchement à domicile)
- 17) ...au vécu et découvertes au retour à la maison (y compris difficultés dans la prise en compte du bébé dans sa réalité, de ses caractéristiques propres) et à sa prise en charge concrète : allaitement, soins particuliers etc.
- 18) ...au vécu psychique du post-partum : baby-blues, dépression, autres troubles psychologiques etc.
- 19) ...à l'annonce et/ ou au vécu du handicap ou d'une (de) pathologie(s) affectant le bébé (concerne aussi bien le fœtus que l'enfant venu au monde)
- 20) ...au vécu et découvertes de l'enfant une fois que celui-ci commence à parler et à marcher (concerne le 5ème entretien)

COLONNE 8 : COMMENTAIRES INTERPRÉTATIFS ET HYPOTHÈSES DE TRAVAIL

Dans cette colonne on relèvera, le cas échéant, les lapsus (ex banal : quand pour parler de *son mari*, la (future) mère dit *mon père*), les oublis, les particularités de langage, changements brutaux de rythmes ou de thématiques, fuite des idées, manifestations de perplexité (+ les lapsus, les dénégations, les identifications, etc.). L'apparition de nouveaux signifiants (ex : quand le *mari* est tout à coup nommé *le père* ou *son père* ; ou encore : quand celui qui était jusqu'alors désigné par le signifiant *père* devient le *papa* ; ou encore : quand celui (par ex le bébé porté) qui n'était jusqu'ici pas nommé ni même désigné, l'est...)

S'ils se donnent à entendre : les processus identificatoires; les projections (par ex. sous la forme de recherche de ressemblances) ; les problématiques œdipiennes ; les différentes modalités d'expression de la « dette de vie » ; les productions fantasmatiques ; les processus transférentiels ; les processus d'imaginarisation (du réel et du symbolique), de symbolisation (de l'imaginaire et du réel), de réalisation (de l'imaginaire et du symbolique) à l'œuvre durant cette période, en particulier tout ce qui concerne la question du choix (des) nom(s), du (des) prénom(s), du (des) surnom(s) etc.

ANNEXE B

**Recherche sur les attentes des femmes d'aujourd'hui
autour de la naissance de leur(s) enfant(s).**

1^{er} entretien, le....
2^e entretien, le....
3^e entretien, le

4^e entretien, le....
5^e entretien, le....

**QUESTIONS A POSER A LA FIN DU PREMIER
ENTRETIEN**

Nom Prénom.....

Adresse.....

Tél..... email.....

Nom du chercheur.....

n° d'identification :.....

(Initiales du chercheur, initiales du lieu de l'interview, date, n° de l'entretien (ex :J.T.U.01.08.09.01))*

10. Sexe : Masculin Féminin

11. Date de naissance :

12. Stade de la grossesse :

13. Statut marital :

Marié(e) ou vivant maritalement divorcé(e) célibataire veuve

**QUESTIONNAIRE A COMPLETER AU COURS DES
ENTRETIENS SUIVANTS**

14. Grossesses antérieures :

(noter les renseignements relatifs au déroulement de celles-ci (y compris IVG, IMG et fausses couches si celles-ci sont évoquées), le sexe et l'âge actuel des enfants, etc...)

-1^{ère}

-2^e

-3^e

-4^e

-....

15. Accouchements précédents :

(noter celui (ceux) qui a (ont) eu lieu prématurément, celui (ceux) que la parturiente qualifie de difficile(s) ou de compliqué(s) , les césariennes, etc...)

-1^{er}

-2^e

-3^e

-4^e

-....

16. Origine culturelle :

17. Niveau d'étude (dernier diplôme obtenu ou niveau d'étude équivalent) :

CEP (Certificat d'Etude Primaire) ou moins

BEP ou CAP

BEPC ou niveau 3^{ème}

Bac, bac pro ou niveau bac

Bac+2 ou plus

18. Situation professionnelle actuelle :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> En activité | <input type="checkbox"/> En recherche d'emploi |
| <input type="checkbox"/> Au foyer | <input type="checkbox"/> A la retraite ou préretraite |
| <input type="checkbox"/> En congé de longue durée, congé parental | <input type="checkbox"/> Etudiant, élève |
| <input type="checkbox"/> Autre, Précisez : | |

19. Profession : (écrire précisément la profession et post-coder selon la classification de l'INSEE ci-dessous)

.....

Classification INSEE :

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions Intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Autres personnes sans activité professionnelle

ANNEXE C



COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Édifice Cooper
3981, boulevard St-Laurent, Mezz 2
Montréal (Québec) H3W 1Y5

Le 06 mai 2010

Mme Nicole Reeves, M.A.
Psychologue
Hôpital Saint-Luc du CHUM
Pavillon Roland-Bock – 1522
nicole.reeves.chum@ssss.gouv.qc.ca

Objet : 09.288 – Approbation accélérée finale CÉR

Prévention en périnatalité. Étude comparative interculturelle de l'attente des femmes et des hommes d'aujourd'hui en période périnatale au regard de la démarche préventive "d'éducation à la parentalité"

Madame Reeves,

J'accuse réception le 19 avril 2010 du formulaire d'information et de consentement modifié (français version datée du 19 avril 2010), concernant l'étude mentionnée ci-dessus.

Le tout est jugé satisfaisant. Je vous retourne sous pli une copie du formulaire portant l'estampille d'approbation du comité. Seul ce formulaire devra être utilisé pour signature par les sujets.

La présente constitue l'approbation finale du comité suite à une procédure d'évaluation accélérée. Elle est valide pour un an à compter du 29 mars 2010, date de l'approbation initiale. Je vous rappelle que toute modification au protocole et/ou au formulaire de consentement en cours d'étude, doit être soumise pour approbation du comité d'éthique.

Cette approbation suppose que vous vous engagez :

1. à respecter la présente décision;
2. à respecter les moyens de suivi continu (cf Statuts et Règlements);
3. à conserver les dossiers de recherche pour une période d'au moins deux ans suivant la fin du projet afin permettre leur éventuelle vérification par une instance déléguée par le comité;
4. à respecter les modalités arrêtées au regard du mécanisme d'identification des sujets de recherche dans l'établissement.

CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

HÔTEL-DIEU (Siège social)
3840, rue Saint-Lubin
Montréal (Québec)
H3W 1T8

HÔPITAL NOTRE-DAME
1540, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec)
H2L 4M1

HÔPITAL SAINT-LUC
1050, rue Saint-Denis
Montréal (Québec)
H2X 3J4



Le comité suit les règles de constitution et de fonctionnement de l'Énoncé de Politique des trois Conseils et des Bonnes pratiques cliniques de la CIH.

Je vous prie d'accepter, Docteur, mes salutations distinguées.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'B. St-Pierre', written in a cursive style.

*Brigitte St-Pierre
Conseillère en éthique
Vice-présidente
Comité d'éthique de la recherche du CHUM*

BSTP/go

P. j.

C.c. Bureau des contrats

Voici les coordonnées de la personne ressources pour ce projet :

Mme Ghislaine Otis

Téléphone : 514 890-8000, poste 14485

Télécopieur : 514 412-7394

Courriel : ghislaine.otis.chum@ssss.gouv.qc.ca



Formulaire d'information et de consentement destiné aux participantes de
l'étude :
Prévention en périnatalité

Titre de l'étude :

Prévention en périnatalité : Étude comparative interculturelle de l'attente des femmes et des hommes d'aujourd'hui en période périnatale, au regard de la démarche préventive « d'éducation à la parentalité ».

