

# MÉMOIRE DE RECHERCHE

**CHRISTINE HOEDE**

[christinehoede@yahoo.fr](mailto:christinehoede@yahoo.fr)

Session de Juin 2006

Master 1 de psychopathologie et psychologie clinique,  
parcours 2 : Psychopathologie psychanalytique  
des atteintes somatiques et identitaires

## Préparation à la naissance : Anticipation et relation d'objet virtuelle

Sous la direction de Mr S. Missonnier, Maître de conférence  
Dans le cadre du Séminaire de recherche sur la relation d'objet virtuelle

**UNIVERSITÉ DE PARIS X, NANTERRE**

UFR SPSE  
200, av. de la république  
92 000 Nanterre

## REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je remercie vivement M<sup>r</sup> Missonnier dont l'écoute attentive et les conseils m'ont permis d'avancer tout au long de ce travail.

Je remercie également la directrice de la maternité qui m'a donné l'opportunité de faire ce stage.

Je remercie tout particulièrement la sage – femme, qui m'a accueillie pendant les séances de préparation à la naissance et m'a apporté une aide précieuse sans laquelle je n'aurais pu mener à bien cette recherche.

Je remercie les médecins ainsi que toute l'équipe de la maternité (infirmières et auxiliaires de puériculture) qui m'ont accueillie dans leur service et avec lesquels un dialogue intéressant a souvent été possible.

Je remercie évidemment les mères qui ont accepté de participer à cette recherche pour leur disponibilité et leur témoignage fidèle.

Pour finir, je ne saurais oublier mes proches qui m'ont aidée et supportée durant cette année de travail.

## **Résumé :**

La période prénatale est riche en bouleversements pour les futurs parents et constitue le premier volet du développement de l'enfant. Le processus de parentalité est un processus dynamique et évolutif pendant lequel de nombreuses incertitudes mettent à l'épreuve l'efficacité de l'anticipation parentale. Cette dernière est le marqueur principal de la relation d'objet virtuelle, concept qui se propose de formaliser la relation en devenir qui lie les devenant – parents à l'enfant virtuel, en voie d'actualisation.

Tout cadre pouvant soutenir l'anticipation parentale, mécanisme de défense adaptatif, serait donc bénéfique au processus de parentalité. La présente étude met en avant à travers l'analyse de trois cas cliniques : d'une part, la variabilité de l'anticipation et d'autre part, l'impact positif que peuvent avoir les séances de préparation à la naissance sur cette variable qui paraît si nécessaire pour faire face aux possibles aléas du processus de parentalité et de la grossesse.

**Mots – clés :** processus de parentalité, relation d'objet virtuelle, anticipation, préparation à la naissance.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>6</b>
<b>2. RÉFÉRENCES THÉORIQUES .....</b>	<b>10</b>
<b>2.1. Compétences et interactions précoces.....</b>	<b>10</b>
2.1.1. Compétences du nouveau né et interactions sociales .....	10
2.1.2. Interactions affectives et fantasmatiques.....	12
2.1.3. Interactions mère/nourrisson et développement de l'enfant .....	14
<b>2.2. Période prénatale.....</b>	<b>15</b>
2.2.1. Vécu fœtal .....	15
2.2.2. Spécificité de la période de grossesse chez la femme .....	19
2.2.3. Des représentations et fantasmes maternels à l'interaction mère – nourrisson.....	23
<b>2.3. Processus psychique du « devenir mère ».....</b>	<b>33</b>
2.3.1. Processus de parentalité .....	33
2.3.2. Relation d'Objet Virtuelle.....	37
2.3.3. Espace psychique maternel prénatal.....	45
<b>2.4. L'Anticipation.....</b>	<b>50</b>
2.4.1. Description .....	50
2.4.2. Anticipation et processus de parentalité.....	54
<b>2.5. Préparation à la naissance .....</b>	<b>59</b>
2.5.1. Types de préparation à la naissance .....	59
2.5.2. Intégration des aspects psychologiques.....	67
<b>3. MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>77</b>
<b>3.1. Problématique &amp; Hypothèses .....</b>	<b>77</b>
3.1.1. Rappel de la problématique.....	77
3.1.2. Hypothèses .....	77
<b>3.2. Protocole expérimental.....</b>	<b>78</b>
3.2.1. Contexte .....	78
3.2.2. Démarche .....	81
3.2.3. Population .....	82
3.2.4. Outils.....	83
<b>4. RÉSULTATS.....</b>	<b>89</b>

<b>5.</b>	<b>ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS .....</b>	<b>90</b>
5.1.	M <sup>me</sup> G .....	92
5.2.	M <sup>me</sup> P.....	111
5.3.	M <sup>me</sup> F.....	134
<b>6.</b>	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>149</b>
6.1.	Validation des hypothèses .....	149
6.2.	Critiques .....	151
<b>7.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>154</b>
<b>8.</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>155</b>

**ANNEXES : cf. Fascicule**

# 1. INTRODUCTION

En vue de comprendre le développement normal et pathologique de l'être humain, les études se sont vite dirigées vers le développement de l'enfant, se rapprochant de plus en plus de la naissance de celui – ci. L'interaction entre l'enfant en voie de développement et son environnement d'un point de vue comportemental, affectif et fantasmatique a été mise en avant. Le développement des thèses de la psychosomatique a permis d'élargir la compréhension du développement de l'enfant où psychique et somatique ne peuvent plus être clivés. Ce mouvement vers l'étude du plus en plus précoce de l'être humain a mené à étudier son existence intra-utérine. Loin d'idéaliser de manière excessive le fœtus, il paraît aujourd'hui impossible de ne pas prendre en compte les connaissances de plus en plus précises que nous avons de son développement.

Ainsi, le fœtus est loin d'être insensible au monde extérieur. De plus, pour la mère la grossesse est marquée par d'importants remaniements psychiques. Cette période de crise décrite par nombre d'auteurs (tel que D. W. Winnicott ou M. Bydlowski) serait alors un passage permettant à la mère d'accueillir son enfant en post natal et de s'adapter à lui. En mettant en évidence l'importance de l'univers représentationnel maternel prénatal et son impact sur les interactions précoces (comme le font par exemple les travaux de M. Ammaniti, de S. Stoléro et D. Cupa), c'est l'idée d'une continuité entre les périodes pré et post natales qui émerge. Cette dernière est l'une des bases principales de notre présent travail. Ainsi, les relations mère – enfant commencent bien avant la naissance. A l'instar des interactions définies en post natal, des interactions comportementales, affectives et fantasmatiques prénatales peuvent également être décrites entre la devenant -mère et le devenant -enfant.

Il ne s'agit pas, encore une fois, de donner trop d'importance au fœtus en le considérant comme sujet (ce qui serait lourd de conséquence au niveau du droit à l'avortement par exemple). En revanche, il s'agit de ne plus nier l'importance de la période anténatale, « premier chapitre »<sup>1</sup> du développement humain. La prise en compte du prénatal, où les processus simultanés du devenant-humain et du devenant-parent se croisent, apparaît alors primordiale. Le versant parental de cette période est étudié au travers du processus de parentalité. Nous nous limiterons ici au versant maternel de ce processus.

Le processus de parentalité, ou processus psychique du « devenir parent », est complexe et évolutif. Il débute dès le plus jeune âge puisqu'il s'encre au travers de la problématique oedipienne et de la construction des relations objectales. La période prénatale est un segment important de ce processus (en fait, bien plus vaste) où les phénomènes psychiques et l'activité représentationnelle de la mère permettent son adaptation à la fonction maternelle.

La notion philosophique de virtuel peut aider à cerner ce processus. Celle-ci signifiant « en puissance » ou « potentiel », elle ne s'oppose pas au réel mais à l'actuel comme le souligne P. Lévy<sup>2</sup>. Ce processus serait alors une « forme emblématique du travail du virtuel : réaliser l'actualisation d'un potentiel créatif »<sup>3</sup>. Ainsi, l'enfant virtuel s'actualise progressivement et cette actualisation s'intensifie au cours du segment prénatal de la parentalité notamment sous l'impulsion du projet d'enfant, des échographies, de la perception des premiers mouvements fœtaux etc. Le concept de Relation d'objet virtuelle<sup>4</sup>, développée par S. Missonnier, est un processus dynamique et adaptatif qui met en avant la construction progressive de la relation entre la devenant-mère et le fœtus devenant-enfant. Celui-ci n'est alors plus considéré comme une simple extension du narcissisme maternel mais il s'objectalise progressivement. L'altérité de l'enfant virtuel est peu à peu appréhendée. Parallèlement à la nidification biologique, s'effectue la nidification psychique de l'enfant du dedans dans ce cadre interactionnel qui permet alors la construction d'un nid externe contenant pouvant accueillir l'enfant du dehors. Benoît Bayle a défini ce contexte interactionnel grâce aux notions d'identité conceptionnelle, de subjectivation réciproque et d'interactions foeto-maternelles. Ces concepts aident à décrire un espace psychique maternel où se développent les représentations anticipatrices maternelles et où se différencie l'enfant à naître.

Dans ce contexte de bouleversements corporels et psychiques aux nombreuses incertitudes (concernant par exemple le déroulement de la grossesse et de l'accouchement mais également la découverte de l'enfant et de soi-même en tant que mère), l'anticipation est une notion centrale. L'anticipation est par définition un mouvement vers l'avenir puisqu'elle consiste à l'imaginer, à en envisager les différents possibles. L'anticipation parentale prénatale va ainsi se déployer au cours de la grossesse et permettre une plus ou moins grande ouverture à l'imprévisible. En ce sens, cette variable nous semble à rapprocher de celle d'ouverture au changement et flexibilité utilisée par Ammaniti et coll. L'efficacité de ce

mécanisme de défense adaptatif, pouvant aller du pôle de l'angoisse signal à l'angoisse automatique, va être déterminante dans le développement de la relation d'objet virtuelle. Une attention portée sur cette variable durant la période prénatale pourrait donc être une piste afin de repérer les éventuels aléas du processus de parentalité.

Dans une telle optique de prévention, tout cadre permettant de mettre en exergue ce travail d'anticipation et de le favoriser, mérite une attention particulière. C'est le cas par exemple du cadre échographique, mais également des séances de préparation à la naissance qui constituent le contexte de notre étude. Si la préparation à la naissance a tout d'abord était centrée sur un apport de connaissances et un apprentissage pratique visant à réduire la douleur de l'accouchement, elle s'oriente à présent vers une véritable écoute des préoccupations maternelles ainsi que vers un accompagnement à la parentalité. Si la majorité des soignants et des parturientes soulignent l'effet bénéfique de la préparation, il n'y a pourtant que peu de travaux portant sur l'impact des séances de préparation à la naissance et aucune ne montre un effet positif franc et massif. Cependant aucune n'a pour l'instant abordé ce sujet à travers la variable anticipation que nous nous proposons d'étudier ici.

---

<sup>1</sup> Intitulé du groupe de travail de M. Soulé et S. Missonnier, WAIMH.

<sup>2</sup> Lévy P. 1998, Qu'est ce que le virtuel ?

<sup>3</sup> Missonnier, S. 2004, L'enfant du dedans et la relation d'objet virtuel, in La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité, p 127.

<sup>4</sup> orthographié ici lle en accord avec la parution la plus récente de l'auteur (Anthropologie du fœtus, mai 2006)

Ce rapide descriptif du cadre théorique de notre recherche nous permet de définir notre sujet. Celui-ci porte sur les représentations maternelles prénatales et leur évolution dans un contexte de préparation à la naissance.

Nous nous appuierons sur les concepts d'anticipation et de relation d'objet virtuelle et nous tenterons de répondre aux questions suivantes : Comment se traduit la variabilité individuelle de l'anticipation ? Comment se lie l'anticipation et relation d'objet virtuelle ? Et enfin : La préparation à la naissance peut – elle soutenir ou favoriser les représentations anticipatrices maternelles et, par cet intermédiaire, le processus de parentalité ? Ce dernier étant vu ici comme le processus d'actualisation du virtuel parental.

\*\*\*

Afin de répondre à cette problématique nous déploierons tout d'abord davantage les concepts théoriques qui forment le cadre de cette recherche. Puis après avoir détaillé la méthodologie utilisée pour ce travail, nous analyserons nos hypothèses à travers l'étude de trois cas cliniques. Enfin, nous discuterons nos résultats ainsi que notre recherche, à laquelle nous tenterons d'apporter des critiques constructives.

## 2. RÉFÉRENCES THÉORIQUES

### 2.1. Compétences et interactions précoces

#### 2.1.1. Compétences du nouveau né et interactions sociales

##### ❖ *Compétences du nouveau – né*

A l'image du nourrisson passif et dépendant de son environnement car totalement démuné, a succédé celle d'un nouveau-né déjà compétant dans de nombreux domaines. L'étude des compétences précoces de l'enfant (J.M. Porte, 2004) s'est donc développée, mettant à jour des capacités perceptives et motrices qui lui permettent dès les premiers instants de vie extra-utérine d'interagir avec son environnement. Ainsi, pour ne citer que quelques exemples :

- Dans le domaine visuel : on observe un comportement de poursuite oculaire chez le nourrisson, celui-ci fixe davantage les visages humains (stimuli à valeur sociale) et ceci quelques minutes seulement après sa naissance. Cette attirance pour le visage humain se complète également par des échanges par le regard qu'il soutient d'emblée avec sa mère, auxquels celle-ci accorde beaucoup d'importance et qui suscite des affects très marqués.
- Dans le domaine auditif : le nourrisson semble présenter une tendance innée à s'orienter vers un son et il répond davantage aux stimuli auditifs ayant les caractéristiques de la voix humaine ; notamment il a été observé une préférence pour les voix féminines, ainsi qu'une reconnaissance dès les premiers jours de la voix de sa mère. Enfin, il a aussi été démontré chez le jeune bébé, une aptitude à traiter le matériel langagier ainsi qu'une certaine synchronisation des mouvements du nourrisson avec la structure du discours de l'adulte.
- Dans le domaine olfactif et gustatif : il a été mis à jour une capacité discriminatoire chez le nouveau-né qui reconnaît l'odeur des sécrétions de la mère (lactées, sudoripares et sébacées). Ceci se retrouverait également au niveau gustatif.

- Dans le domaine tactile : le contact, ainsi que la manière de porter l'enfant (holding) sont aussi des modalités de communication auquel l'enfant réagit. La notion de dialogue tonique met par exemple en valeur des échanges entre la façon dont la mère soutient l'enfant et celui-ci qui y répond par sa posture et son tonus musculaire (se raidit ou se détend).
- Dans le domaine moteur : mis à part les mouvements oculaires parfois accompagnés de rotation de la tête et les mouvements des membres, le cri constitue une capacité motrice importante du nouveau-né et sa principale modalité de communication. Elle est d'ailleurs citée par Bowlby comme un des « comportements d'attachement » destinés à favoriser la proximité avec la mère. La mère différencie très rapidement les divers cris de son enfant (cri de faim, de douleur, de colère...) et le nourrisson peut, donc, signifier ses besoins à travers la spécificité de ses cris.
- Capacités d'adaptation : le nouveau-né posséderait également des capacités d'adaptation au monde qui l'entoure lui permettant de favoriser la communication avec son environnement social (il s'éveille et devient attentif aux stimuli attractifs) ou de s'en protéger lorsque celui-ci devient nocif (processus d'habituation) en cas de débordement par les stimuli ou de stimuli répulsif.
- Capacités d'apprentissage : le nouveau-né aurait aussi des facultés d'apprentissage et de mémorisation qui lui permettraient de repérer les invariances de son environnement.

#### ❖ *Interactions comportementales et sociales*

Ces compétences précoces, qui ont particulièrement été mises en valeur par la construction de « l'échelle d'évaluation des conduites néo-natales » de Brazelton (1981a), montrent à quel point le nouveau-né est déjà doté de capacités permettant la communication. Le nouveau-né non seulement réagit à différents stimuli mais fait également un usage particulier de ses états de conscience afin d'autoréguler les réactions aux stimuli. Elles donnent donc lieu à une interaction sociale dès la naissance dans laquelle le nourrisson est déjà un partenaire actif, ainsi qu'à une adaptation mutuelle entre l'adulte et l'enfant, chacun

des participants de l'interaction s'ajustant à l'autre partenaire, modifiant son action en réaction à celle de celui-ci. Ces interactions comportementales précoces chez l'enfant permettent d'entériner l'intérêt des parents pour leur enfant et favorisent ainsi l'attachement. Brazelton écrit que « le bébé naît avec d'excellents moyens pour signaler ses besoins et sa gratitude à son entourage ». Un tel « système d'interactions réciproques » entre un bébé et ses parents guide et récompense chacun des partenaires à leur tour et soutient donc la mise en place de la relation avec l'enfant. Ces capacités observables de manière précoce servent aux nourrisson « à se protéger d'un monde nouveau qui le déborde et à acquérir rapidement l'information rendant ceux qui l'entourent familiers et aptes à lui répondre de manière décisive ». Ce système de réciprocité permet à l'enfant de poursuivre son développement et donne l'énergie « qu'il faut aux bons parents pour ne pas interrompre cette relation exigeante ».

D. Stern (1997) étudie également la place centrale de ces interactions comportementales, ainsi que l'ajustement mutuel entre l'enfant et la mère qui les caractérise. L'interaction parent – nourrisson est pour lui l'élément clé de la situation clinique et ce parce que c'est dans le cadre de celle-ci que sont mis en scène les représentations des parents (peur, désirs, fantasmes à propos du nourrisson). C'est également le cadre dans lequel vont s'activer les représentations du nourrisson, lesquelles vont ensuite influencer directement les parents. Si D. Stern se centre sur l'interaction observable et sur les représentations ainsi mises en acte, d'autres ont davantage mis l'accent sur les interactions fantasmatiques entre la mère et l'enfant.

### 2.1.2. Interactions affectives et fantasmatiques

En effet, parler de compétences du nouveau-né donnant lieu à une interaction sociale précoce ne suffit pas. On oublie alors un aspect de taille: l'impact des représentations, des affects qui leurs sont liés et des fantasmes de la mère sur l'interaction avec son nouveau-né. Les soins que la mère procure à son enfant sont assurément riches des affects et de la vie psychique de celle-ci. Les interactions entre la mère et l'enfant peuvent donc non seulement être décrites en termes comportementaux et sociaux, mais également en termes affectifs et fantasmatiques (S. Lebovici et M. Soulé, 2003 ; S. Lebovici et S. Stoléro, 1983 et 2004 ; Lebovici, 1994)

### ❖ *Interactions affectives*

La communication verbale et non verbale de la mère avec son enfant est orientée par « des sentiments, des émotions, des contradictions », le bébé en retour se montre détendu ou angoissé. Les représentations et anticipations de la mère, ainsi que les affects qui les accompagnent déterminent les réactions particulières de l'enfant. De son côté le nourrisson communique très tôt avec son environnement, exprimant par ses vocalises et ses mimiques ses états émotionnels. On ne peut donc pas nier le « bain d'affects » qui englobe la dyade mère-bébé. Mais, comme l'écrit S. Lebovici, « parler d'interactions affectives et sociales conduit à l'évidence à introduire, si l'on s'occupe des bébés de l'homme, la vie psychique de sa mère comme la sienne propre. » En effet, l'interaction fantasmatique sous-tend toute interaction comportementale.

### ❖ *Interactions fantasmatiques*

La façon dont la mère interprète et anticipe les comportements de son bébé, repose sur sa propre vie fantasmatique. C'est ainsi que S. Lebovici a décrit l'enfant imaginé qui comprend : l'enfant imaginaire, l'enfant fantasmatique, l'enfant mythique chargé des références culturelles et des mythes dont la mère est porteuse et qui influencent les soins qu'elle donne à l'enfant, et enfin l'enfant du maillage narcissique. Nous décrirons plus avant les deux premiers. L'enfant imaginaire est l'enfant issu des rêves éveillés ou fantasmes conscients et préconscients, ainsi que du désir de grossesse de cette femme avec cet homme là, à ce moment précis de sa vie. La parturiente va ainsi imaginer son enfant à venir, son apparence, son sexe, son caractère, va choisir un prénom qui résonne souvent en lien avec son mandat transgénérationnel. L'enfant fantasmatique est, pour sa part, issu des fantasmes inconscients de la mère qui organisent son désir de maternité, en relation avec ses propres relations objectales et conflits oedipiens. Ainsi, « les inquiétudes [que provoque l'enfant], l'émerveillement qu'il déclenche, la haine qu'il soulève peut-être, ramènent vite l'enfant imaginaire à celui de la vie antérieure où interviennent dans le psychisme de la mère ses relations objectales personnelles, c'est-à-dire, à la fois la réalité de ses parents et les conflits imagoïques qui les interprètent. » Le nourrisson ou plus précisément son « corps érogène » va être le support des projections fantasmatiques maternelles. Cette vie fantasmatique inconsciente va permettre à la mère de jouer son rôle protecteur de pare-excitations avant que l'enfant ne soit capable de témoigner de sa propre vie psychique. Ainsi, « l'unité du nouveau-né et des soins maternels [...] n'est

possible que si la mère ajoute aux soins maternels l'efficacité de sa vie fantasmatique ». De la mise à contribution de cette vie psychique va dépendre la qualité du rôle « contenant » de la mère. Cependant, si la vie fantasmatique de la mère (l'organisation infantile de sa vie pulsionnelle, sa névrose infantile et ses remaniements) influence sa relation avec le nourrisson, l'enfant quand à lui va développer progressivement sa propre vie psychique, ses représentations fantasmatiques et ses pensées qui vont ensuite se secondariser. La vie pulsionnelle du bébé va naître dans les bras de sa mère, qui est « investie avant que d'être perçue ». Les comportements du bébé vont exprimer sa propre vie fantasmatique naissante. Il va se créer des objets internes, qui vont être modulés par la vie fantasmatique de la mère. La vie mentale de la mère va également être influencée par le développement de son bébé. Ainsi dans les échanges de la mère avec son enfant, les fantasmes de l'une vont s'épanouir et la vie psychique de l'autre (les modalités initiales de sa propre relation objectale) va pouvoir s'organiser progressivement. C'est, donc, cette « influence réciproque du déroulement de la vie psychique de la mère et de son bébé » qui est contenu dans le termes d'interactions fantasmatiques.

### 2.1.3. Interactions mère/nourrisson et développement de l'enfant

Ces interactions précoces ont des conséquences sur le développement ultérieur de l'enfant. Afin de souligner l'importance des premiers instants que vivent ensemble la mère et le nouveau – né, nous en donnerons un aperçu néanmoins extrêmement bref, ceci n'étant pas le sujet direct de notre étude. En effet, nombres d'auteurs ont décrit le développement de l'enfant à partir des relations mère – nourrisson. T. B. Brazelton précisait que de la qualité des interactions dépendait le développement de l'enfant sur les plans moteur, émotif, social et cognitif. Au delà de cela, de nombreux auteurs s'accordent sur le fait que la sensibilité maternelle, les qualités emphatiques et de contenance qu'elle exprime lors des soins qu'elle procure à son enfant et donc dans sa relation avec celui-ci, auront des conséquences en terme de développement du soi (self), de qualité des relations d'objet et de symbolisation. Winnicott (1960), par exemple (mais nous pourrions citer bien d'autres travaux plus récents), a décrit les caractéristiques d'un environnement contenant ainsi que la sensibilité adaptée ou modérée que la « good enough mother » doit présenter afin de développer le sentiment de continuité d'être du nourrisson (holding, handling et object presenting). Cet auteur a également décrit le rôle de miroir de la mère (Winnicott, 1975) qui permet au nourrisson de se former progressivement

une représentation de son soi en le percevant sur le visage de sa mère : « le bébé et l'enfant voient leur soi d'abord dans le visage de la mère, puis dans le miroir ». Ce que le bébé voit quand il regarde sa mère c'est plus que les yeux de sa mère, c'est aussi et surtout sa mère qui est en train de le regarder : « la mère regarde son bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit » et cela lui permet d'exister, de « se sentir réel » à l'image du patient face à l'analyste qui lui donne en retour ce qu'il apporte.

\*\*\*

Les interactions entre la mère et son nouveau-né sont donc nombreuses et peuvent être étudiées à plusieurs niveaux. Elles ont des conséquences évidentes dans le développement psychique ultérieur de l'enfant. Cependant, après s'être intéressé aux comportements et aux compétences du nourrisson, ainsi qu'aux relations qu'il entretient avec son environnement, les auteurs se sont penchés sur la période prénatale, révélant l'importance de l'étude de cette période dans la façon dont la mère va accueillir son enfant après la naissance, sur les relations mère – bébé en post – natal et donc sur le développement de celui-ci.

## **2.2. Période prénatale**

### **2.2.1. Vécu fœtal**

#### *❖ Perceptions et réactions fœtales*

Après avoir mis en valeur les nombreuses compétences du nourrisson dès les premières heures qui suivent la naissance, des études ont cherché l'origine prénatale de ces capacités. A partir de quel moment les divers systèmes sensoriels sont-ils fonctionnels ? A partir de quand et à quels stimuli le fœtus réagit-il ? (D. Querleu, 2004 ; J. P. Lecanuet, C. Granier – Deferre, B. Schaal, 2004 ; D. B. Chamberlain, 2004) Il a, entre autre, été établies les caractéristiques suivantes.

- Sensibilité tactile : Le fœtus serait sensible à l'effleurement sur la lèvre supérieure dès la fin de la 7<sup>ème</sup> semaine. Ce développement prénatal précoce de la sensibilité péribuccale aurait une valeur adaptative sans laquelle le nouveau – né serait incapable

de localiser le mamelon et de téter. La sensibilité tactile du fœtus s'étend ensuite aux mains et au reste du corps (14<sup>ème</sup> semaine). Le fœtus réagit également aux pressions manuelles sur le ventre maternel. Enfin, les contacts « accidentels » des mains voire des pieds avec le visage du fœtus, déclencheraient des réflexes d'orientation buccale. On observe ainsi des fœtus suçant leur pouce, ce comportement serait donc déjà présent in utero.

- Sensibilité olfactive et gustative : Le liquide amniotique dans lequel se trouve le fœtus se modifie au cours de la journée et au cours de la grossesse selon de nombreux critères. La barrière placentaire laisse, entre autre, passer les composants aromatiques des aliments mangés par la mère, ce qui « aromatise » le liquide amniotique. Les récepteurs fœtaux détecteraient également les changements de l'environnement amniotique induits par les émotions maternelles, notamment par le stress (diminution de l'oxygénation du sang, augmentation de la concentration des déchets métaboliques). Les récepteurs gustatifs seraient repérables dès la 12<sup>ème</sup> semaine, et malgré certains doutes anciens on pense aujourd'hui que les récepteurs olfactifs sont aussi fonctionnels de manière précoce. Le fœtus réagirait aux stimulations gustatives (amère, sucrée, salé et acide) avec cependant des différences interindividuelles.
  
- Sensibilité auditive : Les bruits de fond intra – utérins qui entourent le fœtus sont composés d'une part de bruits endogènes (cardio – vasculaires de la mère, placentaires et fœtales, digestifs), et d'autre part de bruits extérieurs, du quotidien, qui sont transmis in – utero (voix humaines dont la voix maternelle de manière privilégiée, musiques etc.) Les composants du dispositif auditif du fœtus deviennent fonctionnels entre la 20<sup>ème</sup> et la 35<sup>ème</sup> semaine de gestation. Des réactions aux bruits in – utero sont observés dès la 24<sup>ème</sup> semaine et deviennent très importants à partir de la 28<sup>ème</sup> semaine. Le fœtus réagit alors aux bruits qui lui parviennent en terme d'activité cardiaque et de mouvements. Enfin, le fœtus commencerait déjà, dans l'utérus de la mère, l'apprentissage du langage.
  
- Sensibilité visuelle : Les stimulations visuelles semblent limitées in utero, cependant le milieu utérin ne serait pas complètement obscur et le fœtus réagirait (rythme

cardiaque) à certains changements lumineux (allumage d'une lampe froide introduite in utero lors d'une amnioscopie par exemple).

- **Mémorisation et apprentissage anténatal :** Il a été montré que les expériences sensorielles fœtales peuvent modifier, par le biais d'apprentissages, les réponses comportementales spontanées pré- et postnatales à des stimulations auditives ou olfactives auxquelles l'enfant a été exposé in utero. Ainsi, des études concernant le nouveau-né ont clairement démontré (par la procédure de succion non nutritive) qu'il reconnaît et préfère une comptine, une musique ainsi que la voix maternelle, auxquels il a été familiarisé in utero. Il en serait de même pour les préférences néonatales gusto-olfactives qui s'exprimeraient sur la base d'acquisitions prénatales (reconnaissance dans le colostrum et le lait maternel des substances aromatiques de l'alimentation maternelle déjà présentes dans le liquide amniotique).

#### ❖ *Vie affective et relationnelle*

Le fœtus humain possède donc des capacités sensorielles non négligeables. Il reçoit des informations et des stimuli auxquels il réagit et dont il garde un certain degré de mémorisation. Les compétences du nouveau-né précédemment décrites seraient donc à inscrire dans une continuité transnatale. Les familiarisations fœtales à certains stimuli éprouvés in-utero auront des conséquences sur le comportement du nourrisson et pourraient contribuer au développement du lien filial. Cependant, au-delà de la connaissance physiologique des divers aspects du développement du fœtus, des auteurs se sont interrogés sur son éventuelle vie affective et relationnelle. C'est ainsi que J. Bergeret et M. Houser (2004) cherchent à mettre en évidence l'intérêt manifesté pour la vie fœtale par nombre de psychanalystes ainsi que les raisons pour lesquelles ces manifestations ne sont souvent restées qu'à un « niveau préconscient ».

L'hypothèse des auteurs est que Freud lui-même n'a pas pu ignorer l'importance de l'étape fœtale dans l'investigation théorique et clinique qu'il fit de la trajectoire évolutive de chaque être humain. Ils mettent en évidence la façon dont les aléas de la vie fœtale ont été à la fois entendus et scotomisés dans les travaux freudiens, ainsi que les motifs des résistances et les mécanismes de défense (dénégation et déplacement) qui ont empêché l'auteur d'exprimer son intuition de l'importance de la vie affective du fœtus plus clairement que par de brèves

allusions. Ainsi, les « évènements importants de la vie passée », « la toute première enfance », ou encore les « expériences précoces » sur lesquelles Freud insiste, seraient à rattacher à l'importance des conditions du déroulement de la vie intra utérine et de la conception, dont il aurait eu l'intuition. En effet, Freud décrit un état d'angoisse présent en chacun et qui serait à rapprocher de la répétition d'une impression très archaïque rappelant les conditions précédant la venue au monde de l'enfant. Il décrit des souvenirs non représentables mais qui seraient pourtant à rattacher à un évènement réel. L'évènement n'aurait pu être représenté car se serait produit à un stade précoce où le registre des représentations n'est tout simplement pas efficient. Cependant la trace mnésique du fait réel serait laissée uniquement par les affects qui y étaient primitivement liés. Un parallèle est fait ici avec la « dépression sans objet » développé par P. Marty. Ces affects non liables jusque là, se rattacheraient par la suite à des objets et des scènes secondairement rapportés, d'où la présence de « souvenir de couverture ». Les aléas potentiellement traumatiques de la vie intra utérine laisseraient un état d'angoisse primitive diffuse qui serait réactivée dans de nouvelles circonstances sans qu'un lien puisse être établi avec les circonstances initiales « faute de représentativité possible d'un objet correspondant aux affects fœtaux ». Ces « souvenirs/non souvenirs » correspondraient donc à des scènes non représentable par le fœtus mais des traces peuvent en être retrouvées dans l'après-coup et sous une forme modifiée.

Freud parle également d'une « étape narcissique primaire normale ». Pour J. Bergeret et M. Houser, elle correspondrait au vécu fœtal pendant lequel la délimitation entre moi (« soi narcissique ») et monde extérieur n'est pas encore établit. Les auteurs dévoilent leur désaccord avec la vision d'une absence totale d'objet lors de la vie intra utérine mais considèrent « la nature tout à fait particulière que prend pour un fœtus l'objet – mère primitif ». Pour eux « l'interaction affective duelle commence in-utero dans un climat tout naturel d'ambivalence violente à la fois destructrice et conservatrice ». Enfin, ils décrivent l'angoisse primitive de nature « existentielle » qui prend racine au moment de la naissance et mettent en évidence le fait qu'au sein de « l'interaction mère/fœtus, ou plus exactement au tout début l'interaction utérus/fœtus peuvent se manifester qualitativement déjà des caractéristiques vécues comme destructrices par les premières possibilités perceptibles (même si elles ne sont pas encore représentables) du fœtus. » Selon les auteurs, Freud se risque cependant à exprimer son intuition de l'origine foetale des angoisses les plus primitives lorsqu'il écrit : « L'angoisse se modèle chez l'homme sur le processus de la naissance » ou

encore « Le fœtus ne peut rien enregistrer d'autre qu'une perturbation considérable dans l'économie de sa libido narcissique ».

Les auteurs de cet ouvrage vont ensuite citer d'autres auteurs (proches de Freud) dont les développements théoriques respectifs montrent leur prise en compte, à différents niveaux de conscience, des débuts de la vie affective et relationnelle du fœtus et du développement de l'objectivité. Puis, explorant les travaux de psychanalystes plus récents (entre autres M. Klein, D. W. Winnicott, W. R. Bion, R.A. Spitz), J. Bergeret et M. Houser vont tenter d'éclairer leur hypothèse selon laquelle entre la conception et la naissance proprement dite « va s'intercaler toute une vie – déjà riche d'aléas potentiellement fort divers, et suffisamment heureuse (good enough) ou au contraire plus difficile, que le passage de l'intra à l'extra utérin ne fera que résumer ou rendre signifiante dans l'après-coup ». Malgré une lecture rapide du travail de ces auteurs, on aura cependant compris que celui-ci a été de parcourir les développements psychanalytiques, depuis ses débuts freudiens jusqu'aux travaux contemporains, afin de mettre en évidence la place de plus en plus explicite que la période anténatale y a pris, au cours du temps. Ces divers travaux vont progressivement dans le sens de la mise en valeur de l'importance des événements psychiques qui se déroulent durant la période prénatale. C'est dans cette optique de prise en compte pleine et entière de la réalité d'une relation entre la devenant – mère et le fœtus devenant – enfant que se situe notre travail actuel. Celle-ci est explorée par plusieurs auteurs contemporains dont nous décrirons les travaux ultérieurement (cf. partie 3). Avant d'aller plus loin, il convient cependant de s'attarder quelque peu sur les phénomènes psychiques qui se produisent, du côté de la mère, en cette période prénatale. En effet, de même que le fœtus réagit à ce qui lui parvient de l'environnement extérieur et qu'il a été tenté d'inscrire l'étape fœtale dans le développement psychique de l'être humain, de nombreux phénomènes se produisent également du côté de la mère dont il a été décrit le vécu psychique spécifique de la période de grossesse.

### 2.2.2. Spécificité de la période de grossesse chez la femme

La période de grossesse est décrite chez la femme comme une « période de crise identitaire et de maturation psychologique [...] comparable à celle de l'adolescence » (B. Bayle, 2005). Les différents auteurs qui se sont attelés à décrire les phénomènes psychiques de cette période, ont insisté sur la présence de remaniements importants et de perturbations

psychiques d'allure pathologique. Cependant, ceux-ci sont considérés, durant cette période particulière, comme des manifestations normales et plus encore comme ayant une valeur adaptative en perspective de la venue de l'enfant. Nous décrirons successivement les principaux travaux dans ce domaine.

#### ❖ *Préoccupation maternelle primaire*

D. W. Winnicott décrit un état psychologique singulier de la femme enceinte, qu'il nomme la « préoccupation maternelle primaire » (Winnicott, 1956). Cet état se développerait progressivement tout au long de la grossesse pour atteindre son degré le plus important en sa fin et se prolongerait encore quelques semaines après la naissance de l'enfant. Il correspondrait à une hypersensibilité de la mère, à un repli sur soi, « ou à un état de dissociation, ou à une fugue, ou même encore à un trouble profond, tel qu'un épisode schizoïde au cours duquel un des aspects de la personnalité prend temporairement le dessus ». La mère aurait la faculté de s'en remettre ensuite, ainsi que la tendance à en refouler le souvenir. De fait, cet état serait considéré comme une maladie si il n'avait lieu pendant la période de grossesse. Cependant, dans le cadre de cette période particulière, l'atteinte de cet « état organisé » par la mère est considérée comme normale et nécessaire afin que celle-ci puisse se mettre à la place de son enfant et répondre de manière adéquate à ses besoins. De la mise en place de cet état spécifique va dépendre l'instauration d'un environnement « suffisamment bon » (« good enough ») qui seul garantira le développement du « sentiment de continuité d'être » de l'enfant. À contrario, un défaut d'adaptation de la mère représenterait une menace d'annihilation du self de l'enfant.

#### ❖ *Modalité psychotique*

Pour sa part, P.-C. Racamier (1979) décrit un état narcissique et fusionnel polarisé autour du fœtus. La mère aimerait alors indistinctement son enfant et son corps. Le fonctionnement psychique de la parturiente se rapprocherait alors d'une « modalité psychotique » qui correspondrait là encore à une organisation particulière du moi et de la personnalité propre à la période de grossesse, mais ne constituerait en aucun cas une pathologie. Il s'agit d'un « processus normal de régression féconde [...] ni pathologique, ni pathogène » pendant lequel, les pulsions et les imagos intérieures sont activées et maniées de manière différente qu'à l'ordinaire. « La relation d'objet s'établit sur un mode de la confusion

de soi et d'autrui », la femme est donc extrêmement sensible à la réalité extérieure. Après la séparation corporelle de la naissance qui constitue une rupture, la mère perdure dans cet état fusionnel et s'identifie profondément à son enfant, « la relation anaclitique prolonge le régime narcissique prénatal ». L'auteur précise, enfin, que c'est grâce à l'instauration de cet état que la mère peut s'adapter à son enfant et que celui-ci peut se développer favorablement. « C'est à cette condition [...] que la mère peut être pour l'enfant le moi qu'il n'a pas encore, mais qu'il va se construire justement sur les bases de cette relation. »

❖ *Anxiété et distorsion de l'univers fantasmatique*

T. B. Brazelton (1981b), lors d'une étude sur l'interaction mère – nourrisson, relève l'importance anormale de l'anxiété des futures mères, ainsi que la bizarrerie des matériaux inconscients. Ces manifestations psychiques lui semblent pathologiques et dangereuses pour la relation avec l'enfant à venir. Cependant, il constate qu'en dépit de ses prévisions, les mères réagissent très bien après la naissance de l'enfant. Il en vient donc à penser que cet état de sensibilité est nécessaire pour que la mère puisse s'occuper de son enfant. « L'anxiété prénatale et la distorsion de l'univers fantasmatique faisaient partie d'une réaction saine », permettant la bonne adaptation de la mère à son enfant. Ces troubles seraient donc à considérer non comme des manifestations pathologiques mais comme « un élément positif témoignant de la bonne organisation de la mère ». Cet « ébranlement » qui a lieu pendant la grossesse servirait ainsi à préparer la mère à la mise en place de nouveaux attachements, mais aussi aux nombreux choix qu'elle aura à faire et enfin à l'émergence d'une « sorte de sensibilité au nouveau – né et à ses exigences, sensibilité que son équilibre antérieur n'aurait peut-être pas pu permettre ».

❖ *Transparence psychique*

Enfin, M. Bydlowski (1997) utilise le terme de « transparence psychique » pour décrire l'état si particulier des femmes durant la grossesse. Cet état de susceptibilité serait « caractérisé par une grande perméabilité aux représentations inconscientes (scénarios inconscients, fantasmes et remémorations) [et] par une certaine levée du refoulement habituel. » Elle précise également, à l'instar des auteurs vu précédemment, que ce phénomène « où des fragments de l'inconscient viennent à la conscience » caractérise, d'un point de vue clinique, les états psychotiques, mais qu'il s'agirait chez la femme enceinte d'un

« évènement ordinaire ». De plus, la clinicienne fait un parallèle avec la période de l'adolescence car, comme durant celle-ci, la parturiente présente un état relationnel particulier où se développe un « certain radicalisme », ainsi qu'un « appel à l'aide latent, ambivalent et quasi permanent » à un référent. Cet état, favorisant le transfert, rend particulièrement possible une alliance thérapeutique et permet éventuellement de dédramatiser un ancien conflit qui pose problème à la mère dans l'attente de son enfant : « Donner la parole à l'enfant qu'elle a été l'aide ainsi à restaurer celui qu'elle porte. » D'autre part, ces femmes dévoilent sans gêne des remémorations infantiles ainsi que des éléments fantasmatiques, qui relèvent souvent d'une thématique unique (fantasmes incestueux, régression orale, thème de propreté, deuil ancien). La raison de ce phénomène serait un hyperinvestissement narcissique visant le nouvel objet psychique, à savoir l'enfant. Ce nouvel investissement provoquerait, dans le même temps, un désinvestissement des autres thématiques psychiques qui ne seraient donc plus soumises à la barrière du refoulement mais « livrées sans retenus dans le discours spontané de la femme enceinte, en particulier lorsqu'un entretien non-directif est proposé ». Ainsi, selon M. Bydlowski, les représentations concernant l'enfant à venir n'apparaîtraient que très peu dans les propos spontanés des futures mères. Ce silence serait également dû à l'érotisation dont il est l'objet.

Enfin, évoquant la transmission des représentations conscientes et inconscientes entre parents et enfant, M. Bydlowski écrit que lors de la période de gestation, le désir inconscient porté sur l'enfant à naître est dévoilé grâce à cette transparence psychique. L'enfant, à la fois présent et absent durant la grossesse, n'est représentable que par des éléments du passé, il est alors porteur des aléas de la vie fantasmatique de ses parents. Il va, en effet, venir s'inscrire dans un tissu de représentations formé durant cette période. « L'enfant à venir va ainsi prendre vie somato – psychique dans un réseau de représentations qui lui préexistent. »

La période de grossesse est donc, pour la future mère, une période de crise maturative, à l'image de la puberté. Elle revêt des perturbations psychiques importantes qui l'apparentent à un état de type psychotique, mais qui est jugé comme normal dans ce contexte gestationnel. Cet état particulier de la femme enceinte (remaniements et réactivations psychiques de son histoire) va contribuer à la construction d'une image mentale de la femme en tant que mère et va lui permettre d'être sensible à son enfant et de s'adapter à lui. Pendant cette période de gestation vont également se déployer les représentations et fantasmes de la mère concernant

son futur rôle de mère ainsi que son enfant à venir, nombres d'auteurs s'accordent pour mettre en lien ces représentations avec la qualité des interactions précoces qui suivent la naissance.

### 2.2.3. Des représentations et fantasmes maternels à l'interaction mère – nourrisson

#### ❖ *La constellation maternelle et le bébé représenté*

Bien que D. Stern se soit, nous l'avons déjà vu, centré sur les interactions comportementales, elles étaient, pour lui, le reflet d'un système de représentations complexes de la future mère : la constellation maternelle (D. Stern, 1997). Ces représentations mentales déterminent la nature des relations des parents avec leur bébé. L'auteur décrit ces représentations en termes de « schémas d'être – avec » car elles seraient construites à partir d'expériences interactives. Ces réseaux de schémas d'être – avec qu'il nomme la constellation maternelle est en fait la création d'une nouvelle organisation psychique particulière qui vient remplacer la précédente. Ces remaniements se font selon trois préoccupations principales : le discours de la mère sur sa propre mère, le discours avec elle-même et le discours avec son bébé ; et concernent, selon l'auteur, certains thèmes en particuliers : le thème de la croissance de la vie (ou comment subvenir à la vie et au développement de l'enfant), le thème de la relation primaire (ou comment s'engager émotionnellement avec l'enfant afin d'en assurer le développement psychique vis-à-vis de l'enfant qu'elle souhaitait avoir), le thème de la matrice de soutien (ou comment permettre la mise en place du supports nécessaires à l'accomplissement de ses fonctions), et le thème de la réorganisation identitaire (ou comment transformer son identité propre pour faciliter ses fonctions). Cette nouvelle organisation est temporaire et oblige le clinicien à en tenir compte, une alliance thérapeutique spécifique pouvant alors se mettre en place. La constellation maternelle est présente, selon D. Stern, après la naissance mais se manifeste pendant la grossesse et quelquefois même avant. Elle évoque par ses caractéristiques les descriptions des manifestations psychiques de la grossesse décrites précédemment.

Après cette brève description du concept utilisé ici par l'auteur, revenons plus précisément sur les différents schémas d'être – avec maternels qui se mettent en place ou se modifient à la venue d'un enfant. L'auteur va, tout d'abord, décrire les schémas concernant l'enfant. Ce

schéma correspond au bébé représenté, autrement dit à la représentation de l'enfant en tant que fils ou fille de sa mère et de son père, frère ou sœur des autres enfants, et petit – enfant des grands – parents mais inclut aussi des prédictions sur son caractère, sa personnalité future. « Le bébé représenté a une longue histoire prénatale. Tandis que le fœtus se développe et grandit dans l'utérus maternel, le bébé représenté poursuit un développement parallèle dans l'esprit de la mère. » L'auteur parle également d'une « discordance possible entre le bébé réel et le bébé représenté », ainsi ce « bébé représenté » et cet écart possible lors de la rencontre entre le « bébé dans les bras de sa mère » et le « bébé dans sa tête » n'est pas sans rappeler l'écart évoqué entre le bébé imaginaire et le bébé réel décrit par d'autres auteurs.

