



*De la nécessité de parler de la prévention psychique en périnatalité*  
*On the need to talk about psychological prevention*  
*in perinatal period*

Touati Saida  
Université de Bejaia  
(Algérie)  
saida.touati@univ-bejaia.dz

| Résumé:  | informations sur l'article   |
|--|--|
| <p><i>A partir d'un cas clinique et le matériel précieux recueilli en nous appuyant sur deux techniques d'investigation qui sont l'entretien clinique et une épreuve projective, nous avons montré les difficultés qu'éprouve une jeune femme primigeste à assumer sa maternité. Ces difficultés se sont manifestées par des symptômes physiques et émotionnels qui ont jalonné sa grossesse ou surgi à un moment ou à un autre de celle-ci. L'accompagnement psychologique et le soutien familial ont permis d'atténuer certains troubles chez cette femme, comme ils l'ont aidée à mieux s'adapter au processus de la naissance.</i></p> | <p>Reçu<br/>14 Aout 2021</p> <p>Acceptation<br/>25 September 2021</p>  |
|  | <p><b>Mots clés:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Anxiété,</li> <li>✓ Grossesse,</li> <li>✓ Prévention psychique précoce</li> </ul>  |
| Abstract :   | Article info   |
| <p><i>Based on a clinical case and the material gathered through two investigative techniques, i. e. the clinical interview and a projective test, we have highlighted the difficulties experienced by a young primigravida woman to assume her motherhood. These difficulties were manifested by physical and emotional symptoms which marked out her pregnancy or appeared at one time or another during it. Psychological counseling and Family support enabled this woman to alleviate some of her problems, as they assisted her in better adapting to the birth process.</i></p>   | <p>Received<br/>14 August 2021</p> <p>Accepted<br/>25 September 2021</p>   |
|  | <p><b>Keywords:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Anxiety,</li> <li>✓ Pregnancy,</li> <li>✓ Early psychological prevention</li> </ul> |

## Introduction

L'accès à la maternité et la prise en compte de l'enfant donnent une spécificité particulière à la pathologie de la grossesse et du post-partum, notamment aux symptômes anxieux qui font actuellement l'objet d'intérêt grandissant des chercheurs vu les conséquences qu'ils peuvent avoir tant sur la mère que sur l'enfant et la famille. Ces manifestations ont une valeur adaptative à priori. Elles ne deviennent pathologiques que par leur caractère envahissant et/ou les comportements qu'elles peuvent induire.

La grossesse a été longtemps considérée comme une période au cours de laquelle les femmes étaient protégées des troubles psychopathologiques; cette idée a été cependant remise en question aussi bien par l'observation clinique que par la recherche.

Depuis quelques décennies, un courant de recherche en périnatalité s'intéresse à certaines manifestations psychiques au cours de la grossesse (anxiété, dépression...) et à leurs éventuelles complications pour la mère et pour le bébé ainsi que pour l'établissement des premiers liens entre les deux partenaires. Son objectif principal est de définir de façon précise les symptômes et les formes propres à chacune, de déterminer la prévalence, et plus particulièrement de préciser les différences existant entre elles et leurs caractères distinctifs au cours de cette période sensible de la vie. Ces recherches contribuent à promouvoir et à développer ce que certains cliniciens (Molénat, 2001, 2009; Soulé et Noël, 1980, 1985; Soulé, Noël et Frichet, 1989, etc.) appellent la prévention psychique précoce.

Aujourd'hui dans notre pays, dans les services de protection maternelle et infantile (PMI) et dans les services de

gynécologie-obstétrique, nombreuses sont les femmes qui traversent l'expérience de la maternité avec difficulté, d'où la nécessité de les repérer très tôt afin de leur offrir un accompagnement psychologique dans un cadre sécurisant et bienveillant et aussi adapté à leurs attentes et à leurs besoins.

## 2. Grossesse, période de remaniements psychiques

La grossesse et l'arrivée d'un enfant sont des événements importants dans la vie d'une femme, mais aussi de véritables épreuves physiques et psychiques. Dès les années cinquante, nous trouvons dans une série de travaux et de publications (Ammaniti, 1992; Benedek, 1956; Bibring, 1959, 1961; Deutsch, 1949; Pines, 1972, 1982; Racamier, 1961, 1979; Winnicott, 1956, etc.) des descriptions des processus psychoaffectifs singuliers observés durant la grossesse et la période du post-partum. Les concepts de « *crise développementale* », de « *préoccupation maternelle primaire* » et de « *maternalité* » ont été développés afin de conceptualiser la gestation du point de vue psychologique. Les travaux soulignent l'intensité de la crise vécue par les femmes enceintes notamment lors de la première grossesse. Cet état psychique particulier, en l'absence de l'enfant, pourrait être pris pour une authentique pathologie mentale.