Chercheur :

Nicole Reeves, M.A. psychologue et chargée de formation clinique, Service de psychologie, Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Co-chercheur :

Irène Krymko-Breton, Université du Québec à Montréal

Préambule :

Nous vous invitons à participer à ce projet de recherche parce que vous êtes enceinte et au début de votre grossesse. Avant de signer le formulaire de consentement, il est important de vous assurer que vous avez reçu des réponses à toutes vos questions et que vous comprenez très bien toutes les démarches de l'étude.

Objectifs de la recherche :

En tout, 10 femmes recrutées au CHUM seront invitées à participer. Cette étude vise à mieux connaître les attentes des hommes et des femmes d'aujourd'hui dans différents pays (France, Russie, Italie, Brésil, Argentine, Québec) autour de la naissance de leur(s) enfants(s) et de contribuer ce faisant à mieux y répondre.

Étapes de l'étude :

Pour atteindre cet objectif, nous solliciterons votre participation à 5 reprises aux temps suivants :

- premier trimestre de grossesse
- deuxième trimestre de grossesse
- troisième trimestre

Version 19 avril 2010

CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

HÔTEL-DIEU (siège social)
3840, rue Saint-Urbain
Montréal (Québec)
H3W 1T8

HÔPITAL NOTRE-DAME
1560, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec)
H2L 4M1

HÔPITAL SAINT-LUC
1050, rue Saint-Denis
Montréal (Québec)
H2X 3M4

- un mois post-partum
- 20 mois post-partum

La psychologue vous rencontrera à chaque fois pour un entretien d'environ une heure portant sur vos attentes autour de la naissance de votre enfant. Les entretiens se feront à l'endroit qui vous conviendra le mieux, à votre domicile ou au bureau de la psychologue à l'hôpital St-Luc. Pour fins d'analyse, les entrevues seront enregistrées sur bande audio.

Avantages associés à l'étude :

Votre participation à cette étude permettra de contribuer au développement d'une meilleure compréhension des attentes des parents québécois par rapport à la maternité et par rapport à l'enfant à venir. Ultiment ce travail devrait permettre dans les différents pays concernés de contribuer à proposer des politiques visant à une prévention précoce plus efficace.

Risques possibles associés à l'étude et procédures en cas d'urgence

Pour certaines femmes interrogées, les entrevues peuvent être potentiellement difficiles voire bouleversantes, l'interviewer tentera de minimiser l'occurrence d'une telle situation. De plus, vous êtes évidemment libres de mettre fin à l'entrevue et ce, à n'importe quel moment. En cas de nécessité, nous vous aiderons en vous référant à un professionnel ici même au CHUM.

Participation volontaire et liberté de se retirer :

Votre participation est volontaire et vous pouvez refuser de participer ou vous retirer de la recherche à tout moment, sans préjudice d'aucune sorte et sans que cela nuise aux relations avec votre médecin et sans que la qualité des soins qui vous seront prodigués n'en soit affectée. Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question.

Confidentialité :

Afin d'assurer votre confidentialité, un numéro remplaçant votre nom vous sera assigné. Les informations demeureront confidentielles dans la mesure où les lois en vigueur le permettront. De manière exceptionnelle, la confidentialité peut effectivement ne pas être respectée dans les cas prévus par la loi (dans le cas d'actes criminels par exemple). Dans ces situations, les responsables de la recherche en discuteront avec vous. La chercheuse principale, Nicole Reeves, sera la seule personne qui aura accès à votre nom et à votre numéro. Tout le matériel relatif à vos entretiens sera maintenu sous clef et dans la plus stricte confidentialité. De plus, les publications scientifiques futures n'utiliseront pas les informations pouvant révéler votre identité. Toutes les informations qui seront transmises

seront dûment déguisées afin de préserver la confidentialité. Par ailleurs toutes les retranscriptions d'entrevues et tous les enregistrements seront détruits 5 ans après la fin de l'étude.

Arrêt du projet par le chercheur :

Certains motifs pourraient amener l'arrêt de l'étude par la chercheuse par exemple, si de nouvelles données rendaient le projet non éthique ou si la participante ne répondait plus aux critères de sélection.

Identification des personnes avec qui communiquer :

Toute nouvelle information qui pourrait influencer votre décision de participer à l'étude vous sera communiquée par la responsable, Mme Nicole Reeves. Vous devrez alors signer un formulaire de consentement révisé dans lequel on retrouvera les nouvelles informations.

Pour de plus amples informations concernant l'étude, vous pouvez communiquer avec Nicole Reeves, psychologue et chercheuse au : 514-890-8000 (poste 36277).

Pour tout renseignement concernant vos droits en tant que participante à l'étude, vous pouvez vous adresser à la commissaire adjointe à la qualité des services de l'hôpital St-Luc du CHUM au 514-890-8000 poste 36366.

Droits légaux

En signant le présent formulaire, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux ni ne libérez la chercheuse ou l'établissement où prend place cette étude de leur responsabilité civile ou professionnelle.

Formulaire de consentement

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise. Également, une copie sera déposée dans mon dossier médical. En conséquence, je comprends que cette information sera disponible à toute personne ou compagnie à laquelle je donnerai accès à mon dossier médical.

Nom et signature du sujet de recherche

Date

Engagement du chercheur

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au sujet de recherche.

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date

ANNEXE D

TABLEAU DES PRINCIPAUX ÉLÉMENTS D'ANALYSE

THÈMES	DE QUOI ÇA PARLE	VOC SIGNIFIANT	ÉLÉM DE LANGAGE	NON VERBAL	FIG. RÉTHORIQUE

D'OU / A QUI	DEMANDE	THEMES MANQUANTS	ORG. DU DISCOURS	DEFENSES	REMARQUES. CLIN

Claire 1

THÈMES	DE QUOI ÇA PARLE	VOC SIGNIFIANT	ÉLÉM DE LANGAGE	NON VERBAL	FIG. RÉTHORIQUE
Grossesse	Grossesse surprise. Choc, hésitations, mais désir de le garder. Période de réflexion pour considérer toutes les options.	Choc	On était un peu déçus sur le coup	Silence Heu Heu	
Bébé	Premiers signes physiques. Première écho avec la joie et l'amour en même temps que la crainte. Fluctuation entre la joie et la peur.	Craintes Peur	Je finis par me dire qu'il est arrivé au bon moment... <u>mais en même temps...</u>	Hésitation Hésitation Silence	Je réponds bien à votre question? Clarification
Grossesse		Ambivalence		Silence Voix plus forte	Élaboration
Couple	Le bébé va prendre beaucoup de place en même temps que la hâte de le connaître.	Ambivalence	Je suis de plus en plus prête à l'accueillir, <u>mais en même temps...</u>	Silence Hésitation	Peser le pour et le contre Description du processus
Rôle de mère	Crainte qu'il ne prenne trop de place.		Il fallait que je pense tout le temps à lui	Silence Respiration	Argumentation Tentative d'élaboration Réflexion
Grossesse	Changements	Place		Silence	
L'annonce	psychologiques. Il faut penser à lui. Sentiment de ne plus s'appartenir. Rôle qu'elle va devoir avoir pour	Rôle	Comme si je sentais que heu, ben, heu, j'me, j'me, j'm'appartiens plus.	Silence Heu	
Famille		Immense		Silence	