Outre cela, la mère réorganise les représentations qu'elle a d'elle-même. L'auteur écrit que « certains de ces changements peuvent avoir été correctement anticipés [...] avant la naissance, d'autres qu'elle n'avait pas prévu, vont s'imposer subrepticement à elle. » A la naissance de l'enfant, celui-ci va provoquer d'autres réorganisations du monde représentationnel de la mère. L'auteur parle également des transformations de schéma concernant son mari, concernant sa mère (l'arrivée du bébé provoquant une réévaluation de sa propre mère), concernant son père, sa famille d'origine, les figures parentales de substitution et enfin, les phénomènes culturels non expérimentés directement par la mère. L'auteur cherche ensuite à expliquer comment ces représentations se traduisent en acte, et influencent les interactions comportementales observables de la mère avec l'enfant.

❖ *Une étude des représentations pendant la grossesse (M. Ammaniti et coll.)*

La notion de constellation maternelle décrite par D. Stern vise donc à mettre en évidence la complexité des réseaux de représentations de la future mère. Un autre auteur (M. Ammaniti et coll., 1999) a étudié de manière approfondie les différentes représentations maternelles pendant la grossesse ainsi que la manière dont elles s'agencent les unes aux autres. Nous décrirons cette recherche, ainsi que l'entretien mis au point par les auteurs, qui ont influencé le présent travail.

L'idée que défendent les auteurs est que les caractéristiques des représentations que la mère se construit au cours de la grossesse (image mentale de son enfant, d'elle-même en tant que mère et de la relation qui les relie l'un à l'autre) lui permettent de se préparer à devenir parent, à instaurer un espace interne de relation avec l'enfant, à le considérer peu à peu

comme un individu séparé d'elle-même. Ces représentations auraient une valeur prédictive du comportement interactif qui suit la naissance. Les femmes qui participent à l'étude sont situées autour du septième mois de grossesse car c'est une période considérée comme un pic de représentations, où la différenciation commence à prévaloir sur la fusion mais où l'accouchement n'envahit pas encore les préoccupations maternelles. Les hypothèses spécifiques de la recherche sont que : 1- « Pendant le dernier trimestre de sa grossesse, la femme a déjà construit une représentation de soi en tant que mère et de son enfant suffisamment définie, articulée et avec une connotation émotive. » ; 2- « Les représentations que la femme a d'elle-même en tant que mère et de son enfant au septième mois de la grossesse sont différenciées. »

Pour étudier ces représentations, les auteurs vont mettre au point un entretien semi – directif standardisé (IRMAG) qui se centre sur les caractéristiques formelles du récit des femmes pendant leur grossesse. En prenant en compte les caractéristiques de la période de grossesse (transparence psychique décrite plus haut), les chercheurs pensent que les femmes peuvent exprimer, à travers leur récit recueilli à l'aide de l'IRMAG, leurs pensées et leurs vécus de la grossesse. Les représentations maternelles seraient organisées à travers une structure narrative spécifique. L'étude de celle-ci permettrait d'appréhender la façon dont la femme affronte l'expérience de grossesse. L'entretien comprend deux méthodes de recueil des données : l'interview en elle-même (méthode qualitative) et une méthode quantitative d'échelles d'adjectifs. Ces échelles d'adjectifs concernent les caractéristiques individuelles de l'enfant, de la femme, de son partenaire, de sa mère et les caractéristiques maternelles de l'interviewée. L'entretien en lui-même se propose d'examiner les domaines suivants : le désir de maternité dans l'histoire personnelle de la femme et du couple ; les émotions personnelles du couple et de la famille à l'annonce de la grossesse ; les émotions et les changements au cours de la grossesse dans la vie personnelle du couple et dans le rapport avec sa propre mère, les perspectives de l'accouchement ; les perceptions, les émotions et les fantasmes relatives à l' « enfant interne » ; les attentes futures à propos des caractéristiques de soi en tant que mère et des caractéristiques de l'enfant ; enfin, la perspective historique de la mère par rapport à son rôle présent et passé de fille. L'exploration de ces domaines permet de recueillir un matériel narratif qui est ensuite analysé en fonction de plusieurs dimensions ou propriétés formelles : la richesse des perceptions (ou pluralité des points de vue) ; l'ouverture au changement et la flexibilité (perméabilité ou rigidité des représentations) ; l'intensité de l'investissement (participation émotive) ; la cohérence (organisation et logique du récit,

cohérence entre mémoire sémantique et épisodique) ; la différenciation (de soi par rapport au partenaire et à la famille, et différenciation de soi et de l'enfant qui va de l'image de l'enfant comme partie intégrante du soi maternel puis qui se dirige vers une différenciation progressive) ; la dépendance sociale (influence du groupe social sur les représentations de la mère) ; enfin, la dominance des fantaisies (dimension fantasmatique).

En suivant ce mode d'analyse, les auteurs remarquent que la mère a tendance à organiser de manière similaire son récit sur la représentation d'elle-même en tant que mère et celui sur la représentation qu'elle a de son enfant, et ceci bien que les deux représentations soient nettement différenciées. Ils relèvent, également, les dimensions qui sont corrélées entre elles, celles-ci sont : la richesse, l'ouverture au changement (ou flexibilité), l'investissement, la cohérence et la différenciation. Enfin, ils mettent en évidence les caractéristiques du récit qui se croisent d'une représentation à l'autre et expliquent l'influence de l'une sur l'autre qui les font coïncider. Ainsi, l'étude des corrélations montre que : « plus la représentation maternelle de la femme est riche, plus celle de l'enfant est détaillée, flexible, cohérente et peu dépendante du jugement des autres. De la même façon, il est possible de formuler l'hypothèse que plus la mère développe une représentation flexible de la fonction maternelle, plus la représentation de l'enfant peut être riche, flexible, investie émotionnellement, cohérente, différenciée par rapport à elle et faiblement dépendante. En même temps, **plus l'enfant a une représentation suffisamment différenciée dans l'esprit de la mère, plus la femme montre qu'elle a une conception de son rôle de mère flexible et ouverte au changement, cohérente, consciente et moins dominée par les fantaisies.** En outre, aux représentations maternelles cohérentes correspondent des représentations de l'enfant riches, flexibles, intensément investies, fortement cohérentes et suffisamment différenciées. » En d'autres termes on peut faire l'hypothèse que, comme le fait remarquer B. Bayle (2005), plus la relation anténatale à l'enfant à venir est différenciée (objectalisée), plus la mère s'adapte à son enfant en post natale ou plus la relation avec le nouveau – né se fait « sur le mode de la souplesse et sans doute de la mutualité. »

Enfin, les auteurs dégagent trois différents styles de représentations maternelles concernant elle-même en tant que mère ainsi que leur enfant : les représentations intégrées ou équilibrées, réduites ou désinvesties, non – intégrées ou ambivalentes. Ces styles influenceraient les relations précoces de la mère avec son nourrisson. Les chercheurs définissent ces différentes catégories de la manière suivante :

\* Pour la catégorie intégrée, « les représentations de la maternité et de l'enfant sont assez riches, investies affectivement ; elles fournissent un tableau cohérent de l'expérience contextualisée dans l'histoire de la femme ; elles sont ouvertes au changement et au doute. La grossesse représente une étape de l'évolution personnelle de la femme et le complément de son identité. Même si la grossesse n'a pas été programmée, la femme est capable de s'adapter à cette nouvelle expérience. »

\* Pour la catégorie réduite, « La femme ne se laisse pas aller, elle rationalise et montre une certaine rigidité et auto – affirmation. Les représentations sont impersonnelles, abstraites. »

\* Pour la catégorie non – intégrée, « il y a coexistence de tendances différentes par rapport à la maternité et au futur enfant, avec une implication excessive et une lutte pour s'en éloigner. Cela donne donc un tableau alternant/oscillant, peu intégré, qui peut devenir confus. Les informations peuvent être riches mais peu organisées. »

#### ❖ *Continuité de l'univers mental maternel entre les périodes pré et post natales*

Le présupposé de la recherche présenté dans l'ouvrage de Massimo Ammaniti est que les représentations maternelles au cours de la grossesse ont une valeur prédictive du comportement interactif observé entre l'enfant et sa mère après la naissance, autrement dit qu'il y a une continuité entre le style maternel qui se développe au cours de la grossesse et la relation mère/bébé en post natal. Divers travaux montrent effectivement un lien de continuité entre les élaborations fantasmatiques observées au cours de la grossesse et celles qui fondent les interactions mère – enfant après la naissance. Ainsi, après s'être intéressés à la façon dont les liens mère – enfant se mettaient en place après la naissance, les auteurs considèrent à présent que l'instauration des liens parent – enfant a lieu avant la naissance. M. Ammaniti parle par exemple de l'instauration d'un « processus d'attachement au fœtus » qui a lieu pendant la grossesse. Nous nous attacherons ici à décrire trois études qui vont dans ce sens et qui ont également influencé notre présent travail.

○ *Le bébé imaginé et les interactions précoces (D. Cupa)*

L'« enfant dans la tête » de la période prénatale, M. Soulé l'a nommé l'enfant imaginaire (M. Soulé, 1982). Celui-ci se construit à un stade précoce, dès la petite enfance de la future mère et est pétri des désirs oedipiens. Il correspond à l'enfant idéal, élevé par une mère idéale. La représentation de cet enfant va se modifier lors de la grossesse pour préparer la mère à la confrontation avec un nouveau – né particulier. Après cela, S. Lebovici a décrit les quatre composantes de l'enfant imaginé (précédemment décrit dans la première partie de ce travail). Ce bébé imaginé est issu de l'organisation fantasmatique de la mère et émerge progressivement de l'esprit de celle-ci tout au long de la période prénatale. D. Cupa reprend ce concept et cherche à montrer dans ses travaux que « certaines représentations du bébé imaginé par la mère durant la grossesse sont mises en actes par celle-ci dans les interactions précoces avec son bébé » (D. Cupa, 1992). Pour cela, elle met en place un protocole qui débute au 7<sup>ème</sup> mois de grossesse avec un entretien semi-directif à partir de la bande de cri/pleur de B. Lester et du dessin du bébé « tel qu'elle l'imaginait », puis se continue après la naissance de l'enfant au 5<sup>ème</sup>, 10<sup>ème</sup> jours, puis 6<sup>ème</sup> et 14<sup>ème</sup> mois de vie du bébé, avec l'échelle de Brazelton et le test de Brunet – Lésine. Cette étude met bien en évidence l'association de certaines thématiques présentes dans l'interaction au sein de la dyade mère/bébé avec certains fantasmes maternels prégnants. L'auteur précise dans ses conclusions que les fantasmes les plus prégnants se trouvaient être ceux de scènes primitives et que le développement de l'enfant va ensuite être influencé par cette « spirale interactive » (que nous avons tenté de décrire plus haut) qui se déploie après la naissance, et dans laquelle il prend une part active.

○ *Scénario fantasmatiques maternels et interactions précoces (S. Stoléru)*

Dans une de ses recherches, S. Stoléru tente de montrer comment les scénarios fantasmatiques maternels exprimés au cours de la grossesse organisent l'interaction ultérieure de la mère et de son nourrisson (S. Stoléru et coll. , 1985). Par scénarios fantasmatiques, l'auteur entend non seulement les rêveries éveillées de la mère mais aussi sa vie fantasmatique inconsciente liée à l'organisation issue des conflits infantiles. La recherche comprend trois entretiens. Le premier est effectué au cours du 7<sup>ème</sup> ou du 8<sup>ème</sup> mois de grossesse et se compose d'un entretien non – directif et d'une passation d'un protocole projectif mis au point par les auteurs. Le but de l'entretien non – directif est de déterminer le

fonctionnement mental de la parturiente ainsi que de préciser son vécu de la grossesse et sa relation à l'enfant en tant qu'objet fantasmatique, ses angoisses et ses anticipations. Le protocole projectif se présente sous forme d'une série de planches photographiques représentant des nourrissons ou des enfants dans diverses situations (jeu, alimentation etc.) Il est demandé aux sujets de raconter une histoire à partir de chaque planche. Le but de cette passation est de compléter les informations recueillies par l'entretien, l'hypothèse des auteurs étant que « les réponses des sujets confrontés à ce type de planches constituent autant de scénarios qui ne sont pas sans relation avec l'enfant imaginaire et l'enfant fantasmatique de leur monde interne. » La deuxième rencontre a lieu trois à sept jours après la naissance de l'enfant. Lors de cette rencontre un entretien est pratiqué concernant le vécu de l'accouchement, ainsi qu'une évaluation du comportement du nouveau-né par l'échelle de Brazelton. Cette évaluation est faite dans l'idée que le bébé va influencer de manière active les interactions mère/bébé observées ultérieurement. Enfin, la dernière rencontre se passe pendant le 6<sup>ème</sup> mois post-natal. Celle-ci comprend un entretien avec la mère et éventuellement le père, où est recueilli leur vécu de l'expérience actuelle et des mois précédents, et pendant lequel est observé l'interaction. De plus, une autre passation d'un protocole projectif est effectuée avec des photos différentes mais portant sur les mêmes thèmes. Enfin, le troisième élément de cette rencontre est une « séquence d'interaction mère – nourrisson en situation semi-structurée ». Elle correspond en fait à une séance de jeu qui dure sept à dix minutes et dont l'enregistrement est ensuite visionné par la mère qui y réagit et fait alors divers commentaires pouvant compléter l'observation directe.

En suivant ce protocole de recherche, S. Stoléro va présenter trois cas de femmes qui mettent effectivement en évidence une continuité entre le matériel intrapsychique de la mère en pré-natal et celui qui émerge de l'interaction mère – bébé observée après la naissance. La première femme, par exemple, exprime lors des entretiens en pré et en post natal une réaction anxieuse par rapport à l'allaitement au sein ainsi que son « horreur de la nudité », elle prête des affects dépressifs aux enfants qui se trouvent sur les planches photographique et décrit une figure maternelle incapable de combler le vide dépressif des enfants. Or lors des interactions sera observée une distance entre la mère et l'enfant laissé « en proie à une certaine expérience de vide affectif », ainsi qu'un contact physique peu satisfaisant. La deuxième femme exprime un dégoût devant l'activité oral et les soins physiques au nourrisson et bien que cela s'atténue après la naissance, on observe une froideur et une distance dans les rapports physiques à son enfant. Enfin, pour la troisième femme le contact corporel

(notamment à travers l'allaitement) est mis en avant comme une source de réconfort pour le bébé. Parallèlement à cela la douleur est représentée comme permettant un lien et un rapprochement privilégié avec l'enfant (comme cela s'est produit entre elle et sa propre mère). Ces caractéristiques se retrouvent, en effet, lors des interactions où une grande proximité physique est observée ainsi que la place centrale de la douleur, prise comme prétexte d'une communion affective avec l'enfant.

Cette étude met donc en valeur le lien entre, d'une part, les anticipations, craintes et fantasmes concernant l'enfant à venir et d'autre part, les choix effectifs des mères et la conflictualité qui sous – tend l'interaction en post – natal . Pour finir, un des buts que se fixe S. Stoléro dans cette étude est de mettre à jour les relations entre deux types de matériel différent : intrapsychique (que lui communique les mères) et interactionnel. Il met en avant le caractère hétérogène de ce matériel. Il est intéressant, ici, de relever la remarque que fait B. Bayle sur ce sujet (B. Bayle, 2005) : « À notre avis, il n'y a pas d'élaboration possible de l'enfant fantasmatique dans la tête de la mère, et avec cette élaboration, la reviviscence des conflits infantiles, sans une relation à l'enfant conçu à naître. L'enfant fantasmatique est le produit d'une relation entre la mère et l'enfant conçu qui habite en elle. L'hétérogénéité du matériel n'est peut-être pas aussi exacte que Stoléro l'affirme. L'enfant imaginaire et fantasmatique représente un matériel interactionnel, si on envisage qu'il résulte de la relation imaginaire ou fantasmatique à l'enfant à naître (embryon ou fœtus). » Nous explorerons cette relation de la devenant – mère avec le fœtus devenant – enfant dans la prochaine partie.

- *Représentations maternelles, interactions précoces et attachement de l'enfant (M. Ammaniti)*

Les représentations maternelles prénatales ont, donc, une valeur organisatrice des relations futures entre la mère et l'enfant. M. Ammaniti va également chercher à mettre en évidence ce lien de continuité entre les périodes pré et post – natale. De plus, la nature des représentations maternelles pendant la grossesse semble également prédire la qualité de l'attachement de l'enfant à un âge plus avancé. Ainsi, M. Ammaniti, dans un de ses travaux (M. Ammaniti, 1991) va tenter de mettre en évidence l'influence des représentations que la mère a d'elle-même et de son futur bébé sur les interactions précoces et sur le style d'attachement des enfants. Dans cette étude, l'auteur souhaite traiter de « l'influence du monde psychique maternel et de ses relations intériorisées sur le type d'attachement et la qualité de la relation

réci-proque entre la mère et le nourrisson. » Pour cela, l'auteur va exposer deux cas. Dans ses conclusions, M. Ammaniti expose les différences qui caractérisent ces deux femmes :

Dans le premier cas l'organisation mentale de la mère est dominée par des défenses de type schizoïde (clivage), l'AAI met en évidence le sentiment de rejet important qu'elle a vécu au départ de son père dont elle a encore beaucoup de mal à parler, ainsi que le sentiment d'avoir été délaissée par sa mère très prise par son travail. L'enfant qu'elle porte se révèle alors être un bébé idéal supposé l'indemniser des privations de son enfance, objet des désirs narcissiques de cette mère qui souhaite « donner un enfant à son père dans l'intention inconsciente de le faire revenir dans la famille et donc de réussir là où sa mère avait échoué ». Cette configuration fantasmatique rigide sembla perdurer après la naissance de l'enfant réel qui ne pouvait correspondre à son fantasme, la mère n'a donc pas pu « se mettre de façon satisfaisante au diapason avec son bébé » car pour cela il aurait fallu qu'elle accepte son nourrisson comme un individu. Le nourrisson a alors mis en place des défenses (mécanisme de clivage) destiné à l'aider à sauvegarder la relation avec la mère. A la « strange situation » à un an, l'enfant fut considéré comme appartenant à la catégorie angoissé – évitant (« anxious – avoidant »). Ainsi, lorsque les mères se montrent incapables de se détacher de leurs anciennes relations avec leurs propres parents pendant l'enfance, le discours qu'elles tiennent sur leurs propres relations d'attachement n'est pas cohérent, cela a pour conséquence une difficulté à répondre aux attentes du nourrisson.

Le second cas rapporté par l'auteur est celui d'une femme qui a vécu une relation très intense avec sa propre mère qui était angoissée et « oppressante ». Cependant, l'expérience de la grossesse va déclencher d'importants changements : elle va venir moduler les fantasmes infantiles et déclencher le processus de séparation – individuation vis –à –vis de sa mère. Cette femme va pouvoir s'identifier à une bonne mère intériorisée tout en exprimant sa peur de reproduire l'aspect angoissé qu'avait sa propre mère. Ces modifications vont avoir des conséquences positives sur la relation de cette mère à son enfant, auquel elle saura se montrer sensible, celui – ci montrera un attachement sécure à un an. Ainsi, lorsque les femmes ont élaboré de façon cohérente les relations qu'elles entretenaient avec leurs propres parents, et ceci de manière indépendante par rapport aux éventuelles difficultés qui les ont jalonnés, elles peuvent en parler de façon cohérente, sans les idéaliser et sont capables de répondre de manière adaptée aux besoins de l'enfant, soutenant ainsi leur besoin de sécurité et d'autonomisation.

Le monde psychique de la mère durant la grossesse a donc un impact sur les relations avec l'enfant : « L'aptitude du monde fantasmatique à se modifier prend donc une grande importance aussi en relation avec l'enfant : dans le premier cas cela entraîne une focalisation de la mère sur ses fantasmes personnels et dans le second, la capacité à réagir réciproquement sur l'enfant et à comprendre ses signaux affectifs, expérience décisive pour le développement de l'attachement de l'enfant. »

\*\*\*

Ainsi, bien que le moment du passage de la vie intra à la vie extra-utérine soit loin d'être anodin pour la mère comme pour l'enfant, ces différents travaux soulignent, pour leur part, la continuité entre la période pré – natale et les débuts de la vie de l'enfant en dehors de l'utérus de sa mère. Continuité entre les compétences du fœtus et celle du nourrisson, continuité entre son vécu affectif in – utero et son développement psychique ultérieur, et continuité entre le monde représentationnel de la mère et les interactions post – natales avec le nourrisson. Cette continuité avait d'ailleurs déjà été relevée par S. Freud dans *Inhibition, symptôme et angoisse* (1925 – 26) « La vie intra utérine et la première enfance sont beaucoup plus comprises dans une connexion de continuité que ne le ferait croire la césure impressionnante de l'acte de la naissance. » Les relations mère – nourrisson observées après la naissance sont bien sûr sans cesse en évolution, celui-ci y jouant un rôle actif, comme nous l'avons déjà vu. Mais, au-delà de cela, ces recherches montrent l'importance de la prise en compte de la période prénatale, ainsi que de l'organisation psychique de la mère. Les liens entre la mère et son enfant se tisseraient donc bien avant la naissance, durant un long processus, lui aussi, en constante évolution. Ces études, illustrant la richesse des représentations maternelles prénatales, poussent par conséquent à étudier plus avant ce processus, ainsi que les relations qui lient ces deux êtres en devenir : la femme devenant – mère et le fœtus devenant – enfant ; ou comme le fait remarquer Benoît Bayle, à « repenser les polarités objectales et narcissiques de la grossesse ».

## 2.3. Processus psychique du « devenir mère »

### 2.3.1. Processus de parentalité

#### ❖ *Définition*

Le concept de parentalité désigne le processus par lequel on devient parent d'un point de vue psychique. La parentalité comprend l'alliance, dans un espace de conjugalité, de deux processus : celui du devenir mère (maternalité) et celui du devenir père (la paternalité). C'est un processus mental complexe et évolutif qui traverse la vie de l'individu de l'enfance à l'âge adulte. En effet, si les études dans ce domaine se proposent souvent de mettre en lien les observations effectuées lors de la grossesse et le fonctionnement post natal ; les événements qui ont lieu avant la conception sont également importants à prendre en compte car le processus de parentalité commence à se développer dès la petite enfance : « les attentes et les événements qui précèdent la conception, surtout dans la mesure où ils concernent les décisions d'avoir un enfant et le moment de cette décision influenceront le vécu de la transition vers l'état de parent. » (S. Stoléru et coll., 1998) Il s'agit donc d'un aspect du fonctionnement psychique qui se réfère à l'ensemble organisé des représentations, affects, souvenirs et comportements du sujet se rapportant à son ou ses enfants, que ceux-ci soient nés, en cours de gestation, non encore conçus ou à l'état de projet. Il ne s'agirait pas d'une « instance de la personnalité mais plutôt [d'] un secteur de fonctionnement de celle-ci ; elle est à rapprocher du concept de relation d'objet, dont elle constitue un sous-ensemble particulier et essentiel : à savoir la relation à l'enfant, que celui-ci soit réel ou imaginaire. »

#### ❖ *Les dimensions de la parentalité*

Didier Houzel a aidé à définir la parentalité en décrivant trois dimensions distinctes : l'exercice, l'expérience et la pratique de la parentalité (D. Houzel, 1997). Ces trois dimensions sont autant de « point de vue » sur la parentalité mais ne doivent en aucun cas être prises isolément. Ces différents aspects sont indissociables les uns des autres et ne se distinguent qu'en terme de niveau d'analyse.

○ *L'exercice de la parentalité*

L'exercice de la parentalité recouvre les questions de transmission de génération en génération, ou comment l'individu n'est pas isolé mais est à concevoir en lien avec le groupe auquel il appartient (société, famille etc.).

D. Houzel donne une grande place aux points de vue anthropologique et juridique qui mettent l'accent sur la façon complexe dont le groupe social est organisé, et sur la façon dont l'individu vient s'inscrire dans cet ensemble de liens d'appartenance, de filiation et d'alliance, ensemble régit par des règles (devoirs et droits) qui expliquent l'histoire et l'organisation actuelle de la société.

Cependant, au delà de cela, il faut tenir compte de l'approche psychanalytique. Celle-ci a mis en évidence les liens entre l'organisation psychique de l'individu et son environnement (notamment sa famille). Le point de vue structuraliste a montré le rôle organisateur de la psyché des « complexes » : complexe oedipien décrit par Freud ou de sevrage et d'intrusion décrit par J. Lacan. L'étude des processus dynamiques s'est quand à elle attachée à décrire le développement psychique en terme de relations d'objet : relations pulsionnelles et fantasmatiques à la mère pour M. Klein ou constellation d'objet partiels et totaux pour W. R. Bion. IL y a donc une transmission entre générations utile et même indispensable pour le développement psychique : c'est la transmission intergénérationnelle. Cependant la psychanalyse familiale a montré comment la répétition de situations traumatiques de génération en génération est fréquente, certains auteurs ont ainsi décrit le mécanisme d'identification à l'agresseur (A. Freud, S. Ferenczi, S. Fraiberg). Il a également été décrit les effets néfastes de la transmission d'éléments non assimilables (non-dits, cryptes, fantômes etc.) Une autre transmission est donc, au contraire, source de souffrance et de perturbation : c'est la transmission transgénérationnelle.

○ *L'expérience de la parentalité*

L'expérience de la parentalité se réfère à l'expérience subjective consciente et inconsciente du fait de devenir parent. Cette expérience se compose de deux aspects :

\* Le désir d'enfant ne peut se réduire à un point de vue instinctuel bien que celui-ci ne puisse être totalement rejeté. Pour Freud, le désir d'enfant faisait suite à la résolution du complexe d'oedipe. La fille confrontée à la différence des sexes, investit libidinalement son père dont elle espère avoir un enfant (à défaut d'un pénis). Puis elle renonce à ses désirs incestueux et diffère son désir d'enfant sur un futur partenaire masculin. Pour le garçon, c'est l'angoisse de castration qui le pousse à renoncer à ses désirs envers sa mère, il va donc se diriger vers une future partenaire féminine. D'autres auteurs ont cependant décrit la source du désir d'enfant en terme d'identification de l'enfant à ses bons objets parentaux. C'est le cas, par exemple, de M. Klein qui décrit le processus de réparation (de la mère menacée de destruction par les pulsions infantiles) qui permet de sauvegarder les bonnes relations aux objets parentaux.

\* La parentification décrit les transformations psychiques qui caractérisent la grossesse et que nous avons déjà décrit dans la seconde partie : préoccupation maternelle primaire de Winnicott, maternalité de Racamier, transparence psychique de Bydlowski et constellation maternelle de Stern. Bien que cela ne soit pas le sujet de notre étude, il faut mentionner que le processus de parentification paternelles est également important : symptômes de couvade, préoccupations et remaniements psychiques du père pendant la période de transition vers la paternité qui ont également été étudiés.

#### ○ *La pratique de la parentalité*

La pratique de la parentalité concerne les aspects de la relation entre la mère et l'enfant après la naissance. Celle-ci ont d'abord été décrite à l'aide de la théorie de l'étayage de S. Freud, dans laquelle les liens affectifs de l'enfant s'étayaient sur la satisfaction des besoins vitaux de celui-ci. Elle a cependant été remise en cause par la théorie de l'attachement de J. Bowlby selon laquelle les liens affectifs constituent un besoin primaire et ont un rôle de protection de l'enfant. Celui-ci manifeste de manière innée des comportements d'attachement qui visent à instaurer et à sauvegarder la proximité avec la figure d'attachement. Les réponses à ces comportements apportées par les figures d'attachement vont fortement influencer le modèle interne d'attachement que va développer l'enfant. Trois schèmes d'attachement de l'enfant ont été décrit : l'attachement sécure, angoissé – ambivalent et angoissé – évitant.

Enfin, nous avons précédemment décrit les compétences du nouveau – né (Brazelton), la notion d'interaction parent – enfant où le nourrisson prend une part active, mais également d'interactions comportementales, affectives et fantasmatiques (M. Lamour et S. Lebovici). Ces notions ont également influencées l'étude de l'établissement des liens entre parents et enfants. Il est cependant à noter que les interactions fantasmatiques concernent, selon l'auteur, le niveau d'analyse de l'expérience de la parentalité car tente d'expliquer une forme de transmission inconsciente entre parents et enfants.

❖ *Segment périnatal de la parentalité réalisée*

Le processus de transmission psychique à travers les générations que l'on nomme parentalité est donc un processus évolutif, présent à chaque âge de la vie de l'individu. S. Missonnier propose le terme de « périnatalité psychique » pour désigner le segment de ce processus que constitue la période qui va du projet parental d'enfant à la fin de la deuxième année du nourrisson (S. Missonnier, 1998).

En ce qui concerne la période prénatale de ce segment, l'auteur avance l'image d'un « fonctionnement psychique placentaire ». Ceci pour mettre en avant, outre les phénomènes psychiques propres à la grossesse (transparence psychique), ainsi que les représentations maternelles (enfant imaginé) dont nous avons déjà parlé, le fait que ce cheminement psychique prénatal est un temps de « gestation psychique de la contenance ». On a déjà mentionné le rôle important, en post natal, de la faculté empathique de la mère à l'égard de son enfant. Or la contenance maternelle post natale est la résultante d'un processus de maturation de cette contenance qui s'effectue durant la période prénatale. Ainsi, l'évolution des représentations maternelles sur fond de rééditions des conflits infantiles, permet la progressive maturation objectale de « l'enfant narcissique » (la relation objectale particulière de la devenant mère sera développé ci-après), c'est de cette maturation objectale que dépend la qualité de l'empathie parentale en post natal. La naissance de l'enfant reste alors un moment indéniable de bouleversements, mais la rencontre avec l'enfant « réel » est cependant sans nul doute chargé de ce passé prénatal : « il existe un point d'équilibre entre continuité de la contenance périnatale du fœtus/enfant et rupture du passage d'une contenance parentale interne à une contenance externe. [...] La relation qui s'établie, entre la mère et le nouveau-né

est donc fortement empreinte de cette grossesse psychique et de ses scénarios conscients et inconscients. »

Dans un autre article, S. Missonnier illustre ce processus de gestation psychique par le récit d'un cas clinique. La femme dont il est question, après avoir eu des difficultés à tomber enceinte, mis en scène l'évolution des scénarios fantasmatiques concernant son enfant à venir à travers les « dancing babies » qu'elle transmettait par email au psychothérapeute (S. Missonnier, 2000). Le travail effectué en prénatale sur les représentations et identifications projectives maternelles, (matérialisé ici par les dancing babies) met en évidence « la présence de l'enfant en devenir avec sa virtualité objectale » et a permis l'élaboration de la contenance maternelle et l'accueil serein de l'enfant en post natal. L'effusion psychique parentale décrite après la naissance « existe [donc] par anticipation progressive tout au long de la gestation ». Enfin, pour expliquer ce lien de continuité qui lie les périodes pré et post natales, l'auteur utilise la métaphore de la préparation d'une pièce avant le soir de la première représentation : « Au théâtre, le soir de la première, la pièce n'existe que grâce au travail en amont. Pendant les répétitions, le metteur en scène, à partir de ses propres identifications projectives, anticipe le rôle du public. La nouveauté de la première, c'est le regard et l'effusion psychique du public, mais pas du metteur en scène. Un metteur en scène « *suffisamment bon* » assure probablement la continuité de la contenance de ces identifications projectives entre les répétitions et les représentations publiques. Cette continuité est princeps, même si il y a beaucoup à dire sur l'émotion, seconde, du grand soir. »

### 2.3.2. Relation d'Objet Virtuelle

Les prolongements récents de l'étude du processus du devenir – mère va dans la sens d'une prise en compte de l'importance de la période prénatale pour le devenir de l'individu ou traduit, comme l'écrivent les auteurs, la volonté « d'envisager la (dis) continuité entre le pré- et le postnatal et d'explorer la vie anténatale, non comme une préhistoire, mais bien comme le premier chapitre d'une biographie enfin libérée de la scotomisation de l'anténatal » (S. Missonnier, 2004a). Cette étude inclut celle de la relation mutuelle qui s'établie entre la mère et son enfant avant la naissance. Cette relation constitue un processus évolutif qui précède et rend possible la relation mère/bébé post – natale. S. Missonnier a inauguré la notion de

Relation d'Objet Virtuelle (R.O.V.) pour décrire cette relation d'objet particulière de la devenant – mère au devenant – enfant.

❖ *Relation d'objet et notion de virtuel*

○ *Relation d'objet*

La R.O.V. est décrite par l'auteur comme une modalité de relation d'objet. La notion d'objet en psychanalyse est indissociable de celle de pulsion puisque l'objet est ce qui est visé par celle-ci, ce par quoi la pulsion peut atteindre son but, ce qui est susceptible d'être investit que ce soit un objet étranger ou que ce soit le corps propre à travers l'autoérotisme - investissement objectale ou investissement narcissique - (A. de Mijolla, 2002). Le terme de relation quand à lui souligne le caractère interrelationnel de cette notion. Il s'agit ici de la vie relationnelle du sujet. Les théories des relations d'objet, qui ont pris une importance considérable dans la psychanalyse contemporaine, placent ainsi l'intériorisation des relations entre le Moi et l'autre au centre des motivations du sujet. La relation d'objet désigne un mode de relation du sujet au monde qui résulte d'une certaine organisation de la personnalité, de sa vie fantasmatique et d'un certain type de défense privilégié. On parle ainsi, toujours à un niveau fantasmatique, de modalité de relation d'objet en y associant un objet « typique » pour chaque mode de relation – oral, anal, génital- (J-Laplanche, 1967).

La R.O.V. est alors « utérine [...] et inscrite fantasmatiquement dans le processus de parentalité », elle se réfère à un processus dynamique et évolutif qui va « de l'investissement narcissique extrême [...] à l'émergence progressive d'un investissement (pré) objectal » (S. Missonnier, 2004). Cette modalité concerne autant les devenant – parents, que le devenant – humain. En effet, Le « proto narcissisme » foetal de l'étape prénatale serait la source de toutes les variantes du narcissisme et cette étape anobjectale contiendrait « cependant en germe les pulsions telles qu'elles apparaîtront par la suite » et donc la « promesse de la relation d'objet ».

La notion d'objet transitionnel nous semble également importante pour étayer notre propos. L'objet transitionnel ou premier objet moi non/moi (« doudou » du petit enfant), n'est en fait qu'un signe de l'espace transitionnel. Celui – ci est une zone intermédiaire, un

espace psychique entre la libido narcissique et la libido objectale, entre la réalité intérieure et la réalité extérieure, l'objet transitionnelle n'appartenant ni à l'un, ni à l'autre. Cette aire intermédiaire subsisterait tout au long de la vie et rendrait possible la création et la vie imaginaire (D. W. Winnicott, 1951). Ce serait, donc, dans cette aire transitionnelle que se développerait la relation d'objet virtuelle : « Le virtuel fonctionne entre réalité matérielle et réalité psychique, entre soi et l'autre, dans l'espace transitionnel » (S. Faure-Pragier, 2003).

○ *Notion de virtuel*

Afin de comprendre le concept de la relation d'objet virtuelle nous nous devons d'aller plus avant dans l'explication de la notion de virtuel. Le virtuel signifie, d'un point de vue étymologique, ce qui est en puissance. De plus, « en toute rigueur philosophique, le virtuel ne s'oppose pas au réel mais à l'actuel » (P. Lévy, 1998). La comparaison avec la notion de possible est révélatrice : le possible est résolument prédéfini, il se réalisera tel quel, c'est un réel figé mais latent à qui il ne manque que l'existence. Le virtuel, lui, est comme un « complexe problématique » qui implique la production innovante qui y répondra. Ainsi, Gilles Deleuze, cité par G. Benham (2003) lui reconnaît « en tant que virtuel une pleine réalité ». L'exemple typique de la graine et de l'arbre en est une bonne illustration : la graine ne contient pas une forme prédéfinie de l'arbre qui se développera mais le problème de la graine est de « devenir arbre » et l'arbre sera la solution que la graine va inventer à partir de contraintes internes et environnementales. La graine (qui est bien réelle, ainsi que ses différentes formes successives) contient donc, virtuellement ou en puissance, l'arbre qui s'étendra au dessus d'elle. Une autre illustration est donné par Aristote : la statue est contenu en puissance dans le bloc de marbre et dans les compétences et idées du sculpteur.

Ainsi le virtuel, sans être concrétisé de manière effective, tend cependant sans cesse, en un processus continu, vers l'actualisation, dont le mouvement inverse est la « virtualisation » (cf. Fig 1). L'actualisation est le processus (autrement dit un mouvement qui varie dans le temps) de résolution du problème posé, elle est création d'une solution au problème, qui n'était pas contenue dans l'énoncé de celui-ci. Ce processus implique une transformation des idées en continu qui, en retour, viens alimenter le virtuel. En ceci, le virtuel est « une puissance immanente et active, une tension infinie vers et toujours au-delà de ce qui est donnée de façon limitée » (G. Benham, 2003). Enfin, le même auteur un peu plus loin écrit que ce serait

« peut-être par le biais des notions d'imaginaire, de rêverie et de phantasme qu'on se dispose le mieux à saisir toute l'efficiace du virtuel comme moteur de l'action, comme potentiel qu'il n'y aurait plus à opposer au réel, mais à restituer comme la condition même permettant à toute réalité d'advenir ».

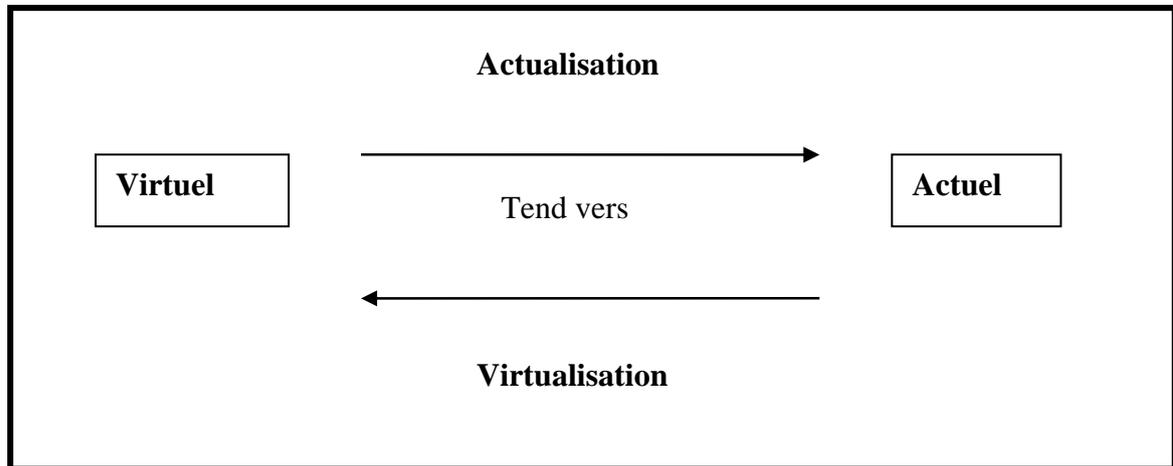


Fig 1 : Travail du virtuel

On comprend après ces précisions, le lien entre la notion de virtuel est le fonctionnement psychique prénatal qui est, selon l'auteur, « une forme emblématique du travail du virtuel : réaliser l'actualisation d'un potentiel créatif ». Ainsi, l'enfant existe « en puissance » pour les futurs parents (et ce avant même sa conception) et la poussée exercée par le processus d'actualisation de cette virtualité (qui s'exprime tout au long de la vie) est centrale pour la compréhension du processus de parentalité. De son côté l'embryon/fœtus s'actualise à travers la résolution du problème « devenir humain » (S. Missonnier, 2004a). Le développement du monde représentationnel de la future mère permet d'anticiper l'enfant virtuel, à l'instar du botaniste qui à défaut de pouvoir prédire la forme exacte de l'arbre, pourra anticiper « son complexe problématique et en observer [...] les formes successives. » Le concept d'anticipation est donc également indispensable à la compréhension du processus de parentalité et donc de Relation d'objet virtuelle (nous nous attacherons à le détailler davantage ultérieurement).

Faisons ici une parenthèse concernant l'orthographe de ce concept. Celui-ci a tout d'abord été écrit relation d'objet virtuel\_\_ par son auteur en raison du caractère virtuel de son objet. Cependant, soulignant également le caractère virtuel de cette relation, l'auteur l'écrit : relation d'objet virtuelle dans une parution récente (S. Missonnier, mai 2006). S. Missonnier

nous semble préciser ainsi les spécificités de la R.O.V. dont l'objet est virtuel mais dont il faut aussi souligner « sa réciprocité (foetus - environnement) et sa trajectoire transformationnelle intra et intersubjective ». Nous garderons ici la dernière orthographe de l'auteur, bien que nous référant, à maintes reprises, à des parutions plus anciennes.

❖ *R.O.V. et gestation biopsychique*

Avec le projet d'enfant des parents l'enfant virtuel progresse dans le processus d'actualisation, processus qui va, bien sur, perdurer tout au long de la grossesse. S. Missonnier (2004) emploi le terme de gestation biopsychique pour qualifier cette période particulière de la relation à l'enfant virtuel. En effet, si la mère (et plus précisément l'organe placentaire maternel) permet la maturation biologique du fœtus, la fonction contenante du placenta psychique parental va permettre la maturation objectale de l'enfant virtuel (cf. « fonctionnement psychique placentaire » décrit plus haut). Ainsi, conjointement à la gestation biologique, s'effectue une gestation psychique de l'être humain à venir qui acquière progressivement son statut d'objet différencié, différenciation objectale dont dépendra l'empathie parentale en post natal. Cette gestation psychique à donc une fonction de gestation de la contenance et de l'interaction avec l'enfant virtuel. Le processus psychique évolutif qui a lieu pendant la grossesse peut donc être décrit comme un travail du virtuel correspondant à une « œuvre de préparation objectale ». En effet, si l'enfant virtuel est dans un premier temps une incarnation du narcissisme parental, le travail du virtuel va aboutir « progressivement, en fin de grossesse, à une authentique préfiguration de l'altérité objectale de l'enfant à venir ».

A travers l'enfant imaginé de la grossesse (décrit précédemment) se construit donc l'anticipation de l'enfant virtuel et ce sur fond de reviviscence parentale des conflits infantiles. La période de grossesse, segment prénatale de la parentalité, est donc un moment de création mais aussi de vulnérabilité, des « grains de sable traumatiques ou des fantômes » ainsi ravivés pouvant mettre en danger le virtuel parentale. Si le travail du virtuel peut être synonyme de contenance et d'élaboration objectale prénatale, il peut cependant aussi, dans certains cas, prendre une tonalité déstructurante. La qualité de la relation d'objet virtuelle de la devenant – mère aura également des conséquences sur la manière dont celle-ci vivra les possibles aléas somatiques périnataux. L'auteur inaugure donc une réflexion psychopathologique de la R.O.V. de la femme devenant – mère en en décrivant trois différents profils (sur la base de la répartition tripartite proposée par Raphael – Leffe). Ces

différents profils, loin d'être des cadres stricts, aident cependant à percevoir la grande variabilité de la R.O.V. qui est, bien sur, unique pour chaque femme :

\* La devenant – mère facilitante (« facilitator mother ») « s'investit dans une R.O.V. marquée par le sceau de l'investissement narcissique, et la suprématie de l'enfant imaginé sur l'enfant actuel. L'anticipation et la préparation à l'altérité du nouveau-né sont faibles, surtout en regard de la complexité de l'intendance maternelle d'un bébé dépendant. La haine inconsciente, la violence fondamentale inhérentes à la parentalité sont défensivement tenues à distance. Toute pathologie somatique périnatale maternelle et/ou infantile heurtera violemment cette idéalisation. »

\* La devenant – mère régulatrice (« regulator mother ») dont la R.O.V. est « synonyme d'attaque interne des liens. Plutôt que d'anticipation ouverte au possible, il s'agit là de prévisibilité d'une altérité immanquablement gage de dangerosité. La haine inconsciente, la violence fondamentale inhérentes à la parentalité débordent et mettent en défaut le système défensif adaptatif en présence. Toute pathologie somatique périnatale maternelle et/ou infantile viendra confirmer et dramatiser encore ce mauvais pronostic. »

\* La devenant – mère ambivalente (« reciprocator mother ») « met en scène une ROV empreinte d'une indication équilibrée d'Éros et de Thanatos. À l'abri des mirages de l'idéalisation et des malédictions de la répétition morbide, l'anticipation, mécanisme "adaptatif", est ouverte au champ des possibles, favorables ou non. L'altérité de l'enfant virtuel, pour le meilleur et pour le pire, est progressivement appréhendée. Une esquisse objectale du nouveau-né caractérise le nid maternel aérien qui prolonge le nid utérin de l'enfant du dedans. La survenue de pathologie somatique périnatale maternelle et/ou infantile n'est jamais totalement impromptue car envisagée, a priori, comme probable. »

A la nidification biologique ou implantation de l'embryon dans le corps de la mère, correspond donc une nidification psychique qui provoque les remaniements psychiques de la période de grossesse chez la femme, décrits dans la deuxième partie du présent travail. Selon B. Bayle (2005), la relation d'objet narcissique et fusionnelle de la femme enceinte et donc l'indifférenciation soi – autrui (comparé à un type de structure psychotique) est une réaction

adaptative de la femme à la présence d'autrui en soi qui permet son acceptation. L'identification de la femme à l'enfant à venir est favorisée par les remémorations infantiles qui ont lieu pendant la grossesse. Cependant, comme le met en exergue la conceptualisation de la relation d'objet virtuelle, cet investissement narcissique cède la place à l'objectalisation progressive de l'enfant à venir : c'est la placentaion psychique qui prolonge la nidification psychique. Ainsi se crée un espace psychique maternel spécifique consacré à l'enfant à naître où la différenciation progressive entre la mère et son enfant est notamment visible à travers l'affirmation graduelle des représentations maternelles de l'enfant ainsi que de la femme en tant que mère (que les auteurs de l'entretien IRMAG se sont justement proposé de mettre en évidence). Puis, selon cet auteur, la dernière étape de la grossesse est la « délivrance psychique » qui est celle « de la rupture, du passage, où l'autrui à l'intérieur de soi apparaît et surgit comme un autrui face à soi ». Ainsi, comme il l'écrit : « le constat de continuité de la période entre le prénatal et le post natal ne doit pas faire oublier ce moment de rupture qu'est l'accouchement ».