Plus récemment, grâce à sa présence systématique en maternité, à son implication sur le terrain et auprès des femmes enceintes, Bydlowski (1997, 2001) propose le concept de « *transparence psychique* » pour qualifier l'état de susceptibilité particulière de la femme pendant la grossesse. Elle reprend la notion de crise en soulignant que « l'enjeu au cours de la première maternité, est de changer de génération, de façon flagrante et irréversible. Cette crise maturative mobilise

de l'énergie psychique, en réveillant de l'anxiété et des conflits latents (...). Elle contient ainsi sa propre capacité évolutive et contribue au processus de formation d'une identité nouvelle » (2001, pp.41-42). Cette authenticité de la vie psychique, selon l'auteure, est perceptible dès les premières semaines de la grossesse. Les remémorations infantiles et les fantasmes régressifs affluent à la conscience sans soulever les résistances habituelles. La femme enceinte semble être, tout comme à l'époque de son adolescence, dans une situation d'appel envers un référent. Cet état relationnel particulier conditionne une aptitude au transfert médical et est très favorable pour la recherche (2000, p.94). Néanmoins, selon Dayan et ses collaborateurs, le concept de « transparence psychique » n'est pas toujours opérant, l'estime de soi peut être insuffisante, les représentations de devenir mère trop conflictuelles, les mécanismes de défense insuffisants pour soutenir le processus de maternité et contenir les remaniements. La transparence cède alors la place à une forme d'opacité (cités par Reeves, 2017, p.17).

Raphael-leff (2009), quant à elle, emploie le concept de « *perméabilité psychique* » pour décrire un relâchement involontaire des barrières entre les niveaux de conscience. Toutefois, les femmes ne réagissent pas toutes de la même manière devant cette levée des contenus psychiques.

L'intérêt des concepts proposés par les différents auteurs est de comprendre que l'accès à la parentalité entraîne différents changements au niveau du fonctionnement psychique (levée fantasmatique, abaissement des mécanismes de défense, des moments régressifs accompagnés de manifestations anxieuses parfois intenses...). Ce qui implique de trouver de nouvelles solutions et une interprétation du passé à la lumière du présent. Ils montrent également que la grossesse et le post-

partum constituent des périodes de fragilité et de vulnérabilité psychologiques qui exposent à l'apparition de pathologies psychiques.

### 3. Anxiété anténatale, évaluation et prévalence

Il n'existe pas de définition universellement acceptée du terme « anxiété ». Cependant, la définition donnée au début du siècle par Janet (cité par Besançon, 2005, p.36) est celle qui est généralement retenue en psychopathologie, même si elle comporte des limites certaines : « *L'anxiété est une peur sans objet, ou plus précisément sans objet réel, apparent ou défini* ». Elle a été utilisée par les auteurs classiques pour désigner ce ressenti subjectif, négatif dirigé vers le futur, alors que l'angoisse renvoyait au ressenti corporel lors de l'anxiété. Cette distinction n'est plus guère employée actuellement, car cette notion d'anxiété tend à recouvrir indistinctement l'ensemble des phénomènes corporels et psychiques.

L'anxiété n'est pas une maladie en soi, même si elle est une émotion généralement ressentie comme désagréable. Cependant, elle le devient par son caractère excessif et le retentissement négatif qu'elle peut avoir sur le fonctionnement de la personne. Elle est présente dans plusieurs états psychopathologiques, ce qui montre la difficulté à cerner la limite qu'il faut donner aux troubles anxieux. Elle peut exister toutefois comme une entité psychopathologique distincte.

Plus récemment, le concept d'anxiété spécifique à la grossesse (ASG) a émergé de l'ensemble des travaux réalisés dans ce domaine. Dunkel Schetter (2011) et aussi Huizink,

Mulder, Robles de Medina, Visser et Buitelaar (2004) la définissent comme « *un syndrome distinct se référant aux peurs*

exprimées par la femme au sujet de sa santé, de celle de son bébé, des expériences reliées au suivi médical et à l'hospitalisation (incluant sa propre santé et même sa survie durant la grossesse), de l'accouchement imminent et ses suites, et enfin des préoccupations autour du rôle de mère » (cités par Reeves, Pelletier, Schauder, Thériault et Wendland, 2016, p.45). En effet, l'anxiété peut se déployer sur un continuum depuis les préoccupations attendues d'une future mère bienveillante jusqu'aux peurs intenses, envahissantes, empêchant le fonctionnement quotidien d'une femme en grande détresse.