THÈMES	DE QUOI ÇA PARLE	VOC SIGNIFIANT	ÉLÉM DE LANGAGE	NON VERBAL	FIG. RÉTHORIQUE
Mère	toujours et qui lui semble contraint.	responsabilité	Comme si c'était quelque chose qui m'étais imposé	Soupir silence	
Belle famille	Peur pour les changements que cela risque d'occasionner dans le couple. Peur des tensions	Imposé Toute ma vie Toujours Frustration Peur	Je connais toute l'importance du rôle de mère.	hésitation hésitation soupir	Humour (private joke)
Mère	A de la misère à envisager son rôle de mère. Craintes et espère être une bonne mère.	Parasitée Collé à moi, il décollait plus		heu	
Conjoint	Ambivalence qui s'estompe. Cauchemars la nuit	Ambivalence Attachement	Un attachement, <u>mais en même temps</u> un sentiment d'être envahie.	silence soupir	
Grossesse	concernant un bb mort. La grossesse est dur à accepter car elle n'était pas planifiée et elle a l'impression de ne pas avoir eu le temps de lui faire une place dans sa tête.	Envahie Contrôle Pas planifié			Élaboration
Bébé		Déni	C'était pas planifié (arrêt de la pilule un an auparavant...) J'aurais aimé avoir eu la chance de le désirer avant.	rire	
Mère	La découverte de la grossesse s'est faite sous l'impulsion du mari car elle	Choc		rire	Description détaillée

THÈMES	DE QUOI ÇA PARLE	VOC SIGNIFIANT	ÉLÉM DE LANGAGE	NON VERBAL	FIG. RÉTHORIQUE
Familles	n'imaginait pas être enceinte. Le mari est rapidement devenu content mais elle voulait attendre le plus possible pour l'annoncer. Ne se sentait pas prête. Elle avait peur de l'implication de la famille.	Impliqués Opinions Conseils Choc Pression	J'étais dans le déni	Rire Soupir	
Psychothérapie		Conseils Choc Pression		Respire Hésitation	
Rôle de mère		Conseils Protecteurs	Je ne m'attendais pas à ce qu'elle soit si heureuse	Soupir	
Sexualité relation de couple	La mère de Claire a pleuré à l'annonce et cela l'a surprise car elle n'avait pas ressenti de pression sur le bb.	Peur anxieuse Dérangeant Agressant Trop Trop	C'est le fun, mais des fois c'est un peu trop	Soupir Heu Soupir Rire	Élaboration
Professionnels de la santé	La belle famille est inquiète et très protectrice. La belle mère a perdu un bb. Claire se sent agressée par leur anxiété. Ils en font trop.	Trop protecteurs Trop de conseils	Mais les conseils me dérangent beaucoup... le bébé prend toute la place	Hésitation Euh Soupir	
	Claire est contente de la réaction de sa mère. Elle a des craintes concernant les	Craintes S'impliquer Prendre	Comme si j'existais plus	Râcllement de gorge Hésitation Silence	

THÈMES	DE QUOI ÇA PARLE	VOC SIGNIFIANT	ÉLÉM DE LANGAGE	NON VERBAL	FIG. RÉTHORIQUE
	relations avec elle dûs à l'historique avec son frère aîné qui a vécu des conflits avec ses parents quand il est devenu père. Elle a peur de l'implication de ses parents mais à date, cela lui convient.	beaucoup de place Tension Distance Respectueux Intrusifs Peur Conseils opinions Influence J'anticipe	Je me sens comme un contenant, je contiens qqch de très précieux, pour moi aussi, <u>mais</u> .	Repiration Hésitation Silence	Justification
	Elle et son conjoint ont des cultures et religions différentes. Des enjeux de transmission sont abordés. Comme pour le mariage il faut concilier les deux familles. Ils font le choix de laisser l'enfant choisir. Ils ont trouvé un terrain d'entente.	Background	Pour le moment tout va bien, mais je suis sur mes gardes	Rire Euh heu Silence Hésitation Silence	
	Concernant la grossesse, Claire a eu des symptômes le lendemain du jour où elle a appris sa grossesse. Nausée, fatigue, réveils	Cocon	<u>Mais heu</u> , ça se passe bien pour le moment.	Rire Long silence Silence Respiration Respiration Respiration	
				Rires Silence Long silence tousse	Questionnements Intérieurs

THÈMES	DE QUOI ÇA PARLE	VOC SIGNIFIANT	ÉLÉMI DE LANGAGE	NON VERBAL	FIG. RÉTHORIQUE
	<p>nocturnes. Elle a arrêté sa pilule un an auparavant. Elle a eu peur de ne pas être capable de travailler. Elle a eu besoin de se retrouver dans un cocon, mais cela n'a pas été possible. Elle se pose la question de savoir si elle est toujours attirante.</p> <p>Les changements physiques lui font penser à l'adolescence. Elle se sent mal à l'aise avec son corps. Elle a peur de ne jamais retrouver son corps d'avant. Elle a peur pour après la grossesse. Elle essaie de profiter quand même de l'expérience. Elle</p>	<p>Investir Côté obscur Ambivalence Je me sens égoïste Culpabilité</p> <p>Tout à coup j'existais plus</p> <p>Crainte Trop</p>	<p>C'est une belle expérience <u>aussi</u></p> <p>Faire comme s'il n'existait pas</p>	<p>silence long silence rire sourire long silence silence silence rire soupir arrêt net 2x silence respiration</p> <p>râcle la gorge soupir soupir soupir</p> <p>soupir</p>	<p>Humour</p> <p>Humour</p> <p>Humour</p>

THÈMES	DE QUOI ÇA PARLE	VOC SIGNIFIANT	ÉLÉM DE LANGAGE	NON VERBAL	FIG. RÉTHORIQUE
	Elle consulte une psychologue.	Rassurée Bizarre		silence long silence rire rire	
	Concernant son rôle de mère, elle se trouve exigeante et a peur d'être trop sévère. Elle a peur pour la triade. Peur d'être en rivalité avec son bb surtout si c'est une fille. Elle veut garder l'intimité de sa relation à son conjoint.	Respect Guidée Aide En confiance Être entendue Comprise Besoin d'empathie Ne pas être bousculée Humanité Sensible Soutenants Respectueux de mes choix	Il n'est pas très libidineux C'était pas planifié, même inconsciemment. J'ai de la misère à faire confiance	rire hésitation silence sourire soupir silence silence soupir silence	Réflexion
	Concernant le suivi médical, elle trouve son md jeune et inexpérimentée. Elle doute	Être soutenue		silence silence long silence	

THÈMES	DE QUOI ÇA PARLE	VOC SIGNIFIANT	ÉLÉM DE LANGAGE	NON VERBAL	FIG. RÉTHORIQUE
	<p>de son expérience. Mais n'ose pas lui poser de questions. Veut être respectée dans ses choix. N'a pas entièrement confiance.</p> <p>Besoin d'être guidée, informée, encadrée. Cours prénataux, auto-hypnose, forums, lectures, amies, conseils.</p> <p>Elle se renseigne. A peur de poser des question à son md et de la déranger. Veut tout comprendre. Elle est méfiante.</p> <p>Elle rappelle qu'elle a besoin d'être écoutée, comprise, encadrée.</p>				