#### ❖ *Phases psychologiques de la R.O.V.*

Afin de mettre en exergue l'évolution de la relation d'objet virtuelle au cours de la grossesse, S. Missonnier (2004) en a décrit trois grandes phases psychologiques, se basant sur la division chronologique de la grossesse de Raphael – Leffe correspondant approximativement aux trois trimestres successifs de celle-ci.

\* La première phase est inaugurée par la révélation de la grossesse, elle est centrée sur celle-ci et sur la cascade de modifications qu'elle engendre : corporelles (symptômes somatiques), émotionnelles et psychologiques. La jeune femme est centrée sur son état de grossesse et ses manifestations inaugurales. L'existence de l'embryon est, pour l'instant, considérée comme précaire comme le montre la possibilité d'avortement. La décision de poursuivre la grossesse signe l'affirmation identitaire de l'embryon mais le risque de fausse couche rend son existence encore incertaine. De même l'éveil d'une certaine responsabilité maternelle se fait progressivement (choix alimentaire, poursuite de consommation de tabacs, d'alcool ou de certaines activités). Ces manifestations sont aussi la marque d'une ambivalence à l'égard de l'enfant à venir. Enfin, la question de l'annonce de la grossesse à la famille et à l'entourage prend une place importante lors de ce début de grossesse. L'annonce aux futurs grands – parents illustre la place des imagos parentales. Cette phase prend fin lorsque les

préoccupations de la femme sur l'état proprement dit de grossesse deviennent moindres par rapport à la prise de conscience du fœtus comme ayant son existence propre.

\* La considération du fœtus comme « être distinct » apparaît, généralement, à la fin du premier trimestre avec la première échographie, ainsi qu'avec les premiers mouvements fœtaux et marque un tournant dans la maturation du processus de parentalité. La place de l'échographie sur le travail du virtuel parental a d'ailleurs été particulièrement par l'auteur (S. Missonnier, 1999). Cette deuxième phase est marquée par « l'investissement croissant du fœtus individué » dont les pensées parentales autour de l'enfant témoignent (sexe, prénom, tempérament, ressemblances etc.). Ainsi, progressivement, le fœtus ou « enfant du dedans » devient de plus en plus différencié et la femme accède à une identification à la fonction maternelle dont le caractère tempéré dépend de la maturation des conflits psychiques réactualisés. La fin de cette phase est marquée par un changement conséquent de perspective : le fœtus devient un bébé qui inéluctablement vivra à l'extérieur de la mère.

\* Le dernier trimestre va donc être centré sur les préoccupations concernant l'approche de l'accouchement et de la naissance de l'enfant. La continuité entre la contenance prénatale (interne, « nid utérin ») et la contenance externe va être fonction de la qualité de l'anticipation parentale. Ce moment est à la fois redouté (reviviscence d'angoisses archaïques et « intuition de l'hémorragie narcissique inhérente à la naissance ») et attendu avec impatience (de retrouver son corps de femme et de voir son enfant). Cette dernière phase est marquée par de nombreuses incertitudes, concernant le déroulement de l'accouchement (survie de la mère et de l'enfant, douleurs, date etc.), mais également « l'enfant du dedans, bientôt dehors », les relations avec l'entourage social (mère/nouveau – né, mère/père, mère/grands parents, professionnelles etc...), ainsi que concernant les compétences maternelles. Face à l'importance de ces incertitudes, c'est l'efficacité adaptative des mécanismes de défense et particulièrement de l'anticipation, qui sera le meilleur marqueur de la maturation du processus de parentalité en cette fin de grossesse. La perspective du passage de l'intra à l'extra utérin de l'enfant du dedans met donc « à l'épreuve l'anticipation maternelle et parentale de l'accouchement puis de la nidification externe ». Nous décrirons, par la suite, davantage la notion d'anticipation sur laquelle se centre notre recherche actuelle, l'anticipation étant en effet, pour l'auteur, « un des mécanismes de défense les plus typiques de la R.O.V. ».

### 2.3.3. Espace psychique maternel prénatal

Une autre description des processus qui marquent la relation de la devenant – mère à son enfant à venir pendant la période de grossesse est faite par le concept d'espace psychique maternel développé par Benoît Bayle. Les notions avancées par cet auteur rejoignent en bien des points celles développées par S. Missonnier, leur but étant aussi de mettre en avant l'importance de la prise en compte de la période anténatale comme « premier chapitre » du développement de l'individu. Cependant, elles mettent également l'accent sur certains autres aspects.

#### ❖ *Espace Maternel de Différenciation et d'Identification Psychique de l'Être Humain Conçu*

A l'instar de S. Missonnier, B. Bayle (2005) souligne le caractère bio psychique de la grossesse, qu'il décrit comme un processus psycho – physiologique. Ces termes mettent l'accent sur le développement conjoint de ces deux aspects : les phénomènes corporels (physiologiques) sont indissociables des phénomènes psychologiques. Ainsi, c'est la présence de l'embryon qui déclenche les phénomènes psychiques de la grossesse chez la femme, et c'est encore la croissance du fœtus qui stimule le développement psychique maternelle qui marque la période prénatale. Inversement, on peut penser que la manière dont se développent les phénomènes psychiques propre à la grossesse va influencer la perception des évènements corporels de celle-ci. Notons au passage que cette conception donne à l'embryon un rôle actif : celui-ci « est agent de ces transformations ».

Comme S. Missonnier, l'auteur appui sur l'importance du « nid » psychique qui se met en place pendant la grossesse pour l'enfant virtuel, ou enfant à naître, qui n'est autre que le précurseur du « nid » externe d'après la naissance au sein duquel pourra se développer de manière harmonieuse le lien mère – enfant. L'exemple du déni de grossesse et des difficultés qui s'en suivent, illustre bien l'importance de ce nid. Au-delà de la césure de la naissance, l'auteur invite, donc, lui aussi à penser la continuité psychique entre les périodes pré et post natale. Cependant, là où S. Missonnier avait penser cette continuité ainsi que l'objectalisation de la relation entre la devenant – mère et l'être en gestation, en terme de développement progressif de la Relation d'objet virtuelle, B. Bayle décrit, pour sa part, la constitution d'un espace psychique maternel concernant l'enfant à venir. Cet espace se construit tout au long de

la grossesse allant progressivement vers une identification et une différenciation de l'être humain conçu et permet les liens mère – enfant après la naissance : « L'enfant à naître est perçu peu à peu comme autre de la femme ; il se trouve identifié et différencié à l'intérieur d'elle-même, non seulement dans sa réalité organique, corporelle, mais aussi dans son identité « psychique », ou plutôt, pour ne pas prêter à confusion, psychosocioculturelle. Ce processus contribue à l'établissement des liens entre la mère et l'enfant, avant et après la naissance. » (B. Bayle, 2005). Par cette conceptualisation de « l'Espace Maternel de Différenciation et d'Identification Psychique de l'Etre Humain Conçu » (EMDIPEHC), l'auteur insiste sur le travail psychique de la femme (travail de différenciation et d'identification de l'être humain conçu), mais aussi sur l'importance de ce processus pour le développement prénatal de l'être humain.

Enfin, il esquisse à son tour une réflexion psychopathologique concernant ces phénomènes. Ce qu'il nomme « psychopathologie conceptionnelle » décrit les perturbations possibles de cet espace psychique maternel. Par exemple en cas de deuil non fait d'un précédent enfant (« enfant de remplacement ») dans lequel l'espace est envahi par la présence de l'enfant décédé rendant difficile la construction d'une place suffisamment différenciée pour l'enfant à naître ; ou encore le cas de mère psychotique où la relation narcissique fusionnelle et l'indifférenciation soi-autrui des débuts de la grossesse perdure de manière pathologique tout au long de celle-ci.

#### ❖ *Identité conceptionnelle*

Cet espace psychique maternel se forme donc sous l'impulsion de l'être en gestation mais sa production et son développement sont bel et bien sous contrôle de la mère, dépendent de sa propre histoire réactivée lors de la grossesse et de son fonctionnement psychologique. Cependant, la construction de cet espace dépend également de « *ce qu'est* » l'être en gestation, autrement dit de son identité. L'auteur met en avant le fait que, outre une identité génétique issue de la rencontre d'un ovule avec un spermatozoïde, l'embryon a également d'emblé une identité psychosocioculturelle qu'il nomme identité conceptionnelle.

En effet, l'embryon est un être conçu dans telles circonstances singulières, en ce lieu, dans telle société et telle culture, à cette époque, issu de l'union de telle femme avec tel homme, ayant chacun leur psychologie et leur histoire particulière etc. L'être humain conçu (terme qui

appui justement sur l'importance de la prise en compte des circonstances qui ont présidées à cette conception) est donc dès sa conception plein de ces nombreuses déterminations psychiques, sociales et culturelles qui fonde ce qu'il est, il en est d'emblé l'incarnation. Ainsi l'espace psychique maternel consacré à l'enfant à naître, les représentations de la mère ainsi que de l'entourage social ne seront pas les même si l'enfant est issu d'un viol, d'une relation adultérine ou de la relation d'amour des parents. Ces représentations seront encore différentes selon que l'enfant soit issu d'une procréation médicalement assistée, ou de l'union de parents psychotiques ou encore de parents issu de deux cultures différentes. Toutes ces données appartiennent à l'histoire de l'enfant à venir et cette histoire est constitutive d'une part de son identité. Ces repères identificatoires en sont le fondement même si l'embryon n'y a, bien sûr, pas encore accès, ni conscience. En effet, si l'être humain à l'état d'embryon possède un génome porteur de ses caractéristiques biologiques, il ne possède cependant pas immédiatement un corps entier organisé. Il en va de même pour l'identité psychique de l'être humain conçu qui existe en partie avant qu'il en ai conscience et qu'il ne possède une organisation psychique.

L'identité conceptionnelle va jouer un rôle très important car il participe à l'élaboration de représentations maternelles et à la construction de l'espace maternel de différenciation et d'identification de l'enfant à naître. Ils sont également très important pour le développement de l'individu, en témoigne le besoin éprouvé par les enfants ayant été adoptés de connaître leur identité conceptionnelle. En cas de secret sur cette identité, sa révélation provoque, d'ailleurs, une crise de remaniement identitaire. Ces repères identificatoires sont autant de caractéristiques qui définissent l'être humain au moment de sa conception mais auquel son développement psychique ne saurai être réduit, ces « déterminités » s'exprimeront ou non au cour de son devenir, elles participeront à son développement en interaction avec le milieu. Le devenir de ces déterminités doit être envisagé en lien avec le développement de l'individu, au gré des événements de vie, chacune dans leur contexte d'apparition et dans leur complexité.

#### ❖ *Interactions foeto – maternelles*

Revenons cependant à la période anténatale. En ce qui concerne les déterminations psychosocioculturelles de l'embryon humain au sein de la relation embryo/foeto – maternelle, l'auteur en souligne les implications en termes d' « intersubjectivité prénatale ». Bien que les subjectivités respectives de l'embryon et de la devenant-mère soit dissymétriques (l'une étant

à l'état de fondement, l'autre étant déjà une conscience de soi constituée), ces deux subjectivités se rencontrent en terre prénatale. En effet, la femme réagit à l'être en gestation en fonction de son identité conceptionnelle, c'est à dire en fonction de ce qu'il est et représente pour elle de manière subjective. L'histoire conceptionnelle fonde la subjectivité de l'enfant à naître. Par le développement de l'espace psychique maternelle la femme participe à la subjectivation de l'être humain conçu en travaillant pour son identification et sa différenciation. De son côté, l'être en gestation, incarnation de son histoire conceptionnelle, renvoi à la devenant – mère une réalité subjective. Celle-ci se trouve transformée en retour dans son identité de femme devenant-mère, de par ce qu'est l'être humain conçu. L'enfant qu'elle porte la rend « mère d'une certaine sorte », et subjective donc la femme en tant que mère d'une façon particulière. Il existerait donc, selon l'auteur, dès la période de grossesse, un processus de subjectivation réciproque entre la femme et l'être humain conçu qui rendrait pertinent le concept d' « intersubjectivité prénatale ».

Ces divers concepts permettent de définir la relation psycho – affective qui lie le fœtus et la mère. Cependant, outre l'élaboration de représentations mentales, l'auteur va mettre en évidence le dialogue à la fois psychique et corporel qui caractérise les interactions foeto – maternelle et participe également à l'élaboration de l'Espace Maternel de Différenciation et d'Identification Psychique de l'Être Humain Conçu. En effet, l'identification de l'être humain conçu par le biais des représentations semble conduire à un certain style de dialogue corporel entre la femme et le fœtus (B. Bayle, 2004). Les manifestations corporelles de la mère tel que : le type de portage utérin (souplesse ou résistance de la paroi utérine), la gestuelle maternelle (inhibition ou stimulations) et l'activité motrice de fond (rythme d'activité de la mère) sont en lien étroit avec ses affects et préoccupations conscientes et inconscientes. Or, le fœtus les éprouve dans le corps à corps avec la mère. Réciproquement, le fœtus possède sans aucun doute un style moteur propre (tonus et façon de se mouvoir). Ces mouvements fœtaux sont ressentis corporellement par la mère et sollicitent aussi ses émotions, impliquant sa vie affective consciente et inconsciente. Ainsi, l'histoire qui préside à la conception de l'enfant influence ce dialogue psycho – corporel entre la devenant – mère et l'enfant à naître, celui-ci « est déjà riche de bouleversements et paraît former le creuset de l'intersubjectivité prénatale ».

\*\*\*

Le processus psychique du devenir parent, ou parentalité, est donc un processus psychique complexe et évolutif. Si l'on se centre sur le segment prénatal de ce processus (et sur le processus spécifique de maternalité), nous pouvons mettre en avant les phénomènes psychiques et l'activité représentationnelle qui caractérise la femme enceinte. Cependant, selon les théorisations récentes que nous avons décrit, il est intéressant de compléter ces études en tentant de décrire davantage ce processus sous l'angle de la progressive relation qui se met en place entre la devenant – mère et son embryon/fœtus devenant – enfant. Ainsi, S. Missonnier a qualifié cette relation d'objet particulière de Relation d'objet virtuelle, soulignant par ce terme la réalité de la dynamique interactive inconsciente qui anime le processus de parentalité et l'importance du premier chapitre utérin de la vie de l'individu qui contient « en puissance » les relations d'objet futures. La nidification psychique s'effectue en constante interaction entre l'embryon/fœtus et son environnement constitué notamment de la vie psychique parentale. Avec ce concept, le fœtus n'est plus considéré comme une simple extension narcissique de la mère mais la R.O.V. permet de mettre l'accent sur la progressive élaboration objectale prénatale, véritable anticipation de l'altérité de l'enfant virtuel. Dans le même esprit, les concepts déployés par B. Bayle appuient tout autant sur la nécessité de prendre en compte les processus interactifs de la période prénatal et sur la maturation objectale progressive qui la caractérise. Il met, ainsi, en exergue, à travers la notion d'Espace Maternel de Différenciation et d'Identification Psychique de l'Être Humain Conçu, l'intersubjectivité prénatale entre la femme et l'enfant à venir. Ce processus de subjectivation réciproque se met en place par un travail représentationnel liée entre autre à l'identité conceptionnelle de l'enfant à naître, mais également par un véritable dialogue psycho – corporel qui s'effectue dans le corps à corps foeto – maternel. Précisons, enfin, que ces phénomènes relationnels sont loin de concerner de manière exclusive la dyade devenant-mère/fœtus, mais concernent aussi les relations entre le fœtus devenant-enfant et le devenant-père, ainsi que d'une manière générale, tout l'environnement social et familiale du couple. Cependant, cette recherche se centrant sur la devenant-mère, nous n'avons pas détaillé cet aspect, ce qui aurait été bien sûr extrêmement intéressant mais aurait nécessité de nombreux autres développements.

## 2.4. L'Anticipation

### 2.4.1. Description

La notion d'anticipation, bien que souvent citée dans de nombreux articles concernant la période prénatale, n'a été décrite de manière plus précise et explicite que récemment et par un petit nombre d'auteurs.

#### ❖ *Définition*

##### ○ *Mécanisme de défense*

Les mécanismes de défense sont les moyens par lesquels le moi tente de maîtriser ou de canaliser les dangers internes et externes. Leur finalité est donc de réduire toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité du moi, instance qui incarne la constance de l'individu (J. Laplanche et J.-B. Pontalis, 1967). S. Ionescu consacre un paragraphe à l'anticipation dans sa présentation de vingt-neuf mécanismes de défense (Ionescu, S. et coll., 2005), tout en précisant que cette notion n'apparaissait dans aucune liste de mécanismes de défense avant que le DSM-IV n'en fasse mention 1994-1996. Ce dernier le définit ainsi :

« Anticiper consiste, lors d'une situation conflictuelle, à imaginer l'avenir :

—en expérimentant d'avance ses propres réactions émotionnelles ;

—en prévoyant les conséquences de ce qui pourrait arriver ;

—en envisageant différentes réponses ou solutions possibles. »

Les auteurs mettent en avant la différenciation qui est faite ici entre « l'anticipation – défense » et deux autres sortes d'anticipation : d'une part, celle qui est pratiquée normalement et de manière quotidienne lors de l'organisation de nos activités (mais n'est pas liée à un conflit). Et d'autre part, l'angoisse – catastrophe, qui ne réduit pas l'angoisse, mais au contraire, en est une conséquence pathologique. Celle qui nous intéresse ici est bien évidemment, l'anticipation en tant que mécanisme de défense.

Sans être classifiée de la sorte par Freud, celui-ci avait tout de même souligné son « effet bienfaisant ». Ainsi, Freud relève que prévoir une situation traumatique au lieu de l'attendre

passivement, aura un rôle « d'auto – préservation ». Il considère également certains rêves comme une forme particulière d'anticipation.

Enfin, décrivant les liens entre anticipation et pathologie, Ionescu et coll. précisent que c'est l'absence d'anticipation qui est considéré comme pathologique ainsi que l'anticipation – catastrophe. Celle-ci est alors un symptôme (et non plus un mécanisme de défense) et est présente chez les phobiques, les hypocondriaques ou les grands anxieux.

○ *Mouvement dans le temps*

Dans un ouvrage consacré à l'anticipation, J. Sutter et M. Berta (1991) la définissent comme « le mouvement par lequel l'homme se porte de tout son être au-delà du présent dans un avenir, proche ou lointain, qui est essentiellement son avenir. [...] C'est l'avenir qui est vécu, même s'il se concrétise obligatoirement dans le présent. L'anticipation est une greffe d'avenir sur le présent. » C'est « une propulsion vers l'avenir, un mouvement d'appropriation » comprenant des phénomènes conscients (rationnels) et inconscients (désirs, espoirs, craintes etc.). Pour D. Cupa et coll. (2001), ce « mouvement vers » est un « mouvement d'investissement, c'est-à-dire mouvement pulsionnel ».

De plus, c'est un mouvement d'élaboration qui se déploie au cours du temps : « L'anticipation se déploie dans le temps, elle appartient au temps. Mieux encore, elle crée le temps dans lequel elle se consomme. » Elle « appelle dans le champ de notre vie présente un avenir en voie d'élaboration, qu'elle adapte et ajuste, dans les limites permises par les circonstances, pour le rendre aussi conforme que possible au projet général d'existence que l'être s'est donné » (J. Sutter et M. Berta , 1991).

C'est donc un processus, c'est-à-dire un « mouvement qui varie dans le temps du point de vue du travail psychique qu'il met en œuvre » chez l'individu (au même titre que le processus d'actualisation dans le travail du virtuel ou encore que le processus de parentalité que nous avons défini plus haut). D. Cupa avance ainsi que l'anticipation est un « mécanisme projectif [...] dans le sens d'une mise en avant temporelle et une mise en avant spatiale » (D. Cupa et coll., 2001).

- *Travail de création*

L'anticipation n'est pas une image de l'avenir, mais elle se forme et se déploie tout au long d'un « travail d'anticipation, variable selon les cas ». L'importance de ce travail adaptatif est clairement visible pour J. Sutter et M. Berta si l'on examine les réactions de sujets n'ayant pu anticiper un fait inattendu. Ainsi, « l'adaptation imparfaite qui caractérise habituellement la surprise témoigne de l'importance, de la nécessité de la gestion de l'avenir par l'anticipation ».

Enfin, le mouvement d'anticipation n'est pas simplement dirigé « vers un avenir qui existerait en dehors de lui, il crée cet avenir ». L'anticipation est donc « toujours une création originale », c'est d'ailleurs sur ce point qu'insiste D. Cupa dans son article précité.

L'importance particulière du travail d'anticipation est, entre autre, mise en valeur par son opposition à deux autres concepts. D'une part, l'attente (ou le refus de toute anticipation) qui paralyse l'activité : elle est « en soi immobile et passive devant l'évènement espéré ou redouté ». D'autre part, la prévision (ou prédiction) qui est toute puissante et aliénante, celle-ci n'a aucun rôle créateur.

- ❖ *De l'angoisse automatique à l'angoisse signal*

- *Définition*

« L'angoisse est un affect de caractéristiques négatives où l'individu éprouve un vécu de danger dont l'origine n'est pas consciente » (A. de Mijolla, 2002). Freud a tout d'abord considéré l'angoisse exclusivement comme la conséquence d'afflux d'excitations non élaborables. Puis, dans la seconde théorie de l'angoisse (exposée dans *Inhibition, symptôme et angoisse* en 1926) il distingue deux types d'angoisse. L'angoisse automatique est la réaction instantanée du sujet en situation traumatique, c'est-à-dire lorsqu'il est soumis à un afflux d'excitations non maîtrisables car trop multiples ou trop intenses (J. Laplanche et J.-B. Pontalis, 1967). Mais la notion d'angoisse signal met en évidence une fonction différente de l'angoisse. Cette dernière est un moyen utilisé par le moi pour éviter d'être débordé par l'afflux d'excitations. En situation de danger, le signal d'angoisse va permettre la mise en place des mécanismes de défense.

Dans la première théorie, l'excès d'excitation ne pouvant être lié à des représentations, une quantité d'énergie pulsionnelle non refoulée provoquait l'angoisse automatique. Dans la seconde théorie, deux situations sont possibles. Dans le premier cas, en situation de danger (motion pulsionnelle menaçante pour le moi) la production d'une angoisse signal permet le déclenchement de mécanismes de défense (le refoulement n'est donc plus l'origine mais la conséquence de l'angoisse). Ces défenses sont alors efficaces pour juguler l'angoisse et éviter son installation. Dans le second cas, le signal d'angoisse échoue, le moi est alors débordé et on assiste au développement d'une angoisse automatique traumatique, non maîtrisable.

L'angoisse signal a donc un rôle bénéfique car elle est « anticipatoire et mobilisatrice des opérations défensives ». Le développement d'angoisse apparaît alors comme une conséquence de l'échec de l'angoisse signal. (A. de Mijolla, 2002)

○ *Perspective développementale*

Dans la seconde théorie de l'angoisse, que Freud présente dans *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926), l'angoisse signal est donc « élaborée par le moi pour se prémunir défensivement de l'angoisse automatique ». A l'origine, cette dernière provient de l'état de détresse du nourrisson qui, immature d'un point de vue biologique et psychique, ne peut faire face à l'accroissement de tension (désordre économique) lié aux quantités importantes d'excitation pulsionnelle non déchargeables. C'est ce qui se produit, selon Freud, lors de la naissance. Cette forme d'angoisse sera par la suite le « prototype de toutes les situations de danger qui apparaissent ultérieurement ».

Cependant, le nourrisson va ensuite faire l'expérience qu'un objet extérieur (la mère) peut mettre fin à cet état de détresse. La situation de danger, provoquant l'angoisse, ne va donc plus être le désordre économique mais la perte de l'objet. Si la perte de la mère va au début être considérée comme définitive par le nourrisson, la répétition d'expériences rassurantes va favoriser la connaissance du caractère temporaire de cette disparition. La perte d'objet déclenche alors de la nostalgie, mais non de l'angoisse. « La perte d'objet provoque la douleur psychique, alors que l'angoisse est la réaction au danger que cette perte comporte ». Par anticipation de ce danger, la perte d'objet va alors déclencher le signal d'angoisse (forme atténuée de la réaction d'angoisse primitive) avant qu'un débordement économique n'ait lieu. L'angoisse signal représente donc un « progrès évolutif » mis en place afin de prévenir le

traumatisme. Mais pour que le nourrisson puisse utiliser ses propres affects comme signaux d'un danger, il faut qu'il ait pu intérioriser la « fonction maternelle de régulation et d'organisation ». Cette intériorisation n'est possible que si les réponses cohérentes et adaptées de la mère aux comportements du nouveau – né lui donnent confort et sécurité. Autrement dit cela nécessite la fonction maternelle de « pare – excitation », de moi auxiliaire ou encore de contenance (à travers le holding et le handling). La maturation de la fonction signal de l'angoisse s'inscrit ainsi dans un mouvement de maturation de l'aptitude défensive à anticiper. Cette « dialectique individuelle entre angoisse traumatique et angoisse signal accompagne toute la durée de la vie ».

C'est à partir de cette chronologie développementale de l'angoisse, que S. Missonnier propose une ligne de développement de l'anticipation (au sens de la notion initiée par A. Freud) qui s'intitulerait « de l'agonie primitive à l'angoisse signal » (S. Missonnier, 2001). L'anticipation correspond donc à la « maturation d'un mécanisme de défense adaptatif visant à prévenir les effets désorganisant des dangers réels ou imaginaires. Son efficacité individuelle s'imposerait comme indissociable de sa genèse interactive. » L'angoisse signal « paradigme de l'anticipation tempérée [...] en souligne la potentialité défensive adaptative ». L'angoisse automatique « en est la version pathologique qui à contrario muselle l'adaptation » (S. Missonnier, 2005).

#### 2.4.2. Anticipation et processus de parentalité

« Face aux crises, l'histoire comportementale, émotionnelle et fantasmatique de l'anticipation serait mise à l'épreuve ». On a déjà vu que la période prénatale représente une période particulière de crise où se croisent le naître humain et le devenir parent. En cela l'anticipation en est, selon S. Missonnier, une « variable psychologique centrale ».

##### ❖ *Représentations maternelles et anticipation*

###### ○ *Bébé imaginé*

D. Cupa rappelle dans son étude les éléments qui constituent le « bébé imaginé » par les parents (D. Cupa, 2001) :

\* Le « bébé imaginaire » comprend les désirs et fantasmes conscients, les rêveries diurnes concernant l'enfant à venir. S'y rattachent d'une part les représentations simples : sexe, corps, caractère, affects, valeurs. Et d'autre part, les représentations d'interactions : concernant la mère et l'enfant, l'enfant et le père, l'enfant et les autres, le désir de grossesse et de maternité. Ces représentations correspondant au souhait d'un être, d'un avoir et d'un devenir pour l'enfant sont « porteuses d'un espoir narcissique ».

\* Le bébé fantasmatique comprend les rêves, les désirs et fantasmes inconscients. S'y rattachent les mêmes catégories de représentations que pour le bébé imaginaire mais à un niveau inconscient. Ces représentations inconscientes sont issues des désirs oedipiens et préoedipiens des parents.

\* Enfin, le bébé mythique se situe à un niveau préconscient, voire inconscient et renvoie à la filiation et à l'histoire transgénérationnelle.

En somme, le parent « prend le risque de créer, de pré investir le bébé imaginé ». Celui-ci « apparaît ainsi comme une **représentation anticipatrice**, constituée par des énoncés qui témoignent des souhaits parentaux concernant le nourrisson et aboutissent à une série de représentations qui figurent et identifient l'enfant, ainsi que l'univers relationnel et affectif dans lequel le parent l'inscrit ».

Enfin, comme nous l'avons précédemment décrit, l'anticipation est un mouvement qui se déploie et qui varie dans le temps, du point de vue du travail psychique qu'il met en œuvre chez les parents. Ainsi, pendant la période de grossesse, la représentation maternelle de l'enfant imaginé varie également. Elle serait par exemple moins importante en début de grossesse (la mère étant principalement préoccupée par le fait d'être enceinte et par le vécu de ce début de grossesse) ainsi qu'en fin de grossesse où la proximité de l'accouchement prendrait le pas sur le bébé imaginé et où l'émergence de la « réalité anticipée » effacerait l'anticipation. Cette importance des représentations concernant l'accouchement dû à son imminence doit être gardée à l'esprit dans la présente recherche, effectuée justement en fin de grossesse.

○ *Flexibilité des représentations*

Nous avons déjà évoqué la recherche, menée par M. Ammaniti et coll. (1999), qui expose les travaux concernant l'entretien semi-directif IRMAG. Cet instrument se propose de recueillir le « déploiement des représentations maternelles pendant la grossesse ». Ce déploiement des représentations correspond à un mouvement qui se déploie dans le temps et crée progressivement un espace maternel prêt à accueillir « un être autre que soi ». L'interview en question vise donc à « constater si et comment le processus visant à la construction d'une image de l'enfant en tant qu'individu séparé se développe ».

Au sein de ces travaux, les auteurs mettent en évidence une dimension qu'ils jugent « particulièrement utile [et] extrêmement importante pendant la grossesse ». Ils nomment cette dimension « ouverture au changement et flexibilité ». Celle-ci vise à mesurer « la flexibilité d'adaptation » et donc « la perméabilité ou la rigidité des représentations par rapport à l'expérience que la femme est en train de vivre pendant la grossesse ». Cette flexibilité adaptative concerne « la femme en tant que mère, avec les transformations psychologiques et physiques spécifiques de la grossesse, mais aussi l'enfant qui est en elle et qui donne de plus en plus souvent des signes de vie ».

La capacité générale de la femme à s'adapter aux changements va donc être déterminante dans son adaptation aux changements que provoque l'attente d'un enfant. Les auteurs décrivent cinq degrés de flexibilité (M. Ammaniti et coll., 1999, pp 152-153 et 160-161) : pauvre (rigidité, résistance aux changements de la grossesse et absence de modification de la représentation de soi et du fœtus au cours de la gestation), limitée (plutôt stéréotypée et rigide, peu de modifications au cours de la grossesse), modéré (niveau considérable de flexibilité mais non homogène), considérable (processus actif de découverte du future enfant et de la future maternité) et enfin, très accentuée (degré important de flexibilité, modifications importantes de la représentation de soi et de l'enfant). Un parallèle nous semble pouvoir être fait entre cette notion de flexibilité adaptative et celle d'anticipation plus ou moins tempérée, se déployant au cours du temps et favorisant plus ou moins l'adaptation parentale.

❖ *Anticipation parentale et enfant virtuel*

Lors de la période périnatale, la problématique de la séparation est omniprésente (séparation du corps et de la psyché parentale avec ceux de l'enfant). C'est également une période où sont réactivés les conflits de séparation qui ont émaillé les étapes du développement parental. « Sur cette toile de fond, le processus de parentalité anténatale s'organise autour de l'anticipation comportementale, émotionnelle et fantasmatique de cette séparation de la naissance, du paradoxe de l'altérité radicale du nouveau-né et de sa dépendance primaire à l'égard des parents. » (S. Missonnier, 2001)

La relation d'objet virtuelle, que nous avons décrite précédemment, est un modèle théorique qui permet de décrire la relation particulière unissant la devenant-mère au fœtus devenant-enfant, qui s'objectalise progressivement dès la période anténatale. Cette relation, ainsi que son évolution sont, bien sûr particulières pour chacun. La qualité ou l'efficacité de l'anticipation parentale va venir témoigner de la maturation du processus de parentalité, perçu ici en terme d'actualisation progressive du virtuel parental (cf. Fig 2).

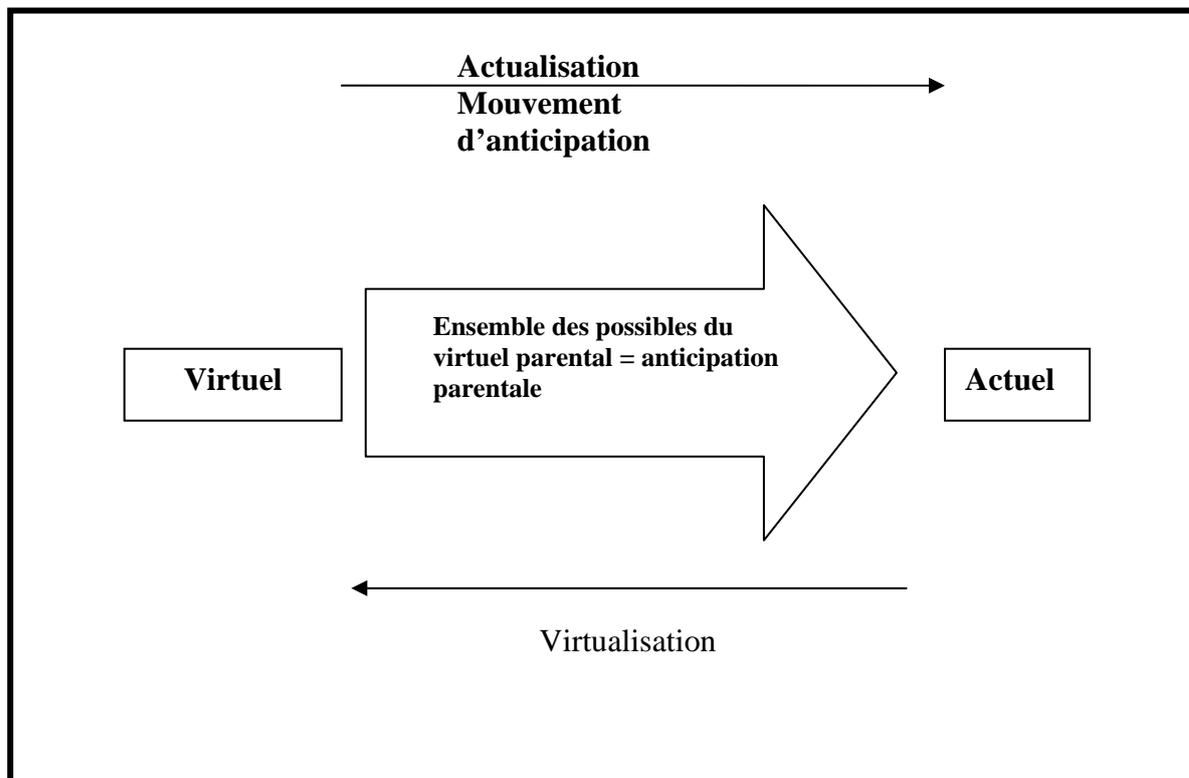


Fig 2 : processus de parentalité, anticipation et travail du virtuel

Cette variable va donc être un indice primordial pour juger de la mise en place d'une relation d'objet virtuelle organisée. L'anticipation ouverte au champ des possibles est un facteur déterminant d'une appréhension progressive de l'altérité de l'enfant virtuel (pour le meilleur et pour le pire). Elle va permettre une bonne adaptation aux différentes possibilités qui peuvent advenir lors de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance. A contrario, une anticipation fermée, « déprimée », moindre, ne va pas favoriser la maturation de la R.O.V. et donc du processus de parentalité.

On peut donc distinguer deux pôles de l'anticipation entre lesquels nombres de variations sont évidemment possibles. Il s'agit donc d'envisager la variabilité individuelle de cette variable et non d'adopter un point de vue strictement binaire. L'anticipation devient alors l'ensemble des possibles du virtuel parental. Et peut donc être décrite à l'aide de « deux polarités extrêmes qu'une infinité de pastels séparent » (S. Missonnier, 2004 b) :

\* Le pôle de l'angoisse automatique correspond à une anticipation peu élaborée, qui paralyse le processus de parentalité et est donc nuisible à l'adaptation parentale.

\* Le pôle de l'angoisse signal correspond à une anticipation ouverte et ample, favorable à la maturation du processus de parentalité qui peut alors s'actualiser progressivement. Elle est organisatrice d'une identification projective empathique et favorise la cohésion entre le virtuel parental et l'enfant actuel.

Cet éventail de l'anticipation plus ou moins ouverte à l'imprévisible est, notamment, mis en exergue par le cadre échographique qui peut être : soit paralysant pour la parentalité, soit un support bénéfique à l'anticipation parentale. L'attention des acteurs du terrain prénatal pour cette variable représenterait alors un travail de prévention important. Tout cadre dans lequel peut être favorisée l'anticipation parentale des possibles comportementaux, affectifs et fantasmatiques mérite d'être étudié car favoriser cette anticipation c'est favoriser le processus de parentalité (S. Missonnier, 2001).

## 2.5. Préparation à la naissance

### 2.5.1. Types de préparation à la naissance

Afin de situer la notion de préparation à la naissance, nous débuterons cette partie en décrivant quelques pratiques de préparation existantes. Les pratiques de préparation à la naissances sont extrêmement diverses. On peut cependant en citer quelques unes tels que la méthode psycho – prophylactique (préparation classique qui découle de la méthode d'accouchement sans douleur de Lamaze), la sophrologie, l'haptonomie, le chant prénatal, la préparation aquatique ou encore l'acupuncture, l'hypnose ou le yoga. Nous nous attacherons à décrire les trois premières que nous considérons comme principales mais surtout comme permettant de comprendre l'évolution de ces pratiques dans le temps.

#### ❖ *L'accouchement sans douleur*

La méthode psychoprophylactique d'accouchement sans douleur a initié en France l'histoire de la préparation à l'accouchement. Cette méthode a été apportée puis répandue en France par le Dr Fernand Lamaze à partir de 1952 (F. Lamaze, 1956). Elle s'est tout d'abord développée en URSS : suite aux travaux sur l'hypnose et la suggestion verbale comme moyens de supprimer les douleurs de l'accouchement, Pavlov essaya d'en comprendre le fonctionnement physiologique. Puis suite aux travaux pavloviens, d'autres auteurs soviétiques mirent en évidence la nécessité de lutter contre la peur de l'accouchée par des procédés psychothérapeutiques et insistèrent sur le rôle des consultations prénatales. A la même époque, Read étudiait à Birmingham les facteurs psychologiques de la douleur de l'accouchement, relevant le rôle nocif des craintes de l'accouchement véhiculées par le discours ambiant et la littérature. Ses idées sur la possibilité de donner aux femmes une éducation en vue de supprimer la peur et de les soumettre à une préparation physique ne font cependant pas d'émules en Angleterre. Les travaux des accoucheurs soviétiques eurent plus de poids car ils s'appuyèrent sur les travaux de la physiologie pavlovienne et sur son explication scientifique de la douleur.

Ainsi, ils mirent en évidence l'origine historique des douleurs de l'accouchement, dont l'ignorance de la femme facilitait la prise sur son esprit. Il s'agissait alors de réaliser une

éducation préventive de la femme comme de toute la société. Cette éducation visait à supprimer l'idée de la fatalité de la douleur en tant que phénomène de masse et à la remplacer par l'idée opposée d'une souffrance inutile. Pavlov montra qu'il existait des liaisons entre le cerveau et l'utérus, l'existence de ces liaisons permettant alors une direction consciente de l'accouchement ainsi qu'une compréhension du rôle de l'environnement dans l'existence de la douleur. Celle-ci serait donc liée à une certaine façon qu'a la femme de comprendre et de pratiquer son accouchement. Une nouvelle compréhension ainsi qu'une nouvelle pratique pourraient alors modifier ce vécu douloureux. Cette méthode met donc en évidence de manière innovante les mots en tant que facteur thérapeutique. Il s'agissait par un ensemble de cours, d'enseigner aux femmes un ensemble de connaissances physiologiques autour de la grossesse et de l'accouchement afin de détruire la liaison « contraction – douleur » et ce en détruisant « les préjugés, c'est-à-dire l'ignorance ». L'accouchement se transforme en un ensemble de phénomènes connus qui en permettent la dédramatisation. Dans un second temps, de nouvelles « liaisons conditionnelles » sont constituées afin de créer un autre « réflexe conditionnel ». Ces changements s'effectuent par l'apprentissage d'une activité respiratoire particulière. La contraction devient alors le signal de l'activité respiratoire et non plus de la douleur.

A l'époque, et bien qu'ayant montrée ses limites par la suite, cette démarche était tout à fait nouvelle et fut un premier pas vers l'accompagnement des parents. Basée sur un « humanisme rationnel », cette méthode s'inscrivait dans une démarche de prévention, rendait les femmes actives lors de leur accouchement et invitait les pères en salle de naissance. La méthode psychoprophylactique, classiquement pratiquée dans les maternités aujourd'hui, s'étale sur 8 séances et comprend toujours une partie théorique concernant la grossesse, l'accouchement et ses suites, destinée à informer les femmes et à répondre aux questions qui les inquiètent. Elle inclut également une partie pratique comprenant un apprentissage de la respiration, du tonus musculaire et des techniques de poussée, l'ensemble étant travaillé dans le sens de la détente et de la relaxation.

#### ❖ *Préparation sophrologique*

Parallèlement, la médecine obstétricale a fait d'énormes progrès, les risques pour la mère comme pour l'enfant lors de l'accouchement se sont nettement réduits. Et la péridurale permet une diminution de la douleur de l'accouchement. Cependant, l'emprise importante de la

médecine sur le déroulement de la naissance conduit souvent à considérer la femme comme une patiente qu'il faut soigner, la rendant passive, « dépossédé de sa responsabilité ». C'est pourquoi, de plus en plus de praticiens du domaine périnatal, souhaitent pouvoir « concilier les progrès et les acquis des découvertes obstétricales, le vécu de la future mère et la personnalité du nouveau – né », afin de prendre en compte, non seulement la santé physique, mais également les bouleversements psychologiques qu'entraînent la grossesse, l'accouchement et la naissance d'un enfant. C'est dans le sens d'un approfondissement de cette prise en compte lors de la préparation à la naissance que se placent d'autres méthodes plus récentes, telle que la sophrologie (Chéné P-A., 1995).

La sophrologie est née à Madrid, en 1960, sous l'impulsion du Pr Alfonso Caycedo. C'est une « science de la conscience, [mais] aussi une philosophie et un art de la recherche de l'harmonie, de la sérénité ». Elle s'est inspirée de diverses sources provenant de la philosophie (phénoménologie), de la relaxation (hypnose, relaxation à point de départ mental de J-H. Schultz, et relaxation à point de départ musculaire de E. Jacobson) et de la psychologie. La relaxation en sophrologie est la base ou le moyen de tout travail (entraînement). Elle s'inscrit dans l'idée d'un « lien tonico – psycho – émotionnel » et se vit aux trois niveaux : « physique, respiratoire et psychique ». L'Attitude phénoménologique, comprend trois éléments. L'intentionnalité (« conscience de ») : en donnant une visée explicite à chacune des séances, on lui confère une « énergie intentionnelle active ». La suspension de tout jugement : en se dégageant de tout a priori et pré-supposés, on regarde le phénomène comme si c'était la première fois. La mise entre parenthèses : elle permet la délimitation et la focalisation sur l'objet de recherche, facilitée par l'augmentation des capacités de concentration – méditation et de perception. L'auteur met en avant l'utilité de la sophrologie pour le malade de même que pour le bien portant. C'est dans ce cadre qu'elle peut être bénéfique lors de la préparation à la naissance.

La préparation par la sophrologie se situe dans le prolongement direct de la méthode psychoprophylactique. Elle comprend également une transmission d'informations sur le déroulement de l'accouchement qui vise à « élargir le champ de la conscience ». Mais l'apprentissage de la respiration et de la relaxation va y être largement approfondie. Elle demande une participation active de la femme à laquelle il sera demandé un entraînement quotidien afin qu'elle ne subisse plus son accouchement. Au contraire il s'agit de permettre à la femme d'avoir un espace de retour sur soi, et sur son ressenti, un espace d'échange, de

communication et de réflexion. Ainsi, « la sophrologie appliquée à l'accouchement n'a d'autre but que de rendre aux couples leur accouchement ». L'auteur signale également les conséquences positives qu'une telle préparation aura pour le nouveau – né. « La sophrologie est donc une méthode complète de préparation physique, affective et mentale ». Enfin, un autre auteur (V. Rousseau, 2004) met particulièrement en évidence le travail d'images mentales (travail sur le schéma corporel) et de visualisation positive de l'avenir et du sujet qui s'effectue dans une telle préparation. Elle met l'accent sur la nécessité de prendre en compte les éléments de la vie inconsciente durant ce travail : la pratique sophrologique implique l'écoute de l'inconscient, la prise en compte du vécu passé, une analyse des mécanismes de défense, un travail sur les relations objectales ainsi qu'une alliance thérapeutique particulière (alliance sophronique).

#### ❖ *Accompagnement haptonomique*

L'haptonomie, « science de l'affectivité », fut inventée par Frans Veldman, néerlandais mais vivant et enseignant en France depuis une dizaine d'années. L'haptonomie n'est pas qu'une méthode ou une technique de préparation à la naissance, c'est avant tout une approche spécifique de l'entrée en relation, un abord global du sujet humain, l'affectivité créant l'articulation entre le corps et l'esprit. C'est une approche affective qui s'applique à toute la vie, de la conception à la mort. Un mode de thérapie a donc pu être établi (haptopsychothérapie) et des applications en sont possibles entre autre dans l'accompagnement des personnes âgées ou des mourants. Cependant, son application dans le domaine périnatal est particulièrement développée, étant donnée l'importance de cette période pour le développement de l'être humain. Les conceptions théoriques de la personne humaine et de son développement qui sous – tendent cette pratique sont établis sur la base de phénomènes cliniques observables ainsi que sur l'expérience vécue des sentiments et émotions, mais non sur des bases expérimentales. Ceci bien qu'elle prenne appuie sur un corpus théorique pluridisciplinaire : anatomoclinique, neurophysiologique et psychologique.

Dans le cadre de l'accompagnement prénatal, l'haptonomie se propose donc de permettre aux parents d'entrer en relation affective avec leur enfant qui se manifeste déjà dans le ventre de sa mère. Cela implique de considérer l'embryon/fœtus comme un être humain existant dans le nid maternel. Les haptothérapeutes le nomment donc « enfant » plutôt que fœtus et nomme « giron » l'utérus de la mère, afin d'évoquer la demeure ou lieu d'accueil affectueux

de l'être humain qui constitue un « berceau » prénatal. L'enfant est relié aux personnes qui l'ont conçu par ses origines et existe comme « être là » ; il est considéré comme présent de manière active dès sa conception : « A partir du moment où la fusion des gamètes a lieu, l'ovocyte fécondé réunit les gènes du père et de la mère en un nouvel individu. Dès ce moment, il porte le modèle “ programmé ” du corps de cet individu, avec toutes ses propriétés et particularités spécifiques. L'unité de l'âme et du corps s'y trouve présente en projet, comme matrice. [...] A partir de la conception d'une vie nouvelle, il ne s'agit plus de considérer la vie à distance, comme “ embryon ”, puis comme “ foetus ”, mais il faut penser que cette vie, qui s'annonce dans toutes ses potentialités, représente déjà un être humain. Elle représente un enfant, qui demande à être reconnu, rencontré et aimé. » (Frans Veldmann, 1989) L'enfant est donc avant tout un « humain en devenir » qui va vers la maturité psychique et l'autonomie, il porte en soi les potentialités de ce devenir. Mais pour permettre l'épanouissement de ses propres dons et talents, il a besoin d'un accompagnement sécurisant qu'il pourra trouver dans le contact « affectivo – confirmant » qui s'établit avec les parents.

Ce contact « affectivo – confirmant » est le contact psychotactile réciproque qui s'établit pendant la grossesse entre la mère et son enfant. Le but principal de l'accompagnement haptonomique va être de favoriser ce contact affectif, véritable dialogue prénatal. L'accompagnement doit donc débuter le plus tôt possible afin que puisse s'établir petit à petit la relation affective avec l'enfant (il débute généralement vers 3 ou 4 mois, et jamais après sept mois de grossesse de préférence). Ce dialogue, dans lequel prennent évidemment part des éléments inconscients, s'effectue aux travers des variations du « tonus de représentation » dans le giron maternel (tonus musculaire, ligamentaire et psychoaffectif), ainsi que des variations de la motricité du fœtus. Cette conception réhabilite donc le sens du toucher, organe essentiel de communication. Cependant on le nommera préférentiellement « contact » afin de mettre l'accent sur sa réciprocité. Le contact psycho tactile est ici considéré comme un véritable langage. L'haptonomie aidera alors les parents à entrer en contact avec leur enfant. L'enfant pour sa part va réagir à ce contact affectif. La mère va pouvoir investir son utérus comme un lieu d'accueil, elle va pouvoir « bercer » l'enfant dans son giron, ou l'inviter à se positionner de telle ou telle manière. L'enfant, lui, va découvrir qu'il peut aussi se balancer de différentes façons, il va rechercher et répondre au contact que lui propose la mère, le père ou l'accompagnant. Le fœtus possède donc déjà des possibilités interactives, il va exprimer ses préférences pour tel ou tel type de balancements, il va proposer et choisir les mouvements. Si la communication avec la mère est intérieure, celle avec le père est extérieure mais également

importante. Son rôle est primordial dans l'accompagnement qu'il va pouvoir faire de la mère qui porte l'enfant, et il va aussi pouvoir dialoguer avec l'enfant en posant, par exemple, ses mains sur le ventre maternel. Il pourra alors sentir l'enfant « se nicher sous cette main appelante ». C'est alors un dialogue subtil entre la mère et l'enfant, accompagné par le père qui s'initie au cours des séances et se continue en dehors. Différents jeux deviennent possibles entre parents et enfant, qui incluent bien sûr le respect de l'enfant déjà présent, le respect de ses goûts et de sa temporalité. Ce dialogue ouvre alors la voie à une confirmation affective mutuelle entre l'enfant et ses parents : « Cette complicité subtile entre tous est constitutive d'une confiance dans les uns et les autres qui sera précieuse dans l'avenir. L'enfant est confirmé affectivement mais, à son tour, il confirme ses parents. » (Catherine Dolto, 2004)

La présence du père est donc indispensable durant l'accompagnement haptonomique, afin que l'enfant s'inscrive dans une relation à trois. L'enfant, déjà considéré comme un individu à part entière avant sa naissance, capable de proposer, d'exprimer son plaisir et son déplaisir, est donc déjà considéré comme un autre, différencié de la mère. Chacun peut alors prendre sa place au sein de la famille. « Il ne s'agit plus que d'un enfant imaginaire et fusionnel, mais bien d'un petit être, avec sa personnalité en devenir. C'est une prise de contact avec un autre bien réel. » Les parents apprennent donc à connaître leur enfant avant sa naissance et à tenir compte de sa spécificité, cet apprentissage est alors « un socle solide pour leurs relations mutuelles ». L'apprentissage de ce langage psychotactile que propose l'haptonomie va permettre le développement de l'affectivité au travers de la « sensualité » (car la sensorialité est ici affectée d'une notion de plaisir ou de déplaisir plus ou moins consciente). Cela va donner lieu à un épanouissement relationnel : « une révélation de la plus ou moins grande potentialité de cette femme et de cet homme d'être individuellement et, ou ensemble, autour de cet enfant, déjà là avant qu'il ne naisse à la vie aérienne ! [...] Les parents qui accèdent à cette approche, contiennent corporellement, affectivement et psychiquement leur enfant dès sa vie prénatale. On peut dire qu'il a déjà pour eux une vie psycho – affective qui lui confère un statut d'enfant. » (Pascale Rossigneux-Delage, 2004). L'établissement de cette relation affective privilégiée permet un accompagnement essentiel à la parentalité. Les parents sont déjà à l'écoute de leur enfant, la mère en prend déjà soin, s'ajuste à lui. En prenant une conscience affective de sa présence, elle « se trouve déjà dans une capacité maternelle ». On assiste alors à une anticipation salutaire du rôle de chacun. Cet accompagnement à la parentalité se fait dans une relation sécurisante avec l'accompagnant qui les aidera ainsi à résoudre les conflits qui peuvent surgir lors de la période de remaniements psychiques que

constitue la grossesse. Ce support à l'accession de la parentalité est donc préventif de bien des difficultés qui peuvent survenir à la naissance de l'enfant à la vie aérienne : « Dans cette approche prénatale, les réaménagements que demande l'arrivée d'un (premier) enfant peuvent se jouer fortement avant son arrivée. La prise de conscience affective de l'enfant va provoquer une anticipation de la place de chacun, et permettre de réfléchir, d'envisager, de prévoir, de choisir au plus juste pour son arrivée. Cette anticipation pourra permettre d'éviter l'envahissement de certaines femmes à la maternité. »

Cette rencontre prénatale avec l'enfant que porte la mère va permettre sa nidation dans des conditions optimales : le giron maternel est un abri qui permet l'accueil affectif de l'enfant (et pas seulement la nidation physiologique). Cet accueil et l'établissement de cette relation affective dès la période prénatale jette les fondements de l'établissement de la « sécurité-de-base » et donc de « l'autonomie de l'humain-en-devenir, conditions indispensables à l'épanouissement et l'essentialisation-de-soi ainsi qu'au bien-être psychique » (Frans Veldmann, 1989). Par le développement de ce sentiment de sécurité-de-base et de ces échanges affectifs sécurisant pour l'enfant, on va donc pouvoir favoriser son autonomie et son développement ultérieur. Le contact affectif sécurisant établi en prénatal va donc devoir se continuer en post natal. En effet, une grande importance est donnée dans cette approche à l'accueil de l'enfant en salle de naissance, l'enfant qui entre brutalement dans un nouvel environnement a « besoin de retrouver les repères de son monde passé ». Le portage de l'enfant en post natal est également primordial, celui-ci est « signifiant comme un langage [...] Pour l'établissement de cette sécurité intérieure, la façon de porter un enfant est essentielle. » (Catherine Dolto, 2004) L'accompagnement haptonomique se poursuit ainsi après la naissance, jusqu'à l'apparition de la marche. L'ajustement qui avait lieu en prénatal va pouvoir perdurer en post natal. Il s'agit par exemple de proposer un appui à l'enfant et non pas de le tenir. Il s'agit également de s'adapter aux besoins et aux demandes de l'enfant qui évolues avec l'âge, il faut donc modifier la façon de le porter et lui faire d'autres propositions. L'accompagnement haptonomique en post natal est également important, selon l'auteur, du fait de la différence de ces enfants : en effet, ceux-ci sont plus en sécurité et plus autonomes, leur développement tonique, personnel, affectif, psychique et moteur est différent, étant donné que le vécu de sécurité leur permet de déployer toutes leurs potentialités.

Enfin, la pratique haptonomique périnatale met en évidence la continuité entre les périodes pré et post natales. L'ajustement déjà possible pendant la grossesse entre l'enfant et ses parents, permet que la naissance ne soit pas vécue comme une coupure. Le contact avec l'enfant permet le développement de la vie affective, qui prépare l'enfant à la vie qui viendra après la naissance. Les parents, quant à eux, ont déjà rencontré leur enfant avant sa naissance, ils ont appris à le connaître et se sont déjà trouvés dans la réalité de sa présence, la femme a pu prendre conscience de façon anticipée de son devenir – mère. Elle a pu se préparer progressivement à l'accueillir dans ses bras, ce qui amoindrit le sentiment de brutalité qui peut être présent lors de l'irruption du nouveau – né dans ce monde. « L'attachement prénatal développé au cours des échanges affectifs prépare l'attachement postnatal qui prépare lui-même au détachement. Les parents se trouvent confirmés dans leur potentiel parental. Cela leur donne un grand sentiment de sécurité. [...] Les parents se sont progressivement habitués à la présence de leur enfant qui en naissant a déjà quelques mois. L'accouchement et l'arrivée du bébé s'inscrivent alors plus facilement dans une continuité, mettant la femme à l'abri d'un vécu de sidération. Le père ainsi préparé se sentira plus habile avec son enfant lorsqu'il sera né. Cette continuité du prénatal au postnatal est structurante pour la parturiente, menacée par une forte désorganisation intérieure. Il n'y a pas de césure, ils sont toujours trois. Il y a de ce fait moins de risque d'effraction. Ils tombent moins des nues. » (Pascale Rossigneux-Delage, 2004)

Cette approche de la relation affective est très différente de l'abord que proposent les autres méthodes de préparation. Leurs pratiques conjointes sont d'ailleurs impossibles. Nous nous sommes cependant davantage attardés sur cette approche car elle nous semble mettre en exergue les conceptions concernant la relation entre la devenant-mère et le devenant-enfant que nous avons exposé précédemment. Citons par exemple la prise en compte de la continuité entre le pré et post natal ; la considération de l'enfant à venir comme ayant son existence propre, une relation bien réelle pouvant déjà s'établir avec cet « autre » que S. Missonnier nomme « enfant virtuel » et qui contient toutes les potentialités de l'être humain-en-devenir. Enfin, cet accompagnement s'effectue à travers le contact psycho tactile qui n'est pas sans évoquer le dialogue psycho corporel également évoqué par B. Bayle.

### 2.5.2. Intégration des aspects psychologiques

Le bref exposé de ces différents types de préparation à la naissance qui se sont développés au cours du temps met en exergue, au delà de leur extrême diversité, l'évolution de ces pratiques de préparation. Celles-ci ont progressivement inclus dans leur approche de la période prénatale les aspects psychologiques qui nous intéressent ici. Ainsi, elles vont dans le sens d'une prise en compte pleine et entière des enjeux psychologiques de la grossesse et de la naissance ainsi que d'un véritable accompagnement à la parentalité.

#### ❖ *Une ou des naissances ?*

La naissance évoque avant tout, dans le sens commun, un évènement physiologique qui nécessite une assistance médicale pour la mère qui accouche comme pour l'enfant qui vient au monde. La préparation à la naissance aurait alors pour but de préparer cet acte physique et médical pour qu'il se passe au mieux pour la mère comme pour l'enfant. Cependant, aborder la notion de préparation à la naissance nécessite de redéfinir le concept de naissance : est-t-il réductible à l'évènement ponctuel et physiologique de l'accouchement ?

#### ○ *Naissance et accouchement*

Dans un ouvrage récent, Jean-Marie Delassus met en évidence ce que recouvre le terme de naissance qui est trop souvent confondu avec celui d'accouchement (J. M. Delassus, 2005). En effet, la naissance est facilement réduite à l'acte apparent, ou plutôt est assimilée à la conséquence de ce phénomène visible qu'est la « venue au monde » de l'enfant. Celui-ci ne commencerait qu'alors son existence. La naissance ne serait que ce moment de transition rapide, de changement de lieu entre le dedans utérin et le dehors. L'accouchement prend tout le devant de la scène car c'est le moment, très investi par les parents et par l'entourage, sur lequel se focalise l'attente de 9 mois : il en est le terme, l'aboutissement. C'est aussi un acte dont les enjeux concrets retiennent toutes les attentions et qui nécessite une présence médicale puisqu'il est synonyme de risque vital pour la mère comme pour l'enfant. La naissance n'est plus alors que son « résultat de fait ». Comme le fait remarquer l'auteur, on assiste aujourd'hui à une focalisation sur cette naissance physique qu'est l'accouchement ou

encore à une véritable « adulation de la naissance » dont témoigne son importante médicalisation.

Les deux termes sont donc confondus dans le vocabulaire : l'accouchement est le jour de la naissance de l'enfant, les salles d'accouchement sont nommées également salles de naissance sans distinction aucune. Or, bien qu'on ne puisse minimiser les aspects psychiques de l'accouchement (crainte des dangers possibles, des douleurs, circonstances générant angoisses et peurs, moment de la séparation physique d'avec l'enfant etc.), il convient de ne pas réduire la naissance à l'accouchement en lui-même. Au contraire, il faut, selon l'auteur, l'envisager dans toute sa complexité psychique. La naissance serait, dans cette perspective, un long processus jalonné de plusieurs étapes allant du prénatal à la fin de ce que l'on nomme approximativement, la « petite enfance ». Au sein de cette naissance progressive, l'accouchement ne serait qu'un acte ponctuel, un changement de milieu, certes important, mais qui n'est pas au centre de ce travail. En effet, si le processus qui a lieu en prénatal influence le post natal (comme l'ont montré les études portant sur la continuité entre les périodes pré et post natales), c'est qu'une naissance a déjà eu lieu in utéro. Ainsi, le temps prénatal conduit vers la naissance, la prépare. Mais c'est d'une naissance post natale dont il s'agit ici. Après la naissance physique, c'est donc une naissance psychique qui reste à s'accomplir en un lent et long processus d'acquisition de l'autonomie et d'adaptation au monde dans lequel le nourrisson est propulsé au moment de l'accouchement.

Il n'y aurait donc pas une seule naissance mais bel et bien une triple naissance : une première naissance intra utérine, qui a lieu au-dedans et constitue l'être humain à l'origine. La deuxième naissance est l'accouchement qui marque le passage d'un milieu à un autre. Mais après cela, une troisième naissance reste encore à effectuer. Celle-ci est le temps de recomposition de ce qui avait été constitué à l'origine, c'est un lent processus de réorganisation, qui perdure jusqu'à ce que l'enfant ne se soit dégagé de la dépendance à la mère.

- *Naissance psychique*

Ce troisième temps est donc celui de la naissance psychique, processus adaptatif long et complexe. En effet, si une première, et essentielle, naissance « intérieure et antérieure » a déjà eu lieu, le changement de milieu provoque une déconstruction de ce qui s'était construit

en prénatal (« déconstruction natale ») et force l'enfant à se réorganiser dans cet autre monde. L'auteur insiste sur la « préexistence intra utérine » de l'enfant. Mais l'enfant qui était in utero, « n'est plus » suite à l'accouchement, et doit renaître dans un autre monde avec lequel il y a incompatibilité. C'est le sentiment de continuité et de totalité originelle prénatale qui est perdu lors du passage d'un monde à l'autre et qui doit se reconstruire en post natal, afin qu'il retrouve ce sentiment de continuité d'être. Cette période de réorganisation qui correspond à la naissance psychique est confondue, à tort, avec le développement ou la croissance de l'enfant que l'on pense effectivement né le jour de l'accouchement. Pour l'auteur, le corps (absence de tonicité) exprime le désarroi de l'esprit qui était né au – dedans.

Or, si l'enfant naît avec un manque de compétences motrices, il naît avec d'indéniables capacités perceptives ainsi qu'une aptitude à échanger, à communiquer. C'est donc à travers la relation que va pouvoir s'effectuer cette naissance. D'ailleurs, si la naissance physique est naturelle et programmée physiologiquement, la naissance psychique ne s'amorce pas de manière automatique mais nécessite l'action de l'être humain qui accueille l'enfant et lui apporte les moyens de cette naissance. La présence de la mère, non pas au travers des soins (même si ils y contribuent) mais au moyen de l'ajustement maternel, va être indispensable pour cette naissance psychique. « Ainsi, la mère va relayer le phénomène très particulier qui se met en place dès in utero ; c'est elle qui va prendre le relais d'une existence prénatale et lui permettre de s'accomplir après la naissance physique. » Les difficultés liées à la venue au monde doivent donc attendre l'installation de la voie relationnelle pour être résolues et permettre l'existence natale de l'esprit.

La naissance nécessite donc un « cadre natal de transition » que l'auteur nomme le « champ maternel » et qu'il compare avec l'aire transitionnelle décrit par Winnicott (bien qu'il la dépasse). Si l'enfant perd son existence originelle en venant au monde, elle va lui être rapportée par une personne présente dans ce monde. Ainsi, « l'origine n'est pas perdue, elle est aussi de ce côté – ci du monde si quelqu'un la rend présente et en assure la permanence. » Celle – ci est présente, entre autre, dans le visage de la mère (et de manière privilégiée dans son regard), dans la façon dont elle porte l'enfant (le creux de ses bras formant un « dedans dans le dehors ») et est particulièrement prégnante à travers l'allaitement au sein. C'est ce champ maternel ou cette préoccupation maternelle qui va lui permettre de retrouver son sentiment de continuité. L'auteur le compare également à la poche maternelle ventrale des marsupiaux : « À nous aussi, il faut une poche marsupiale et c'est ce que nous avons appelé le

champ maternel. Mais celui-ci ne sert pas à continuer un développement embryonnaire ; il permet de préparer une transition psychique pour maintenir l'esprit de l'origine, un vécu de totalité qui ne soit plus dépendant de la fluence biologique. Ainsi, le champ maternel est la poche marsupiale humaine qui permet de rendre effective [la] naissance ». Ce long processus de naissance ne sera achevé qu'après le passage de l'être constitué par la naissance à « celui qu'il devra devenir lors de la perte ultérieure du support maternel ».

La redéfinition du concept de naissance et la prise en compte de la naissance psychique, amènent à redéfinir également la notion de préparation à la naissance : celle-ci serait alors, au-delà de la préparation à l'évènement physique de l'accouchement, une préparation pour la mère à cette prise de relais de l'environnement prénatal, ou encore une préparation à l'ajustement maternel qui paraît si primordial pour la naissance psychique de l'enfant. Les praticiens du terrain périnatal (sage – femmes, obstétriciens ou psychologues) tendent effectivement à considérer les séances de préparation à la naissance comme un outil parmi d'autres permettant d'accompagner le processus psychique de parentalité.

❖ *Impact de la préparation à la naissance*

○ *Accompagnement à la parentalité*

Odile Tagawa, sage – femme, souligne le caractère flou de la notion de préparation à la naissance telle qu'elle est enseignée au cours des études (préparation psychoprophylactique). Celle-ci se compose de huit séances au cours desquelles un savoir médical est transmis aux parturientes, ainsi qu'un apprentissage comportemental (respiration, poussée). Le présupposé de cette démarche est que la transmission de ce savoir théorique sur l'accouchement (détenu par le corps médical) va permettre à la femme de mieux le vivre. Cependant, l'auteur de ce texte va souligner l'importance d'une préparation à la naissance qui tient compte du côté psychique de la naissance. Comme à travers cet exemple où la naissance physique s'est trouvée bloquée durant le travail. La mère, interrogée par la suite, dira qu'elle était de toute façon persuadée que le bébé était trop gros et qu'elle accoucherait par césarienne, comme sa mère et sa sœur. Ainsi, la situation aurait pu être différente si avaient été interrogées en amont les représentations de cette future mère concernant l'accouchement. La sage – femme souligne ainsi l'influence que peuvent avoir les processus psychologiques sur les mécanismes physiologiques. Ainsi, elle décrit en dehors du sentiment de sécurité extérieur, un sentiment

de « sécurité intérieure » primordial pour l'adaptation au travail d'accouchement. Ce sentiment est favorisé par l'expression des angoisses des parturientes. La préparation à la naissance supposerait alors avant tout l'écoute d'un savoir intime détenu à priori par la femme et son bébé.

Cette prise en compte du vécu personnel de la femme et de ses représentations est rendu indispensable si l'on considère non seulement les motifs médicaux mais également le lien étroit « entre le vécu de la grossesse, de l'accouchement, et la qualité de l'établissement de la relation à l'enfant ». C'est donc la prise en compte du fait que le couple est « en gestation aux deux sens du terme, biologique et psychique » ainsi que du travail de préparation que nécessite l'accès à la parentalité « comme fait psychique, et non seulement biologique ». Les séances de préparations à la naissance deviennent alors un lieu ouvert au questionnement des parents sur ce qui constitue la parentalité, qui s'oppose à un discours théorique purement médical qui ferme l'espace de développement de ces questions. Au contraire l'attitude de la sage-femme peut ouvrir cet espace, afin que la femme interroge ses propres représentations ; afin de « permettre le cheminement de chacun dans sa singularité, et l'accompagner dans sa propre préparation. [...] Ce qui prépare à l'accouchement, c'est de préparer une naissance, c'est-à-dire l'accueil d'un enfant au sein d'un couple ». (O. Tagawa, 2004)

Evelyne Petroff décrit également cette progressive intégration de l'approche psychologique dans la pratique des sage – femmes. Les cours magistraux initiés par le Dr. Lamaze se sont modifiés peu à peu en direction d'entretiens privilégiant les échanges. L'auteur souligne que ces séances de préparation peuvent être un cadre permettant de soutenir « l'élaboration des représentations parentales », et permettant « pour une population normale un accompagnement essentiel à la parentalité ». (E. Petroff, 2004)

Enfin, Elisabeth Darchis, souligne l'importance de la connaissance du processus de parentalité afin d'en repérer les difficultés, certains parents ayant effectivement « besoin de soutien, d'étayage, d'accompagnement, pour traverser ces remaniements nécessaires, créatifs et constructifs, qui les préparent à être parents pouvant accompagner la naissance, physique mais aussi psychique, de leur enfant ». Elle cite les séances de préparation à la naissance comme l'un des outils permettant cet accompagnement parental. (E. Darchis, 2004)

Ainsi, si historiquement, la préparation anténatale des mères a débuté par une préparation à l'accouchement centrée sur la prise en charge de la douleur, elle s'est élargie vers la notion de préparation à la naissance et à l'accueil de l'enfant dont l'un des objectifs principaux est le soutien à la parentalité. Le rapport sur les recommandations professionnelles concernant la « préparation à la naissance et à la parentalité » (PNP) publié en novembre 2005 par la Haute Autorité de Santé met très bien en exergue cette évolution. Cet élargissement est visible à travers l'étude des objectifs de la préparation : « Les objectifs proposés dans les recommandations internationales dépassent largement le seul cadre de la préparation au bon déroulement de l'accouchement et à la maîtrise de la douleur. La préparation à la naissance serait davantage un processus actif de facilitation du passage à la fonction parentale. » La préparation à la fonction de parent fait donc, à présent, partie intégrante et explicite des contenus proposés pour la préparation à la naissance.

- *Prévention*

Les praticiens du domaine périnatal considèrent la préparation à la naissance comme un véritable outil de santé publique à élaborer en lien avec l'approche psychologique de la naissance, afin de se soucier autant du bien être physique que psychique de l'enfant et de la mère. La valeur préventive du travail de préparation à la naissance est de plus en plus mise en avant par les praticiens. Dans une étude sur la dépression post natale (V. Bastien, M. Braconnier, C. de Tychev, 1999), une équipe de cliniciens – chercheurs font une revue des différents facteurs de risques pouvant contribuer à l'émergence d'une dépression post natale : facteurs environnementaux (faillite de l'étayage, idéalisation de la maternité par la société, conditions de vie et niveau socio-économique de la mère, primiparité, présence d'un enfant mort ou d'un deuil passé, handicap ou pathologie de l'enfant) et facteurs intrapsychiques (nature de l'imgo maternelle et de l'identification de la mère, rôle des carences affectives précoces, deuil de l'enfant imaginaire et de la mère idéale, difficultés à symboliser l'accouchement). Ensuite ils développent une réflexion sur les modalités de prévention de ce trouble dépressif et mettent en avant en premier lieu l'amélioration du vécu de la grossesse et l'accompagnement de la naissance de l'enfant. La préparation à la naissance, non seulement conçue comme préparation à la naissance organique mais qui inclurait également la prise en compte du vécu affectif et psychologique de la femme, serait un pan important de ce travail de prévention en période prénatale.

Cette préoccupation de prévention est d'ailleurs présente dans le contenu du « plan périnatalité 2005 – 2007 ». Celui – ci prend en compte, en s'appuyant sur les conclusions rédigées par Françoise Molénat, les vulnérabilités de cette période comme pouvant éventuellement perturber l'instauration du liens parents – enfant et engendrer des problèmes psychopathologiques chez l'enfant. En vu de la prévention de ces difficultés, ce plan fait mention de la nécessité de permettre une écoute et une expression plus importante des femmes enceintes afin d'assurer leur « sécurité émotionnelle », ainsi que du projet de préciser les objectifs et le contenu des séances de préparation la naissance. C'est dans ce but qu'ont été rédigées les recommandations à la pratique clinique précitées (HAS, novembre 2005). Ce rapport insiste à son tour sur le rôle préventif des troubles de la relation parents – enfant que peut jouer un accompagnement adéquat pré et post natal inscrit dans la continuité. Cependant, si la littérature insiste sur l'opportunité de soutenir la fonction parentale par un dispositif d'accompagnement en période pré et/ou post natale, l'analyse de la littérature établie par la HAS met en évidence un manque évident de travaux montrant l'efficacité des séances de préparation à la naissance. Une méta analyse publiée par la Cochrane Library est par exemple citée. Celle-ci se proposait d'évaluer l'impact des séances de préparation à la naissance entre autres sur le niveau de connaissances des femmes, l'anxiété, la douleur, le déroulement de l'accouchement, la capacité à s'occuper de son enfant, le soutien à la fonction parentale et les adaptations psychologiques et sociales après la naissance. De nombreux biais méthodologiques sont relevés (effective faible, critères de jugement variables, programme d'intervention hétérogène etc.), de rares études montrent un impact positif (satisfaction des femmes, fréquence des comportements d'attachement maternel, augmentation des connaissances en présence des pères), mais très peu de résultats positifs fiables ont pu être relevés. Des études montrent que des interventions pré et post natales favorisent la durée et la mise en œuvre de l'allaitement maternel. De rares études sont également citées concernant l'impact sur le soutien à la parentalité, cependant celles-ci ne concernent que des populations adolescentes et contiennent également nombre de biais méthodologiques. Mais les auteurs concluent que des interventions pré et post natale ont un impact positif sur les interactions mère – enfant, sur la confiance de la mère en elle-même et sur la construction de l'identité maternelle. Enfin concernant le développement de dépression postnatale, une méta analyse publiée par la Cochrane Collaboration n'indique pas d'effets positifs d'interventions prénatales contrairement aux interventions post natales qui ont un effet préventif sur la dépression. En conclusion, si l'importance des séances de préparation est soulignée par les femmes et par les professionnels, « l'efficacité de la PNP reste inconnue tant pour ses effets

sur le déroulement de la naissance que sur la fonction parentale. » Ainsi, des thèmes ont été définis pour une bonne pratique de la préparation à la naissance (avenant à la convention nationale des sages femmes libérales, 2003) :

« Thème 1 : Apporter une information aux futurs parents sur le déroulement de la grossesse, de la naissance et de la période néonatale.

Thème 2 : Responsabiliser les futurs parents en les incitant à adopter des comportements de vie favorables à leur santé et à celle de l'enfant à naître.

Thème 3 : Ménager un temps d'écoute permettant aux médecins et aux sages-femmes de dépister d'éventuelles situations de vulnérabilité tant psychologique que physique, économique et sociale et d'orienter le cas échéant les futurs parents vers des professionnels sanitaires et sociaux compétents. Proposer un travail corporel adapté en fonction des besoins de la femme. »

Cependant les auteurs mettent l'accent sur la nécessité de travaux de recherches afin de définir l'impact des séances de préparations à la naissance et de pouvoir mieux répondre aux besoins des femmes et des couples.

#### ❖ *Préparation à la naissance et anticipation*

La préparation à la naissance peut donc être le cadre d'un accompagnement du processus de parentalité. Considérant la relation d'objet virtuelle qui le caractérise ainsi que le facteur prédominant de l'anticipation parentale que nous avons précédemment détaillé, la préparation peut être perçue comme un espace d'appréhension et de maturation de l'anticipation. La notion d'anticipation nous semble, en effet, présente implicitement dans toute préparation à la naissance (anticipation de l'accouchement par l'information sur son déroulement, visualisation sophrologique ou encore anticipation du rôle parental à travers la relation affective prénatale avec l'enfant à venir etc.). Le poids de cette variable est d'autant plus à envisager au regard des incertitudes qui marquent particulièrement la fin de la grossesse. S. Missonnier met, effectivement, en avant dans un texte récent (S. Missonnier, 2005) le lien entre préparation à la naissance et anticipation de l'enfant virtuel.

Il indique comment l'étymologie du mot séparation (préfixe se = division, séparation et parare = se préparer, puis faire naître, sevrer) invite à une préparation progressive, c'est-à-dire

à une anticipation. « L’empreinte de l’anticipation parentale sur le processus de parentalité » est particulièrement palpable dans le cadre de la préparation à la naissance. Ce cadre est d’une part, adapté pour distinguer un travail d’anticipation favorable (correspondant à l’expression d’angoisse signal) d’une anticipation pathologique (correspondant à l’expression d’angoisses traumatiques) nécessitant un accompagnement spécifique.

D’autre part, c’est un espace dans lequel peut être favorisé le travail d’anticipation. Pour cela, le soignant doit accueillir les angoisses signal exprimées lors des séances et veiller à ne pas museler cette « inquiétude adaptée », il doit « favoriser l’expression de la diversité des ressentis en présence » dans le groupe de préparation. Enfin, le groupe en lui-même, dans lequel « l’étayage mutuel des apprentis parents est remarquable », dynamise la créativité anticipatrice. Celle-ci est favorisée « par l’expression d’angoisses signal qui, au prix d’un déséquilibre transitoire, sont secondairement apprivoisées ». Le groupe de préparation est donc un cadre « stimulant, régulant et contenant de la mise en récit anticipatrice des craintes liées à l’incertitude de l’avenir. »

Cependant, précise l’auteur, il convient de ne pas idéaliser le groupe de préparation à la naissance. L’impact de celui-ci reste variable selon les individus et certains, loin de le percevoir comme cadre contenant, peuvent éventuellement le percevoir négativement comme « amplificateur de vulnérabilité ».

\*\*\*

La naissance n’est donc pas que le simple passage physique de l’enfant de l’environnement intra utérin au monde aérien. Les aspects psychiques que revête l’évènement même de l’accouchement sont, bien sûr, non négligeables et très importants à prendre en compte pour la compréhension du vécu de ce moment, il y aurait donc eu beaucoup à écrire sur ce sujet. Les angoisses qui entourent l’accouchement sont d’ailleurs de manière privilégiée au centre de toute préparation à la naissance (angoisse autour de la douleur par exemple). Cependant, nous avons choisi ici de mettre l’accent sur un aspect peut-être moins évident de la préparation mais qui tend à prendre une place de plus en plus importante, à savoir son rôle dans l’accompagnement du processus de parentalité (souligné par le rapport récent de la Haute Autorité de Santé) et donc dans l’établissement progressif d’une relation de plus en

plus objectalisée entre la devenant – mère et le devenant – enfant. L'idée sous jacente de notre travail est donc que ce soutien aux élaborations parentales prénatales va contribuer, dans une optique de prévention, à un meilleur accueil de l'enfant aussi bien du côté du nouveau – né que de la mère ; ainsi qu'à la mise en place d'une relation contenantante en post natal qui contribuera au bon développement de l'enfant. Rappelons que S. Missonnier considère la qualité adaptative de l'anticipation parentale comme le meilleur marqueur de la maturation du processus de parentalité, surtout durant le dernier trimestre de la grossesse, marquée par tant d'incertitudes. Etant donné le rôle important que l'anticipation (« un des mécanismes de défense les plus typiques de la R.O.V. ») joue dans le processus de parentalité, ainsi que dans cette dernière phase de la grossesse, il nous paraît effectivement intéressant de se centrer sur cette variable. Cette variable nous semble trouver d'autant plus sa place dans le contexte de préparation à la naissance (dans son aspect d'accompagnement à la parentalité) dans lequel se situe notre recherche.

## 3. MÉTHODOLOGIE

### 3.1. Problématique & Hypothèses

#### 3.1.1. Rappel de la problématique

Nous nous interrogeons dans ce présent travail sur un possible impact favorable des séances de préparations à la naissance sur le processus de parentalité : la préparation à la naissance peut – elle soutenir ou favoriser le processus de parentalité par l’intermédiaire des représentations anticipatrices maternelles? Comment se traduit alors la variabilité individuelle de l’anticipation ? Comment se lie l’anticipation et relation d’objet virtuelle ? La préparation à la naissance permet – elle une meilleure anticipation de l’altérité de l’enfant virtuel en cette fin de grossesse ?

#### 3.1.2. Hypothèses

##### Hypothèses théoriques :

**H1** : L’anticipation structurale adaptative est une variable discriminante.

**H2** : La préparation à la naissance favorise la maturation des anticipations adaptatives maternelles prénatales et donc de la R.O.V.

##### Hypothèses opérationnelles :

**H1 op** : Le protocole va permettre de décrire pour chacun des sujets l’état de la variable « anticipation structurale », les situant les uns par rapport aux autres sur un axe allant de l’angoisse automatique à l’angoisse signal.

**H2 op** : Le protocole utilisé va mettre en évidence un déploiement des anticipations maternelles prénatales entre le temps T1 (début des séances de préparation à la naissance) et le temps T2 (après la fin des séances) – l’intervalle entre T1 et T2 étant d’environ 3 semaines.

Ceci dans les 3 domaines suivants :

- les anticipations que la participante a d'elle-même en tant que mère
- ~ concernant son enfant à venir
- ~ portant sur sa relation avec cet enfant

## **3.2. Protocole expérimental**

### **3.2.1. Contexte**

Cette étude a été effectuée au sein du service de maternité d'une clinique de la banlieue parisienne. Les séances de préparation à la naissance auxquelles nous avons assisté et au sein desquelles nous avons recruté les participantes à notre étude constituent le cadre de la présente recherche. La revue de la littérature ayant démontrée la grande diversité que revêtait dans la pratique le concept de préparation à la naissance, il nous est apparu nécessaire de décrire de manière détaillée celle qui fut le cadre de notre recherche.

Les participantes aux séances ne sont pas connues à l'avance par la sage – femme qui les anime. Les séances sont au nombre de huit et se déroulent sur une période d'environ trois semaines. Avant le début des séances un courrier sur « les réunions de préparation à l'accouchement et à la naissance » est envoyé aux parturientes inscrites à la maternité. Ce courrier comprend le planning des séances du mois qui les concerne ainsi qu'un bref descriptif de chacune d'entre elles. Les futures mères qui souhaitent suivre les séances se présentent alors à la première. Il est précisé sur ce courrier que « la présence des futurs pères est vivement souhaitée » suivant leur disponibilité. Leur présence est notamment recommandée de manière particulière lors de la visite des salles d'accouchement. C'est pourquoi celle-ci a lieu un samedi. Nous joignons ce descriptif fourni par la maternité (annexe n°1) ainsi qu'une description plus détaillée du contenu de chaque séance établie par nos soins (annexe n°2). Cette description nous semble illustrer la manière dont sont menées les séances et dont sont transmises les informations. Nous allons à présent tenter d'en mettre en avant les points principaux qui nous paraissent importants dans le cadre de notre étude.

## **Description de la préparation :**

La préparation exercée ici suit la méthode psycho-prophylactique. Cependant, la manière dont sont menées les séances dépendant pour une grande part du « style » de la personne qui les anime, il me semble important de souligner certains éléments sur la sage – femme qui s’occupe des séances dont il est ici question. Celle-ci porte un intérêt non négligeable sur les aspects psychologiques de la période prénatale ainsi que sur d’autres préparations telle que la sophrologie et l’haptonomie. Ainsi, bien que ne pratiquant pas ces préparations, elle est sensible au rôle de la relaxation lors des séances, de même qu’à l’importance de la relation affective qui lie la devenant – mère et son enfant à venir. Elle est à l’écoute des inquiétudes et questionnements que les futures mères et futurs pères expriment, en encourage l’expression et tente de les accompagner lors des séances.

Cette sensibilité particulière se traduit dans la manière dont elle mène les séances. Ainsi celles-ci sont faites sur un mode interactif : La sage – femme interroge à plusieurs reprises les participant(e)s sur leur vécu de la grossesse comme de la préparation et prend en compte leurs attentes. Chacun est appelé à poser des questions, et à décrire son ressenti et ses représentations à différents moments de la préparation, ce qui favorise également la dynamique de groupe. La sage – femme revient aussi dans l’après-coup sur des séances particulières (telle que la visite des salles d’accouchement par exemple).

Les séances sont ainsi constituées de trois sortes d’éléments différents : des temps d’échange autour du vécu singulier de chacun, des temps d’explications durant lesquels les informations sont transmises et des temps d’exercices et de relaxation.

Les explications concernant l’accouchement et ses suites sont accompagnées de planches explicatives, de schémas et de photos, ainsi que de mimes effectués par la sage – femme à l’aide d’un poupon. Celui-ci est petit lors des premières séances (correspondant à un fœtus de cinq mois et demi environ) puis plus grand lors de la dernière séance (correspondant à un nouveau – né).

Les planches explicatives concernent principalement l’accouchement et l’allaitement. Celles sur l’accouchement comprennent : une planche avec des explications écrites illustrées de dessins avec quatre encarts principaux :

- Quand partir à la maternité ?
- Le déroulement de l'accouchement
- Les cas particuliers (épaule, siège, front, épisiotomie, césarienne, forceps)
- L'anesthésie péridurale

Ainsi qu'une planche constituée d'un schéma de la sortie du bébé.

La planche explicative sur l'allaitement est constituée de quatre encarts :

- Pourquoi allaiter ?
- Conseils d'hygiène
- Comment allaiter ?
- Comment faciliter l'allaitement ? (engorgement des seins, soutien-gorge, coussinet d'allaitement, bout de sein, coquille d'allaitement, tire-lait)

Il est important de préciser que la sage – femme, lors des explications concernant les différents cas de figures possibles lors de l'accouchement, rappelle à plusieurs reprises qu'il est impossible de prédire avec certitude le déroulement de celui-ci. Elle mentionne, par exemple, l'éventualité de ne pouvoir recourir à la péridurale pour diverses raisons, ou encore l'éventualité possible pour chacune que l'accouchement se termine par une césarienne selon son déroulement.

Les exercices concernent la respiration, la poussée ainsi que des exercices d'assouplissements et de relaxation. Ce sont des mises en pratique des explications données, mais également des mises en situation. Ils sont généralement scénarisés, c'est à dire que la sage – femme demande aux parturientes d'imaginer qu'elles ont des contractions, ou qu'elles sont à la maternité le jour de l'accouchement, puis les accompagne avec les paroles qui seront prononcées par la sage – femme durant l'accouchement.

Pour conclure, au-delà de la transmission d'informations théoriques, certains éléments de la façon dont les séances se déroulent nous semblent rendre ce cadre d'autant plus propice à un travail d'anticipation. Il en va ainsi du caractère interactif des séances, de la mention répétitive de l'impossibilité de prévoir avec exactitude le déroulement de l'accouchement et des mises en situation proposés par la sage – femme lors des exercices scénarisés ou encore des mimes effectués avec le poupon. Enfin, la sage – femme reste à l'écoute des réactions que

manifestent les participants tout au long des séances afin d'accompagner les éventuels moments de déstabilisation qu'elles pourraient provoquer.

### 3.2.2. Démarche

La méthode que nous utiliserons en vue de l'examen des hypothèses de notre recherche est celle de la présentation de cas cliniques. Un premier entretien a été effectué afin d'affiner notre outil de recherche, il en a résulté le raccourcissement de l'entretien oral semi – directif et le rajout de deux questionnaires écrits (outils détaillés plus loin).

La recherche proprement dite s'est ensuite déroulée sur deux mois (donc deux séries de huit séances de préparation chacune). La présentation de notre travail a été fait par nos soins en début de première séance, puis un rendez-vous fut pris avec les volontaires en fin de séance. Le premier entretien a eu lieu entre la première et la deuxième séance de préparation (T1), dans le bureau de la sage – femme qui anime les séances. Lors de ce premier entretien, les cadre, but et déroulement de notre étude étaient ré expliqués et un consentement éclairé (annexe n°3) était signé par la participante, lui garantissant entre autres le caractère anonyme de sa participation. L'entretien proprement dit était enregistré après accord de la participante. En fin de cette première entrevue était remis un premier questionnaire à remplir et à remettre lors de la deuxième séance de préparation à la naissance.

Après la fin des huit séances de préparation (T2), c'est-à-dire environ trois semaines après le premier entretien, avait lieu le second entretien, également dans le bureau de la sage femme et enregistré après accord réitéré de la participante. En début d'entretien étaient demandées des précisions concernant les réponses apportées au premier questionnaire, puis en fin d'entretien, un questionnaire à remplir et à renvoyer à la clinique était donné à la parturiente (cf. Tab I). Finalement, une restitution par courrier concernant les conclusions de ma recherche était proposée.