D'OÙ / À QUI	DEMANDE	THÈMES MANQUANTS	ORG. DU DISCOURS	DÉFENSES	REMARQUES. CLIN
<p>De l'analyste à l'analysant</p> <p>De a petite fille à un modèle une référence un guide</p>	<p>être écoutée, comprise</p> <p>écoute bienveillante guidée</p> <p>encadrée</p>		<p>Réponses très élaborées.</p> <p>Élaboration du discours en train de se dire</p> <p>Veut répondre le plus précisément possible</p> <p>Beaucoup d'hésitations et de silence comme pour permettre une élaboration et une réflexion.</p> <p>Beaucoup de soupirs aussi qui notent une certaine lourdeur dans le discours</p> <p>Questionnement, justifications.</p> <p>Volonté d'être comprise et entendue.</p>	<p>Ambivalence</p> <p>Déni</p> <p>Dénégation</p> <p>Mise à distance par le rire</p> <p>Et l'humour</p> <p>rationalisation</p> <p>Mais dysphorie qui affleure</p>	<p>Clair fait part de son ambivalence +++ vis à vis du bébé et de la grossesse en même temps que de sa culpabilité.</p> <p>Difficulté à investir son bébé.</p> <p>Peur de la rivalité avec celui-ci. Difficulté à lui donner une place car elle a peur de perdre la sienne vis à vis de ses parents et de son conjoint.</p> <p>Conflictualité vis à vis des parents et beaux-parents qui sont trop intrusifs et dont elle craint les débordements.</p> <p>En même temps fort besoin de réassurance et d'écoute empathique.</p>

THÈMES	DE QUOI ÇA PARLE	VOC SIGNIFIANT	ÉLÉM DE LANGAGE	NON VERBAL	FIG. RÉTHORIQUE
Grossesse (?) ? = question chercheuse	Hâte d'accoucher. Ça va bien Suivi plus serré car son premier fils était de petit poids.		« ça va bien » « c'est correct » « tout est correct jusqu'à date » « Ça va bien »		La chercheuse pose beaucoup de questions. Maryse répond de manière assez succincte et peu investie.
Maison (?)	Organisation de l'accouchement. Le premier fils sera gardé par sa mère ou sa sœur.		« j'ai pas d'autres choses à faire en ce moment ça fait que c'est ça » « fait que là, ça va »	Rire	Termine ses interventions par « ça va » qui laisse peu de place à l'élaboration
Travail (?)	Arrêt à 28 semaines. Accord avec l'employeur. Peut se reposer et est prête physiquement pour l'accouchement.		« je me sentirai assez en forme pour affronter ça » (l'accouchement)	rire	
Accouchement (?)	Différent du premier.				

THÈMES	DE QUOI ÇA PARLE	VOC SIGNIFIANT	ÉLÉM DE LANGAGE	NON VERBAL	FIG. RÉTHORIQUE
Professionnels de la santé (?)	Inconnu. Car AVAC si c'est possible. Important d'essayer au moins l'AVAC. Elle n'a pas eu toutes les réponses à ses questions. Ne s'est pas sentie encouragée. Mais ne s'attendait pas à mieux. Espère pouvoir discuter avec les infirmières pour l'accouchement.	Protocoles +++ - ouverts sévères - rigides	« ils n'essaient pas de nous encourager vraiment » = généralisation		Explication, discours militant, chiffres à l'appui. Le discours est + prolix et investit
Conjoint (?) Accompagnante à la naissance	C'est l'accompagnante à la naissance qui va faire le tampon entre elle et les MD. - interventionniste, + naturelle beaucoup d'expérience. Pour se rassurer et aider son mari pendant l'accouchement.	m'expliquer me rassurer tampon me rassurer++ alternative se redonner confiance rassurée alliée support	« Quelqu'un qui va me rassurer, qui va me dire vous êtes capable » (son besoin est formulé ici) « se redonner confiance » 2x		La chercheuse pose la question du conjoint mais Maryse n'en parle pas du tout. Elle parle à la place de l'accompagnante.
allaitement					

THÈMES	DE QUOI ÇA PARLE	VOC SIGNIFIANT	ÉLÉM DE LANGAGE	NON VERBAL	FIG. RÉTHORIQUE
<p>arrivée du bébé (?) famille (?)</p>	<p>Pas inquiète du tout pour l'allaitement.</p> <p>Son fils a hâte. Son mari aura 8 semaines de congé. Elle imagine que ça sera relax et plus facile que pour le premier. Qu'elle sera – stressée et – fatiguée.</p>				

D'OU / À QUI	DEMANDE	THÈMES MANQUANTS	ORG. DU DISCOURS	DÉFENSES	REMARQUES. CLIN
De la participante à la chercheuse	Sa demande de réassurance est répétée mais pas entendue	Son vécu psychique Son histoire Le vécu du conjoint Le vécu de son fils Le bébé pour lui-même	Le discours est laborieux au départ. La chercheuse relance Maryse après chaque réponse afin de l'inviter à élaborer, mais Maryse reste dans un discours très désaffecté et finalement défensif (?) Elle est nettement plus prolixe lorsqu'elle aborde le thème de l'accouchement et notamment de l'accompagnement médical de son projet d'AVAC. Elle a un discours militant et plutôt désabusé concernant la manière dont elle a été guidée. Elle évoque son besoin d'être rassurée et	mise à distance intellectuelle généralisation posture du discours défensive	L'entretien a été très rapide (20 mn) et on peut se demander pour quelle raison. La chercheuse tente manifestement de permettre à Maryse d'élaborer mais on a peu voire pas du tout accès à sa vie psychique, à son histoire. Elle formule très clairement son besoin de réassurance et de valorisation qu'elle ne trouve nulle part, ni auprès des MD ni auprès de la chercheuse (?). on ne sait pas ce qui dans son histoire, explique cette faille narcissique.

D'OU / À QUI	DEMANDE	THÈMES MANQUANTS	ORG. DU DISCOURS	DÉFENSES	REMARQUES. CLIN
			<p>valorisée. Puis après ce passage, le discours redevient très pauvre et peu investit.</p>		<p>Elle est très défensive ce qui nous fait penser que cette difficulté au niveau de son narcissisme est douloureuse et conflictuelle. Peut-être s'est-il joué quelque chose pendant l'entretien à ce niveau, dans cette demande à laquelle la chercheuse n'a pas accédé ou qu'elle n'a pas entendue. On a l'impression d'une rencontre manquée. D'une demande qui ne trouve pas à s'élaborer et se formuler. Résistance de Maryse ou de la chercheuse?</p>

ANNEXE E

GRILLE D'ANALYSE DU FIL ASSOCIATIF

Nom
Entretien numéro :

Analyse des entretiens : lire et comprendre

- Que dit vraiment la participante?
- Comment cela est –il dit?
- Qu’aurait-elle pu dire de différent?
- Que ne dit-elle pas?
- Que dit-elle sans le dire?
- Comment les mots, les phrases, les séquences s’enchainent-elles?
- Quelle est la logique discursive de l’ensemble?
- Puis-je résumer le thème de base et la logique interne de l’entretien?
- Puis-je donner la spécificité de l’entretien lui-même? Lui donner un titre?

Nom : Sylvie Nicole
Entretien numéro : 3

Analyse des entretiens : lire et comprendre

- Que dit vraiment la participante?

Elle dit qu'elle ne veut pas reproduire avec ses enfants ce qu'elle a vécu étant enfant.

Elle dit qu'elle a manqué d'amour et d'une relation protectrice et bienveillante avec sa mère.

Elle dit qu'elle conçoit le fait d'avoir une fille comme une possibilité de se réparer. De réparer la petite fille en elle. Elle dit qu'elle lutte contre la confusion des rôles.

Elle dit qu'à sa place actuelle, avec son conjoint, elle ne se sent pas reconnue, qu'elle aurait besoin d'aide, de reconnaissance et de pouvoir régresser.

Elle dit aussi qu'elle n'arrive pas à se poser et à investir sa grossesse et sa vie, car elle est continuellement en lutte contre l'effondrement dépressif au moyen de défenses maniaques.

- Comment cela est-il dit?

De manière masquée et détournée, pour ce qui est du vécu dépressif et de la frustration conjugale.

De manière très dysphorique concernant ses manques et son histoire personnelle.

- Que ne dit-elle pas?

Elle ne dit pas quelle relation elle a gardé avec son père.

Elle ne parle pas du tout de l'accouchement ou de sa grossesse physique, ce qui apparaît fréquemment à ce stade de la grossesse habituellement.

- Que dit-elle sans le dire?

Elle dit, sans le dire qu'elle a besoin d'être accompagnée, soutenue, aidée. Elle dit qu'elle a besoin de pouvoir se faire mater, régresser à ce stade de la grossesse, mais que c'est très conflictuel pour elle.

- Comment les mots, les phrases, les séquences s'enchainent-elles?

De manière très rapide et fournie, comme si les vannes avaient sauté.

Elle se laisse entraîner sans trop résister.

Elle se sent en confiance pour le faire.

- Quelle est la logique discursive de l'ensemble?

Celle de la décharge émotionnelle.

- Puis-je résumer le thème de base et la logique interne de l'entretien?

Le thème de base est celle du retour à son vécu infantile et la logique est celle de la décharge émotionnelle et du débordement.

- Puis-je donner la spécificité de l'entretien lui-même? Lui donner un titre?

Quelle mère ai-je eu, quelle mère je veux être?

Lutte, bataille, peur de reproduire.

L'entretien est très émouvant.

On a envie de consoler et réparer cette petite fille qui a souffert.

Nom Marie Lune
Entretien numéro :1

Analyse des entretiens : lire et comprendre

- Que dit vraiment la participante?

Elle dit qu'elle veut satisfaire la chercheuse en étant « un bon sujet » et en répondant correctement à la demande qu'elle a perçue.

De plus elle nous fait part de manière très détournée d'une difficulté relationnelle avec sa mère, mais sans avoir envie de l'aborder directement.

Il s'agit d'un entretien qui vise principalement pour elle à tester l'alliance avec la chercheuse.

- Comment cela est-il dit?

De manière extrêmement contrôlée et organisée.

- Qu'aurait-elle pu dire de différent?

Elle aurait pu aborder directement ses difficultés mais elle a besoin d'être avant cela rassurée de l'écoute de la chercheuse.

- Que ne dit-elle pas?

Elle ne parle pas du tout de son bébé, de son mari ni des bouleversements psychiques et corporels de ce début de grossesse.

Elle a été trop préoccupée par le bon déroulement de la grossesse après ses 2 FC. Elle fait part d'une certaine réserve qui l'empêche d'en profiter.

- Que dit-elle sans le dire?

Que ses rapports avec sa mère sont conflictuels.

- Comment les mots, les phrases, les séquences s'enchaînent-elles?
ML est volubile. Elle parle de manière claire, fluide et organisée. Elle change de thème de manière spontanée. Elle répond également aux questions de la chercheuse naturellement.

- Quelle est la logique discursive de l'ensemble?

L'entretien revient en particulier sur les FC et l'histoire de cette grossesse. Comme si pour le moment il était encore trop tôt pour se projeter dans l'avenir.

De plus elle oppose clairement et longuement les deux types de suivis (MD et SF). C'est l'occasion pour elle d'évacuer la colère de se sentir infantilisée, pas informée, pas existante. Cela nous ramène à une colère inconsciente envers sa mère qui ne peut pas s'exprimer. Nous faisons l'hypothèse d'un lien entre ce suivi MD et sa relation à sa mère.

- Puis-je résumer le thème de base et la logique interne de l'entretien?

Le thème de base est celui du début de la grossesse et de l'historique de cette grossesse.

La logique interne est celle de bien répondre à la demande de la chercheuse.

- Puis-je donner la spécificité de l'entretien lui-même? Lui donner un titre?

Réserve et contrôle.

ANNEXE F

GRILLE D'ANALYSE DU DISCOURS

Nom : Anne-Marie

Entretien : 2

Analyse du discours

➤ Analyse thématique

Le thème de la famille (relations aux figures parentales) est le thème central de l'entretien. A-M raconte son histoire familiale (secte). Elle se dévoile.

Le thème du suivi médical reprend les sous-thèmes de la famille (besoins, plainte, insécurité, demande)

➤ Analyse logique = logique intrinsèque et dynamique du discours

A-Marie commence à évoquer la peur pour son bébé et sa culpabilité. Puis elle parle de son conjoint qui est très protecteur, trop contrôlant et projette déjà la difficulté de lâcher sa fille.

Spontanément A-M parle de son père qui organise la shower et le fait qu'il est trop envahissant. Lien associatif entre l'investissement de son mari dans la grossesse et l'investissement de son père pour la shower. Elle aborde la conflictualité que cela soulève et l'inversion du rôle père-mère.

À la faveur d'une question, elle parle de sa mère et évoque son agacement vis à vis d'elle notamment car il y a une inversion du rôle-mère-fille.

Elle explique ses relations conflictuelles et distantes par l'évocation de son histoire familiale dans une commune, avec émotion.

Elle dit à quel point elle n'a pas de référence pour exercer son rôle de mère.

Enfin à la faveur d'une question sur le suivi médical, elle dit son insécurité et son besoin de réassurance, sous forme de plainte contre le « système ». elle se plaint de devoir à chaque fois tout réexpliquer.

➤ Analyse séquentielle = progression du discours

A-Marie commence par une ré-explication de son « historique » et du déroulement de la grossesse, mais elle oriente spontanément l'entretien sur le thème de ses relations à ses parents et son histoire de vie. Elle se laisse guider par les questions et semble avoir du mal à l'aborder frontalement car cela suscite beaucoup d'émotions. La chercheuse intervient beaucoup pour soutenir le discours.

Là encore, la fin de l'entretien est consacrée au suivi médical. Le discours est plus fluide, dense et emprunt de colère et de plainte. On a l'impression qu'elle évacue la tension.

Nom : Justine
Entretien :3

Analyse du discours

➤ Analyse thématique

Les thèmes explorés lors de cet entretien sont : la grossesse, la relation avec la belle-mère et l'accouchement.

Le fil conducteur reliant tous ces thèmes sont celui du manque de contrôle et de l'angoisse créée par le vécu de la passivité.

Justine a du mal à accepter les transformations physiques de la grossesse et la période d'attente de l'accouchement.

Elle évoque aussi le fait qu'elle ne se sente pas prête pour accoucher. Elle semble se projeter dans l'accouchement en imaginant qu'il sera identique au précédent, comme pour se rassurer ou pallier au manque de contrôle et la nécessaire acceptation du fait que rien ne peut être prévu.

Enfin concernant la belle-mère, Justine a du mal à accepter de se laisser envahir par sa belle-mère et à la laisser s'occuper de son fils pendant son absence. Comme si celle-ci ne pourra pas s'occuper de lui comme elle le souhaite et donc que ce manque de contrôle est très difficile à gérer.

➤ Analyse logique = logique intrinsèque et dynamique du discours

Le discours est comme la dernière fois très logorrhéique et manque de contrôle. Ainsi sa dynamique semble très « maniaque » et dans sa forme comme dans son fond, témoigne d'une sorte de submersion par la conflictualité que Justine tente d'endiguer.

Elle y parvient seulement en coupant court à son discours.

Par la suite, le discours est plus organisé et maîtrisé lorsqu'elle répond à des questions moins chargées émotionnellement.

Mais pour clore l'entretien elle revient encore sur la question de l'accouchement et de ses appréhensions, comme si elle avait encore besoin d'en parler.

La dynamique est donc plutôt intense, maniaque et manquant de contrôle.

➤ Analyse séquentielle = progression du discours

Le discours progresse en boucle, car le fils conducteur de la passivité versus le contrôle est présent à chaque changement de sujet. Et donc élaboré et repris de manière différente chaque fois.