Moment de la passation		Contenu de la passation		
T1	Entre la première et la deuxième séance de préparation	Signature du consentement éclairé	Entretien proprement dit	Remise du premier questionnaire
T2 (3 semaines après T1)	Après la fin des séances de préparation	Précisions concernant les réponses données au premier questionnaire	Entretien proprement dit	Remise du second questionnaire

Tab I : Protocole de recherche

### 3.2.3. Population

La population de notre étude a donc été recrutée au sein des séances de préparation à la naissance. Huit femmes ont accepté de participer à notre recherche, trois d'entre elles n'ont pu assister à toutes les séances ainsi qu'au second entretien car elles ont accouchées avant que celui-ci n'ait lieu. Nous avons ensuite sélectionné trois participantes parmi les cinq restantes en fonction de l'intérêt que l'analyse des entretiens nous semblait pouvoir revêtir en vue de l'examen de nos hypothèses. La population de notre étude est donc composée de trois femmes se situant dans leur huitième et neuvième mois de grossesse (soit entre 34 et 37 semaines d'aménorrhées en début de préparation donc lors du premier entretien et entre 37 et 40 à la fin de la préparation, lors du second entretien). Les critères d'inclusion étaient qu'elles soient primipares et sans antécédent psychiatrique. Elles sont âgées entre 27 et 28 ans, ont toutes une situation professionnelle stable et vivent toutes en couple avec le futur père de l'enfant. Enfin, elles ont participé à toutes les séances de préparation sans exception. Le tableau ci-après (cf. Tab II) présente les participantes avec leur âge, l'avancée de leur grossesse en semaine d'aménorrhées lors des deux entretiens ainsi que le nombre de semaines restant avant le terme de leur grossesse en T2 (annexe n°4 : explication âge de grossesse en semaines de gestation et semaines d'aménorrhées).

	âge	T1 : 1 <sup>er</sup> entretien		T2 : 2 <sup>ème</sup> entretien		Restant avant terme en T2 SA
		SA	SG	SA	SG	
<b>M<sup>me</sup> G</b>	27 ans	<b>37</b>	35	<b>40</b>	38	1
<b>M<sup>me</sup> P</b>	27 ans	<b>34</b>	32	<b>37</b>	35	4
<b>M<sup>me</sup> F</b>	28 ans	<b>35</b>	33	<b>38</b>	36	3

Tab II : Descriptif de la population (SA : semaines d'aménorrhées, SG : semaines de gestation)

La recherche se compose donc de l'analyse de trois cas cliniques au regard des hypothèses mentionnées précédemment. Le nombre de participantes étant très réduit, il est évident que notre étude ne peut en aucun cas prétendre à une quelconque validité statistique, ni à une généralisation des résultats obtenus.

#### 3.2.4. Outils

Nous avons construit nous même le matériel de recueil des données pour la présente recherche, en nous inspirant d'outils mis en place et utilisés par des auteurs dans d'autres recherches.

##### ❖ *Entretien*

L'entretien est le même lors des passations en T1 et en T2 afin de rendre une comparaison test- retest possible.

##### ○ *Corps de l'entretien*

Les questions de l'entretien ont été inspirées pour une grande part de l'étude d'Ammaniti et coll. (1999) et de l'interview qu'ils décrivent de manière détaillée dans l'ouvrage intitulé « Maternité et grossesse ». Nous avons déjà décrit cette étude dans notre partie théorique, ainsi que l'IRMAG, ou Interview pour les représentations maternelles pendant la grossesse.

L'utilisation de cette interview comme base de notre propre entretien nous a semblé intéressant au vu des objectifs que ces auteurs se sont donnés. En effet, l'IRMAG se propose d'évaluer, entre autres, trois caractéristiques des représentations maternelles prénatales qui nous semblent se rapprocher de nos propres buts, à savoir évaluer l'anticipation et la relation d'objet virtuelle des futures mères. Ces trois variables concernent les représentations de soi en tant que mère mais aussi les représentations de l'enfant. Elles sont : l'ouverture aux changements et flexibilité, la différenciation et l'émergence de fantaisies. Ces trois échelles d'évaluation des représentations sont décrites comme suit par les auteurs (M. Ammaniti et coll., 1999, annexe n°2, pp 150/164) :

\* Ouverture aux changements et flexibilité : en ce qui concerne les représentations de soi en tant que mère cette échelle se rapporte à « la capacité de reconnaître [les] changements physiques et psychologiques [qui ont lieu pendant la grossesse] et la façon dont elle se dispose à accepter les mutations que la maternité comportera dans sa vie et dans la vie du couple ». Et en ce qui concerne les représentations de l'enfant, elle « évalue la capacité de la mère à modifier cette représentation au fur et à mesure que la grossesse avance et que de nouvelles informations sur l'enfant sont acquises ». Les auteurs considèrent, entre autres, comme indices de cette variable, « la reconnaissance des modifications qui ont eu lieu dans la façon de représenter l'enfant dans le temps, en particulier après que des signes tangibles de sa présence se sont manifestés (premiers mouvements, images sur l'échographie) et la capacité de créer un espace d'attente et d'accueil de l'enfant en se disposant à la découverte de ses caractéristiques, de ses besoins. »

\* Différenciation : en ce qui concerne les représentations de soi en tant que mère cette échelle se rapporte au « degrés de conscience » qu'à la mère de « ses besoins et désirs spécifiques, différenciés par rapport à ceux du partenaire et des figures parentales, en particulier sa propre mère. » Et en ce qui concerne la représentation de l'enfant, elle « évalue à quel degré la mère est consciente que l'enfant a des caractéristiques mentales et physiques qui lui sont propres, avec des limites définies et des besoins spécifiques. L'acceptation et la reconnaissance de l'enfant en tant qu'individu séparé y sont reliées ».

\* Emergence des fantaisies : en ce qui concerne les représentations de soi en tant que mère cette échelle se rapporte à « l'émergence des fantaisies relatives à la grossesse et à la future maternité [autrement dit à] l'ensemble des images, métaphores, analogies, rêves les

yeux ouverts ou nocturnes, les attentes, les craintes et les désirs qui caractérisent dans l'imagination l'expérience de la grossesse et la représentation de soi en tant que mère ». Et en ce qui concerne la représentation de l'enfant, elle évalue « mesure l'émergence des fantasmes relatives à la représentation de l'enfant, [elles se manifestent par] des craintes ou des désirs sur sa conformation, par l'utilisation de métaphores ou de métonymies pour en décrire les mouvements ou l'image lors de l'échographie, pour lui attribuer des états d'âme, des sensations, des inclinations, etc. [et concernent] son intégrité et sa santé, ses qualités physiques et son caractère, son sexe, ses ressemblances ou différences par rapport à la mère ou à son partenaire, ainsi que par rapport aux familles proches [,] la fonction que la mère attribue à l'enfant dans sa propre vie ou dans sa vie de couple, les attentes sur son futur, etc. Les rêves relatifs à l'enfant sont considérés comme un indice de la présence de fantasmes. »

Enfin, nous nous sommes essentiellement inspirés de deux parties de l'IRMAG, à savoir la cinquième (« perceptions, émotions positives et négatives, fantasmes maternelles et paternelles : espace de l'enfant interne ») et la sixième (« perspective temporelle, attentes futures – accouchement, enfant, votre fonction et vos capacités, père, organisation de la vie, style maternel, convictions sur les compétences/incompétences de l'enfant »).

Notre entretien (annexe n°5) est un entretien semi-directif qui vise donc à évaluer l'anticipation prénatale de la future mère (d'un point de vue comportementale, affectif et fantasmatique) et de la situer dans le processus d'actualisation du virtuel parental. Il se compose de trois parties :

- a- les représentations de la parturiente elle-même en tant que mère
- b- les représentations concernant son enfant à venir
- c- les représentations concernant la relation avec cet enfant

La première partie s'inspire des questions 31 et 34 de l'IRMAG se rapportant aux caractéristiques des représentations de soi en tant que mère : ouverture aux changements et émergence des fantasmes, selon Ammaniti et coll. Elle a pour but de cerner l'investissement de la fonction maternelle de la participante, ses représentations, projections et angoisses à ce sujet. Et éventuellement comment elle se situe par rapport à sa propre mère.

La deuxième partie s'inspire des questions 16, 20, 23, 21, 18 et 22 de l'IRMAG se rapportant aux caractéristiques des représentations de l'enfant : ouverture au changement,

différenciation et émergence des fantaisies. Elle vise à cerner les représentations et angoisses concernant l'enfant à venir mais surtout à déterminer les caractéristiques de l'enfant virtuel au moment de la passation.

Enfin, la dernière partie s'inspire des questions 15 et 17 de l'IRMAG se rapportant aux caractéristiques des représentations de soi en tant que mère : émergence des fantaisies et aux caractéristiques des représentations de l'enfant : ouverture au changement, différenciation et émergence des fantaisies. Son objectif est de cerner le dialogue psycho- corporel qu'entretient la mère avec son enfant à naître, à travers lequel la relation affective consciente et inconsciente de la mère avec l'enfant à venir peut être approchée. Enfin, elle permet d'avancer dans l'appréhension de la qualité de l'objectalisation de l'enfant virtuel au moment de la passation.

○ *Planches photographiques*

La passation des planches photographiques correspond à une méthode projective utilisée par S. Stoléru et coll. (1985), dans la recherche intitulée « De l'enfant fantasmatique de la grossesse à l'interaction mère – nourrisson » que nous avons déjà décrite dans notre partie théorique. Selon les auteurs, ce matériel projectif est complémentaire du matériel recueilli par l'entretien. Les réponses des sujets seraient donc en lien avec leurs représentations et avec l'enfant virtuel de la grossesse.

Nous n'avons malheureusement pas pu utiliser les photos qui ont servi dans le cadre de l'étude menée par Stoléru et coll. Les planches qui composent notre protocole sont au nombre de cinq (annexe n°6) et mettent chacune en scène un nourrisson :

- \* en train de se faire habiller
- \* sur un tapis d'éveil
- \* auquel est donné le bain
- \* qui est en train de pleurer
- \* en train d'allaiter au sein

Le matériel met donc en présence les participantes, de manière plus directe et concrète, avec la représentation de l'enfant qui sera actualisé en post natal, relation et objet de cette relation étant pour l'instant encore virtuels. Les réactions des parturientes à ces planches

seront alors un indice de l'état de leur relation d'objet virtuelle. Notre hypothèse est donc que les réactions et récits que suscitera ce matériel projectif permettront de confirmer ou de compléter les informations concernant les représentations anticipatrices maternelles recueillies avec l'entretien. La passation se déroule ainsi : la consigne suivante est donnée « Je vais vous présenter des photos, imaginez une histoire à partir de chacune d'entre elles. » puis les planches sont posées l'une après l'autre sur le bureau, face à la participante.

- *Dessin de l'enfant*

Le dessin de l'enfant nous a été inspiré par l'étude de Cupa et coll. (1992) intitulé « Bébé imaginé et interactions précoces ». Ce procédé vise à évaluer par un autre moyen les capacités d'anticipations maternelles de l'enfant à venir et l'état de l'enfant virtuel lors de la passation. Le recueil d'un tel matériel nous semble particulièrement intéressant dans l'optique de comparaison test-retest qui est la nôtre.

Une feuille de dimension A4 ainsi qu'un crayon sont donnés à la participante et la consigne suivante est énoncée : « Dessinez votre enfant tel que vous l'imaginez actuellement »

- ❖ *Questionnaires*

Les questionnaires écrits (annexes n°7 et n°8) ont été établis afin d'alléger l'entretien oral précédemment décrit.

- *Questionnaire 1 (De début)*

La première partie du questionnaire concerne l'histoire et le vécu de la grossesse, ainsi qu'une partie brève sur les représentations que la participante a des relations avec ses propres parents durant l'enfance.

L'objectif de cette partie est de recueillir des informations anamnestiques sur la parturiente pouvant être utiles à l'analyse du protocole. Cependant, elle vise également à évaluer ses capacités d'anticipation en explorant ses réactions aux différents événements qui ont marqué la grossesse (annonce de la grossesse, échographies, premiers mouvements fœtaux

ou tout autre fait marquant qui sera mentionné), ainsi que l'évolution dans le processus d'actualisation de l'enfant virtuel à travers les changements perçus par la mère concernant la relation avec l'enfant à venir tout au long de la grossesse, lors d'évènements tels que les échographies ou la perception des mouvements fœtaux, par exemple. Cette partie a d'ailleurs été inspirée, pour une grande part, par l'étude d'Ammaniti et coll. sur l'ouverture au changement et la flexibilité des représentations (correspondant aux questions 2, 3, 11, 12 et 15 de l'interview). Les trois dernières questions de cette partie sont destinées à cerner la façon dont la parturiente se place en tant que mère par rapport à ses propres parents (questions 36 et 37).

La seconde partie de ce questionnaire porte sur les représentations de l'accouchement. L'accouchement étant le sujet principal des séances de préparation à la naissance, il nous a semblé important de recueillir des informations sur ce sujet. Cependant, il ne correspond pas à un des objectifs principaux visés par notre recherche. C'est pourquoi il fait l'objet du questionnaire écrit et non pas de l'entretien oral qui peut par définition recueillir des données plus précises. Cette partie pourra éventuellement compléter l'évaluation de l'impact des séances de préparation sur l'anticipation maternelle prénatale. Elle a été inspirée par l'étude d'Ammaniti et coll. (question 14) ainsi que par le contenu de séance de préparation (douleur, péridurale et différents déroulements possibles de l'accouchement).

○ *Questionnaire 2 (De fin)*

La première partie de ce questionnaire concerne l'accouchement et est identique à la seconde du premier questionnaire, ceci afin de pouvoir comparer les réponses qui y seront apportées.

La seconde concerne les séances de préparations à la naissance et vise à explorer le vécu que les participantes ont eu des séances, les émotions positives ou négatives qu'elles ont pu ressentir, les moments déstabilisants ou rassurants. Il s'agit ici de nous éclairer sur l'impact des séances sur le travail d'anticipation.

## 4. RÉSULTATS

Les protocoles des trois cas cliniques sont présentés en annexe (annexes 10 a, 10 b et 10 c). Chacun se compose donc des deux entretiens intégralement retranscrits, des deux dessins de l'enfant et des originaux des deux questionnaires (excepté pour M<sup>me</sup> P dont le second questionnaire ne nous est pas parvenu).

Pour chaque entretien est précisé en en-tête : le cas dont il s'agit, l'âge de la participante, l'entretien dont il est question avec entre parenthèses l'âge de grossesse en semaines d'aménorrhées au moment de la passation et enfin, la durée de l'entretien. Par exemple : M<sup>me</sup> G – 27 ans – 1<sup>er</sup> entretien (37 semaines d'aménorrhées) – 40 min.

Les réponses données par les participantes sont précédées du numéro de la question à laquelle elles correspondent. Les interventions de l'interviewer figurent en bleu. Les hésitations à l'intérieur du récit sont signalées par des points de suspension et les interruptions plus longues sont marquées par un temps de latence mis entre parenthèses. Les émotions visibles de l'interviewée sont également mentionnées entre parenthèses dans le texte (exemples : sourire, rires etc.) et lorsque la personne semblait particulièrement émue cela est signalé de la même manière (émotion++).

Enfin, les paroles prononcées lors du dessin de l'enfant sont également retranscrites avec les temps de latence.

## 5. ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Nous analyserons chaque protocole l'un après l'autre, au regard de nos hypothèses. La première hypothèse, à savoir la variabilité de l'anticipation structurale, sera analysée de manière privilégiée à l'aide de la première partie du questionnaire 1 (histoire de la grossesse) et des précisions demandées lors du second entretien, ainsi que des anticipations maternelles prénatales telles qu'elles apparaissent lors du premier entretien. L'examen de la seconde hypothèse consistera en la comparaison des deux passations. En T1 comme en T2, l'anticipation maternelle prénatale sera analysée sous ses aspects comportemental, affectif et fantasmatique.

Le protocole de recherche permet de recueillir un matériel de type discursif dans lequel notre objectif est de repérer le type d'angoisse et les mécanismes de défense mis en place pour y faire face. Il s'agit donc ici, au-delà de la prise en compte du contenu manifeste de l'entretien, de repérer le contenu latent de ce discours manifeste, d'atteindre son niveau inconscient. Nicole Jeammet en souligne bien les difficultés (Jeammet N., 2006). Suivant ses propositions sur le sujet, nous allons analyser également le matériel obtenu selon la forme du discours. Nous nous attacherons donc à repérer les mécanismes du discours, comme autant de mécanismes de défense, ou autrement dit de traitement de l'angoisse. Pour repérer et interpréter ces mécanismes de défense nous nous appuyerons sur la grille de dépouillement du TAT (annexe 9). Ainsi, le discours, sous-tendu « par des fantasmes en lien avec des désirs inconscients, déclenche un certain type d'angoisse, contre laquelle des mécanismes de défense pré-valents sont mis en jeu ; ce sont ces mécanismes devenus mécanismes du discours que nous allons chercher à repérer et à interpréter, puisqu'à la fois ils organisent la plus ou moins grande logique du récit, à la fois ils sont des « indicateurs » des désirs inconscients. »

D'autre part, comme nous l'avons décrit dans notre partie théorique, l'anticipation est utilisée ici en tant qu'indice de la maturation du processus de parentalité et donc de la relation d'objet virtuelle. C'est un mécanisme de défense dont la pauvreté, l'aspect stéréotypé et la rigidité signe une angoisse qui se situe davantage sur le versant de l'angoisse automatique. A contrario, l'anticipation de type flexible et riche signe une angoisse se situant davantage sur le versant de l'angoisse signal. Les descriptions de ces degrés de flexibilité de l'anticipation établies par l'équipe de Massimo Ammaniti au sujet de leur variable « ouverture au

changement et flexibilité » (cf. Références Théoriques, 2.4.2.), ainsi que la description des variables qui ont servi à l'élaboration de notre entretien (cf. Méthodologie, 3.2.4.) nous aiderons également à repérer et à analyser la variable « anticipation » telle qu'elle apparaît dans les discours des participantes.

Nous analyserons donc l'anticipation et son évolution tout d'abord à travers la façon dont est relatée l'histoire de la grossesse, puis à travers le corps de l'entretien, les récits obtenus lors de la présentation des planches photographiques et le dessin de l'enfant, ce pour chaque passation (en T1 puis en T2). Les numéros des questions auxquelles se rapportent les commentaires sont précisés entre parenthèses au cours de l'analyse. A la fin de chaque analyse de cas clinique, nous en ferons une conclusion synthétique.

## 5.1. M<sup>me</sup> G

M<sup>me</sup> G est âgée de 27 ans, elle travaille en tant qu'aide soignante auprès de personnes âgées. Mariée depuis cinq ans, elle et son mari (d'origine africaine) essayent depuis leur mariage d'avoir un enfant. Après deux années de tentatives infructueuses, elle puis son mari multiplient les examens médicaux et ce auprès de trois médecins différents. La décision fût alors prise de recourir à une méthode de procréation médicalement assistée (ICSI). Après quatre tentatives de traitement, deux embryons ont été implantés dont un « a tenu ». Elle est enceinte de 37 semaines d'aménorrhées lorsque je la rencontre pour ce premier entretien.

### ❖ *Variabilité de l'anticipation et relation d'objet virtuelle en TI*

#### ○ *Histoire de la grossesse*

La première question du questionnaire concerne ce qui a présidé à la décision de faire un enfant. M<sup>me</sup> G situe cette décision comme une conséquence directe de son mariage mais ne s'étend pas et explique tout de suite les difficultés que le couple a eu avant de pouvoir entamer cette grossesse (2). Ce parcours jonché de nombreux examens puis de traitements médicaux tient donc une place importante dans le protocole de M<sup>me</sup> G. Elle le mentionne d'ailleurs dès le début de notre première entrevue et a conscience du fait que cela influence beaucoup sa façon de vivre sa grossesse. Ainsi, elle décrit, de manière spontanée, le déroulement de sa grossesse par ses manifestations somatiques (3) et souligne l'absence de problèmes gynécologiques. Puis à la question portant sur sa réaction lors de l'annonce de la grossesse, elle mentionne la « grande victoire sur [leur] problème de stérilité » et l'inquiétude du premier trimestre concernant la possible perte du bébé. En effet, les préoccupations médicales, autour de la santé de l'enfant sont omniprésentes tout au long du protocole. « La conception » vient également en premier à la question concernant ce qui ne lui a pas plu lors de la grossesse. L'identité conceptionnelle de l'enfant à naître dont on comprend l'impact important sur le protocole de M<sup>me</sup> G, serait donc ici : être issu d'une méthode de procréation médicalement assistée impliquant des traitements médicaux longs et lourds ainsi qu'un éventuel risque pour l'enfant.

Cependant, les mécanismes de défense semblent opérants. En effet, lors des demandes de précisions de ma part (cf. second entretien), M<sup>me</sup> G se lance dans des explications longues et

détaillées du parcours qui a mené à cette grossesse avec nombre de précisions et intellectualisation (explication du procédé de l'I.C.S.I. par exemple) qui permettent de mettre à distance l'angoisse, à l'instar de pointes d'humour et de rires lors de l'évocation de moments particulièrement difficiles ou intenses. Par exemple, lors de l'évocation des nombreux examens subis « Ah ça ! On a été vu sous tous les angles hein ! (rires) » Ou encore des rires à l'évocation de l'attente de l'annonce de la réussite de l'implantation « le plus dur ça a été l'attente (rires) », rires qui se répètent ensuite à plusieurs reprises. Le discours se fait alors plus hésitant et après la multitude de détails qui caractérisaient jusque là son récit, M<sup>me</sup> G manque de mots pour décrire son émotion : « c'était... j'étais euh... c'était... c'était formidable quoi. » Elle évoque ensuite son mari qui semble ici avoir fonction d'étayage : « j'ai appelé tout de suite mon mari ». Le discours est également marqué par des remâchages, surtout lors de l'évocation de la perte d'un embryon sur les deux ayant été implantés. L'ambivalence est alors prégnante et l'angoisse liée à cette perte palpable à travers les dénégations « notre but c'était pas que les deux tiennent » et les aller – retour entre l'expression pulsionnelle liée à l'angoisse et la défense : « Même si je me disais ... parce qu'on avait mis deux embryons [...] notre but c'était qu'y en ait qu'un qui tienne / au moins un / deux ce serait merveilleux mais bon. » Pour finir le retour à un discours médicalisé permet une mise à distance.

Ainsi, le recours à l'intellectualisation et à la rationalisation semble être l'un des mécanismes de défense privilégiés de M<sup>me</sup> G. Ce mécanisme lui permet de faire face à l'angoisse : elle peut ainsi s'exprimer sur ce parcours singulier et sur ses inquiétudes sans être submergée. Elle semble donc se situer à première vue sur le versant de l'angoisse signal. Elle procèdera de la même manière lorsque je lui demanderais des précisions sur les inquiétudes qui marquèrent le premier trimestre de la grossesse, ayant alors recours à l'intellectualisation et justifiant ces inquiétudes de manière rationnelle (« ils nous ont fait signer des papiers » « ils n'ont que vingt ans de recul, donc c'est pas énorme »).

Enfin, l'évolution de la représentation du fœtus durant la grossesse est prégnante et à été assez rapide, M<sup>me</sup> G étant très sensible aux éléments nouveaux venant montrer l'existence de l'enfant, telle que les échographies par exemple. En effet, M<sup>me</sup> G décrit très bien la représentation duelle d'une petite chose non humaine « espèce de petite lentille », et pourtant déjà en vie et devenant humain « euh... avec un petit point blanc qui clignotait, c'était le cœur et qu'on l'a entendu ». L'évolution des représentations et cette dualité est

particulièrement palpable dans le récit de la première échographie (deuxième pour M<sup>me</sup> G) où elle mentionne l'impression de bizarrerie ressentie devant l'image de l'enfant et où elle revient par trois fois sur la dualité de la représentation de l'enfant. Celui-ci est à la fois un « truc » de « douze ou treize centimètres » qu'à deux mois et demi elle ne sent « toujours pas bouger », et à la fois est « déjà grand », dont « tout était déjà fait » et qui « pourtant est vivant ». Mais ce qui vient signer définitivement l'existence de l'enfant en tant que devenant humain semble être la perception des premiers mouvements fœtaux : « j'ai vraiment senti qu'il était là ». Cependant la représentation est encore duelle puisqu'elle se dira alors : il y a « quelque chose en moi ».

En conclusion, l'histoire de la grossesse de M<sup>me</sup> G est lourde et difficile mais a pu être élaborée. Les angoisses paraissent se centrer sur la survie ainsi que sur la santé future de l'enfant. Mais les mécanismes de défense sont efficaces (intellectualisation et mise à distance humoristique). M<sup>me</sup> G est ouverte aux changements et le processus d'actualisation de l'enfant virtuel semble avoir été prégnant dès le début de la grossesse sous l'impulsion d'une première échographie précoce, mais peut-être également suite à la longue période qui sépare le désir de grossesse de sa réalisation effective. L'analyse de l'entretien va permettre d'affiner et éventuellement de confirmer ces premières conclusions.

### ○ *Corps de l'entretien*

#### a- Anticipations d'elle-même en tant que mère

Les premières réponses sont peu développées, cependant cela semble dû à une difficulté à entrer dans l'entretien au commencement de celui-ci. J'ai effectivement senti une hésitation qui m'a poussé à l'encourager. Par la suite, lorsque M<sup>me</sup> G sera plus à l'aise dans la relation, les réponses seront effectivement plus longues.

Malgré ces premières hésitations, les représentations anticipatrices sont présentes et accessibles (1) : elle espère être une mère « très présente ». Cette caractéristique revient lorsqu'elle mentionne son souhait d'encadrer son enfant, puis lorsqu'elle parle de l'allaitement comme un moyen de « rapprochement » avec l'enfant. Cependant, ces représentations ne sont ni rigides, ni idéalisées. Ainsi, elle évoque également de possibles

erreurs et le fait que l'allaitement ne pourra peut-être pas marcher. Elle évoque d'ailleurs de manière spontanée (dans le questionnaire) les aspects difficiles (douleurs) de l'accouchement. Elle pense aussi à la manière dont cet enfant va pouvoir s'insérer dans sa vie professionnelle. C'est sur ce point qu'elle reviendra d'ailleurs à la fin de cette partie (4) : elle pense que « ce sera difficile » et évoque l'organisation de sa « nouvelle vie de maman » ainsi que les « grands changements » auxquels elle devra faire face. Elle reconnaît donc ces changements et se dispose à les accepter. L'angoisse associée à ces représentations n'est cependant pas envahissante, les mécanismes de défense sont efficaces : banalisation (« comme toutes les mamans », « on », « c'est normal ») et recours à une généralité, au sens commun (« la vie amène à ... », « tout le monde y est passé... »). En outre, elle recherche activement des informations sur Internet ou dans des manuels, et s'interroge sur la fonction maternelle au contact de ses amies déjà mères (3). Elle semble donc engagée dans un processus actif de découverte de sa future maternité.

D'autre part, l'altérité de l'enfant est déjà mentionnée de manière spontanée. Il est pris en compte comme un individu avec sa personnalité propre : « c'est le caractère de l'enfant qui joue aussi » (1). Enfin, si M<sup>me</sup> G se projette avec un « bébé », un « tout petit », il est à noter que les projections anticipatrices visent également un avenir avancé. Ainsi, elle parle de son éducation et de quand il sera « plus grand » et voudra s'affirmer, ou encore quand il marchera ou ira à l'école (4). Elle anticipe également la séparation de l'accouchement, qu'elle met en balance avec le rapprochement de l'allaitement. L'introduction du père, et donc du tiers dans la relation duelle, permet ici « de se séparer doucement » (2). On peut donc faire l'hypothèse d'une tiercéité déjà amorcée et d'une anticipation de la séparation d'avec l'enfant déjà effective et teintée d'ambivalence puisque l'allaitement est, pour finir, un moment d'exclusivité entre elle et le bébé.

M<sup>me</sup> G semble donc s'approprier la fonction maternelle et prendre en compte les changements que cela implique « maman c'est toute une vie c'est pas juste après la naissance [...] on évoluera en même temps ». Les représentations anticipatrices sont évoquées aussi bien dans leurs aspects positifs que négatifs, sans que cela ne soit envahissant. Elle paraît donc se situer sur le versant de l'angoisse signal d'alarme. Enfin, l'altérité de l'enfant virtuel semble, à première vue, déjà bien anticipée. Les représentations anticipatrices de l'enfant seront davantage explorées dans la partie suivante.

## b- Anticipations concernant son enfant à venir :

Tout d'abord, les angoisses autour de l'enfant à venir semblent centrées sur la santé de celui-ci. Ainsi lorsque M<sup>me</sup> G explique sa décision de ne pas connaître le sexe, elle dit « Peu importe tant qu'on a un bébé en bonne santé ». Il en va de même sur l'attente de la dernière échographie afin de commencer les préparatifs pour la venue de l'enfant puisqu'elle dit avoir voulu « vraiment savoir si mon bébé va bien ». Elle a, également, décidé d'attendre d'avoir accouché pour monter les meubles dans la chambre de l'enfant. Enfin, à l'occasion de la dernière question (4), elle revient sur cette préoccupation autour de la santé de l'enfant et des problèmes médicaux possibles lors de l'accouchement : « J'espère que l'accouchement se passera bien et que bah, il ira bien, hein. Voilà. Que il ira bien et que moi aussi. » Ces angoisses sont donc particulièrement prégnantes et peuvent, à l'évidence être mises en lien avec le parcours médicalisé qui a mené à cette grossesse, mais aussi avec les antécédents familiaux du couple. (1) En effet, M<sup>me</sup> G décrit deux accouchements lors desquels l'enfant est mort à la naissance ou quelques jours après et mentionne de nombreux cas d'enfants souffrants de handicap mental. Ces événements font certainement partie de l'histoire véhiculée au sein de la famille, mais ont eu lieu il y a déjà longtemps puisqu'il s'agit de sa grand-mère et de la cousine de sa mère. On peut donc penser qu'elle les utilise aussi afin d'expliquer de manière rationnelle ses propres craintes : « Elle s'est retrouvée à rentrer toute seule de la maternité avec la chambre prête et pas de bébé dedans. » Ainsi les mécanismes défensifs sont une nouvelle fois opérants : lors de ce récit, elle rationalise et met à distance ces représentations angoissantes : « Mais avec une échographie ça se serait vu », « Mais bon, moi je sais que j'aurai pas ça parce qu'avant ma grossesse j'ai fait tout un tas d'exams », ou encore « Je sais qu'y a pas plus de risque que pour une autre mais bon... ».

Parallèlement à cela, l'enfant virtuel est cerné d'incertitudes : couleur, sexe, caractère etc. Les préoccupations de M<sup>me</sup> G semblent ici centrées sur la couleur qu'aura son enfant. Cela met en valeur un second aspect de l'identité conceptionnelle de l'enfant à venir : être issu d'une union mixte. (1) L'angoisse paraît importante ici face aux incertitudes concernant les caractéristiques d'un enfant déjà différencié (remachâges). La couleur serait-elle ici le point d'encrage de l'angoisse devant un être immanquablement différent de soi ? M<sup>me</sup> G se raccroche alors à ce qu'elle sait : « Je sais que mon bébé sera pas blanc, bon, ça je le sais. » La représentation de l'enfant a d'ailleurs évolué : elle l'a tout d'abord rêvé blanc, puis « café au

lait ». Elle dit s'y préparer et préparer également sa famille à accueillir un bébé différent. Le travail d'anticipation apparaît donc très présent. Elle rêve d'ailleurs beaucoup de son enfant.

Deux autres incertitudes semblent être le sexe de l'enfant qu'elle a refusé de connaître et son caractère, dont elle ne donnera pas de caractéristiques possibles spontanément. Cette question suscite d'ailleurs un refus « Euh... non... Euh, non, il sera comme il sera et puis c'est tout... ». A l'instar de la décision d'attendre d'être sûre de la bonne santé du bébé pour commencer les achats et autres préparatifs, elle semble dans un premier mouvement, s'empêcher de s'imaginer son enfant. Peut-être s'agit-il de garantir l'acceptation de cet enfant dont la différence est également au centre de ce travail d'anticipation ? Elle mentionne d'ailleurs une autre sorte de rêves où apparaissent subitement des éléments « bizarres » et inattendus au milieu d'éléments connus (3).

Malgré cela, les représentations de l'enfant virtuel sont bien présentes : elle « le voit garçon », mais envisage également l'autre possibilité. Elle pense acheter « un petit ensemble garçon, un petit ensemble fille » et dans ses rêves les deux sexes sont également présents de manière alternative. En outre, elle nous transmet une représentation concernant le caractère de l'enfant par une dénégation « j'espère qu'il aura pas mon caractère ». Cette caractéristique là l'inclurait d'ailleurs dans un lien générationnel : « c'est dans la famille ». Enfin, les achats ont été faits très rapidement suite à la dernière échographie. On peut donc penser qu'ils ont été réfléchis auparavant, même si non effectués. Cette hypothèse sera, en effet, vérifiée lors du second entretien pendant lequel elle expliquera qu'elle s'était beaucoup renseignée mais sans acheter. L'évolution progressive au cours de la grossesse, des représentations de ce devenant humain est d'ailleurs palpable : M<sup>me</sup> G parlera d'un « quelque chose » qu'elle ne sent pas, puis dira « ça commence vraiment à bouger », et enfin terminera par le nommer « mon bébé » (3).

Pour finir, les projections anticipatrices concernent déjà un avenir éloigné. M<sup>me</sup> G évoque l'éducation de son futur enfant, sa vie à l'école et sur le ton de l'humour ses 18 ans : « J'ai pas encore été jusqu'à ses dix huit ans à lui acheter la moto mais (rires) » (2). L'enfant virtuel est déjà bien avancé sur la voie de la différenciation : « tous les enfants sont différents » ce qui n'est pas sans provoquer les angoisses cependant bien contenues que nous avons tenté de décrire plus haut. L'empathie est déjà visible lorsqu'elle parle des prénoms trop répandus qu'elle ne veut pas pour son enfant car cela a été son cas.

En conclusion, les préoccupations de M<sup>me</sup> G sont centrées sur la santé de l'enfant. Les incertitudes sont également nombreuses, notamment focalisées sur la couleur de l'enfant étant donné ses origines métissées. Le travail d'anticipation de l'altérité de l'enfant virtuel semble alors très actif et l'angoisse engendrée paraît être sur le versant de l'angoisse signal. En effet, les mécanismes de défense semblent encore une fois efficaces et l'angoisse ne paralyse en rien l'anticipation de M<sup>me</sup> G et ce, malgré des refus défensifs mis en avant au premier abord. Parallèlement aux préparatifs matériels pour l'enfant qui sont déjà prêt (« ...là il a tout. ») (2), le nid externe semble également se préparer en continuité de la contenance interne.

### c- Anticipations concernant sa relation avec cet enfant :

Cette partie met en valeur l'importance du dialogue psycho-corporel que M<sup>me</sup> G entretient avec son enfant à naître. Comme nous l'avons déjà fait remarquer, elle semble particulièrement sensible et attentive aux signes de vie de l'enfant à venir, il est effectivement à noter la perception relativement précoce des premiers mouvements fœtaux (cf. Questionnaire : « vers 3 mois et demi). D'autre part, à la question « selon vous, entretenez – vous déjà une relation avec votre enfant ? », elle répond sans hésitation par l'affirmative et se lance avec enthousiasme dans l'explication de cette relation (1 et 2). Ainsi, l'importance des interprétations qu'elle fait, avec conviction, des différents mouvements qu'elle ressent, témoigne de fortes identifications projectives. En effet, elle lui prête des pensées et des capacités de perception : « Je sais qu'il m'entend », « Je pense que c'est parce qu'il entend ma voix », « il doit savoir aussi... » mais aussi des intentions communicationnelles : « il répond quand son père l'appelle », « d'un air de dire : bon, c'est quand que tu t'arrêtes ! » ainsi que des goûts : « il aime les voies d'hommes ».

Il nous semble important de noter que ce dialogue n'est en rien envahi par les angoisses développées autour de la santé de l'enfant décelées plus haut. Ainsi les pressions qu'elle exerce sur son ventre sont décrites comme un « jeu » interactif. Cela confirmerait l'efficacité des défenses mises en place contre celles-ci. En outre, à travers cette relation psychoaffective anténatale, est clairement visible l'anticipation de l'altérité de l'enfant virtuel. Ainsi, l'enfant a ces propres pensées, réactions, émotions, mais M<sup>me</sup> G est également attentive à son propre rythme veille/sommeil (différent du sien) : « Je sais par exemple quand il dort [...] je sais quand il est vraiment réveillé et puis qu'il donne des coups qu'il se défoule [...] je sais que c'est entre 21h et 22h le soir, je sais que c'est là. Et puis je sais aussi que des fois c'est à 3 ou

4h du matin, ça c'est plus embêtant mais (rires) bon je sais, maintenant je sais à peu près à quelle heure il se réveille, juste bah parce qu'il se réveille ».

De plus, la manière dont elle parle à son enfant indique également la reconnaissance de celui-ci en tant qu'individu différencié dont elle prend déjà en compte les besoins : « Je lui ai dit tout à l'heure : bah écoute j'ai rendez vous à la maternité, après je rentre et je te promets que je vais me reposer. » L'importance de la relation affective déjà très présente est également visible à travers les petits noms qu'elle donne à son bébé, ainsi que par le caractère unique et particulier que M<sup>me</sup> G semble prêter à cette relation (alors que d'ordinaire elle paraît relever la normalité de ses représentations sur un mode défensif) : « je sais pas si c'est moi qui ressent ça comme ça ou si c'est pour tout le monde pareil ou si c'est normal mais moi c'est comme ça. » L'empathie et la contenance de cette relation sont sensiblement palpables à travers la façon dont elle la décrit. Ainsi, l'incertitude sur le fait que l'enfant comprenne intellectuellement ses paroles (« enfin, je sais pas si il sait parce que de là à ... ») n'entame en rien sa conviction d'une compréhension mutuelle : « ça comprend quand même aussi bien par la parole que par les sentiments » (3). L'intersubjectivité entre la mère et l'enfant à naître est ici particulièrement mise en exergue. L'enfant s'y trouve subjectivé, de même que la mère semble confirmée en tant que mère par cet enfant dont elle interprète les mouvements : « je sais que moi j'ai eu un décès y a pas très longtemps et le bébé était toujours à bouger d'un air de dire : arrête, vas-y, continue, je suis là quoi. C'est lui qui me donnait, qui me donnait la vie quoi c'est bête à dire mais bon des fois c'est dans l'autre sens. »

Enfin, cette relation anténatale est envisagée dans la continuité entre le pré et le post natal. Ainsi, lors de la question 3 portant sur la relation avec l'enfant après la naissance, M<sup>me</sup> G mélange les deux dans son discours, inscrivant la relation post natale dans la continuité de la connaissance mutuelle développée pendant la grossesse. On retrouve également l'anticipation de la séparation de la naissance à travers la volonté de rapprochement avec l'enfant après l'accouchement. Une généralisation (appel au sens commun) permet la mise à distance de l'angoisse suscitée par cet aspect : « un petit est toujours proche de sa mère ». La différenciation de l'enfant à venir est encore visible par la mention de l'adaptation mutuelle nécessaire après la naissance : « j'espère [...] que on réussira à se caler l'un l'autre ». Les projections concernant l'enfant à venir sont une nouvelle fois avancées dans l'avenir (« c'est surtout plus grand... »). L'évocation d'un avenir lointain autour d'un enfant déjà grand semble permettre d'éluder l'évocation d'un avenir plus proche, en relation avec les suites directes de

l'accouchement : « je pense que après la naissance y aura pas de ... je pense, enfin, je verrai bien mais je pense que pour moi y aura pas, c'est surtout plus grand quand euh... quand il sera vraiment plus grand euh... ». Ensuite, l'angoisse suscitée par l'évocation de la relation en post natal avec son enfant est mise à distance par des dénégations et par une banalisation : « ... il va bien se mettre à faire ses nuits. C'est, c'est normal aussi. »

Pour conclure, la façon dont cette mère interprète les mouvements de son enfant et interagit avec lui, montre la réelle prise en compte de l'altérité de celui-ci ainsi que des capacités de contenance et d'empathie qui semblent d'ors et déjà présentes.

○ *Planches photographiques*

Planche 1 : Le temps de latence est long et l'émotion provoquée par la photo est palpable. La projection semble massive et directe : M<sup>me</sup> G ne raconte pas une histoire, ni ne décrit la photo mais se met elle-même dans la situation suggérée par la photo. Celle – ci la renvoie à l'arrivée imminente de « ce bébé là », dont elle s'occupera « vraiment en vrai ». Cette confrontation à l'enfant qui sera actualisé en post natal paraît susciter beaucoup d'émotion et rendre difficile le respect de la consigne. La préoccupation autour de la couleur qu'aura son bébé revient ici. L'angoisse qui semble provoquée par la représentation de ce bébé actualisé est finalement mise à distance par une série de dénégation : « ça me fait pas peur ... c'est pas, j'ai pas peur... non, voilà. »

Planche 2 : La projection paraît à nouveau massive et empêche l'élaboration d'un récit. Elle relève l'expression souriante de l'enfant sans décrire davantage la situation. L'émotion de même que les temps de latence sont importants et elle refuse d'exprimer davantage ce que lui évoque la photo en se justifiant par l'aspect plus âgé que semble avoir l'enfant. Puis elle a recourt à une intellectualisation (« on voit qu'il commence à se tenir ») et nie l'émotion que suscite la planche alors même que celle-ci est nettement visible. Enfin, elle termine par un rire qui nous apparaît également défensif.

Planche 3 : M<sup>me</sup> G décrit encore une fois directement ce qu'elle pense de la situation, sans s'attacher à la photo en elle-même. Les temps de latence sont encore importants mais

l'émotion moindre. Elle évoque, une nouvelle fois, une situation de rapprochement avec l'enfant, ainsi que l'anticipation d'un aspect difficile de la maternité (fatigue).

*Planche 4 :* L'entrée directe dans le récit contraste avec les temps de latence aux planches précédentes, l'émotion est également moindre. L'émotion du bébé est prise en compte comme une réalité possible : « je m'attends aussi à ça. » mais l'angoisse est mise à distance : « on verra bien [...] on jugera au moment venu ». Enfin, elle a recours à une généralisation « tout le monde y est passé » et une dénégation « j'appréhende pas ».

*Planche 5 :* Le récit est peu développé, l'expression semble difficile. Elle évoque les difficultés possibles au niveau de l'allaitement.

Ainsi, alors que le discours était fluide et assez développé lors des questions, M<sup>me</sup> G semble avoir plus de difficultés devant le matériel projectif. La représentation photographique d'un enfant qui sera actualisé en post natal paraît provoquer une projection massive (émotion et temps de latence). Mais, prise par l'émotion, elle ne semble pas pouvoir s'exprimer sur « ce bébé là » comme elle le fait par ailleurs à propos de son bébé virtuel. Une même difficulté à s'exprimer accompagnée d'émotions a déjà été rencontrée dans le protocole de M<sup>me</sup> G lorsqu'elle évoquait le moment où elle a appris qu'elle était enceinte. Mais le discours n'est pas totalement paralysé, les mécanismes de défense semblent permettre un traitement de l'angoisse. Ces difficultés sont peut-être à mettre en parallèle avec l'attente et les démarches qui ont précédés cette grossesse. Ainsi, si le temps mis pour tomber enceinte et le désir de grossesse ont permis le déploiement de l'enfant virtuel, les moments marquant un bond particulièrement important dans l'actualisation de cet enfant semblent difficiles à élaborer, sans toutefois bloquer l'anticipation.

○ *Dessin de l'enfant*

Malgré une certaine réticence, M<sup>me</sup> G dessine son enfant. Elle évoque sa difficulté à se le représenter physiquement et se raccroche au percept visuel, à ce qu'elle a vu lors de l'échographie. On retrouve l'interrogation concernant les origines métissées de son enfant (traits du visage de type africain) ainsi que celle portant sur le sexe de l'enfant (?).

❖ *Evolution de l'anticipation entre T1 et T2*

○ *Corps de l'entretien*

a- Anticipations d'elle-même en tant que mère

Tout d'abord, M<sup>me</sup> G évoque l'aspect « difficile » de la maternité qu'elle avait déjà mentionné lors du premier entretien : « ce sera dur déjà », mais celui-ci vient en premier lieu cette fois-ci (1). Elle y revient à la fin de cette partie : « je sais que ça va être dur » (4). Des mécanismes de défense permettent alors une mise à distance de l'angoisse suscitée par ces représentations. Il en va ainsi des rires, de la répétition de l'expression « on verra », de la dénégation « c'est pas un rôle qui me fait peur » ou d'une tentative de rationalisation : « La grossesse s'est bien passée, je vois pas pourquoi après ça se passerait pas bien. » Les défenses semblent donc efficaces. Cependant, un autre aspect est évoqué, qui nous apparaît plus concret que les « changements » évoqués de manière vague lors du premier entretien. En effet, M<sup>me</sup> G anticipe à présent plus directement les suites du séjour à la maternité, et appuie sur le fait qu'elle devra « se débrouiller seule » (3). Pour gérer l'angoisse qui apparaît ici elle fait appel à divers éléments à valeur d'étayage : les « astuces » trouvées dans les magazines, les explications données à la maternité, le médecin ou encore les séances de préparation : « Bah à mon avis ce sera dur déjà. Euh, je le sais, je me suis préparée, bon avec les cours et tout ça déjà. » (1). Ce recours à ce type de réassurance narcissique est également visible lorsqu'elle évoque les possibles difficultés liées à l'allaitement : « Bon après c'est vrai que je pense que si j'avais vraiment des problèmes euh pour l'allaitement, je verrais au cours de, au cours du séjour à la maternité quoi. » (2). L'anticipation de la fonction maternelle dans sa valence négative semble donc se faire un peu plus prégnante, mais d'autres mécanismes de réassurance sont alors mis en place et lui permettent de ne pas être débordée par l'angoisse.