La progression est néanmoins hachée, laborieuse à suivre dans le sens d'une dispersion d'un manque de cohérence et de structure.

RÉFÉRENCES

Ouvrages

- Abécassis, E. (2005). *Un heureux évènement*. Paris, France : Albin Michel.
- André, J. (1994). *La sexualité féminine*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Ariès, P. (1960). *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*. Paris, France : Plon.
- Attias-Donfut, C. et Segalen, M. (1998). *Grands-parents. La famille à travers les générations*. Paris, France : Odile Jacob.
- Badinter, E. (2010). *Le conflit : La femme et la mère*. Paris, France : Flammarion.
- Baillargeon, D. et Deteiller, E. (2005). La famille Québécoise d'hier à aujourd'hui (1900-2000). Dans M.-C. Saint-Jacques (dir.), *Séparation, monoparentalité et recomposition familiale. Bilan d'une réalité complexe et pistes d'action*. Laval, Québec : Presses Université Laval.
- Bardin, L. (1985). *L'analyse de contenu*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Bayle, B. (2005). *L'enfant à naître : Identité conceptionnelle et gestation psychique*. Toulouse, France : Érès.
- Beauvoir (de), S. (1949). *Le deuxième sexe*. Paris, France : Gallimard.
- Benhaïm, M. (2011). *L'ambivalence de la mère : Étude psychanalytique sur la position maternelle*. Paris, France : Érès.
- Ben Slama, F. (1999). La question du contre-transfert dans la recherche. Dans C. Revault D'Allonnes (dir.), *La démarche clinique en sciences humaines*. Paris, France : Dunod.
- Bergonnier-Dupuy, G. et Robin, M. (2007). *Couple conjugal, couple parental : vers de nouveaux modèles*, Paris, France : Érès.

- Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie : Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Bydlowski, M. (2008). *Les Enfants du désir*. Paris, France : Odile Jacob.
- Chasseguet-Smirgel, J. (1988). *Les deux arbres du jardin : Essais psychanalytiques sur le rôle du père et de la mère dans la vie psychique*. Paris, France : Éditions des femmes.
- Collectif Clio (1992). *L'histoire des femmes au Québec depuis quatre siècles (2^e éd.)*. Montréal, Québec : Le Jour.
- Cramer, B. et Palacio-Espesa, F. (1993). *La pratique des psychothérapies mères-bébés : Études cliniques et techniques*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Cresbon, P. et Knibiehler, Y. (2004). *La naissance en Occident*. Paris, France : Albin Michel.
- Cresbon, P. et Missonnier, S. (2011). *Neuf mois pour devenir parent*. Paris, France : Fayard.
- D'Unrug, M.-C. (1974). *Analyse de contenu et acte de parole*. Paris, France : Éditions Universitaires.
- David, D. (2003). Les paradoxes du désir d'enfant. Dans S. Séguret (dir.), *Le bébé du diagnostic prénatal* (p. 11-23). Toulouse, France : Érès.
- Dayan, J., Andro, G. et Dugnat, M. (1999). *Psychopathologie de la périnatalité*. Paris, France : Elsevier Masson.
- Descarries, F. et Corbeil, C. (dir.). (2002). La maternité au cœur des débats féministes. Dans *Espace et temps de la maternité*. Montréal, Québec : Éditions du Remue-ménage.
- Deutsch, H. (1924). *Psychanalyse des fonctions sexuelles de la femme*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Devreux, G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris, France : Flammarion.
- Dolto, F. (1982). *Sexualité féminine : La libido génitale et son destin féminin*. Paris, France : Gallimard.

- Dolto, F. (1998). *Le féminin*. Paris, France : Gallimard.
- Durandeaux, J. (1992). *Le dire et l'être en psychanalyse*. Paris, France : Desclée de Brouwer.
- Eliacheff, C. et Heinich, N. (2002). *Mères-filles : Une relation à trois*. Paris, France : Albin Michel.
- Faure-Pragier, S. (1997). *Les bébés de l'inconscient : Le psychanalyste face aux stérilités féminines aujourd'hui*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Flahault, F. (1978). *La parole intermédiaire*. Paris, France : Le Seuil.
- Fraiberg, S. (1999). *Fantômes dans la chambre d'enfants*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Freud, S. (1915). Pulsions et destins des pulsions. Dans *Œuvres Complètes* (tome XIII, p. 163-185). Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Freud, S. (1919). L'inquiétante étrangeté. Dans *Essais de psychanalyse appliquée*. Paris, France : Gallimard.
- Freud, S. (1923). Le moi et le ça. Dans *Essais de psychanalyse*. Paris, France : Payot.
- Freud, S. (1933). La féminité. Dans *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*. Paris, France : Gallimard.
- Glaser, B. G. et Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago, Illinois : Aldine.
- Guyomard, D. (2009). *L'effet-mère : L'entre mère et fille, du lien à la relation*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Holloway, I. et Wheeler, S. (2002). *Qualitative Research in Nursing* (2^e éd.). Oxford, Royaume-Uni : Blackwell.
- Husain, O., Merceron, C. et Rossel, F. (2001). Introduction à l'analyse dynamique du discours. Dans *Psychopathologie et polysémie*. Lausanne, Suisse : Éditions Payot.

- Isserlis, C., Sutter-Dallay, A.-L., Dugnat, M. et Glangeaud-Freudenthal, N. M.-C. (2008). *Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce*. Paris, France : Érès.
- Kaës, R. (2009). *Les alliances inconscientes*. Paris, France : Dunod.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (1980). *L'énonciation : De la subjectivité dans le langage*. Paris, France : Armand Colin.
- Klein, M. (1928). Les stades précoces du conflit Oedipien. Dans *Le complexe d'Œdipe*. Paris, France : Payot et Rivages.
- Klein, M. (1945). Le complexe d'Œdipe éclairé par les angoisses précoces. Dans *Le complexe d'Œdipe*. Paris, France : Payot et Rivages.
- Klein, M. (1959). *La psychanalyse des enfants*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Korff-Sausse, S. (1968). Une bombe à retardement. Dans Klein, M., *Le complexe d'Œdipe*. Paris, France : Payot et Rivages.
- Lacan, J. (1966). *Écrits*. Paris, France : Seuil.
- Lafortune, M. (1989). *Le psychologue pétrifié ou du modèle expérimental comme perversion du discours humain*. Montréal, Québec : Louise Courteau.
- La Rochelle, M.-H. (dir.). (2007). *Invectives et violences verbales dans le discours littéraire*. Laval, Québec : Presses Université Laval.
- Leboyer, F. (2008). *Pour une naissance sans violence*. Paris, France : Points.
- Leclaire, S. (1968). *Psychanalyser : Notes sur le transfert et la castration*. Paris, France : Point-Seuil.
- Legendre, P. (1985). *L'inestimable objet de la transmission : Étude sur le principe de généalogie en Occident*. Paris, France : Fayard.
- Le Nestour, A. (2003). L'ombre de la grand-mère maternelle ou de la confusion identitaire à la nécessaire ambivalence. Dans J. André (dir.), *Mères et filles : la menace de l'identique*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Lessana, M.-M. (2002). *Entre mère et fille : un ravage*. Paris, France : Hachette.

- Marcé, L.-V. (1858). *Traité de la folie des femmes enceintes : des nouvelles accouchées et des nourrices*. Paris, France : Baillères.
- Ménissier, P. (2016). *Être mère : XVIII-XXI^e siècle*. Paris, France : CNRS Éditions.
- Missonnier, S. (2011). Stress, grossesse et psychanalyse : Spinoza avait raison!. Dans L. Roegiers *et al.*, *Stress et grossesse : Quelle prévention pour quel risque?* (p. 115-132). Toulouse, France : Érès.
- Missonnier, S., Golse, B. et Soulé, M. (2015). *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Mucchielli, A. (dir.). (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris, France : Armand Colin.
- Naouri, A. (2000). *Les filles et leurs mères*. Paris, France : Odile Jacob.
- Neyrand, G. (2009). Idéalisation du conjugal et fragilisation du couple ou le paradoxe de l'individualisme relationnel. Dans *Le dialogue familial : Un idéal précaire* (p. 31-39). Toulouse, France : Érès.
- Ortigue, M.-C. et Ortigue, E. (1966). *Œdipe africain*. Paris, France : Plon.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, France : Armand Colin.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans J. Poupart *et al.* *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 173-206). Boucherville, Québec : Gaëtan Morin.
- Raphaël-Leff, J. (1980). Psychotherapy with pregnant women. Dans B. Blum (dir.), *Psychological aspects of pregnancy: Birthing and bonding*. New York, New York : Human Sciences Press.
- Revault d'Allonnes, C. (1999). Psychologie clinique et démarche clinique. Dans *La démarche clinique en sciences humaines*. Paris, France : Dunod.
- Rivard, A. (2014). *L'Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*. Montréal, Québec : Éditions du Remue-ménage.

- Rousseau-Dujardin, J. (2003). Mères et filles ou le cadeau empoisonné? Dans J. André (dir.), *Mères et filles : la menace de l'identique*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Saillant, F. et O'Neill, M. (dir.). (1987). *Accoucher autrement : repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*. Montréal, Québec : Éditions Saint Martin.
- Schneider, B., Mietkiewicz, M.-C. et Bouyer, S. (dir.). (2005). *Grands-parents et grands-parentalités*. Paris, France : Érès.
- Ségala, H. (1969). *Introduction à l'œuvre de Mélanie Klein*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Sibony, D. (2003). *Entre-deux, l'origine en partage*. Paris, France : Points.
- Sicotte, A.-M. (2006). *Les accoucheuses : La fierté*. Paris, France : VLB éditeur.
- Squires, C. (2003). Et si c'est une fille? Dans J. André (dir.), *Mères et filles : la menace de l'identique*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Strauss, A. L. et Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research (2^e éd.)*. Thousand Oaks, Californie : Sage.
- Sublet, A. (2013). *T'as le blues baby? : À l'usage de toutes celles qui, comme moi, n'ont pas été prévenues...* Paris, France : Flammarion.
- Tenenbaum, H. (2000). Y a-t-il un art d'être grand-père... ou grand-mère? Dans B. Schneider et al., *Histoires de grands-parents*. Paris, France : L'Harmattan.
- Tisseron, S., Torok, M. et Rand, N. (2000). *Le Psychisme à l'épreuve des générations*. Paris, France : Dunod.
- Torok, M. (1967). La signification de l'envie du pénis chez la femme. Dans N. Abraham, *L'écorce et le noyau*. Paris, France : Flammarion.
- Vaillant, M. et Leroy, J. (2004). *Vivre avec elle*. Paris, France : La Martinière.
- Winnicott, D. (1956). La préoccupation maternelle primaire. Dans *La mère suffisamment bonne*. Paris, France : Payot et Rivages.

Articles

- Abdel-Baki, A. et Poulin, M.-J. (2004). Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement. Perspectives psychodynamiques du vécu normal autour du désir d'enfant et de la grossesse. *Psychothérapies*, 24(1), 3-9.
- Barus-Michel, J. (1986). Le chercheur, premier objet de la recherche. *Bulletin de psychologie*, 377, 801-804.
- Beaucage, M.-L. (1996, mai). Les effets de la postmodernité sur le féminisme. *Aspects sociologiques*, 4(1-2), 50-56.
- Bellion, E. (2001). Agressivité et grossesse; pour un cheminement nécessaire vers la naissance de la relation mère/bébé : Le fonctionnement psychique chez la femme enceinte à la lumière du Rorschach et du TAT. *Devenir*, 13(1), 67-83.
- Benedek, T. (1959). Parenthood as a developmental phase. *Journal of American Psychodynamic Association*, 7(3), 389-417.
- Blais, M. et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches Qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Brun, D. (dir.). (2004). Colloques. *Le carnet Psy*, 90(4), 19-22.
- Bydlowski, M. (1991). La transparence psychique de la grossesse. *Études Freudiennes*, 32, 2-9.
- Bydlowski, M. (2003). Facteurs psychiques dans l'infertilité féminine. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 31(3), 246-251.
- Chabert, C. (2002). Les parents intérieurs. *La psychiatrie de l'enfant*, 45(2), 379-391.
- Chassot, R., Krymko-Bleton, I. et Reeves, N. (2015). Les enjeux psychiques de la maternité, quand le corps fait symptôme. *Filigrane*, 24(2), 183-200.
- Corbeil, C. et Descarries, F. (2003). La famille, une institution sociale en mutation. *Nouvelles pratiques sociales, Familles en mutation*, 16(1), 16-26.
- Corvez, M. (1968). Le structuralisme de Jacques Lacan. *Revue Philosophique de Louvain*, 66(90), 282-308.
- Cramer, B. (2004). Le triangle transgénérationnel. *Devenir*, 16(1), 55-61.

- Darves-Bornoz, J. M., Gaillard, P. et Degiovanni, A. (2001). Psychiatrie et grossesse : la mère et l'enfant. *Encycl Médico-Chirurgicale (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Gynécologie-Obstétrique, 5-046-A-10, Psychiatrie, 37-660-A-10.*
- Dayan, J. (2007). Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 36(6), 549-561.*
- Dayan, J. et Trouvé, C. (2004). Désir d'enfant et PMA : quelques aspects sociologiques. *Spirale, 32(4), 27-32.*
- Descarries, F. et Corbeil, C. (1991). Penser la maternité : courant d'idées au sein du mouvement contemporain des femmes. *Recherches sociographiques, 32(3), 347-366.*
- Deslauriers, J.-M. (2002). L'évolution du rôle du père au Québec. *Intervention, 116(1), 145-157.*
- Dupuis-Déri, F. (2004). Féminisme au masculin et contre attaque des « masculinistes » au Québec. *Mouvements, 31(1), 70-74.*
- Faure-Pragier, S. (2001). Que reste-t-il de leurs amours? Séparation mère-fille et conception. *Revue française de psychanalyse, 65(2), 409-424.*
- Faure-Pragier, S. (2008). La stérilité féminine peut-elle être considérée comme une affection psychosomatique?. *Le Carnet PSY, 127(5), 39-43.*
- Flahault, F. (1979). Le fonctionnement de la parole. *La conversation, communication, 30(1), 73-79.*
- Flahault, F. (2004). Identité et reconnaissance dans les contes. *Revue du MAUSS, 23(1), 31-56.*
- Gauthier, J. (1995). La naissance au Saguenay et dans le Charlevoix (1900-1950) : continuités et ruptures culturelles. *Revue d'Histoire de l'Amérique Française, 48(3), 351-373.*
- Gélis, J. (1981). Quand les femmes accouchaient sans médecins. *L'Histoire, 34, 105-112.*
- Gilbert, S. (2007). Recherche qualitative d'orientation psychanalytique : l'exemple de l'itinérance des jeunes. *Recherches Qualitatives. Hors-série, numéro 3.*