D'autre part, l'anticipation de la séparation de l'accouchement qui était déjà présente dans le premier protocole, s'intensifie (1). Elle l'exprime par la peur du manque des sensations que provoquent les mouvements fœtaux. Là encore, les mécanismes de défense semblent opérants pour y faire face : humour « il va pas retourner dans le moule (rires) », mise à distance « on verra », dénégation « non, ça ira », et enfin banalisation « Tout le monde est passé par là ». Le rapprochement mis en parallèle avec cette anticipation de la séparation dans le premier entretien, paraît ici accentué en conséquence. En effet, ce rapprochement

avant cantonné à l'allaitement, est à présent la caractéristique principale qu'elle se donne en tant que mère : être « très couveuse », protectrice. Elle justifie cela par la dépendance de l'enfant puisqu'il ne « peut pas se débrouiller seul ».

Enfin, on retrouve les préoccupations liées à l'identité métissée de l'enfant (1). Ce travail d'identification (au sens où l'emploie B. Bayle dans sa théorisation) est mis en exergue par les compromis faits entre les deux cultures (éducation et prénoms). Ainsi, les anticipations concernent encore un avenir avancé : insertion dans la société en tant qu'enfant métis (« Même pour l'avenir, même pas quand il sera tout petit mais pour quand il ira à l'école ou quand il voudra trouver du travail. »).

Les mêmes thèmes sont donc à nouveau présents. L'anticipation d'elle-même en tant que mère semble pourtant s'être légèrement intensifiée, notamment dans sa valence négative, ainsi que l'anticipation de la séparation d'avec l'enfant du dedans.

#### b- Anticipations concernant son enfant à venir :

Les interrogations concernant l'enfant à venir sont une nouvelle fois centrées sur les origines métissées de l'enfant à venir (couleur de peau, type de cheveux, couleur des yeux). Afin d'essayer d'y répondre, elle se réfère à d'autres couples mixtes qu'elle rencontre ou aux photos d'enfants dans les magazines. Les incertitudes sur l'enfant à venir semblent donc se centrer sur cet aspect et permettre une mise à distance des angoisses portant sur la santé de l'enfant qu'elle exprime de manière indirecte à travers une pointe d'humour : « c'est bête comme questions parce que savoir si il a tous ses doigts c'est plus important (rires) non moi c'est la couleur. »

L'anticipation du caractère de l'enfant, qui avait suscité un refus lors du premier entretien, tend ici à être plus développée. Ainsi ce qu'elle avait évoqué par une négation auparavant (à savoir sa ressemblance avec son propre caractère) est ici évoqué de manière directe. Il est, lui aussi, appréhendé à travers l'origine métissée de l'enfant et à travers une référence au sens commun : « on dit que les bébés qui sont métisses ils ont un caractère très très fort ». Puis elle se réfère là encore à des exemples extérieurs (enfants d'un couple d'amis) pour se le représenter. Dans le discours de M<sup>me</sup> G, ces représentations anticipatrices sont évoquées en alternance avec des mises à distance défensives (« on verra » répété deux fois et

rires). A la fin, ces interrogations sont écartées : « on peut pas dire à un enfant toi t'es calme et toi t'es turbulent hein, c'est l'enfant qui est comme ça. » Cette dernière phrase marque également le caractère non rigide des représentations, l'enfant est envisagé comme un individu ayant son propre caractère. De plus, une valorisation narcissique de l'enfant est légèrement présente, à travers le prénom choisi pour la fille (Maélys signifiant princesse) et sur une pointe d'humour en fin de partie : « De toutes manières ce sera toujours le plus beau des bébés : ce sera le mien ! (rires) »

Enfin, l'ambivalence par rapport à l'accouchement est prégnante. M<sup>me</sup> G est partagée entre la réticence à être séparée de l'enfant et la hâte de le rencontrer après une longue attente. Ainsi, elle exprime la peur du manque des mouvements fœtaux et dira au sujet du prénom : « mais bon j'ai pas encore accouché hein ça peut encore changer... ». Parallèlement à cela, elle s'étendra sur l'attente et la hâte qu'elle éprouve de le voir (3 et 4). Elle dira d'ailleurs à plusieurs reprises qu'elle « se sent prête » à présent. Elle a modifié quelques éléments de la valise en fonction des conseils de la sage-femme qui anime les séances de préparation, en les ajustant à la réalité de la clinique. Elle a prévu l'emplacement des meubles dans la chambre même si ceux-ci ne sont toujours pas montés, et si elle ne rêve plus, elle imagine parfois son enfant dans des lieux aménagés pour lui ou dans des vêtements qu'elle lui a acheté. Donc, si l'arrivée de l'enfant était déjà anticipée en T1 et son nid extérieur déjà bien mis en place pour l'accueil de l'enfant du dehors (elle pensait d'ailleurs accoucher d'ici peu de temps après le premier entretien) ; M<sup>me</sup> G semble en quelque sorte y penser de manière plus concrète.

Elle pense également à l'accouchement en lui-même. Celui-ci était déjà envisagé ainsi que ses aspects difficiles (douleur par exemple) dans le premier questionnaire. Elle souligne à présent la fonction d'étayage que semblent avoir eu pour elle les informations apportées par la sage-femme lors des séances de préparation : aussi bien dans le questionnaire que dans l'entretien les mots « c'est rassurant », « ça m'a rassuré » reviennent de manière répétitive. Elle s'appuie ainsi sur le « film » qu'elle a maintenant présent à son esprit et lui permet d'anticiper les différentes versions de l'accouchement « même si au dernier moment y a des changements ».

Ainsi, là encore les thèmes sont sensiblement les mêmes. Cependant, les angoisses concernant la santé de l'enfant apparaissent nettement amoindries. De plus, les représentations anticipatrices déjà bien développées lors du premier entretien semblent être accessibles de

manière plus directe notamment en ce qui concerne le caractère de l'enfant ou l'accouchement. Elle fait également toujours appel à des appuis extérieurs (magazines etc.) pour soutenir activement son mouvement d'anticipation.

c- Anticipations concernant sa relation avec cet enfant :

La relation psycho corporelle de M<sup>me</sup> G avec son enfant à venir est une nouvelle fois exprimée ici. Elle interprète les mouvements de l'enfant et est attentive à ses états de veille et de sommeil. La manière dont elle le stimule n'est pas intrusive mais semble simplement destinée à appréhender la position et l'état de veille de son enfant : « j'arrive plus à repérer où sont ses pieds, son dos tout ça, donc il suffit que j'appuie un tout petit peu dessus et quand il bouge pas trop, de voir si il est réveillé j'appuie un petit peu dessus et puis pof euh bon si il répond c'est qu'il est réveillé sinon c'est qu'il dort quoi. » Le rôle confirmant de ce dialogue est également mis en exergue ici : la mère est confirmée en tant que bonne mère puisqu'elle parvient à rassurer son enfant « il se met à bouger et dès que je parle ça y est il est un peu rassuré [...] pour moi ça le rassure de m'entendre. »

La préoccupation autour de la santé de l'enfant apparaît encore sous une forme humoristique, défensive : « déjà je sais qu'il entend (rires) » Alors que dans le premier entretien la relation qui suivait l'accouchement n'était pas décrite, elle revient ici sur les représentations anticipatrices d'elle-même en tant que « mère poule », couveuse et protectrice et fait le lien avec l'histoire de la grossesse. Elle anticipe la relation pour les deux sexes possibles en les différenciant, avec une connotation oedipienne pour le garçon qui serait « collé » à elle. Enfin, réapparaissent les anticipations des erreurs possibles suivies d'une mise à distance « on verra » et d'une intellectualisation « il faut faire des erreurs pour avancer ».

On retrouve donc dans ce second entretien les aspects de la relation psycho affective déjà très présente, ainsi que la relation de proximité que M<sup>me</sup> G pense avoir avec son enfant après l'accouchement, celle-ci appuyant cette fois-ci sur son rôle protecteur qui semble être la façon dont elle investit la fonction maternelle.

○ *Planches photographiques*

Planche 1 : Après avoir titré la photo, elle fait directement référence à elle-même sans s'attacher à la décrire. La hâte de l'accouchement et la préoccupation sur la couleur de l'enfant reviennent à nouveau. Le discours spontané est cependant peu développé. Après une question elle insiste sur l'aspect relationnel (« c'est surtout une relation », « une grande attention, une grande affection », « partager », « parler »). Enfin, elle se met à la place du bébé en disant que cela doit être « agréable » pour lui. Ainsi ne sont exprimées que des représentations à valence positives.

Planche 2 : M<sup>me</sup> G semble moins prise par les émotions que pendant la première passation. Elle décrit cette fois-ci une situation interactive de jeu entre les parents et l'enfant. L'accent est une nouvelle fois mis ici sur cet aspect relationnel et étayant, rassurant des parents par rapport à l'enfant : « tout seul il pleurerait ».

Planche 3 : Un effort d'empathie est visible à travers le récit du ressenti de l'enfant (« ça va plus lui rappeler la vie intra utérine près de sa maman avec du liquide autour »). L'accent est également mis sur l'aspect relationnel (« il regarde avec affection la personne... »), le bien-être du bébé est associé à la présence des parents.

Planche 4 : Après avoir relevé l'affect éprouvé par l'enfant, M<sup>me</sup> G essaie d'en décrire les causes ce qui n'était pas le cas la première fois. Puis évoque la possible défaillance à consoler l'enfant. L'évocation de cette impossibilité provoque une minimisation de l'affect « un peu embêté », un remâchage « embêté », « voir le bébé pleurer et pas savoir quoi faire », ainsi que des rires défensifs.

Planche 5 : Elle appuie encore une fois sur la relation « lien vraiment très fort » et décrit la photo en ce sens « il garde sa main dans la main de sa maman ». Le bien-être du bébé est associé à la protection maternelle. En outre, les questionnements autour de l'allaitement sont évoqués de manière détournée et indirecte en étant attribué au mari.

M<sup>me</sup> G semble moins prise par ses émotions et peut à présent s'attacher un minimum aux photos dont elle décrit certains éléments. Les identifications projectives sont très présentes et résolument mises sous le signe de la relation et du lien affectif avec l'enfant.

○ *Dessin de l'enfant*

Elle revient sur sa hâte d'accoucher et dessine un bébé très ressemblant au premier (traits du visage africains). Cependant, elle rajoute sur celui-ci le cordon ombilical mettant ainsi en avant l'ambivalence entre impatience de voir son enfant et anticipation de la séparation. Ce cordon ombilical vient encore une fois rappeler l'aspect relationnel si présent dans le protocole de M<sup>me</sup> G, alors même que la séparation de l'accouchement approche.

## ❖ *Synthèse*

Tout d'abord, l'histoire de la grossesse de M<sup>me</sup> G (issue d'une méthode de procréation médicalement assistée) a bien sûr un impact important sur les représentations anticipatrices de celle-ci, que ce soit à un niveau comportemental, affectif et fantasmatique. Cela est notamment visible à travers les angoisses portant sur la santé de l'enfant. Cependant, elle semble se situer sur le versant de l'angoisse signal. En effet, les anticipations concernent aussi bien les cotés positifs que négatifs, l'angoisse est donc palpable mais des mécanismes de défense permettent un traitement efficace de celle-ci. Le parcours médicalisé par lequel est passée M<sup>me</sup> G pour tomber enceinte ainsi que ses antécédents familiaux l'ont peut-être amené à anticiper les imprévus possibles de la grossesse et de la naissance, mais elle ne nous apparaît en rien envahie par cette angoisse. De plus, M<sup>me</sup> G est ouverte aux changements, le travail d'anticipation est actif (recherche d'informations dans des magazines ou sur Internet) et évolue au cours de la grossesse (échographies successives puis mouvements fœtaux). L'altérité de l'enfant virtuel est nettement envisagée et constitue un réel travail d'anticipation dont témoignent notamment ses rêves ainsi que sa préoccupation portant sur la couleur de l'enfant. Cette dernière témoigne également de l'impact des origines africaines du père de l'enfant sur le travail d'identification de l'être humain conçu. La relation psycho affective de M<sup>me</sup> G avec son enfant est déjà prégnante à travers le dialogue psycho corporel qui s'est établie avec un enfant dont elle interprète les mouvements, apprend à connaître le rythme propre et est déjà attentive aux besoins. L'altérité de l'enfant est donc appréhendée par l'intermédiaire de ce dialogue foeto-maternel. Enfin, M<sup>me</sup> G se projette avec un enfant plus âgé, déjà grand. On peut alors se demander si ces représentations concernant un avenir relativement lointain ne seraient pas également un moyen d'éviter la confrontation avec la réalité du nouveau-né qui sera présent après l'accouchement. Cette difficulté d'élaboration sur le nouveau-né qui sera actualisé en post natal est visible lors de la passation des planches photographiques, où M<sup>me</sup> G semble prise par son émotion.

Le second entretien met en valeur des représentations anticipatrices à peu près identiques. Les préoccupations concernant les origines métissées de l'enfant reviennent, ainsi que dans une moindre mesure celles portant sur sa santé. Les caractéristiques de l'enfant virtuel sont sensiblement les mêmes. Cependant, M<sup>me</sup> G semble à présent envisager davantage et plus concrètement l'accouchement en lui-même, la séparation qu'il représente ainsi que les suites directes de celui-ci. Ces représentations paraissent ainsi plus accessibles. Elle aborde en effet

spontanément et plus directement le caractère de l'enfant, l'accouchement, la sortie de la maternité où elle sera seule avec le nouveau-né. Elle semble donc anticiper davantage la réalité de l'imminence de l'accouchement, encore une fois aussi bien dans sa valence positive que négative. Face à cela les mécanismes de défense sont encore présents et efficaces. Apparaît également un besoin d'étayage qu'elle trouve au travers des magazines, de l'équipe médicale de la maternité, et des cours de préparation à la naissance. L'anticipation de la séparation d'avec l'enfant du dedans se fait plus prégnante encore et avec elle, semble être anticipé plus concrètement l'accueil de l'enfant du dehors. Elle paraît moins prise par l'émotion lors de la présentation des planches photographiques et les décrit d'ailleurs davantage. Les représentations sont maintenant centrées sur la relation et le lien affectif et protecteur de la mère avec l'enfant (photos et dessin de l'enfant représenté avec le cordon) qui permettent de faire face à l'imminence de la séparation. L'évolution entre T1 et T2 n'est donc pas extrêmement visible car les anticipations étaient déjà déployées de manière importante en T1. Cependant, l'anticipation de la naissance (séparation et accueil du nouveau-né) semble s'être légèrement intensifiée afin de préparer le bond dans le processus d'actualisation que représentera l'accouchement.

Nous avons pu revoir une dernière fois M<sup>me</sup> G lors de son séjour à la maternité : l'accouchement a été long et s'est finalement terminé par une césarienne car l'enfant « fatiguait ». Elle décrit un vécu « bizarre » lors de l'intervention pendant laquelle elle était consciente mais ne sentait rien. Elle dit être un peu déçue de ne pas avoir vécu ça « réellement » avec l'enfant. Elle dit ne pas avoir « réalisé » tout de suite en voyant son enfant car elle était très fatiguée, elle était « là sans y être complètement ». Ce récit est fait avec émotion, mais sans aucune angoisse à valence traumatique. Elle parle ensuite des douleurs qui suivirent la césarienne, et de la déception de ne pas avoir pu s'occuper de son enfant comme elle l'aurait voulu. Cependant, elle s'est remise rapidement et s'est levée dès le deuxième jour suivant celui de l'intervention. Elle a pu voir son enfant juste après la césarienne mais explique l'avoir ensuite redécouvert le lendemain matin quand on le lui a apporté dans sa chambre : il a finalement la peau claire mais elle dit que cela peut changer au fur et à mesure. En outre, il a les traits du visage de type africain. Elle recherche alors les ressemblances, remarque qu'il ressemble beaucoup plus à son mari et termine en disant : « Enfin, il est beau quoi ! Et il a hérité de mon caractère, il se fait entendre et sait réclamer ce qu'il veut quand il le veut ! » L'allaitement a mis un peu de temps à s'amorcer mais se passe à présent sans problème selon ses dires. Elle a gardé son enfant avec elle dès la troisième nuit et dit que cela

se passe bien. Là encore aucune angoisse à valence traumatique n'est palpable alors même qu'elle dit qu'il « a passé toute la nuit à faire un concert de cri avec son petit voisin de chambre ». Elle a demandé aux auxiliaires puéricultrices des conseils pour « gérer » les nuits mais pense que cela va « se réguler progressivement à la maison », elle le mettra dans le transat la journée, « il participera à mes activités, dit-elle, et peut-être dormira plus la nuit, on verra ». Enfin, elle réfléchit à la place que va pouvoir prendre son mari dans cette relation. Entre le fait qu'elle l'allaite et son métier prenant de médecin, il faudra selon elle « veiller à ce qu'il ait un moment privilégié avec lui, peut-être faire le bain le soir ou le massage » qu'elle explique être une pratique importante en Afrique et permettra peut-être de détendre le bébé avant de dormir. Ainsi, l'accueil de l'enfant semble être serein et sans angoisse envahissante.

## 5.2. M<sup>me</sup> P

M<sup>me</sup> P est âgée de 27 ans. Mariée, elle est enceinte de 34 semaines d'aménorrhées lorsque le premier entretien a lieu. Elle me semble être une jeune femme plutôt coquette, s'habillant de manière jeune et soignée. Elle m'apparaît souriante et avenante, et un léger aspect juvénile dans son attitude ainsi que dans sa façon de s'exprimer la rend assez touchante.

### ❖ *Variabilité de l'anticipation et relation d'objet virtuelle en T1*

#### ○ *Histoire de la grossesse*

Le désir de grossesse de M<sup>me</sup> P semble avoir été déclenché sous l'impulsion de son entourage dans lequel des amies avaient « passé le cap ». Puis, elle situe son désir de grossesse comme une étape dans sa relation avec son mari, les faisant passer de « simple couple » à parents.

Dès la question du questionnaire portant sur la décision de la grossesse (2), M<sup>me</sup> P insiste sur la surprise qu'a suscité la rapidité avec laquelle elle est effectivement tombée enceinte. Ainsi elle écrit : « on ne pensait pas que ça irait si vite » et souligne qu'il a suffi « seulement » 15 jours après l'arrêt de la pilule. Donc, même si la grossesse était désirée, elle ne s'attendait pas à ce que cela soit si rapide. Nous pouvons faire l'hypothèse que cet aspect inattendu aura des conséquences en terme de déploiement dans le temps des anticipations parentales prénatales. Ainsi, l'ambivalence par rapport à la grossesse, somme toute normale, est particulièrement visible ici. Les réponses au questionnaire montrent qu'elle est partagée entre aspects positifs et négatifs de la grossesse (3) : le premier trimestre a été « difficile », le deuxième s'est « relativement » bien passé et le troisième est « compliqué » (nous reviendrons sur ce point plus tard). Elle cite également les désagréments physiques et écrit qu'elle est « relativement » heureuse, qu'elle était « partagée » lorsqu'elle a appris qu'elle était enceinte et enfin, qu'elle a trouvé son enfant « moche » lors des échographies. Parallèlement, elle aime sentir les mouvements de son enfant, entendre son cœur lors des échographies et a hâte de le voir. En outre, elle insiste sur la durée écoulée avant qu'elle ne se rende réellement compte du fait qu'elle attendait un enfant : elle écrit qu'elle « ne réalisait pas trop » à la première échographie et qu'il lui a fallu « se faire à cette idée » évoquant dès le questionnaire des

changements que cela allait provoquer dans sa vie. Enfin, elle utilise le présent lorsqu'elle écrit : « je suis assez zen, sans doute parce que je ne réalise pas encore ».

A ma demande, lors du second entretien, M<sup>me</sup> P revient sur le bref délai entre sa décision de concevoir un enfant et la réalisation de cette décision. Elle décrit alors une période de déstabilisation. En effet, n'ayant pas anticipé la possibilité de tomber enceinte si rapidement (« Je m'attendais à ce que ce soit super long et non en fait 10 jours après j'étais enceinte »), elle décrit le réaménagement qui a, en conséquence, été nécessaire afin de s'adapter à cette situation : « Alors du coup tous les projets qu'on a fait, on a du laisser tomber, la maison au revoir euh... on passe à d'autres projets, la précipitation, tout ça... ». L'angoisse est palpable à travers son récit mais ce moment de déstabilisation semble avoir été dépassé, des mécanismes de défense sont d'ailleurs présents, permettant de traiter l'angoisse et de mettre à distance l'ambivalence par rapport à la grossesse : « finalement on a quand même assez bien géré, du coup je suis assez contente » ou encore : « comme ça j'ai pas eu besoin de me poser trop de questions sur est – ce que je vais tomber enceinte [...] au début ça nous a fait un peu peur - *affecte minimisé* - et puis finalement ça va. On a quand même neuf mois pour se préparer. » On note ici un aller retour entre l'expression pulsionnelle liée à l'angoisse et la formation réactionnelle défensive. On retrouve le même mécanisme lorsqu'elle parle de sa difficulté à réagir positivement à l'annonce de sa grossesse : « au début c'était pas ... c'était pas ... enfin disons que j'ai eu du mal à réagir euh... ». Le même mouvement défensif permet alors, de mettre l'angoisse à distance : « puis en fait ben je suis bien contente que ce soit passé assez rapidement, je me pose pas de question. »

L'adaptation à la grossesse semble avoir été difficile au début de celle-ci et l'angoisse est encore prégnante : entre autres à travers les remachâges lorsqu'elle parle des échographies « j'ai pas tellement réagi », « j'ai pas réagi du tout », « j'ai toujours pas réagi ». La lisibilité du discours en est également affectée. Le déroulement des échographies successives tel qu'elle le décrit est confus : elle se trompe en les nommant et celle qu'elle juge la plus marquante change entre le questionnaire et la reprise de celui-ci lors du second entretien. M<sup>me</sup> P semble donc avoir davantage de difficultés à faire face à l'angoisse, cependant elle nous apparaît être sur le versant de l'angoisse signal car les mécanismes de défense sont tout de même opérants. Mais l'adaptation paraît tout de même plus difficile que pour M<sup>me</sup> G et dans le contexte inattendu de la grossesse, l'anticipation maternelle prénatale pourrait éventuellement en être l'illustration. Au premier abord, elle semble ainsi peu réactive aux

signes de vie de l'enfant, dit ne pas avoir réagi lors des échographies et minimise l'impact des premiers mouvements fœtaux « un petit peu oui », enfin reconnaît n'avoir eu du ventre qu'à son quatrième mois. Le processus d'actualisation de l'enfant virtuel semble donc avoir été lent au début de la grossesse. Pourtant M<sup>me</sup> P n'est pas insensible aux échographies et une évolution des représentations de l'enfant est notable. Si au début elle ne voit « rien » ou que du « noir » et « a l'impression que c'est du vide », l'échographie faite au quatrième mois lui permet de « comprendre » et de « s'imaginer » davantage. Cette même échographie étant par ailleurs celle faite à la suite de la perte prématurée d'eau par M<sup>me</sup> P, on peut émettre l'hypothèse selon laquelle l'inquiétude a alors pu donner une impulsion au processus d'actualisation.

La façon dont elle décrit le troisième trimestre de sa grossesse semble confirmer l'hypothèse d'une adaptation difficile et d'un processus de parentalité ralenti en début de grossesse. En effet, le ton s'accélère lorsqu'elle énumère les raisons de ces complications : « c'est un peu le coup de bourre quoi (rires) c'est un peu : et il est là [...] il va sortir ; c'est tout un chamboulement [...] on ressent en fait comme quoi il va bientôt être là et bah y a aussi plein de trucs qui se passent dans la tête et euh... c'est un peu dur quoi. » Ainsi l'imminence de l'arrivée de l'enfant semble provoquer angoisse, déstabilisation et bouleversement. Le manque de temps pour s'habituer à ces changements revient à plusieurs reprises : « je pense qu'on a pas assez de temps pour le dernier mois (rires) », « on a pas le temps de se poser toutes ces questions et quand arrive le moment et ben il faut faire... ». Cette déstabilisation du troisième trimestre, pendant lequel le travail d'anticipation est particulièrement mis à l'épreuve, paraît venir confirmer la position de M<sup>me</sup> P sur l'axe de l'anticipation allant de l'angoisse automatique à l'angoisse signal : celle-ci se situerait davantage vers la polarité de l'angoisse automatique que M<sup>me</sup> G. M<sup>me</sup> P recourt à des mécanismes de défense, en l'occurrence hypomaniaques : labilité, mise en dialogue, rires, affects parfois minimisés (« un peu dur »), ou exagérés (« c'est très difficile »). De plus, même si cela paraît plus dur à gérer pour elle, elle ne semble pas débordée par cette angoisse. En conséquence nous pouvons, dans ce contexte, nous interroger sur la façon dont cela se traduira en terme de représentations anticipatrices prénatales. Ainsi que sur l'impact éventuel qu'auront les séances de préparation à la naissance.

○ *Corps de l'entretien*

a- Anticipations d'elle-même en tant que mère :

Les représentations anticipatrices ne sont pas accessibles de prime abord mais au contraire M<sup>me</sup> P pointe, dès l'entrée dans l'entretien, son incertitude à ce sujet : « je sais pas, ce sera la grosse surprise » (1). Puis les anticipations sont présentes mais exprimées à l'aide d'affects ou de représentations anxiogènes (notamment lorsqu'elle parle des soins) : « j'ai peur », « j'ai un peu peur si je l'étouffe ou si... », « si il est malade je crois que je vais perdre les pédales », ou encore l'expression « mode panique » qui revient à plusieurs reprises dans le protocole et semble se référer à des moments où elle craint de ne plus contrôler l'angoisse, de se laisser déborder par celle-ci. Elle imagine des scénarios catastrophes comme étouffer son enfant ou « perdre les pédales » si il est malade. On pourrait alors penser que ce type d'anticipation tend à se rapprocher d'une anticipation-catastrophe qui serait alors une conséquence (pathologique ?) de l'angoisse et non plus un mécanisme de défense adaptatif. Des mécanismes de défense sont alors mis en place. Entre autres un mode de défense hypomaniaque semble être omniprésent à travers un débit relativement rapide, un aller retour incessant entre l'expression de l'angoisse et la défense ainsi que de nombreux rires et sourires (par exemple : « si il est malade je crois que je vais perdre les pédales – sourire – mais bon ça devrait aller, on verra – rires – »). Ces défenses paraissent témoigner d'une angoisse difficile à maîtriser. De plus, M<sup>me</sup> P manifeste son besoin de réassurance narcissique à travers de nombreux accents portés sur la fonction d'étayage. Par exemple lorsqu'elle parle de son incertitude concernant la façon dont elle se voit mère : « Pour l'instant oui, c'est pas... Je suis le guide en fait, j'ai un guide de grossesse, un guide d'éducation ». Ou encore lorsqu'elle évoque la peur que lui inspirent les soins à donner au bébé : « là je pense que j'aurai besoin de ma mère mais bon ça devrait aller. » Enfin, après avoir exprimé ses craintes, elle semble nier ses interrogations sur la fonction maternelle par un refus : lorsque je lui demande quelle question elle se pose à ce sujet (3 fin) : « Euh, non, là je me dis que ça viendra tout seul. [...] Je me pose pas de question. »

Malgré ces difficultés à se représenter en tant que mère, un travail d'anticipation est cependant visible. Celui-ci semble s'effectuer par un jeu d'étayage et de différenciation avec ses propres parents et particulièrement avec sa mère. La perception de ces relations ont

d'ailleurs changé depuis la grossesse (cf. questionnaire (7) : « Aujourd'hui, par moment je la trouve étouffante dû certainement à l'excitation d'être grands-parents »). Ainsi ses parents sont pris comme modèles : « je pense que je vais retranscrire ce que mes parents ont fait pour moi quoi, enfin, je me vois pas l'élever autrement » et paraissent représenter un guide « il doit quand même avoir un guide, des parents quoi. » Cependant, elle semble prendre sa place de mère en se différenciant de ses propres parents : En effet, ceux-ci les « ont toujours laisser vivre [leur] vie », elle insiste ainsi sur l'indépendance qu'ils lui ont permis d'acquérir. Mais parallèlement à cela, elle souligne sa volonté en tant que mère de « cadrer » son enfant, de ne justement pas le laisser « mener sa vie tout seul ». Ainsi, l'indépendance vis-à-vis de sa mère (éloignement physique « Mes parents habitent aujourd'hui à 600 km et ça pose pas de problème ») semble être à mettre en balance avec une certaine proximité et un besoin d'étayage important : « je demande à ma maman et euh et puis même à ma belle mère de temps en temps quand ma mère n'est pas disponible pour décrocher son téléphone ». Ainsi, la grossesse viendrait raviver cette ambivalence envers sa propre mère, de même qu'une difficulté narcissique. Elle viendrait donc mettre en exergue un besoin, particulièrement prégnant, de différenciation d'avec sa propre mère afin de se définir soi-même en tant que mère. A la dernière question (4) elle revient sur cet aspect : « je me souviens parce que ma mère avait peur de l'eau et euh et là en fait moi ce que j'ai envie c'est de, de faire les cours de bébé nageur tout de suite, juste parce que j'aime l'eau [...] en fait je me dis que d'un côté j'aurais aimé que ma mère le fasse avec moi quand j'étais petite [...] comme ça elle aurait eu un petit peu plus confiance et euh elle nous aurait vu dans l'eau sans avoir une peur pas croyable qui nous arrive quelque chose ».

L'angoisse et les difficultés d'adaptation sont également mises en valeur par son rapport à l'allaitement (2). En effet, en début de grossesse, elle semble avoir eu du mal à accepter les changements corporels et se centre sur la douleur pour le justifier. Ces difficultés d'adaptation ont provoqué, dans un premier temps, un refus de l'allaitement: « j'ai eu tellement mal au début à la poitrine que c'est ça qui m'a dégoûté en fait. J'ai dit oui, si ça fait mal comme ça euh... j'avais les seins qui avaient gonflé, gonflé, gonflé et là j'ai dit non c'est pas possible. J'ai pris trois tailles en l'espace de 15 jours là ça va quoi, j'ai dit non moi je pourrai pas allaiter [...] quand ça a poussé d'un coup j'avais mal euh, je me penchais à peine ça me faisait une lourdeur... là je me suis dit non c'est pas possible (rires) là non ! (rires) Et puis finalement maintenant ça va, je les supporte. » Les rires et les mises en dialogue semblent encore une fois défensifs. D'autre part, elle paraît avoir besoin d'étayage pour

surmonter ce conflit, elle cherche appui et réassurance auprès de ses amies : « finalement, vu qu'elles m'ont dit que ça se passait bien et ben je me dis que je vais faire pareil (sourie) », cependant l'ambivalence par rapport à l'allaitement est encore prégnante : « Je me dis euh oui pourquoi pas, deux mois quoi, ça ira. [...] Mais euh, ouais, je pense que vais allaiter deux mois si j'ai assez de lait. »

Angoisse et besoin d'étayage sont encore une fois visibles à travers ce qu'elle dit de l'accouchement (3). Elle aborde celui-ci spontanément dans la partie qui porte sur la vision d'elle-même en tant que mère. C'est d'ailleurs la seule (sur les huit participantes) à aborder ce sujet spontanément lors du premier entretien, les préoccupations sur l'accouchement apparaissant davantage lors de la seconde entrevue. Elle centre ces préoccupations sur la peur de déféquer lors de l'accouchement et donc de ne pas se maîtriser (érotisme anal), puis sur la douleur à travers l'évocation de la péridurale et la peur de ne pas « sentir » ce qui lui arrive. Là encore le discours est rapide et assez désordonné, avec des mises en dialogue et des expressions d'affect (« j'ai peur »), ainsi que des rires à fonction défensive (« en fait c'est pas encore super (rires) ... super au point... » « après la façon dont il sort j'm'en fiche (rires) euh les médecins sont là pour ça »). Et elle fait également appel à la fonction d'étayage de l'objet : amies, médecins, anesthésiste. Dans la partie du questionnaire portant sur l'accouchement, elle marque d'ailleurs son refus de se l'imaginer : « je ne l'imagine pas et je ne veux pas me l'imaginer », cependant le besoin d'étayage est encore présent à travers le recours à de nombreuses personnes qui la « rassure[nt] » (amies, collègues, meilleur ami, voisine), et attend de voir l'anesthésiste « pour être rassurée ».

En conclusion, sur fond de transparence psychique et de réaménagement des relations qui l'unissent à sa propre mère, le travail d'anticipation se révèle très actif. Cependant, la grossesse semble mettre en exergue une fragilité narcissique ainsi qu'une angoisse particulièrement prégnante dans son récit (difficulté à maîtriser l'angoisse visible à travers la lisibilité du discours affecté par la labilité d'un récit précipité – mises en dialogue et rires hypomaniaques), peut-être liée à une précipitation du travail d'anticipation en cette fin de grossesse riche en incertitudes, du fait d'un début lent suite à une grossesse qui semble avoir été inattendue. Ainsi, l'angoisse nous apparaît plus importante que dans le protocole de M<sup>me</sup> G, l'adaptation plus difficile et Thanatos davantage présent à travers l'ambivalence ici particulièrement prégnante (par exemple au niveau de l'allaitement). A priori en terme d'anticipation, M<sup>me</sup> P se situerait donc un peu plus vers le pôle de l'angoisse automatique.

Cependant le travail d'anticipation, bien que déstabilisant, est bel et bien présent et cette ambivalence (haine inconsciente inhérente à la parentalité) ne semble pas paralyser le système défensif adaptatif. Ces premières impressions sont bien sûr à vérifier au regard de la suite du protocole.

#### b- Anticipations concernant son enfant à venir :

Les représentations anticipatrices de l'enfant à venir paraissent encore une fois élaborées en lien avec la façon dont M<sup>me</sup> P décrit sa propre mère (laquelle permettait une certaine indépendance et à la fois ressentie comme étouffante). En effet, si les cotés positifs sont dépeints en premier, des aspects contradictoires semblent présenter une mère relativement inquiète et envahissante (aspect qui sera vérifié lors du second entretien où elle parlera davantage de sa mère). Ainsi, M<sup>me</sup> P ne veut pas être étouffante pour son bébé afin que celui-ci apprenne à se « détacher » de ses parents (1). Elle décrit en conséquence un enfant qui soit une « petite terreur », qui ait « un caractère fort », qui soit « débrouillard » et ait du « répondant ». Ces représentations sont précises et rejoignent celles qu'elle a d'elle-même en tant qu'enfant, à savoir « très capricieuse » (cf. questionnaire 8). Elle les oppose également à celles d'un enfant facile, « sage », « timide », « calme », « doux » et « collé » à ses parents. Les représentations de l'enfant virtuel s'élaborent donc au sein d'un travail de différenciation avec sa propre mère, cependant l'altérité de celui-ci n'est pas encore mentionnée. En effet, M<sup>me</sup> P fait correspondre la représentations de son enfant (ayant un caractère fort mais gentil) avec la représentation qu'elle a d'elle-même (capricieuse mais souriante). Cette représentation permet néanmoins d'inclure l'enfant dans un lien générationnel puisque sa grand-mère « était comme ça ». Ce lien est marqué également par le nom choisit pour l'enfant qui n'est autre qu'un dérivé de celui du grand-père décédé du mari de M<sup>me</sup> P.

Les représentations concernant le physique de l'enfant sont nettement plus incertaines : « il sera comme il sera ». Cependant, cela semble correspondre davantage à une impossibilité à se le représenter, plutôt qu'à un réel témoignage de son altérité. Cette question provoque d'ailleurs un refus : « Euh, non pas trop. [...] je l'imagine pas du tout et je préfère pas [...] de toute façon ce sera le mien, je serai forcément contente. » En outre, elle ne voulait pas non plus connaître le sexe de l'enfant. Cependant ayant su que c'était un garçon, elle dit en être « plutôt très contente ». Elle explique cela par le fait que sa mère a eu trois filles, cela semble permettre une nouvelle fois l'introduction d'une différenciation d'avec sa propre mère

et de la relation que celle-ci a entretenue avec ses filles. L'évocation du sexe de l'enfant lui permet également de mentionner le rapproché oedipien : « Les garçons sont toujours amoureux de leur maman ». Envisager d'avoir une fille semblait plus difficile pour elle, peut-être de par l'ambiguïté de ses relations à sa propre mère. (« Et je voulais vraiment que le premier ce soit un garçon. Moi j'ai eu deux sœurs et donc euh du coup euh... ouais je voulais un fils en fait, les filles c'était pas pour moi, ou du moins pas pour tout de suite »). On peut d'ailleurs s'interroger sur la réaction en terme d'adaptation qui aurait été la sienne dans le cas où l'enfant aurait été une fille. La même interrogation se pose par rapport à la possibilité d'une grossesse gémellaire qui semblait soulever une grande angoisse : « C'était la grosse panique parce que mon père est jumeau. Donc euh là je me suis dit si on commence par deux moi je pourrais pas suivre (rires) ». Cependant cette éventualité avait bien été envisagée et un prénom féminin choisi, tendant doublement à prouver l'anticipation de cette possibilité.

L'anticipation concernant l'enfant à venir semble donc relativement restreinte. M<sup>me</sup> P rêve d'ailleurs assez peu de son enfant et ne peut donner d'exemple de rêve car dit ne pas s'en souvenir (3). Elle évoque par ailleurs sa difficulté à se projeter plus loin dans l'avenir avec son enfant : « ... comment ça sera ma vie après. Ca pour moi ça c'est vraiment le flou artistique. (rires) Ca sera la surprise. » L'angoisse qui apparaît à travers cette absence de représentation anticipatrice est palpable notamment de par la présence de rires qui apparaissent encore une fois défensifs. Ces difficultés de représentations font écho aux difficultés de préparation matérielle autour de l'enfant à naître. L'adaptation difficile au début de la grossesse paraît accompagner un retard d'anticipation qui se traduit au niveau comportemental par une difficulté à préparer la venue de l'enfant (2). Elle semble avoir du mal à se projeter plus loin avec l'enfant, n'a préparé que le nécessaire pour le séjour à la maternité et n'a rien installé « J'ai acheté que ce que j'avais besoin pour la clinique aujourd'hui. J'ai pas acheté d'autres trucs. Et puis c'est vraiment acheté euh, tout fermé euh... ». Cependant le processus d'actualisation est présent, elle s'en inquiète, commence à y penser et agit en conséquence « Alors on a pensé à acheter le siège auto seulement la semaine dernière parce que j'ai dit mais quand on va sortir de la clinique, y faut quand même qu'on le ramène (rires)... Et là on a commencé à se dire : Ah oui mais c'est qu'y manque plein de trucs - *mise en dialogue* - , on a commencé à faire une liste sur l'ordinateur euh mais on est un petit peu en retard - *minimisé* - et... c'est ça qui me stresse vraiment beaucoup - *accentué* - quoi. ». Là encore ces préparations semblent engendrer une importante angoisse et les défenses hypomaniaques réapparaissent (labilité, mises en dialogue, expression d'affect « mode

panique » et rires). Le travail d'anticipation qui apparaît ici précipité provoque une déstabilisation mais permet une anticipation progressive des changements que provoquera la naissance de l'enfant. Déstabilisation et anticipation progressive exprimées à travers un aller retour entre l'expression de l'angoisse et la défense qui permet d'y faire face : « Je me dis que je vais manquer de temps quand y sera là (rires) alors que, que non... - *dénégation* - Disons que je travaille beaucoup beaucoup et après coté organisation du travail j'ai un petit peu peur - *affect minimisé* - que je sois un peu coincée des fois. (baisse la voix) Mais bon, ça va se faire hein. Y faut que je m'adapte à un rythme euh assez régulier et puis euh ça me changera, c'est pas plus mal (sourire) - *formation réactionnelle* -... ». C'est justement sur ces anticipations angoissantes qu'elle revient lors de la dernière question (4) : « si il arrive avant que tout soit fini, moi j'vais rentrer en mode panique ». Elle fait alors appel à une forme de réassurance narcissique (fonction d'étayage de l'objet) : « je connais mon mari il est très planning alors (rires) ça devrait aller. » La prise en compte des affects de l'enfant est alors visible et à travers celle-ci, une capacité d'empathie envers son futur enfant : « et le p'tit il va le ressentir alors je préfère pas que ce soit comme ça. »

Les représentations anticipatrices de l'enfant sont également empreintes du travail de réaménagement des relations avec sa propre mère. Un important travail d'anticipation se mêle donc à celui-ci. Cependant les représentations elle-mêmes paraissent pour l'instant, soit relativement figées, soit difficilement accessibles. L'altérité de l'enfant virtuel semble pour le moment peu envisagée et les projections le concernant ne prennent en compte que l'avenir le plus proche, bien que M<sup>me</sup> P commence à penser aux besoins de l'enfant après son séjour à la maternité et exprime une certaine empathie à son égard. Ces derniers points marqueraient une anticipation de l'altérité de l'enfant virtuel en voie d'élaboration qui émerge de ce travail anticipatoire à l'allure angoissante.

### c- Anticipations concernant sa relation avec cet enfant :

Le récit que M<sup>me</sup> P fait des relations qu'elle entretient avec son fœtus devenant – enfant révèle une nouvelle fois l'ambivalence qui les teinte (1et2). M<sup>me</sup> P semble en effet avoir été très active au début de sa grossesse ce qui a eu des conséquences en terme médical. Ce rythme d'activité de la mère pourrait être le reflet de sa difficulté d'adaptation à l'état de grossesse ainsi que de son ambivalence par rapport à celle-ci. Sont également mises en avant les difficultés d'adaptation à un fœtus dont la dangerosité est exprimée assez directement. Ainsi,

elle lui attribuera la responsabilité des difficultés qui eurent lieu en début de grossesse, puis s'en défendra par une dénégation : « il m'a fait perdre de l'eau, euh enfin c'est pas lui hein, c'est que j'ai perdu de l'eau au quatrième mois. » L'ambivalence en début de grossesse témoignerait donc de l'intuition des effets néfastes que pourrait revêtir la présence de ce fœtus. Cet incident au quatrième mois serait ainsi venu confirmer ces peurs qu'elle exprime de manière détournée à travers une forme défensive humoristique : « Enfin, c'était la grosse période de stress, je me suis dit mince ça y est y commence déjà à me faire des misères d'entrée de jeu (rires) ».

M<sup>me</sup> P semble donc avoir eu du mal, en début de grossesse, à établir une relation avec son fœtus devenant – enfant. Elle exprime d'ailleurs sa surprise d'apprendre par les médecins qu'il bougeait beaucoup alors qu'elle-même ne le sentait pas beaucoup. L'interprétation à valence positive du médecin semble par ailleurs l'avoir marquée, donnant au fœtus de bonnes intentions à l'égard de sa mère (« là il me dit euh, j crois qu'il aime pas qu'on touche à sa maman (rires) j'dit ouais ça dois être ça ! »). Ces épisodes qui ont jalonné le quatrième mois paraissent avoir donné une impulsion nouvelle à la relation d'objet virtuelle de M<sup>me</sup> P à travers l'évolution du dialogue psycho – corporel entre la mère et l'enfant. La mère ne subit plus les désagréments que lui inflige son fœtus mais entreprend d'interagir avec lui, sur un mode ludique qui prend parfois des allures légèrement immatures (« J le cherche », « c'est un jeu pour moi », « c'est rigolo »). Elle interprète alors ses mouvements (« il me répond ») et repère ses goûts (il n'aime pas le fromage blanc par exemple ou encore la musique trop forte : « Quand j'écoute de la musique un peu trop fort, euh je sens que ça lui plaît pas (rires) parce que je reçois un méchant coup de pied [...] alors je m'dis oulala là non y faut que j'arrête (rires) et euh, alors du coup je baisse le son et ça va mieux (rires) il se calme » enfin, il aime quand elle prend un bain : « y se pose bien et il attend »). Les mouvements douloureux assés par le fœtus sont maintenant interprétés comme une volonté communicationnelle de sa part : « Mais ouais y a des choses qui, qui je sais qu'il aime bien quoi. Mais quand il aime pas je sais parce que euh... juste au moment où je mets quelque chose, où je mets un style de musique euh j'ai le droit à des coup mais vraiment à des coups violents, c'est des coups qui me font mal. » Il y a ainsi deux sortes de coups : ceux par lesquels il exprime son mécontentement et ceux qui sont effectués dans une optique de jeu. Ces interprétations s'accompagnent de mouvement d'empathie : « et j me suis dit oulala si moi j'ai mal, le bébé y doit avoir super mal (rires) ! » La difficulté à se représenter son enfant paraît liée à une impossibilité à lui parler. Cependant, elle pense qu'il entend lorsqu'elle parle de lui. Enfin,

parallèlement à cela, un besoin de maîtrise semble accompagner cette reconnaissance de l'altérité de l'enfant : « j'ai besoin de le sentir bouger au moment où j'en ai envie (rires) y a des moments où j'ai vraiment envie qu'y bouge et il bouge pas (rires). [...] Alors je, je force un peu pour qu'y bouge. »

Cette relation foeto – maternelle apparaît donc importante. Toute à ces interactions présentes, M<sup>me</sup> P ne semble, encore une fois, pas se projeter dans un avenir plus lointain avec son enfant. La question portant sur la relation après l'accouchement (3) essuie un refus : « Euh... je sais pas. Je sais pas ça du tout, je ... [...] en fait j'ai pas trop envie de savoir comment je serai ou ce qui se passera. [...] J'ai pas envie de me compliquer la vie ou de me poser trop de questions, j' préfère voir venir les choses. » Ces évocations provoquent néanmoins le recours à des moyens défensifs de réassurance : « Je, je suis sûre que ça se passera bien, ça j'en suis persuadée. [...] j' pense que ce sera bien tout simplement. ». Pour finir, l'anticipation est présente dans ses valences positives comme négatives : « j' pense que les mauvaises choses on s'en souvient beaucoup. Et les bonnes on s'en souvient aussi et quand le bon l'emporte sur le mauvais, je me dis que c'est comme ça que je le veux moi. »

Pour conclure, l'ambivalence est à nouveau prégnante dans le récit de M<sup>me</sup> P où la transparence psychique paraît rendre particulièrement visible la haine inconsciente inhérente au processus psychique du devenir mère. Cependant la relation d'objet virtuelle semble évoluer dans le sens d'une plus grande contenance, notamment à travers une empathie déjà visible ainsi qu'une appréhension de l'altérité de l'enfant virtuel qui est amorcée. Elle tend à considérer à présent son fœtus comme un individu duquel elle apprend à connaître les réactions et les goûts propres, différents des siens. Accaparée par la découverte de cet individu de plus en plus considéré comme autre que soi qui l'habite, elle paraît donc envisager un avenir plus lointain de manière restreinte.

#### ○ *Planches photographiques*

*Planche 1* : La planche, évoquant les soins au nourrisson, qui semblaient justement l'inquiéter dans l'entretien, paraît provoquer une certaine angoisse (temps de latence, appel au clinicien, rires). Puis M<sup>me</sup> P décrit la planche par l'intermédiaire d'une mise en dialogue et met à distance l'angoisse par une banalisation : « bah il sort du bain et pis faut l'habiller ». Elle semble éloigner la représentation angoissante par un accrochage au détail physique de

l'enfant. Elle évoque ici une représentation anticipatrice du physique de l'enfant qu'elle n'avait pas mentionné dans l'entretien. L'incertitude concernant l'enfant du dedans bientôt dehors provoque alors une manifestation d'angoisse traduite par une labilité et des rires hypomaniaques : « Et puis je me dis que j'aimerai bien qu'il ait autant de cheveux le mien (rires) moi j'étais chauve alors j'aimerai bien qu'il ait des cheveux quand même (rires). » L'altérité de l'enfant est ainsi également esquissée. Enfin, M<sup>me</sup> P revient sur la situation de soin et hésite entre appropriation progressive de la fonction maternelle (passant de « **il** l'habille » à « **on** », puis à « **je** lui mettrais ces petites pantoufles ») et mise à distance (« je sais pas trop quoi raconter » puis « je sais pas si elle l'habille ou si elle le déshabille mais en tout cas j'ai l'impression qu'elle l'habille » mettant finalement à distance la représentation en revenant ainsi sur la description).

Planche 2 : Le temps de latence est ici le plus long. La planche semble donc également provoquer un moment de déstabilisation. Cette photo, représentant un bébé un peu plus âgé que les autres (bien qu'elle ne le mentionne pas) et souriant, on peut se demander si c'est la projection sur un enfant plus âgé qui est difficile ou plutôt la confrontation avec un enfant qui sera actualisé plus tard et qu'elle espère elle aussi souriant (cf. entretien b-4). Tout en effectuant des aller retour entre l'anticipation et une mise à distance défensive sous forme de tendance au refus (« je sais pas quoi dire [...] Mais en fait je sais pas quoi raconter, je vois pas la situation [...] je sais pas quoi dire d'autre »), elle évoque la représentation d'un enfant qui semble avoir à son image un besoin d'étayage, appuyant sur l'aspect relationnel : « Il me regardera, il rigolera (sourires). Donc je suppose que euh, y doit y avoir ses deux parents au dessus, qu'ils doivent prendre la photo et y en a un qui doit faire des grimaces, l'autre est mort de rire (sourire) [...] en fait je me dis bah qu'il joue, et les parents sont avec lui quoi, il joue pas tout seul. »

Planche 3 : Elle s'exprime ici directement après la présentation de la planche avec l'expression qu'elle utilise apparemment lorsqu'elle évoque une situation où elle a peur d'être déstabilisée : « mode panique ». Après un temps de latence, elle évoque des représentations angoissantes : « en fait ça me stresse un peu - *affect minimisé* -, parce que je me dis si je l'échappe et qu'il se retourne ou ... ». Puis, fait appel à des mécanismes de défense : banalisation « il faut bien le nettoyer un p'tit coup », réassurance : « il a l'air assez tranquille quand même » ou « ça devrait aller » et prend appui sur la référence à soi (à sa propre mère ?) « ce sera à mon tour et je ferai la même chose » (étayage). Il nous semble intéressant de noter

qu'elle est la seule qui n'évoque pas ici l'aspect relationnel de la situation de bain, notamment à travers le regard que l'enfant porte à la personne qui le baigne. Peut-être est – elle alors trop prise par l'angoisse pour se détacher de la situation de soin et évoquer cet aspect.

*Planche 4 :* Elle semble entrer plus rapidement dans le récit que pour les photos précédentes. Elle évoque d'emblée les différentes causes possibles des pleurs du bébé, révélant peut-être ainsi une volonté d'empathie. Elle évoque cependant une représentation assez violente « ou il vient de tomber », qui provoque alors une mise à distance défensive « je sais pas ». Elle peut alors envisager la réaction de la mère, et se projette de manière directe en mère étayante qui parvient à rassurer son enfant : « que je le rassure, pour dire euh t'inquiète pas y a des gens qui sont là pour toi et puis ... je suis sûre que dans ... dans deux minutes ça ira mieux. Il sera plutôt rassuré et il sera content d'être dans les bras de sa maman. »

*Planche 5 :* Ici, alternent projection et expression défensive : l'évocation d'un bébé plus grand permet dans un premier temps d'éloigner la situation d'allaitement. Puis elle déclare : « Mais c'est une image que ouais c'est une image que je me vois bien faire en fait ». Et finalement, une généralisation (référence au sens commun : « c'est beau une maman qui donne le sein à son bébé ... ») permet une mise à distance.

Le support du matériel photographique provoque donc anticipations et angoisse mais également mise en place de mécanismes défensifs qui semblent efficaces. M<sup>me</sup> P se projette davantage en tant que mère que ne l'avaient laissé présager certains refus lors de l'entretien (cf. entretien c-3).

#### ○ *Dessin de l'enfant*

M<sup>me</sup> P dessine son enfant dans l'ici et maintenant, donc sous forme d'un fœtus dans le ventre de sa mère. Elle pointe d'elle-même sa difficulté à se le représenter : « Le pauvre, moi je me vois bien alors c'est super épais et lui je le vois pas trop alors c'est super fin (rires). » Une telle représentation du devenant – enfant semble confirmer la position encore peu avancée de l'enfant virtuel de M<sup>me</sup> P au sein du processus d'actualisation.

❖ *Evolution de l'anticipation entre T1 et T2*

○ *Corps de l'entretien*

a- Anticipations d'elle-même en tant que mère :

Si M<sup>me</sup> P commence par s'appuyer de la même manière que lors du premier entretien sur ses propres parents, elle s'en différencie ensuite nettement, et envisage consciemment le fait de faire différemment d'eux : « Mais euh après au moment venu euh, certainement que je ferai autrement (sourire). » (1) De plus, l'altérité de l'enfant virtuel est clairement anticipée et évoquée spontanément : « et puis ça dépendra du caractère du bébé aussi euh... ». Elle envisage aussi le fait qu'il soit différent de la façon dont elle nous l'avait dépeint la première fois (par exemple, au début il n'aura pas de « répondant »). Elle mentionne les soins faits à l'enfant également de manière différente, les anticipations angoissantes ont laissé place à un mode de représentation sur un versant infantile visant une réassurance : « au début ce sera un jeu... je vais jouer à la poupée (sourire) ». Les cotés pénibles sont aussi anticipés : « après ce sera peut-être un peu plus difficile » et avec eux les anticipations de M<sup>me</sup> P semblent concerner un avenir plus lointain qu'auparavant (« au fur et à mesure qu'il grandira » - 4), lorsqu'il faudra « lui donner toutes les règles ». Elle s'interroge sur son rôle de mère, oscille par exemple entre lui « donner un rythme » et « qu'il trouve son rythme ». Des mécanismes de défense permettent alors de traiter l'angoisse engendrée : étayage (fait appel aux « copines » et mise à distance « on verra »). Elle évoque également les changements que cela provoquera dans sa vie : « le fait d'être maman va changer certainement des choses dans notre caractère, dans notre façon de faire et donc ça je peux pas le deviner comment je serai mais j'espère simplement que ça se passera bien quoi. » Là encore, sans nier les difficultés et changements possibles, les mécanismes de défense sont opérants et mettent à distance l'angoisse (répétition de « on verra »). En outre, l'anticipation de la séparation de l'enfant du dedans (absente en T1) est évoquée dans les précisions aux réponses du questionnaire : « je me dis euh que ça y est dès que la date arrivera il sera pas à moi quoi [...] Donc euh ça devrait aller, on verra peut-être après je risque d'avoir [...] un petit pincement de cœur parce que je sentirais plus tous ces petits mouvements en moi ». L'anticipation de la séparation est également envisagée au travers de l'allaitement (2) : « Et puis c'est aussi un moyen de l'avoir encore un petit peu à moi (sourire) pas le partager tout de suite avec tout le monde... ». Elle se projette là encore plus loin en anticipant le sevrage et insiste une nouvelle fois sur la

fonction d'étayage de l'objet pour y faire face (« copines »). Les difficultés éventuelles qui peuvent être liées à l'allaitement sont également envisagées : « Donc ouais c'est plus euh, ouais ça ça me tient vraiment à cœur, j'en ai vraiment besoin, alors j'espère que j'aurai du lait (sourire) sinon bah tant pis hein on fera sans (sourire) ». Enfin, la labilité et les défenses hypomaniaques qui caractérisaient son discours et au travers desquels apparaissait une angoisse difficilement maîtrisée, semblent être moins présents. Elle parle de manière plus calme et les rires sont absents de ces passages. Elle dit d'ailleurs à présent, se sentir davantage capable de gérer l'arrivée du bébé.

L'anticipation concernant l'accouchement paraît plus prégnante qu'en T1 (cf. refus du questionnaire). Avec le déploiement du travail d'anticipation, l'angoisse semble également plus présente. Les mécanismes de défense hypomaniaques réapparaissent d'ailleurs : labilité, rires, et évocation de représentations anxiogènes « quand ils vont me recoudre à vif comme ça, c'est ça qui me (rires) » ; « ça risque d'être catastrophique (rires) ». L'anticipation est donc très active (« je vais devoir subir l'épisiotomie »), et l'angoisse très prenante (conséquences importantes sur le discours de M<sup>me</sup> P). Elle a d'ailleurs peur d'être débordée lors de l'accouchement : « parce que y aura tout plein de choses qui viendront en même temps, dont la douleur [...] quand commencera à arriver le truc je crois que ça ira pas (rires), je me connais, je vais paniquer ». Cependant, les mécanismes de défense sont efficaces : minimisation « un peu plus difficile », « un peu dur », « y a que ça qui me perturbe un peu », dénégarion « pour l'instant ça me fait pas peur mais bon... », mise à distance : « on verra », références extérieures (généralisation, sens commun) « tout le monde y est passé alors pourquoi pas moi (rires), de toute façon je vais être obligée alors maintenant qu'il est parti euh il faut qu'il sorte hein (rires) », et accent sur la fonction d'étayage : « il va vraiment falloir qu'y ait des gens pour m'aider » ou encore « j'crois qu'il va vraiment me falloir avoir un guide sous le nez, ce serait plus pratique, d'avoir une sage femme avec nous qui nous dise exactement ce qu'il faut faire à tel moment euh ... » (cf. précisions). L'anticipation lui permet en outre de faire face à l'imprévu : si la possibilité de ne pas pouvoir avoir la péridurale soulève bien sûr de l'angoisse, celle-ci est relativement contenue et les mécanismes de défense ne semblent pas débordés. Pour M<sup>me</sup> P, qui nous est apparue comme ayant un besoin important d'étayage, les cours paraissent avoir été un support important dans ce sens. Ainsi, bien qu'elle décrive les difficultés qu'elle a eu lors des exercices (témoin d'une anticipation plus difficile ?) elle décrit également comment les cours mais également le groupe en lui-même ont été un soutien pour elle : « j'étais assez contente parce que je me suis sentie

rassurée [...] quand je vois toutes ces mamans qui sont comme moi euh prêtes à accoucher euh (sourire) et puis que les questions ce sont les mêmes et bah j'suis quand même vachement rassurée, ça me rassure [...] c'est soulageant quand même d'avoir des cours, ça nous met au moins en confiance et euh, et pis voir tout ce monde euh ... enfin, on est tous soutenu de la même façon, c'est vraiment, c'est vraiment bien. »

L'anticipation semble donc avoir nettement évoluée. La manière dont M<sup>me</sup> P envisage, à présent, d'agir autrement que sa propre mère, et surtout la manière dont les représentations anticipatrices de l'accouchement se sont déployées, témoignent de l'élargissement de l'anticipation. Elargissement qui paraît avoir été soutenu par le cadre étayant des séances de préparation. De plus, l'évolution de l'anticipation a permis une avancée dans le processus d'actualisation de l'enfant virtuel : son altérité est nettement envisagée, l'anticipation de la séparation d'avec l'enfant du dedans est également présente, permettant un enrichissement des représentations portant sur l'enfant du dehors. Celui-ci est maintenant envisagé dans un avenir plus avancé. Il reste bien sûr à confirmer cette évolution par le reste du protocole.

#### b- Anticipations concernant son enfant à venir :

La dénégation qui apparaît en premier « je ne me l'imagine toujours pas » semble être un mouvement défensif face à l'incertitude concernant l'enfant à venir (1). Incertitude qu'elle déploie dans la suite de sa réponse et qu'une réassurance narcissique permet de mettre à distance : « alors je me dis que le mien aussi y sera beau (rires). Les bébés ça fait toujours craquer. » Cependant, elle évoque ensuite (en réponse à une question de ma part) des représentations précises de l'enfant : mâchoire carré parce que « c'est plus joli... », un bébé qui ait l'air en bonne santé « tout rond », « potelé », « costaud », ni « maigre », ni « fragile » ce qui correspond à la représentation d'un enfant débrouillard et indépendant qu'elle avait déjà mentionnée. Elle évoque également un enfant aux yeux bleus (à son image, étant elle – même blonde aux yeux bleus) « mes yeux à moi ». Cependant ces anticipations s'élargissent, elle envisage d'avoir un enfant brun parce qu'elle « a toujours été amoureuse des gens bruns » (rapprochement oedipien) et finalement ouvre le champ des possibles : « Je me dis pourquoi est-ce qu'il me ressemblerait après tout ... » A propos du caractère de l'enfant, les représentations ne s'avèrent pas différentes mais elle les fait maintenant coïncider avec ce qu'elle perçoit actuellement de son enfant. Le lien de filiation est présent à travers le prénom (Paul et Thomas, prénoms des grands pères, devenant Tom) et l'absence de deuxième et

troisième prénoms semble participer à la différenciation d'avec leur propres parents : « on se disait ouais on va peut-être faire pareil et puis non ».

L'évolution de l'anticipation nous apparaît notable à travers les rêves de M<sup>me</sup> P (3). En effet, si elle ne rêve plus, elle décrit en revanche des rêveries diurnes dans lesquelles elle voit son enfant dans des situations concrètes de la vie quotidienne ; situations agréables (soins) ou plus difficiles (pleurs) : « quand on a acheté la baignoire ou quand on a acheté le tapis d'éveil on l'imagine là en train de jouer avec ou on imagine le laver [...] Là on nous a prêté une poussette et c'était oui bah quand on le promènera [...] je me dis euh, comment je vais faire quand il va pleurer [...] quand on a installé la commode là avec le plan à langer, bah c'est : je vais le changer là euh... ». L'anticipation semble alors avoir pris un réel essor et l'enfant virtuel avoir progressé sur la voie de l'actualisation. L'empathie est également présente (4) : « j'espère [...] qu'il aura pas les mêmes problèmes de dents que moi parce que sinon il va morfler le pauvre » ou encore « je me dis faut que tout se passe bien euh donc faut pas qu'il ressente ma pression à moi (rires) c'est tout. Enfin ouais j'espère qu'il me sentira pas trop stressée ». Des anticipations à valence négative sont donc présentes mais les mécanismes de défense paraissent efficaces (idéalisation, rires, étayage etc.) : « Parce que si il a ses dents qui le travaillent pendant six mois et qu'elles sortent pas ou ... ça risque d'être dur aussi bien pour moi que pour lui (sourire) parce que moi je vais être crevée euh de l'entendre tout le temps pleurer parce qu'il a mal aux dents (rires) mais bon. Ouais j'espère que ça ira qu'il aura pas trop de problèmes et j'espère avoir un bébé parfait quoi (rires), qu'il soit pas trop malade euh ... [...] Enfin, ça devrait aller, mon mari il m'aide bien quand même donc euh c'est pas mal déjà, ça fait un soulagement ». Elle se projette à nouveau plus loin avec son enfant lorsqu'elle pense à son futur mode de garde : « Là maintenant c'est la question des nourrices, il faut que je trouve une nourrice donc du coup la pression monte un peu ». Mais, là encore un mouvement défensif lui permet de ne pas être débordée : « Je me dis mince comment je vais faire si je trouve pas de nourrice euh... j'vais être mal (rires) mais bon, tout le monde trouve une nourrice un jour ou l'autre [...] J'ai encore un peu de temps quoi ça devrait aller ».

Au déploiement des représentations anticipatrices semble correspondre une avancée dans les préparatifs destinés à accueillir l'enfant à naître. A l'image du nid maternel qui paraît contenant et à présent davantage prêt à accueillir l'enfant du dehors, la chambre est maintenant achevée, le prêt d'un lit permettant l'accueil de l'enfant (2). Alors que l'angoisse était importante lors du premier entretien, elle dit à présent pouvoir « accoucher en toute

tranquillité ». Enfin, elle ne mentionne plus ce qui pourrait manquer comme un élément déstabilisant, tel qu'elle le faisait en T1.

La construction progressive du nid maternel semble avoir nécessité un travail de différenciation d'avec sa propre mère particulièrement important. Celle-ci est en effet ici décrite comme étouffante (4), ayant de son côté réalisé tous les préparatifs pour son petit-fils depuis longtemps (« Elle a préparé toute la chambre chez elle euh elle a acheté un lit [...] Elle a acheté un siège auto, tout (rires) »). La grossesse paraît donc avoir ravivé des difficultés de séparation avec une mère vécue comme envahissante. Le discours est d'ailleurs ici particulièrement labile, avec beaucoup de mise en dialogue et de rires. Sur fond de reviviscence de ses conflits, M<sup>me</sup> P semble donc avoir besoin de s'éloigner de cette mère afin de pouvoir prendre sa propre place de mère, tout en ayant intériorisé une image positive sur laquelle elle peut s'appuyer (j'ai toujours le cliché de ma mère, donc du coup j'ai, enfin, je m'imagine pas faire autrement »). Elle a conscience de ce besoin d'éloignement, de protection par rapport à cet envahissement et le progrès sur le chemin de la différenciation paraît avoir permis le déploiement de l'anticipation. Ainsi, le progrès du mouvement d'actualisation semble présager un accueil serein de l'enfant, dont l'altérité est davantage mis en avant : « après ça dépendra de ce qu'il pense lui, enfin le bébé quoi, ce que pensera mon fils quand il sera plus grand, comment il regardera toutes ces choses là. »

### c- Anticipations concernant sa relation avec cet enfant :

La relation est toujours décrite dans un but d'interaction avec le fœtus devenant – enfant (1 et 2) : elle joue avec lui et il lui répond. Elle ne lui parle toujours pas directement mais pense « qu'il entend » ce qu'elle dit et ressent l'attention que ses parents lui portent : « on parle tellement de lui que je pense qu'il doit le ressentir quand même donc euh je me fais pas trop de soucis de ce côté là ». Le fait de ne pas le « voir » l'empêche de lui parler comme elle dit qu'elle le fera avec l'enfant qui s'actualisera en post natal.

Cependant, la relation post natale avec l'enfant est maintenant envisagée (cf. refus en T1), M<sup>me</sup> P appuyant sur la place d'elle et de son mari auprès de leur enfant (3). Elle se projette plus loin avec l'enfant, envisageant sa place dans la famille et la manière de « l'élever ». Elle dira pour la première fois « mon fils » au lieu de « le bébé » ou « le petit ». La problématique de la séparation revient encore une fois. Elle veut un enfant qui puisse se

détacher de sa famille : « je veux pas qu'il soit trop enfermé, qu'il soit trop perdu quand y a quelqu'un qui meurt ou ... ». L'enfant virtuel semble donc avoir avancé sur la voie de l'actualisation.

○ *Planches photographiques*

Planche 1 : Elle s'approprie tout de suite le rôle de la personne qui donne les soins à travers une mise en dialogue « je vais devoir le changer [...] ça y est il est propre maintenant je vais passer au bain et c'est bon [...] je l'habille, je le déshabille, je le mets au bain. » La référence aux « flashes » (rêves éveillés) et au jeu (« je joue à la poupée ») permet ici une mise à distance.

Planche 2 : Cette fois-ci, elle prend en compte l'apparence plus âgée du nourrisson. De plus, l'enfant n'est plus représenté comme dépendant, ayant besoin d'étayage mais pouvant « jouer tout seul », elle imagine « qu'il n'ait pas besoin » d'elle.

Planche 3 : L'angoisse face à la situation de bain paraît forte et est exprimée à travers une négation : « c'est pas moi là (rires) [...] pas lui faire prendre le bain, non, non ». Des rires hypomaniaques apparaissent, de même qu'une justification par l'aspect relationnel avec le père : « je pense qu'il en a besoin aussi euh de sentir que son papa il est là ». Cependant cela ne semble pas figé, elle envisage aussi la possibilité de lui donner le bain : « Enfin, je dis ça mais si je suis obligée je le ferais hein. » D'autre part, elle évoque spontanément cette situation à la première photo.

Planche 4 : Le mouvement d'identification est prégnant, ainsi que l'empathie puisque M<sup>me</sup> P a peur que son enfant ne souffre de mal de dent (comme elle en ce moment) : « ça c'est parce que j'ai mal aux dents je me dis que (rires) moi j'ai déjà mal alors un petit bout comme ça qui doit faire toutes ses dents d'un coup euh ça doit être encore plus dur (rires) ». L'altérité de l'enfant virtuel est cependant aussi mise en avant : « C'est un moment dur dans sa vie à lui ». D'autre part elle se place en mère capable de le rassurer tout en pointant son impossibilité à épargner la douleur à son enfant : « en fait il est rassuré mais il a toujours aussi mal, je peux pas lui enlever le mal ». L'anticipation semble ici importante, marquée par un bon équilibre entre Eros et Thanatos.

Planche 5 : La dernière planche est davantage développée qu'en T1 et permet d'évoquer la séparation par le rapprochement en post natal : « c'est la maman et le bébé, c'est personne d'autre. C'est l'après accouchement (rires) tout le monde en a besoin ». L'empathie envers l'enfant est encore une fois présente : « C'est un moment pour rassurer le bébé ».

A la suite de l'entretien, la passation des planches photographiques semble révéler une anticipation plus large et flexible, ainsi qu'un bébé moins dépendant et dont l'altérité est appréhendée. Enfin, l'ambivalence est présente et apparaît bien dosée.

○ *Dessin de l'enfant*

M<sup>me</sup> P dessine un nourrisson en couche, à « quatre pattes ». L'avancée dans l'actualisation de l'enfant virtuel est ici flagrante par rapport au premier dessin où elle dessinait un fœtus. L'identification à l'enfant est mentionnée : « je l'imagine pas avec beaucoup de cheveux » (comme elle lorsqu'elle est née) et la référence aux préparatifs, à l'appartement qui est maintenant « déblayé » et prêt à accueillir un nourrisson (« il y a de la place ») nous paraît être le témoin de la constitution d'un nid externe contenant pour l'enfant à naître.

## ❖ *Synthèse*

L'anticipation apparaît donc un peu plus difficile pour M<sup>me</sup> P. L'angoisse paraît plus difficile à maîtriser. Elle est nettement palpable à travers un type de défenses hypomaniaques qui atteint parfois la lisibilité de son récit. L'anticipation de M<sup>me</sup> P semble donc se rapprocher davantage du pôle de l'angoisse automatique que celle de M<sup>me</sup> G par exemple. Les représentations anticipatrices se révèlent parfois proches d'un type d'anticipation-catastrophe (perdre les pédales, paniquer, étouffer son enfant ou encore le faire tomber), conséquence de l'angoisse difficilement maîtrisable et signe d'un éventuel échec de l'anticipation adaptative. La question de l'évaluation psychodynamique de M<sup>me</sup> P avant la grossesse semble ici importante, en effet la grossesse paraît avoir exacerbée et ravivée une faiblesse narcissique que marque entre autres un fort besoin d'étayage. La rapidité avec laquelle elle est tombée enceinte l'a peut-être en quelque sorte 'prise de cours', ralentissant le processus de parentalité sans toutefois le bloquer. Cependant, ces difficultés d'adaptation ne semblent pas mettre en défaut les mécanismes de défense adaptatifs : bien que les imprévus de la grossesse (rapidité de sa survenue, perte d'eaux au quatrième mois, possible contre-indication pour la péridurale) provoquent déséquilibre et angoisse, M<sup>me</sup> P les surmonte. En outre, le travail d'anticipation est bel et bien présent. On peut éventuellement faire l'hypothèse d'un mouvement d'anticipation moindre durant le premier trimestre (adaptation difficile à la grossesse), qui se ferait l'écho d'une précipitation de celui-ci en ce dernier trimestre. Ainsi, le mouvement d'actualisation de l'enfant virtuel aurait été plus lent en début de grossesse mais émergerait finalement au travers de la relation psycho – affective qu'elle semble entretenir avec son fœtus devenant – enfant. Sur fond de réaménagement des relations avec sa propre mère vécue comme envahissante, les bouleversements psychiques inhérents au processus de parentalité émergent particulièrement dans son discours. Transparence psychique de la grossesse, difficulté d'adaptation et travail anticipatoire en ébullition participent à rendre particulièrement palpable la haine inconsciente propre à la parentalité. Sans nous apparaître pathologique, l'équilibre entre Eros et Thanatos interroge. L'adaptation pose également question, un débordement par l'angoisse pourrait éventuellement être à craindre si l'étayage venait à manquer, dans un contexte où la problématique de la maîtrise de l'objet (activité - passivité) semble ravivée par la grossesse. Cependant, si l'anticipation apparaît comme particulièrement déstabilisante, ce travail visiblement très actif, semble permettre une adaptation et non la mettre en défaut.

Le cadre des séances de préparation à la naissance paraît avoir eu une fonction étayante pour M<sup>me</sup> P et ainsi avoir soutenu le processus de parentalité. La déstabilisation provoquée par le travail d'anticipation paraît dépassée et l'angoisse davantage maîtrisée. Les représentations anticipatrices sont plus flexibles. De plus, l'actualisation de l'enfant virtuel a nettement progressée. Son altérité est réellement visible et les projections concernant l'enfant à venir sont plus avancées dans l'avenir, il s'avère maintenant clairement envisagé comme un individu séparé de sa mère (l'évolution du dessin de l'enfant nous paraît être un reflet significatif de ce mouvement). La relation d'objet virtuelle nous apparaît à présent empreinte d'ambivalence qui semble caractérisée par un bon équilibre d'Eros et de Thanatos. L'empathie maternelle semble caractériser cette relation. L'imminence de la mise en présence de l'enfant du dehors paraît envisagée de manière plus sereine. Enfin, l'anticipation de l'accouchement en lui-même semble s'être déployée, provoquant également une déstabilisation (visible à nouveau par la forme de son discours et la valence anxiogène des représentations « recoudre à vif ») mais laisse également présager une meilleure adaptation aux aléas pouvant le caractériser.

Nous avons eu l'occasion de revoir une dernière fois M<sup>me</sup> P lors de son séjour à la maternité. L'accouchement s'est bien passé, elle dit s'être concentrée sur sa respiration et que le souvenir des séances de préparation l'a, à ce moment là, bien aidé à ne « pas trop paniquer ». Elle a finalement pu avoir la péridurale qui a bien fonctionné. Elle a par ailleurs, eu une épisiotomie mais dit que cela n'est pas « si terrible en fait ». Elle aimerait juste être chez elle pour davantage de confort (il n'y pas de douche dans les chambres). Elle raconte qu'elle est restée longtemps à regarder son bébé et qu'elle a « réalisé » progressivement, qu'avant elle se disait qu'elle attendait un enfant mais pas réellement que c'était le sien. Elle le trouve beau et recherche les ressemblances (oreilles de la mère et pieds du père...). Elle dit être « surprise » de la douleur que lui provoque l'allaitement mais également être contente que cela « se passe bien ». Lors de cette entrevue elle est attentive à son enfant, son regard se porte très souvent sur lui sans angoisse particulièrement visible alors que le nourrisson aura le hoquet pendant toute la durée de l'entretien. En outre, les soins se passent bien, elle dit avoir eu un peu peur au début mais que l'auxiliaire l'a « mise à l'aise » et qu'elle « apprend progressivement » et déclare : « ce matin cela s'est bien passé ». Elle me dira aussi que « tout est prêt pour lui à la maison maintenant », qu'ils avaient tout fini avant l'accouchement. Elle

précise enfin que le bébé a la peau sèche et regrette que son mari n'ait pas pu aller acheter la crème ce week-end mais relativise rapidement : ce n'est pas grave, ils iront en sortant de la maternité. Alors que l'entretien se termine elle me dira qu'elle parle à son bébé à présent, que « ça vient tout seul, c'est naturel ».

### 5.3. M<sup>me</sup> F

M<sup>me</sup> F est une femme de 28 ans, mariée, exerçant une activité professionnelle dans le domaine médical. Elle est enceinte de 35 semaines d'aménorrhées lorsque je la reçois pour le premier entretien. D'apparence soignée, elle est peu expressive durant nos entretiens. Bien que volontaire pour participer à la recherche, elle se montre assez froide, faisant des réponses relativement concises. Elle ne montre pas de réticence particulière à répondre mais s'exprime moins spontanément et m'oblige donc à la relancer davantage.

#### ❖ *Variabilité de l'anticipation et relation d'objet virtuelle en T1*

##### ○ *Histoire de la grossesse*

Le projet d'enfant (2) est réfléchi et commun au couple. Un délai d'une année a été nécessaire avant qu'elle ne tombe enceinte. Lorsque je reviens sur ce délai à l'occasion du second entretien, elle alterne déni de l'angoisse avec d'autres mécanismes de défense parmi lesquels l'affect est sans cesse minimisé : « je savais que [...] mais quand même [...]. je sais pas je pense que j'étais un peu comme toutes les femmes – *généralisation* - , j'étais un peu stressée - *affect minimisé* - du fait que ça vienne pas tout de suite [...] on s'est pas trop angoissé [...] On a pas attendu [...] c'était pas angoissant – *dénégations* - [...] c'était ... un peu long parce qu'on se disait quand même... [...] ça a pas été une année angoissante sous prétexte qu'on attendait impatientement – *dénégation*- » Elle nie également les aspects négatifs de la grossesse (3) : lors de la question portant sur le déroulement de celle – ci, elle écrit simplement « Très bien. » sans en aborder les inconvénients comme ont pu le faire les autres participantes. Elle n'en évoque toujours aucun lorsque cette question est abordée directement (« Rien. »), enfin à la dernière question libre (6) elle ajoute : « C'est un vrai bonheur ». Ces déni et cet accent porté sur les aspects positifs peuvent nous amener à nous interroger sur une possible idéalisation de la grossesse qui serait alors accompagnée d'une mise à distance défensive de la haine inconsciente inhérente à la parentalité. Lorsque je reviens sur cette absence d'inconvénient lié à la grossesse lors des précisions orales, elle en évoque cependant, bien que sur un mode effectivement défensif (« J'allais pas dire à bah oui, j'ai mal au dos, j'ai mal aux pieds, j'ai toujours envie de faire pipi... [...] Alors c'est sûr j'ai une sciatique, j'ai des désagréments aussi [...] J'ai eu mal à la poitrine, j'avais beaucoup sommeil... »). Elle ne dénie pas leur existence effective mais on assiste à une déni de

ressenti négatif qu'elle a pu éprouver ; elle les minimise de manière significative : « j'avais tellement peu de choses par rapport à certaines femmes [...] ça s'est bien passé dès l'instant où je sais qu'il y a d'autres personnes qui sont alitées dès quatre mois [...] je pense que c'est normal que le corps réagisse [...] faire un listing de ce que... je trouve pas ça utile quoi. »

En ce qui concerne la découverte de la grossesse, elle précise dans un premier temps les circonstances (vacances et date). Ensuite, elle explique que lorsqu'elle a cru qu'elle était enceinte, elle a tout d'abord attendu avant de faire le test, puis elle fini par dire qu'ils étaient « très très content évidemment », sans pour autant montrer davantage d'émotion. L'évènement semble pour finir mis à distance par une banalisation et un rappel des circonstances : « Donc voilà, donc c'était en vacances, donc c'était un bon moment. » Là encore les affects nous apparaissent mis à l'écart de manière défensive. D'autre part, si M<sup>me</sup> F est attentive aux modifications de son corps, certains éléments semblent indiquer une certaine difficulté à progresser dans le processus d'actualisation de l'enfant virtuel en début de grossesse : elle ne sentait « vraiment rien » et pensait juste « voir un œuf » à la première échographie (alors qu'elle devrait avoir des connaissances théoriques sur ce sujet). En effet, elle paraît peu réceptive aux signes de vie de l'enfant : elle n'a eu du ventre et n'a senti les premiers mouvements fœtaux que tard (Questionnaire question 5 : « vers 5, 6 mois »). On peut donc s'interroger sur ses capacités à modifier la représentation de l'enfant au fur et à mesure de la grossesse. La vision d'un bébé déjà constitué, lors de la première échographie, l'a donc surprise et l'a aidé à « réaliser » et à prendre en compte l'existence de l'enfant en tant que devenant humain (« ça aide à réaliser qu'on a vraiment un bébé en soi, ça aide à faire attention aussi à l'alimentation euh, à pas boire d'alcool, enfin ça aide à, à se rendre compte qu'on a vraiment la vie en soi et que... qu'il faut faire attention à pas mal de choses pour euh préserver l'enfant »). Elle mentionne également les « changements » que cela va apporter dans sa vie et dont elle a maintenant conscience. L'échographie paraît donc avoir permis l'évolution de la représentation de l'enfant. Cependant, les échographies qui ont eu lieu durant ses visites médicales de manière régulière et à une fréquence plus importante qu'à l'ordinaire semblent également avoir eu un rôle de soutien du processus de parentalité. Soutien dont elle paraît avoir eu besoin afin de rendre plus réelle l'existence de l'enfant (« tant qu'on voit pas, qu'on a pas les sensations, je trouve que c'est rassurant en fait »). Ces doutes sur la présence de l'enfant paraissent être justifiés par les risques inhérents à la grossesse (fausses couches etc.). Enfin, elle fait souvent référence à la nature comme moyen de mise à distance des

incertitudes et des inquiétudes qu'elle pourrait avoir : « enfin je voulais laisser faire la nature [...] Je pense que si la nature a fait les choses comme ça [...] »

M<sup>me</sup> F semble donc, par ces différents mécanismes, mettre à l'écart les affects ainsi que l'angoisse que provoque le processus de parentalité. On peut alors s'interroger sur cette sorte de refus (dénégations, mise à distance par référence à des éléments extérieurs tel que la nature par exemple). Lui permet – t'il de ne pas être débordée par une angoisse qui serait davantage de l'ordre de l'angoisse automatique ? Ce barrage aux affects potentiellement déstabilisants s'accompagnerait alors d'une anticipation limitée, peu flexible, fermée au champ des possibles. Il empêcherait donc l'anticipation adaptative de se déployer de manière bénéfique. Sur ce versant, les conséquences en termes de relation d'objet virtuelle seraient alors importantes. Cependant, elle montre déjà des aspects plus flexibles de son anticipation puisqu'elle évoque également les cotés négatifs (préoccupation autour de la santé de l'enfant ou changements que provoquent la venue de celui – ci). Nous allons donc pouvoir préciser les représentations anticipatrices prénatales de M<sup>me</sup> F grâce à la suite de l'entretien.

○ *Corps de l'entretien*

a- Anticipations d'elle même en tant que mère :

Les réponses sont relativement brèves et les représentations anticipatrices sont accessibles de manière assez directe, elles sont précises et à valence positives (1). On peut donc, à première vue, s'interroger sur leur flexibilité. Ainsi, M<sup>me</sup> F imagine « douceur, bisous, câlins » et pense être une mère « patiente, pas stressée [...] zen [...] assez joueuse [...] disponible [...] à l'écoute », comme elle dit l'être elle – même déjà (« rester comme je suis »). Ces anticipations semblent idéalisées et ne paraissent pas laisser place à un possible déroulement différent. Les caractéristiques citées comme non souhaitées sont les opposées des premières : « pas être une maman qui crie [...] stressée ». D'autre part, elle ne se documente pas sur ce sujet et fait appel à la façon dont elle a été éduquée. Elle écarte les incertitudes concernant la fonction maternelle en se référant à l'instinct naturel (3) et repousse ces considérations à plus tard (tendance refus) : « ça on verra [...] on se dit qu'on va se rendre compte au fur et à mesure en fait [...] on se dit qu'on va voir au fur et à mesure. » (4)

En revanche, l'évocation de représentations à valence négative plaide en faveur d'une anticipation plus large et moins idéalisée qu'au premier abord. Ainsi elle évoque, sous une forme négative, les aspects difficiles de la maternité : « On voit pas le côté matériel, le côté contrainte si y en a » (1). La dénégation et le doute émis (« si il y en a ») constituent donc un mouvement défensif qui semble être destiné à ne laisser passer aucune manifestation d'angoisse. La défense viendrait-elle ici museler l'anticipation ? La même restriction de l'anticipation est présente dans le questionnaire sur l'accouchement : « Je ne me l'imagine pas trop en fait, je préfère ne pas me faire de film ». Les douleurs sont évoquées mais les affects ne sont pas exprimés au profit d'une rationalisation « ce sont des douleurs qui paraissent logiques étant donné qu'un petit corps sort par un orifice étroit. Donc douleurs. » Elle évoque elle-même cette tendance à tenir à l'écart ce qui pourrait être déstabilisant : « J'écoute les conseils quand ils me conviennent et quand c'est des trucs négatifs j'essaie de pas... [...] je suis pas sans arrêt en train de lire des trucs qui me... » (2) Cependant, en ce qui concerne l'allaitement, elle mentionne tout de même les difficultés possibles : « on essaie et puis après bon si ça n'allait pas bon il existe d'autres moyens quoi ». Elle parle également des « cotés dramatiques » de l'allaitement (terme qui souligne son ambivalence à ce sujet, « ça me dégoûtait pas du tout, au contraire » - dénégation ?). Ici les mécanismes de défense semblent efficaces pour mettre à distance l'angoisse : « ça se fera naturellement » et étayage « Et puis je me dis qu'on m'expliquera à la maternité, je fais confiance à l'équipe ».

On peut donc souligner l'aspect nuancé des représentations anticipatrices ainsi que repérer des mécanismes de défense opérants face à l'angoisse. Cependant, ce système défensif semble également restreindre l'anticipation qui apparaît parfois idéalisée. L'évitement du conflit nous paraît visible à travers l'inhibition (peu d'affects exprimés, nécessité de relancer et références plaquées – nature, instinct). On a donc l'impression d'assister à un blocage de l'anticipation en vue d'éviter l'angoisse qui pourrait alors émerger. On peut alors s'interroger sur une tendance à la fermeture de l'anticipation qui situerait M<sup>me</sup> F davantage sur le versant de l'angoisse automatique. Mais rappelons encore une fois que l'élargissement ponctuel de l'anticipation est toutefois réalisable et qu'un traitement de l'angoisse reste alors possible.

#### b- Anticipations concernant son enfant à venir :

Après avoir dit sa difficulté à imaginer son enfant, M<sup>me</sup> F livre une représentation qui paraît idéalisée et stéréotypée (1) : « une petite fille yeux bleus, les cheveux bouclés, très

gentille, souriante... » (Elle-même est blonde aux yeux bleus.) Elle élargit cependant ensuite le champ des possibles en précisant que c'est une image idéale mais qu'elle envisage l'éventualité qu'elle soit différente : « c'est l'image qu'on a idéale. Mais on sait bien que ce sera peut-être euh... je sais pas ». L'affirmation « je sais pas » puis « c'est pas très concret non plus en fait » semble une nouvelle fois permettre un évitement du conflit. Les refus qui suivent (portant sur comment elle aimerait et n'aimerait pas que son enfant soit) confirment également cet évitement.

Néanmoins, parallèlement à cela, certaines représentations anticipatrices paraissent plus souples. Ainsi, elle envisageait les deux possibilités pour le sexe de l'enfant. Ayant appris celui-ci progressivement, elle envisageait un changement possible et l'envisage toujours : « on se disait ça va peut-être encore changer donc euh... [...] Maintenant on s'est fait à l'idée que c'était une fille mais bon même si ça changeait ben c'est pas grave quoi. » Elle avait également envisagé deux prénoms selon le sexe. L'enfant étant une fille, le prénom choisi fait référence à un moment fort du couple (voyage de noce). Elle semble aussi avoir anticipé les problèmes éventuels de la grossesse et a donc attendu avant de commencer les préparatifs pour l'enfant (2). Ceux-ci sont, à présent, « pratiquement prêts ». Enfin, elle rêve souvent de son enfant (3), activité qui témoignerait d'un travail d'anticipation actif.

Pour conclure, l'anticipation adaptative semble présente bien que la représentation de l'enfant soit encore idéalisée et l'anticipation parfois restreinte. Malgré un travail d'anticipation qui paraît effectif, on peut donc s'interroger sur l'actualisation de l'enfant virtuel ainsi que sur la préparation à l'altérité de l'enfant à venir qui semblent relativement faible.

### c- Anticipations concernant sa relation avec cet enfant :

La relation d'objet virtuelle est visible à travers la description que M<sup>me</sup> F fait du dialogue psycho – corporel qu'elle entretient avec l'enfant du dedans (1 et 2). Elle perçoit, en effet, les réactions de son enfant à ses différents rythmes de vie, interprète ses mouvements dans le sens d'une volonté de communication « c'est un peu pour euh soit pour nous faire ressentir que on a fait beaucoup de choses et que ça l'a peut être un peu dérangée » ou encore « j'ai l'impression que ça l'a fait réagir et qu'elle me répond ». Cependant, ce passage de son récit est empli de précautions verbales qui rendent ses interprétations peu affirmées : « un petit

peu », « un peu », « je sais pas » répété à maintes reprises, « peut-être », « c'est des impressions après je sais pas ». La relation d'objet virtuelle en voie d'élaboration paraît donc encore hésitante. Pourtant, l'enfant virtuel tend à s'actualiser : elle lui parle davantage et le nomme, à présent, par son prénom.