- Glaser, B. G. et Strauss, A. L. (1965). Discovery of substantive theory: A basic strategy underlying qualitative research. *American Behavioral Scientist*, 8(6), 5-12.
- Guyotat, J. (2005a), Transmission. Filiation. *Recherches en psychanalyse*, 3(1), 115-119.
- Guyotat, J. (2005b). Traumatisme et lien de filiation. *Dialogue*, 168(2),15-24.
- Knauer, D. et Palacio-Espasa, F. (2002). Interventions précoces parents-enfants : avantages et limites. *La psychiatrie de l'enfant*, 45(1), 103-132.
- Knauer, D. et Palacio-Espasa, F. (2005). La psychothérapie brève psychodynamique avec mère, père et bébé : aspects cliniques et techniques. *Psychothérapies*, 25(3), 135-144.
- Knibiehler, Y. (2015). Des maternités anciennes aux maternités futures. *Spirale*, 75(3), 23-35.
- Krymko-Bleton, I. (2014a). Recherche psychanalytique à l'université. *Recherches Qualitatives*. Hors-série, numéro 16.
- Krymko-Bleton, I. (2014b). Rencontre et discours de la méthode. *Filigrane*, 23(2), 109-124.
- Lamoureux, D. et Morf, F. (1983). La famille en rénovation : réflexions sur « la nouvelle famille ». *Conjecture politique au Québec*, 3, 77-89.
- Laperrière, A. (1997). La théorisation ancrée (grounded theory) : Démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparantées. Dans J. Poupard et al. (dir.), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 309-340). Boucherville, Québec : Gaëtan Morin.
- Lebovici, S. (1994). Les interactions fantasmatiques. *Revue de Medecine Psychosomatique*, 37/38, 39-50.
- Lemieux, D. (2003). La formation du couple racontée en duo. *Sociologie et sociétés*, 35(2), 59-77.
- Letendre, R. (2007). Contributions de la psychanalyse aux méthodologies qualitatives : quelques mots sur la rigueur en lien avec le dispositif d'hospitalité et de fonction tierce. *Recherches Qualitatives*. Hors-série, numéro 3.

- Lindaturner, M. et Krymko-Bleton, I. (2002). Risque d'accouchement prématuré et fantasmes mortifères : La maternité et les contes. *Dialogue*, 156(2), 66-76.
- Lussier, V., David, H., Saucier, J. F. et Borgeat, F. (1994). Enjeux maternels et dépression post-natale : rupture ou continuité. *Devenir*, 6(4), 7-26.
- Mellier, D. et Rochette-Guglielmi, J. (2009). Les souffrances primitives familiales et leur devenir dans le post-partum immédiat. *Champ psychosomatique*, 56(4), 113-133.
- Milot, J. (2010). Mortalité infantile au tournant du XXème siècle au Canada Français. *Pediatric child health*, 15(5), e6-e8.
- Moro, M.-R. (2007). Bienveillance, parentalité et pratiques professionnelles dans la petite enfance. *Contraste*, 27(2), 37-52.
- Morse, J. M. (1995). The significance of saturation. *Qualitative Health Research*, 5(2), 147-149.
- Mucchielli, A. (2007). Les processus intellectuels fondamentaux sous-jacents aux techniques et méthodes qualitatives. *Recherches Qualitatives*. Hors-Série, numéro 3.
- Nanzer, N. (2013). Devenir parent. Le rôle du psychothérapeute, *Psychothérapies*, 33(2), 115-122.
- Neyrand, G. (2007). La parentalité comme dispositif. Mise en perspective des rapports familiaux et de la filiation. *Recherches familiales*, 4(1), 71-88.
- Neyrand, G. (2011). Le couple comme idéal à l'ultra-moderne solitude de l'individualisme démocratique et marchand. *Cahiers de psychologie clinique*, 36(1), 117-128.
- Oprea, D.-A. (2008). Du féminisme (de la troisième vague) et du postmoderne. *Recherches féministes*, 21(2), 5-28.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 148-181.
- Palacio Espesa, F. (2000). La place de la parentalité dans les processus d'organisation et de désorganisation psychique chez l'enfant. *Psychologie clinique et projective*, 6(1), 15-29.

- Panaccio, M. (1999). Les sujets de la méthodologie. Dans *Recherches Qualitatives*, volume 20. 19-25.
- Pascal, C., Spiess, M. et Thévenot, A. (2011). Expérience de la passivité et affects d'angoisse dans le temps de la grossesse. *Dialogue*, 192(2), 137-148.
- Racamier, P. C., Sens, C. et Carretier, L. (1961). La mère et l'enfant dans les psychoses du post- partum. *L'Évolution psychiatrique*, 26(4), 526-570.
- Reeves, N., Pelletier, V., Schauder, C., Thériault, J. et Wendland, J. (2016). Anxiété et mécanismes d'adaptation spécifiques à la grossesse : une étude longitudinale et qualitative. *Devenir*, 28(1), 43-64.
- Selvini, M. (2001). Anciens pères et nouveaux pères-. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 27(2), 35-58.
- Sétan, A. K., Theis, A. et de Tychev, C. (2001). Réflexions sur l'approche psychodynamique des stérilités féminines. *L'Évolution psychiatrique*, 66(1), 61-74.
- Sirol, F. (2001). Quelle haine pour le fœtus?. *Le Journal de Pédiatrie et de puériculture*, 14(6), 347-350.
- Spiess, M. (2002). Le vacillement des femmes en début de grossesse. *Dialogue*, 157(3), 42-50.
- Thévenot A. (2006). Fonction des grands-parents dans l'accès à la parenté de leurs enfants. Un remaniement des liens familiaux. *Informations sociales*, 132(4), 36-43.
- Visier, J.-P. (2003). L'accès à la parentalité, une mise à l'épreuve du narcissisme. *Spirale*, 26(2), 79-88.
- Yelnik, C. (2005). L'entretien clinique de recherche en sciences de l'éducation. *Recherche et formation*, 50(1), 133-146.

Actes de séminaires ou de conférences

Baribeau, C. (2005). Actes du colloque l'Instrumentation dans la collecte des données. *Recherches qualitatives*. Hors-Série, numéro 2, 98-112.

Jenson, J. (2011). *La famille Québécoise depuis la révolution tranquille. Mutations sociales, mobilisation des mouvements, transformations politiques*. Communication présentée au Ministère de la Famille et des Aînés, Québec.

Lacan, J. (1974-75). Séminaire XXII, R.S.I.

Marquet, J. (2001, 10-11 septembre). *Évolution et déterminants des modèles familiaux : qu'est-ce qui a changé et pourquoi ? et Les défis de la famille contemporaine*. Communications présentées aux Journées d'étude de l'A.C.R.F. Wépion.

Autres

Bourcier, N. (2015, 2 mars). L'« épidémie de césariennes » des Brésiliennes. *Le Monde*.

Caldwell, G. (2012). *Où sont passés les hommes?*. Encyclopédie de l'Agora. Récupéré de http://agora.qc.ca/documents/homme--ou_sont_passes_les_hommes_au_quebec_par_gary_caldwell

Lauret, M. [s. d.]. *L'Edipe chez Mélanie Klein*. Récupéré de <http://www.oedipe.org/oedipeklein>

Michel, A. et Auger, J. (dir). (2008). *Politique de la périnatalité 2008-2018*. Direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux du Québec.

Rioux-Soucy, L.-M. (2011, 18 Janvier). Compressions budgétaires - Les sages-femmes écopent aussi. *Le Devoir*. Récupéré de <http://www.ledevoir.com/societe/sante/314903/compressions-budgetaires-les-sages-femmes-ecopent-aussi>

Turgeon, L. [s. d.]. *La révolution tranquille : Naissance d'une nouvelle société?*. Panorama sur le Québec.