D'autre part, si elle ne semble pas se projeter spontanément dans un avenir plus avancé avec l'enfant à naître, la relation en post natal est envisagée. Elle souhaite une relation « de tendresse », espère être « assez à l'écoute, assez tendre, douce etcetera. » Cette représentation paraît se construire par opposition à sa propre mère qu'elle décrit comme « déprimée » et peu attentive à ce qu'elle vit (cf. précisions en T2). L'image de la mère n'apparaît donc pas valorisée mais M<sup>me</sup> F semble avoir intériorisé une bonne image maternelle à travers sa nourrice qu'elle a d'ailleurs été revoir pendant sa grossesse. Cette représentation anticipatrice n'est cependant pas rigide. Au contraire, elle la nuance, prend en compte les besoins de l'enfant dont l'altérité apparaît alors amorcée « j'ai pas envie d'être en fusion euh... parce que je sais que c'est pas forcément bon pour eux après [...] j'espère surtout une relation de tendresse, de, de pouvoir répondre à ses besoins, de faire ce qui est bien pour le bébé quoi. [...] C'est selon les besoins de l'enfant aussi donc en fait ». Elle anticipe également la séparation et se projette plus loin avec par exemple la reprise de son activité professionnelle : « par contre quand on est trop fusionnelle avec son enfant je sais que quelque fois c'est dur par la suite pour s'en détacher, ou pour... ça peut faire souffrir aussi bien le bébé ou la mère si il faut se séparer par rapport au travail ». La relation paraît alors plus nuancée et moins idéalisée : « j'essaierai de [...] faire ce que je pourrai (rires) du mieux possible ». L'ambivalence apparaît d'ailleurs à travers un lapsus qui fait peut – être échos au rôle maternel qu'elle a assumé très tôt envers son petit frère (cf. précisions) : « j'espère que j'arriverai à [...] ne pas être accaparée euh, ne pas trop accaparer l'enfant ». Enfin, la remise à plus tard de ces considérations permet de mettre à distance l'angoisse engendrée par l'expression de ces incertitudes : « La relation, je pense qu'on verra quand il sera là ».

L'anticipation tenue à l'écart auparavant apparaît ici dans une plus grande flexibilité qu'accompagnent les incertitudes concernant la fonction maternelle et la relation à l'enfant du dehors. L'altérité en devenir de l'enfant virtuel semble alors davantage abordée.

○ *Planches photographiques*

Planche 1 : M<sup>me</sup> F présente le personnage féminin comme la mère du bébé et décrit la situation sous l'aspect relationnel « c'est l'histoire d'un, d'un nouveau né et euh et de sa première toilette ou de sa première relation avec sa mère ». Cependant, elle s'attache à suivre la consigne à savoir raconter une histoire et par ce biais, décrit la situation de soin sans se l'approprier comme ont pu le faire les autres participantes « Les premières heures de la vie **d'un** bébé ». L'image d'un nouveau-né semble donc provoquer un mouvement défensif : par l'attachement à des détails ou à la description de la photo, elle met à distance l'angoisse et ne se projette pas directement. Ainsi elle s'attache à la couleur jaune « apparemment elle aime bien le jaune, donc je sais pas. L'histoire d'un bébé jaune (sourire) » et refuse de décrire les sentiments des personnages car leurs visages ne sont pas visibles.

Planche 2 : Là encore l'histoire permet une mise à distance et un non engagement de M<sup>me</sup> F : « c'est l'histoire d'un bébé qui, qui découvre en fait le jeu [...] c'est l'histoire d'un bébé heureux ». Les précautions verbales et les hésitations entre différentes interprétations semblent également permettre de tenir à l'écart l'angoisse que provoque la confrontation avec la représentation de l'enfant qui sera actualisé plus tard : « je sais pas » répété cinq fois, « on peut imaginer qu'il y a ses parents ou je sais pas quelqu'un qui » l'implication des parents dans la relation à l'enfant est donc tout de suite mise à distance défensivement. Enfin, une référence à la couleur termine le récit.

Planche 3 : Les précautions verbales sont une nouvelle fois très présentes « je sais pas », « peut – être », « c'est pas sûr ». Elle semble à nouveau éviter le conflit en évitant la référence à la fonction parentale (anonymat des personnages) : « qui regarde euh... je sais pas qui mais qui regarde quelqu'un [...] Il regarde la personne qui le baigne ». Elle s'attache également à des éléments descriptifs, regard et couleur de la peau. La relation est décrite comme étayante « ça le rassure », attentionnée « il prend beaucoup de précautions pour le tenir correctement avec le bras » et positive « un échange assez tendre entre les deux ». L'éventuelle peur de mal faire pendant les soins à l'enfant n'est pas mentionnée.

Planche 4 : Encore une fois, il y a de nombreuses précautions verbales. L'anonymat du personnage qui tient l'enfant et l'hésitation concernant son identité semble mettre à distance l'angoisse engendrée par la situation de pleurs : « Alors je sais pas si il est dans les bras de sa

maman [...] la personne essaie de le réconforter [...] Je pense que c'est sa maman mais (5sec.) [...] c'est peut être une amie, sa tante, une nounou... on peut pas reconnaître qui c'est ». Les intentions de cette personne sont présentées comme positives, étayantes : « Elle a une main rassurante dans le dos, donc peut-être qu'elle essaie de le calmer [...] la personne essaie de le réconforter [...] je pense qu'elle essaie de le protéger, de le rassurer, donc je pense que c'est une personne qui aime beaucoup le bébé [...] elle essaie de le cajoler, je pense que c'est quelqu'un qui aime le bébé ». Cependant par une dénegation, elle évoque les aspects négatifs d'une telle situation : « on voit pas si elle a l'air angoissé par les pleurs ou si elle a l'air énervé ou triste ». L'incapacité de la personne à calmer l'enfant lui fait douter du fait que ce soit sa mère : « il a pas l'air d'être blotti contre elle, donc je sais pas si c'est sa mère. (3sec.) », mais cette sorte d'idéalisation de la fonction maternelle (présentée comme forcément rassurante) est ensuite nuancée : « En même temps vu qu'il pleure beaucoup je sais pas si il serait nécessairement blotti contre elle pour autant, si c'était sa mère ». Elle se projette également et tente de trouver les raisons des pleurs de l'enfant. Finalement la défense est plus importante et lui fait conclure que si l'enfant est triste c'est qu'il est séparé de sa mère.

*Planche 5 :* L'histoire semble encore lui permettre une prise de distance par rapport à la photo : « c'est l'histoire d'un moment privilégié entre une mère et son enfant, lors de l'allaitement ». La situation d'allaitement est décrite de manière positive et comme moyen de rapprochement, de proximité entre la mère et l'enfant.

Le matériel photographique paraît laisser davantage apparaître l'angoisse de M<sup>me</sup> F, qui semble s'être saisie de la consigne pour la mettre à distance. Beaucoup de précautions verbales et d'hésitations semblent tenter de tenir à l'écart l'angoisse. Celle – ci paraît provoquée par un support qui l'incite à anticiper les situations représentées. Anticipation qu'elle tentait justement d'éviter. Une tendance à l'idéalisation est encore visible mais celle – ci est toutefois nuancée. L'anticipation est alors présente dans ses valences positives comme négatives. Enfin, l'évocation fréquente des couleurs interroge : serait- ce un simple recours à la description ou peut – être une certaine sensibilité aux affects (comme cela peut être le cas dans un test comme le rorschach) ?

○ *Dessin de l'enfant*

La difficulté à dessiner l'enfant (M<sup>me</sup> F s'y reprend à trois fois avant de représenter le corps de l'enfant par de simples traits droits) signe peut – être le même mouvement défensif qui restreint l'anticipation de M<sup>me</sup> F. Lorsqu'elle explique son dessin elle dit imaginer « des boucles », « un bébé qui dort » et « souriant ». Ce qui fait écho à la représentation idéalisée de l'enfant évoqué dans l'entretien (cheveux bouclés, souriante).

❖ *Evolution de l'anticipation entre T1 et T2*

○ *Corps de l'entretien*

a- Anticipations d'elle-même en tant que mère :

Les représentations citées sont à valence positive et semblent être défini par opposition avec la relation qu'elle-même entretient avec sa propre mère (1) : « être une maman assez douce, assez attentionnée, aimante [...] j'aimerais avoir une complicité assez importante avec mes enfants [...] le dialogue est très important [...] beaucoup d'attention ». Cependant elle nuance ces propos en modulant cette image de mère parfaite : elle évoque la différence entre complicité et relation « copain - copine », ainsi que l'autorité qu'elle pense exercer. Une relation teintée d'ambivalente bénéfique semble donc se constituer « j'aurai quand même cette autorité qui ressortira. Mais je pense que l'un n'empêche pas l'autre en fait ». La représentation anticipatrice d'elle-même en tant que mère paraît se construire entre différenciation d'avec une mère qui, apparemment, ne la satisfait pas (« déprimée », qui ne paraît pas attentive à ce que vit sa fille) et intégration d'une image positive qu'elle semble trouver dans son entourage (belle-mère, nourrice). Ainsi pour M<sup>me</sup> F, être une bonne mère signifie « remplir un rôle qui satisfera [ses] enfants » (4). La peur de ne « pas être une assez bonne mère » est cependant présente et nous semble montrer un élargissement du spectre de l'anticipation. L'angoisse suscitée est traitée par de nombreux mécanismes de défense : généralisation « tout le monde à un moment donné a peur », dénégation « je me suis pas encore pris la tête avec ça », référence extérieure « la nature euh, a fait que j'attends un bébé, la nature fera que ça... pff... je sais pas, ça viendra naturellement pour l'élever » et étayage « et puis j'aurai des gens qui seront là si jamais j'ai des questions », mise à distance « on verra ».

L'anticipation semble donc s'être déployée, le travail d'anticipation plus actif. En effet, les réponses sont plus souples, davantage teintées de doutes et moins rapides, laissant apparaître une certaine déstabilisation face à laquelle les mécanismes de défense s'avèrent tout de même opérants. Elle paraît également plus réceptive aux informations qu'elle peut recueillir, bien qu'elle se défende d'être en recherche. A la question qui avait provoqué un « non » catégorique en T1 (3), elle répond à présent qu'elle « aime bien regarder les magazines qui traitent un peu de tout ». Les séances de préparation à la naissance semblent avoir participées à ce déploiement du travail anticipatoire (elle dira que ça lui a permis de « prendre conscience des choses ») et à l'actualisation de l'enfant virtuel : elle se projette à présent dans un avenir plus lointain « au moment où se sera l'âge de diversifier l'alimentation [...] comment on met un enfant sur le pot ». L'anticipation, alors effectivement présente, est cependant encore énoncée sur un mode défensif qui permet de traiter l'angoisse : dénégation, mise à distance « non je me dis on verra comment... comment ça va se présenter [...] enfin ça m'inquiète pas je me dis que... on verra en temps voulu » et appel à la fonction d'étayage : « je pense qu'on ira voir le pédiatre ou le médecin me donnera les conseils qu'il faut ».

L'anticipation est également présente au niveau du discours portant sur l'allaitement. Les éventuels problèmes sont évoqués de manière un peu plus importante qu'en T1. L'allaitement s'inscrit à présent dans la relation que M<sup>me</sup> F souhaite entretenir avec son enfant (complicité et échange). Alors que la référence à la nature paraissait limiter l'ouverture au champ des possibles en T1, elle ne s'y réfère plus ici et laisse ouverte la possibilité que cela ne lui plaise pas « j'espère que ça me plaira parce qu'on sait pas », ou que cela se passe différemment pour elle que ce qui est décrit en général « On sait pas si finalement... On entend que c'est beau, que c'est merveilleux, maintenant tant que... je pense que c'est une expérience personnelle donc euh... J'attends de découvrir, en fait ».

L'anticipation semble donc s'être élargie. La barrière défensive laisse davantage de place au travail d'anticipation tout en restant efficace pour faire face à l'angoisse que celui-ci provoque. La tendance à l'idéalisation paraît s'être amoindrie, laissant la place à une relation teintée d'ambivalence bien dosée. L'enfant virtuel semble également avoir avancé sur le chemin de l'actualisation. Ces différents points restent à vérifier dans la suite de l'entretien.

Le déploiement de l'anticipation nous paraît également visible dans le questionnaire concernant l'accouchement en lui-même. En effet, en T1, la première réponse spontanée avait

été un refus. En revanche, en T2, après avoir fait mention de la difficulté à se l'imaginer, elle évoque spontanément les différentes possibilités : « forceps, césarienne, absence de péridurale etc... » suivit par une réassurance « je me dis que ça se passera bien ».

#### b- Anticipations concernant son enfant à venir :

Dans un premier temps, la représentation de l'enfant semble encore idéalisée (1) : « une petite fille douce et gentille et adorable » ou plus loin au sujet de ses rêves « un bébé un peu poupon ». Cependant celle – ci est nuancée (comme déjà en T1), se situant entre l'identique (même caractère et « mélange des deux parents ») et le différent : « Nous on est pas des caractériels donc du coup on imagine pas un enfant avec un caractère fort ce qui peut pourtant être le cas... » L'altérité de l'enfant virtuel semble donc appréhendée et l'incertitude importante face à ce différent qu'elle dit avoir hâte de découvrir « on commence à avoir envie de la voir donc du coup on essaie de s'imaginer mais on y arrive pas parce qu'en fait euh.... On sait pas ». L'angoisse suscitée est une nouvelle fois mise à distance : « on verra ».

L'enfant paraît également davantage actualisé à travers la façon dont elle en parle. En effet, elle décrit ses rêves (3) et parle de sa fille non sans hésitation : « j'ai rêvé du, de... de ma future, ... de ma future euh... (2sec.) fille », alors qu'elle la nommait un ou le bébé lors du premier entretien : « je me voyais cet été en vacance avec un bébé [...] c'était en vacance avec le bébé » Avec l'imminence de l'accouchement, la présence de l'enfant du dehors semble davantage envisagée : « l'esprit je pense a déjà intégré qu'il allait y avoir un nouvel euh... un nouvel euh... euh... être à ses cotés. Donc je pense qu'on commence déjà à s'habituer à sa présence quoi ». De plus elle a également commencé à préparer les faire – parts de naissance. Enfin avec l'anticipation de la présence de l'enfant du dehors, les changements engendrés sont également anticipés de manière plus précise. Si elle commence par ne mentionner que des changements positifs (tendance à l'idéalisation : « on y pense dans le coté positif que ça va être du bonheur etcetera »), elle évoque ensuite sous la forme défensive d'une dénégation les aspects négatifs « on va pas penser à négatif en se disant y a des contraintes etcetera mais on le sait ». Puis elle les précise : peu de sommeil, difficultés d'adaptation du bébé et responsabilité vis-à-vis d'un autre que soi « après c'est plus pareil, on a plus que notre petite personne à penser donc forcément... » (ce qui semble faire écho à l'image de sa propre mère qui est je cite : « centrée sur elle-même »). Encore une fois le

discours se termine par une mise à distance : « On s’imagine que ça va changer la vie etcetera mais bon, on verra, on laisse place à la surprise ».

c- Anticipations concernant sa relation avec cet enfant :

La relation avec l’enfant du dedans est toujours présente bien qu’encore relativement peu développée. Cependant, elle apparaît à présent indissociable de l’idée que cet enfant du dedans sera bientôt dehors : « On sent toujours la vie en soi sauf qu’on s’imagine que ça approche de plus en plus donc là on l’imagine plus bientôt à l’extérieur ». Elle interprète d’ailleurs les mouvements de l’enfant dans ce sens : « je me dis qu’elle a de moins en moins de place et qu’elle a même envie de sortir [...] on dirait que c’est des positions vraiment euh... un peu gênées par le manque de place ». Cette interprétation est toutefois remise en cause (de la même manière qu’en T1) : « Mais bon ça c’est des suppositions, on sait pas... ». L’empathie est également présente : « je me dis qu’elle est peut-être gênée ».

L’effort d’empathie est également visible à travers ce qu’elle anticipe de la relation en post natal. Après l’avoir décrite sur le versant positif qui rejoint les représentations d’elle-même en tant que mère : « beaucoup de... d’attention [...] beaucoup d’échanges avec les caresses etcetera », elle évoque les besoins plus concrets de l’enfant (« manger », « être propre »), ainsi que les aléas subit par le nouveau – né au début de sa vie extra utérine : « quand ils sortent du ventre on sait très bien que c’est pas évident pour eux quoi, ils ont froid, ils ont du mal, il faut qu’ils se régulent [...] au début c’est surtout faire en sorte qu’ils soient bien, qu’ils souffrent pas trop de leur vie extra utérine ».

En conclusion, si la tendance à l’idéalisation est toujours présente, l’enfant virtuel paraît davantage actualisé et la confrontation à l’enfant du dehors, anticipée.

○ *Planches photographiques*

Planche 1 : L’aspect relationnel entre une mère attentionnée et son enfant est une nouvelle fois mis en avant : « échange », « pour le réchauffer », « pour qu’il soit propre », « qu’il ait chaud », « un moyen de le réconforter et de l’apaiser ». Mais les hésitations permettent de mettre à distance l’angoisse en niant l’identification au personnage qui procure les soins au

nouveau – né : « je sais pas si il est fait par euh... enfin je sais pas si c'est tout juste après la naissance je suppose que c'est pas la maman qui le fait ».

*Planche 2 :* L'aspect plus âgé de l'enfant est ici évoqué de manière plus directe qu'en T1 : « c'est déjà plus un nouveau né ». A nouveau les hésitations verbales sont nombreuses et le rôle de la mère est évoqué puis nié : « je sais pas si c'est parce sa **maman** le prend en photo ou si il est amusé par le, par le jeu ou par la **personne** qui prend la photo ». Enfin, la mention d'un élément descriptif de la photo (son aspect coloré) semble permettre une dernière mise à distance : « C'est une image très colorée, très, très joyeuse ».

*Planche 3 :* Hésitations verbales et description (couleur, âge de l'enfant présence ou non du cordon...) paraissent mettre à distance l'angoisse mais finalement M<sup>me</sup> F mentionne la présence du père : « On voit pas qui le baigne [...] la personne qui le baigne [...] Je dirais que c'est son père qui le baigne ». L'hésitation sur l'état de bien être du bébé laisse entrevoir une autre possibilité : « il a l'air plutôt bien mais bon euh... [...] On peut dire qu'il a l'air bien mais on sait pas trop ».

*Planche 4 :* Le même mouvement défensif qu'en T1 à lieu, les pleurs de l'enfant sont associés à l'absence de la mère : « je sais pas qui le tient, si c'est quelqu'un euh... de étranger, enfin si c'est sa mère ou si c'est quelqu'un d'étranger euh... enfin d'étranger entre guillemets, soit une, soit sa nou... sa nourrice, soit quelqu'un qui le connaît pas bien. C'est pour ça qu'il pleure, si il est pas avec quelqu'un qui le rassure ». La personne est cependant perçue comme étayante (gestes rassurants) et d'autres raisons possibles à ces pleurs sont évoquées dans le cas où l'enfant serait avec une personne rassurante (il peut faire un caprice, avoir faim, un besoin quelconque ou avoir eu peur). Cette évolution vient donc montrer un élargissement de l'anticipation (vue également dans son aspect négatif) et nuancer la tendance à l'idéalisation de la fonction maternelle. L'incompréhension est cependant importante « je sais pas... les raisons de son... chagrin » et une éventuelle issue favorable à la situation n'est pas évoquée.

*Planche 5 :* Comme dans l'entretien, l'allaitement semble être assimilé à la relation d'échange et de complicité que M<sup>me</sup> F met en avant.

○ *Dessin de l'enfant*

M<sup>me</sup> F fait preuve de la même réticence à dessiner son enfant, elle dit en être incapable et dessine l'enfant de la même manière que la première fois (par des traits simples). Elle dira ensuite que si elle savait dessiner elle ferait un « beau dessin de bébé » et cite comme exemple les photos d'Anne Geddes. Cela nous semble faire une nouvelle fois écho à l'idéalisation de l'enfant, aspect qui paraît important dans le protocole de M<sup>me</sup> F. En effet, les clichés de cette photographe représentent souvent des bébés dans des situations irréelles et nous semble refléter une vision idéalisée de l'enfant (Enfants parés d'ailes d'ange, déguisés en papillon ou encore se trouvant au creux d'une rose etc.). Son incapacité à dessiner l'enfant signifierait-elle alors une impossibilité à dessiner ce qu'elle souhaiterait, à savoir la représentation idéalisée de l'enfant imaginé, celui – ci prenant alors le pas sur l'enfant actuel ?

## ❖ *Synthèse*

M<sup>me</sup> F nous semble donc dans un premier temps, se situer davantage en direction du pôle de l'angoisse automatique. En effet, l'anticipation paraît plus restreinte, les mécanismes de défense (inhibition, dénégation) paraissent freiner le déploiement de l'anticipation par évitement du conflit. Ainsi, une tendance à l'idéalisation traduit apparemment un important investissement narcissique (idéalisation d'elle – même en tant que mère : attentive, à l'écoute, disponible, pas stressée etc. par opposition à sa propre mère et comme elle déclare être, idéalisation de l'enfant : blonde, aux yeux bleus comme elle, gentille et adorable, ayant bon caractère à son image). L'enfant imaginé semble laisser difficilement une place à l'enfant actuel. Les affects négatifs sont tenus à l'écart de manière défensive. Cependant, l'anticipation n'est pas totalement fermée. Malgré l'importante barrière défensive, les aspects négatifs sont également évoqués et l'idéalisation nuancée. La tendance à l'idéalisation et la relativement faible sensibilité au fœtus comme ayant son existence propre amènent à interroger l'anticipation de l'altérité de l'enfant virtuel. Mais celle-ci est tout de même perceptible de par les interprétations des mouvements fœtaux et la prise en compte des besoins de l'enfant à venir. Enfin, le travail d'anticipation est visible à travers les doutes et les incertitudes exprimées. L'anticipation est donc possible mais M<sup>me</sup> F semble la restreindre afin d'éviter les éventuelles déstabilisations qui pourraient en surgir.

Lors du second entretien, les mêmes mécanismes de défense sont présents. La tendance à l'idéalisation est certes encore prégnante mais s'avère toutefois plus nuancée. L'anticipation apparaît donc plus ouverte au champ des possibles, que ceux-ci soient positifs ou négatifs. Ainsi, l'ambivalence semble s'exprimer davantage. M<sup>me</sup> F se projette plus loin dans l'avenir avec son enfant à venir, montrant la progression de l'enfant virtuel dans la voie de l'actualisation. L'altérité de l'enfant virtuel est davantage envisagée et la confrontation avec l'enfant du dehors davantage préparée. Cet élargissement de l'anticipation prénatale est également et surtout visible au travers des représentations portant sur l'accouchement en lui-même. La préparation à la naissance semble donc avoir donnée une impulsion au travail d'anticipation. La capacité anticipatoire perçue en T1 est donc confirmée. L'ouverture de l'anticipation paraît permettre l'expression de l'ambivalence ainsi qu'une bonne adaptation bien que la tendance à l'idéalisation de l'enfant persiste (cf. dessin de l'enfant). Nous n'avons malheureusement pas pu revoir M<sup>me</sup> F lors de son séjour à la maternité.

## 6. DISCUSSION

### 6.1. Validation des hypothèses

Au vu de l'analyse des résultats, nous avons donc pu mettre en évidence des différences interindividuelles importantes concernant la capacité d'anticipation (H1), celle-ci variant du pôle angoisse signal d'alarme au pôle angoisse automatique (ou traumatique). En effet, nous avons pour chacune des trois participantes pu déceler, à travers l'analyse de l'entretien, une plus ou moins grande souplesse de l'anticipation ; les mécanismes de défense plus ou moins rigides permettant une anticipation plus ou moins large et ouverte au champ des possibles. Le travail d'anticipation est donc présent et actif de manière variable, la capacité générale de flexibilité adaptative ou d'ouverture aux changements (selon les termes de M. Ammaniti) plus ou moins importante. Nous avons également observé que l'anticipation, mécanisme de défense adaptatif, se décline en terme comportemental, affectif et fantasmatique.

Ainsi, M<sup>me</sup> G présente une bonne anticipation adaptative qui se situe sur le versant de l'angoisse signal, ses représentations anticipatrices sont flexibles et elle est sensible aux nouvelles informations et perceptions qui viennent modifier ses représentations. L'anticipation est opérante pour le meilleur comme pour le pire sans que ce dernier soit trop envahissant. Autrement dit, l'anticipation se déploie dans ces aspects positifs mais aussi négatifs, alliant Eros et Thanatos de manière équilibrée. C'est bien cette alliance équilibrée qui signe la souplesse et l'efficacité de l'anticipation. Cet équilibre caractérise également l'anticipation de M<sup>me</sup> G dont le protocole est notamment marqué par des angoisses concernant la santé de l'enfant (cf. histoire de la grossesse), sans qu'elle soit par ailleurs débordée par l'angoisse. Les mécanismes de défense sont donc opérant sans pour autant bloquer l'anticipation dont le travail est très actif.

M<sup>me</sup> P semble, pour sa part plus en difficulté. L'anticipation paraît moins large, rendant l'adaptation à l'imprévu plus délicate (la surprenante rapidité avec laquelle elle est tombée enceinte freinant l'anticipation prénatale). Parallèlement à cela, l'anticipation de M<sup>me</sup> P a tendance à se rapprocher d'un type d'anticipation-catastrophe (qui serait alors une conséquence pathologique d'un éventuel défaut d'adaptation). Thanatos apparaît alors plus prégnant et plus difficilement contenu. Cependant, si nous faisons l'hypothèse d'une tendance

présente de manière générale chez M<sup>me</sup> P, cela n'apparaît pas pathologique, les mécanismes de défense restant présents et efficaces pour traiter l'angoisse. Au-delà de cela, la grossesse semble avoir réactivée une certaine fragilité narcissique et enclenchée un important réaménagement de ses relations avec sa propre mère, face auxquelles le travail d'anticipation reste actif et les mécanismes de défense opérants.

Pour finir, M<sup>me</sup> F se situe dans un autre registre. La rigidité des mécanismes de défense paraît dans son cas freiner l'anticipation dont la flexibilité est moindre. La relation d'objet virtuelle est alors placée sous le sceau de l'idéalisation et de l'investissement narcissique de l'enfant à venir et de sa future maternité. Le travail d'anticipation paraît moindre, elle est moins réceptive aux informations et perceptions pouvant venir alimenter l'anticipation. Ces aspects peuvent faire craindre une éventuelle difficulté d'adaptation. Cependant, encore une fois, si cela semble être une tendance générale de M<sup>me</sup> F, l'évitement bien que notable, ne bloque pas pour autant l'anticipation qui est tout de même possible et efficace.

Ces tendances anticipatoires se traduisent en termes d'anticipation prénatale et de relation d'objet virtuelle. Ainsi, celle de M<sup>me</sup> G apparaît déjà bien avancée et équilibrée, l'altérité de l'enfant virtuel est appréhendée, la séparation de l'enfant du dedans et la confrontation à l'enfant du dehors préparées. La relation d'objet virtuelle est également palpable à travers la construction d'un espace psychique maternel consacré à l'enfant à naître (comme autre que soi). Cette construction est particulièrement visible chez M<sup>me</sup> G, à travers le travail d'identification de l'être humain conçu (identité conceptionnelle) et le dialogue psycho – corporel qui caractérise les interactions foeto – maternelles. La relation d'objet virtuelle de M<sup>me</sup> P paraît moins développée et l'altérité de l'enfant virtuel, pourtant en voie d'actualisation, plus difficile à envisager. Cependant, la construction d'espace psychique consacré à l'enfant est visible à travers le dialogue psycho – corporel entre la mère et son foetus. Enfin, M<sup>me</sup> F est investie dans une relation d'objet virtuelle où l'enfant imaginé, idéalisé, semble freiner l'actualisation de l'enfant virtuel dont l'altérité est cependant progressivement appréhendée.

D'autre part, l'analyse du second entretien (effectué suite aux séances de préparation à la naissance, soit trois semaines après) a bien pu montrer une évolution de l'anticipation prénatale, dans le sens d'une maturation, d'un élargissement de celle – ci (H2). L'importance de cette évolution est cependant variable selon les sujets. Elle est relativement peu visible

dans le protocole de M<sup>me</sup> G dont l'anticipation était déjà importante en T1. Mais l'anticipation semble tout de même s'être intensifiée surtout en ce qui concerne les suites directes de l'accouchement et la séparation que celui – ci représente. La maturation de l'anticipation est flagrante pour M<sup>me</sup> P. L'anticipation s'est déployée, l'altérité de l'enfant virtuel est davantage anticipée et le cadre des séances de préparation s'avère avoir eu fonction d'étayage, lui permettant de faire face à la déstabilisation provoquée par le travail anticipatoire. Enfin, si la tendance à l'idéalisation est toujours présente chez M<sup>me</sup> F, l'anticipation semble s'être assouplie. L'ambivalence est moins tenue à l'écart et l'altérité de l'enfant virtuel davantage envisagée. Une progression du processus de parentalité a donc bien été mise en évidence entre les deux passations (entre T1 et T2). Si cette progression a pu être une conséquence simple du temps écoulé entre les deux entretiens, ou un effet du rapprochement de la date de l'accouchement ; il nous semble avoir tout de même pu constater un impact des séances de préparation à la naissance. Celles – ci sont effectivement apparues comme un soutien narcissique important à un moment où celui – ci paraît particulièrement nécessaire (fragilité narcissique ravivée par l'anticipation de la séparation d'avec l'enfant du dedans). Elles semblent également venir alimenter le travail anticipatoire, rendant plus actuel l'arrivée de l'enfant du dehors, ainsi que l'accouchement en lui-même.

## **6.2. Critiques**

L'analyse des résultats obtenus a donc permis de mettre en évidence la variabilité de l'anticipation ainsi que l'évolution de l'anticipation prénatale entre les temps T1 et T2. Cependant, il est important d'indiquer les limites de la présente étude, notamment en vue d'améliorer la fiabilité de travaux ultérieurs sur ce même sujet.

Tout d'abord, rappelons que la population est trop restreinte pour permettre une quelconque généralisation des résultats. Les outils employés, bien qu'ayant permis le recueil d'un matériel intéressant, nécessiteraient également d'être modifiés. L'entretien en lui-même pourrait être amélioré par un travail préalable plus important (précision des questions et de leur formulation) et un entretien anamnestique plus poussé aurait été bénéfique. Le matériel projectif aurait gagné à être constitué d'un plus grand nombre de planches afin d'augmenter la pertinence de l'analyse obtenue. La mise en place d'un tel protocole aurait dû faire l'objet

d'un travail très important en amont (qui n'a malheureusement, faute de temps, pas été possible ici), destiné à rendre plus pertinent le choix des photos et leur analyse par de nombreuses passations préalables. En outre, le protocole expérimental aurait gagné à être complété par des tests déjà standardisés qui auraient permis d'avoir des bases plus solides pour l'examen de nos hypothèses : passation de TAT, échelles d'adjectifs inclus dans l'IRMAG et d'évaluation des mécanismes de défense qui auraient permis d'obtenir parallèlement aux données qualitatives, des données quantitatives.

D'autre part, l'interprétation de l'évolution constatée entre les deux passations est ambiguë. Celle – ci pourrait être un simple effet du temps écoulé, le processus de parentalité étant par définition un processus évolutif, ou encore une conséquence du rapprochement de la date de l'accouchement. Bien que nous plaidions en faveur de l'hypothèse d'un impact positif des séances de préparation à la naissance sur l'anticipation prénatale et donc sur le processus de parentalité, nous ne pouvons en décrire l'importance. Un groupe contrôle qui n'aurait pas suivi les séances de préparation à la naissance permettrait peut – être de préciser la part de l'impact des séances dans cette évolution. De plus, cette dernière peut avoir été influencée par la population en elle-même : on peut effectivement penser que les personnes ayant acceptées de participer à une étude de psychologie sur les représentations maternelles prénatales sont naturellement plus enclines à un travail d'auto – analyse pouvant affecter l'évolution du travail d'anticipation. Enfin, l'entretien en lui – même après que nous leur avons proposé peut également avoir influencé ce travail.

En outre, si notre étude se propose de mettre en valeur l'influence de la préparation sur la variable « anticipation prénatale », il aurait été intéressant de préciser davantage au sein même de la préparation les éléments permettant de peser sur cette variable. Ainsi, il aurait peut – être été intéressant d'étudier les effets de ces divers éléments sur le travail d'anticipation des participantes, peut être par une grille d'observation pendant les séances même. Une telle analyse permettrait alors de préciser le contenu des séances de préparation. La diversité de ce contenu étant l'un des principaux problèmes d'une recherche sur ce thème, une comparaison entre plusieurs préparations différentes serait également intéressante. Une comparaison pourrait, en effet, permettre une mise en valeur des éléments qui influencent de manière bénéfique le processus d'anticipation, aidant ainsi à en préciser le contenu, aujourd'hui encore flou. Dans le cadre de notre étude, dont la population est retreinte, le caractère identique de la

préparation était important dans un souci de comparabilité des cas cliniques présentés, bien que la constitution du groupe en lui-même participant aux séances peut aussi avoir un impact.

Il est également à regretter la mise à l'écart de certains aspects qu'il serait intéressant d'approfondir à l'occasion d'une étude plus étendue. Il en va ainsi de l'impact des séances sur l'anticipation de l'accouchement en lui – même, qui a ici été tenu à distance en faveur de l'étude du processus de parentalité. Or cet aspect a évidemment une importance primordiale pour le vécu de l'accouchement et de ses suites et donc pour l'accueil de l'enfant, les interactions précoces pouvant entre autres être perturbées par un vécu traumatique de l'accouchement par la mère. L'impact des séances sur les futurs pères, en termes d'anticipation, serait aussi très intéressant à étudier. Ceux-ci sont de plus en plus présents auprès de leurs partenaires tout au long de la grossesse et également aux séances de préparations à la naissance, malgré qu'ils en soient encore tenus à distance.

Enfin, un élargissement de l'étude à la période post natale serait bénéfique afin de pouvoir préciser l'impact positif de ce soutien à la parentalité que constituent les séances de préparation. Un ou plusieurs entretiens en post natal (portant sur les représentations et le vécu parental mais également sur le vécu de l'accouchement en – même) ainsi qu'une étude des interactions précoces mère – enfant pourraient compléter une telle recherche.

## 7. CONCLUSION

Nous avons donc pu constater la valeur discriminante de la variable « anticipation », ainsi que la façon dont se lie l'anticipation et la relation d'objet virtuelle. En effet, l'analyse de cette variable permet d'évaluer la qualité de la R.O.V. Une anticipation flexible et large paraît être le signe d'une R.O.V. contenant, marquée par un équilibre bénéfique d'Eros et de Thanatos, permettant l'appréhension progressive de l'altérité de l'enfant virtuel. A contrario, une anticipation davantage fermée semble liée à une R.O.V. moins souple dans laquelle l'appréhension de l'altérité de l'enfant virtuel est moindre, faisant craindre une adaptation plus difficile.

De plus, malgré les nombreuses limites de cette recherche dont les résultats ne sont par conséquent en aucun cas généralisables, il nous semble que ce travail montre pourtant l'intérêt de l'exploration plus poussée de ces hypothèses. Cette exploration apparaît notamment importante dans une optique de prévention dans le domaine périnatal. En effet, d'une part, une attention des soignants portée sur l'efficacité de l'anticipation parentale pourrait être une indication pour le repérage d'éventuelles difficultés ; et d'autre part, la préparation à la naissance peut se révéler un maillon important du soutien à la parentalité.

Soutenir le déploiement de l'anticipation dans un cadre contenant et adapté paraît primordial en cette période délicate de remaniement psychique pendant laquelle nombreux d'imprévus peuvent mettre en péril l'adaptation parentale. Un accompagnement de la période prénatale serait alors bénéfique pour les futurs parents mais également pour l'enfant en devenir, pour lequel on ne peut plus nier l'impact possible de cette période fœtale.

L'approfondissement de recherches dans cette voie permettrait de préciser le rôle de la préparation à la naissance et donc d'en indiquer les caractéristiques pouvant être bénéfiques au processus de parentalité mais également au vécu de l'accouchement en lui-même, encore trop souvent difficile. Enfin, une préparation à la naissance et un accompagnement à la parentalité ne sauraient exclure les devenants – pères, encore trop fréquemment mis à l'écart. C'est donc un vaste domaine de recherche qui s'ouvre ici, dont l'apport dans le domaine clinique périnatal semble loin d'être négligeable.

## 8. BIBLIOGRAPHIE

Ammaniti, M. 1991, Représentations maternelles pendant la grossesse et interactions précoces mère – enfant, in psychiatrie de l'enfant, vol. XXXIV, n° 2, pp 341/358.

Ammaniti, M. Candelori, C. Pola, M Tambelli, R. 1999, Maternité et grossesse, PUF.

Bastien V., Braconnier M., Tychev (de) C., 1999, Dépression postnatale : Facteurs de risque et modalités de prévention, in Evolution psychiatrique, 64, pp289/307.

Bayle, B. 2004, Vers une sémiologie du dialogue corporel foeto – maternel : à propos d'une observation clinique, in L'identité conceptionnelle, tout se joue t'il avant la naissance ?, pp 125/139, 2005, l'Harmattan.

Bayle, B. 2005, L'enfant à naître, identité conceptionnelle et gestation psychique, Erès.

Benham, G. 2003, Aspects et enjeux philosophiques du virtuel, in Missonnier S. et Lisandre H., Le virtuel, la présence de l'absent, 2003.

Bergeret, J. Houser, M. 2004, Le fœtus dans notre inconscient, Dunod.

Brazelton, T.B. 1981a, Comportement et compétence du nouveau – né, psychiatrie de l'enfant, vol. XXIV, n° 2, pp 375/395.

Brazelton, T.B. Als, H. 1981b, Quatre stades précoces au cours du développement de la relation mère – nourrisson, in psychiatrie de l'enfant, vol. XXIV, n° 2, pp 397/418.

Bydlowski, M. 1997, La dette de vie, Itinéraire psychanalytique de la maternité, PUF.

Chamberlain D.B. 2004, La psychologie du fœtus, in Lebovici, S. Diatkine, R. Soulé, M. Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 1, pp 263/279, PUF.

Chéné P-A. 1995, Maternité et sophrologie, Cursus, éd ellébore.

Cupa D. et al. 1992, Bébé imaginé et interactions précoces, in Devenir, vol IV, n° 2, pp 47/60.

Cupa D., Deschamps – Riazuelo H., Michel F. 2001, Anticipation et création : l'anticipation parentale prénatale comme œuvre, in Pratiques psychologiques, 1, pp 31/42.

Darchis E. 2004, Prévention familiale en périnatalité, in Dugnat M., Prévention précoce, parentalité et périnatalité, pp 175/181, Erès.

Delassus J-M. 2005, Psychanalyse de la naissance, Dunod.

Dolto, C. 2004, L'haptonomie prénatale : une pensée du devenir de l'enfant, in Dugnat M., Prévention précoce, parentalité et périnatalité, pp 137/149, Erès.

Faure-Pragier S. 2003, le virtuel, pourquoi ça marche ? Hypothèses psychanalytiques, in Le virtuel, la présence de l'absent, S. Missonnier, H. Lisandre et al., EDK.

- Freud S. 1926, Inhibition, symptôme et angoisse, PUF, 6<sup>ème</sup> édition quadrige, 2005.
- Houzel D. 1997, Les dimensions de la parentalité, in Journal de la psychanalyse, n° 21, pp 164/190.
- Ionescu S., Jacquet M-M., Lhote C. 2005, Les mécanismes de défense, Théorie et clinique, Cours, Armand Colin.
- Jeammet N. 2006, L'entretien clinique et son analyse, in La recherche clinique en psychopathologie, O. Bourguignon, M. Bydlowski, PUF.
- Lamaze F. 1956, Qu'est ce que l'accouchement sans douleur par la méthode psychoprophylactique ? Ses principes, sa réalisation, ses résultats, Savoir et connaître, Ed. La Farandole.
- Lebovici, S. Stoléru, S. 1983, Le nourrisson, la mère et psychanalyste, Bayard.
- Lebovici, S. 1994, Les interactions fantasmatiques, in revue de médecine psychosomatique, 37-38, pp 39/50.
- Lebovici, S. Soulé, M. 2003, La connaissance de l'enfant par la psychanalyse (2<sup>ème</sup> éd.), quadrige, PUF.
- Lebovici, S. Stoléru, S. 2004, L'interaction parent – nourrisson, in Lebovici, S. Diatkine, R. Soulé, M. Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 1, pp 320/339, PUF.
- Lecanuet J-P., Granier-Deferre C., Schaal, B. 2004, Les perceptions fœtales ontogénèse des systèmes et écologie fœtale, in Lebovici, S. Diatkine, R. Soulé, M. Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 1, pp 253/262, PUF.
- Lévy P. 1998, Qu'est ce que le virtuel ?, La découverte / Poche.
- Missonnier S. 1998, Entre créativité et vulnérabilité : les métamorphoses de la parentalité, in Psychiatrie française, vol XXIX, n° 3, pp 95/111.
- Missonnier S. 1999, L'échographie obstétricale : un rituel séculier d'initiation à la parentalité ?, in Soulé M., Gourand L., Missonnier S., Soubieux M-J, Ecoute, voir ... l'échographie de la grossesse, pp 133, 161, Erès.
- Missonnier S. 2000, Dancing baby, in Soulé M., Rufo M., Golse B., Les 9 derniers mois avant l'an 2000, ESF.
- Missonnier S. 2001, Anticipation et périnatalité : prolégomènes théoriques, in Pratiques psychologiques, 1, pp17/30.
- Missonnier S. 2004, L'enfant du dedans et la relation d'objet virtuel, in La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité, s/s la dir. de S. Missonnier, B. Golse et M. Soulé, pp 119/144, PUF.

Missonnier, S. 2004, La relation d'objet virtuel et la parentalité ingénue, in *Adolescence*, 22, 1, pp 119/131.

Missonnier S. 2005, L'avenir présent, in *Spirale « une vie avant la vie »*.

Missonnier S. 2006, Nidification foetale, nidation parentale, in *Anthropologie du fœtus*, J. Bergeret, M. Soulé, B. Golse et al., pp 83/98, Dunod.

Petroff E. 2004, L'accompagnement parental : une démarche de prévention, note de carnet d'une obstétricienne, in Dugnat M., *Prévention précoce, parentalité et périnatalité*, pp 167/174, Erès.

Porte, J.M. 2004, La compétence du nouveau – né, in Lebovici, S. Diatkine, R. Soulé, M. Nouveau *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, vol. 1, pp 282/295, PUF.

Querleu D. 2004, La sensorialité prénatale, in Lebovici, S. Diatkine, R. Soulé, M. Nouveau *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, vol. 1, pp 247/252, PUF.

Racamier P-C. 1979, La maternité psychotique, de la psychanalyse en pédiatrie, études psychopathologiques, pp 193/242, Payot et rivages.

Rossigneux-Delage P. 2004, Grossesse et haptonomie, in *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*, s/s la dir. de S. Missonnier, B. Golse et M. Soulé, pp 223/253, PUF.

Rousseau V. 2004, L'image en sophrologie, in *La sophrologie ou le pouvoir des images en psychothérapie*, sous la dir. de B. Fouché, L'harmattan.

Soulé M. 1982, L'enfant dans la tête, l'enfant imaginaire, in Brazelton T.B., Kreisler L., Shäppi R., Soulé M., *La dynamique du nourrisson*, pp 135/175, ESF, coll la vie de l'enfant.

Stern D. 1997, *La constellation maternelle*, Calmann-Lévy.

Stoléru S., Moralès-Huet M., Grinschpoun M-F. 1985, De l'enfant fantasmatique de la grossesse à l'interaction mère – nourrisson, in *psychiatrie de l'enfant*, vol XXVIII, n° 2, pp 441/484.

Stoléru S., Vandrell M-C., Magnin F., Spira A. 1998, De l'arrête de la conception aux premiers mois postnatals, les premières étapes de la parentalité chez l'adulte, in Mazet P. et Lebovici S., *psychiatrie périnatale*, pp 61/73, PUF.

Sutter J. et Berta M. 1991, *L'anticipation et ses applications cliniques*, PUF.

Tagawa O. 2004, Préparer à la naissance : enfance de l'art et art de l'enfance, in Dugnat M., *Prévention précoce, parentalité et périnatalité*, pp 151/166, Erès.

Veldman F. 1989, *Haptonomie, science de l'affectivité*, PUF.

Winnicott, D.W. 1951, objets transitionnels et phénomènes transitionnels, in *Jeu et réalité*, pp 27/64, 1975, Folio essais, Gallimard.

Winnicott, D.W. 1956, La préoccupation maternelle primaire, in De la pédiatrie à la psychanalyse, pp 358/378, 1969, Payot.

Winnicott, D.W. 1960, la théorie de la relation parent – nourrisson, in De la pédiatrie à la psychanalyse, pp 358/378, 1969, Payot.

Winnicott, D.W. 1971, Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant, in Jeu et réalité, pp 203/214, 1975, Folio essais, Gallimard.

#### Ouvrages de références :

Laplanche J. et Pontalis J-B., 1967, vocabulaire de la psychanalyse.

Mijolla A. (de), 2002, Dictionnaire international de la psychanalyse, Calmann-Lévy.

#### Rapports officiels :

Haute Autorité de Santé, novembre 2005, Recommandations pour la pratique clinique, Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP).

Ministère de la santé, novembre 2004, Plan « périnatalité » 2005 – 2007, humanité, proximité, sécurité, qualité.