D'importants travaux épidémiologiques soulignent aussi la comorbidité anxieuse et dépressive en périnatalité. La question de la comorbidité ou de la distinction entre la dépression et l'anxiété est aujourd'hui sujette à discussion nécessitant encore d'importantes recherches.

Dans la population générale âgée de 18 à 65 ans, l'ensemble des troubles anxieux a une prévalence sur 12 mois d'environ 15% et une prévalence sur la vie entière d'environ 21% (Haute Autorité de Santé, 2007, p.3). Les taux de l'anxiété générale (AG) rapportés par certaines études (Faisal-Cury et Rossi Menezes, 2007 ; Heron, O'Connor, Evans, Golding et Glover, 2004 ; Rubertsson, Hellstrom, Cross et Sydsjo, 2014, cités par Reeves, 2017, p.20) varient de 14% à 59,5%. Celle-ci est souvent évaluée au moyen d'instruments généraux comme le STAI (*State Trait Anxiety Inventory*), c'est pourquoi le taux de ces troubles anxieux risque d'être surestimé.

La prévalence de l'anxiété spécifique à la grossesse est difficile à établir, car les auteurs privilégient une approche dimensionnelle. En effet, certains outils mettent l'accent sur la réponse

émotionnelle, alors que d'autres cherchent à identifier les sources d'anxiété. Il existe toutefois certains questionnaires dont l'approche du trouble est mixte. Il est important de noter qu'il n'existe pas encore de critères spécifiques à l'anxiété prénatale.

Par ailleurs, certains chercheurs ont rapporté un taux élevé d'anxiété plus particulièrement vers les derniers mois de la grossesse. Ainsi, dans l'étude de Crandon (1979), 23% des femmes enceintes sont « anxieuses » au troisième trimestre avec l'échelle d'anxiété de l'IPAT (*Institute for Personality and Ability Testing*). Dans celle de Standley, Soule et Copans (1979), procédant par entretiens lors du dernier mois de la grossesse, les résultats montrent que 37% des femmes interrogées présentaient un symptôme anxieux de type « psychiatrique » (insomnie, réactivité anxieuse, idées bizarres ou pensées incontrôlables) et 11% deux ou plus (cités par Dayan, Andro et Dugnat, 1999, p.326). Les résultats d'autres études (Heron et al., 2004 ; Robert, David, Reeves, Goron et Delfosse, 2008 ; Stuart, Couser, Schilder, O'Hara et Gorman, 1998) suggèrent que les symptômes d'anxiété peuvent demeurer stables ou augmenter au cours de la période postnatale, surtout entre le troisième et le septième mois, d'où l'importance de prolonger leur évaluation jusqu'au troisième trimestre du post-partum.

Les tests projectifs sont moins sollicités en tant qu'outils d'évaluation au cours de la grossesse et du post-partum, et pourtant, ils peuvent donner un meilleur aperçu du fonctionnement global du sujet examiné et permettent de connaître la structure dans laquelle s'inscrit la symptomatologie anxieuse. Nous ne retrouvons d'ailleurs que quelques études anciennes (Davids et De Vault, 1962 ; Grimm, 1961, cités par Minjollet et Valente, 2015, pp.139-142) réalisées en

s'appuyant sur ces techniques.

La quasi-absence de travaux antérieurs « projectivistes » portant sur le fonctionnement psychique durant la grossesse normale est due, entre autres, à l'attitude négative de certains professionnels qui expliquent que la passation de ces tests pendant la grossesse risquerait de fragiliser, voire « traumatiser » la femme enceinte.

Les recherches menées depuis quelques années dans cette perspective (Bellion, 2001 ; Belot, 2014 ; Minjollet, 2017) soulèvent des pistes de réflexion théoriques et cliniques, non seulement sur la spécificité des processus psychiques à l'œuvre lors de ces étapes, mais aussi sur la dimension pathologique qui peut les entourer.

#### **4-Description chronologique du vécu de la grossesse**

Nous allons reprendre ici une temporalité trimestrielle, en référence au découpage médical de la grossesse, tout en soulignant que les changements physiques et les modifications du psychisme maternel survenant au cours de cette période sont étroitement liés. Ce que nous allons vous présenter ci-dessous représente un schéma global de l'itinéraire psychique de la maternité qui ne rend pas vraiment compte de la singularité du vécu propre à chaque femme enceinte.

##### **4-1- Le premier trimestre**

Ce qui caractérise le vécu des premières semaines est cette confrontation du désir de la grossesse à sa réalisation concrète, une confrontation qui se traduit dans les réactions subjectives des femmes à la confirmation de la grossesse et aux premiers changements physiques vécus. C'est un temps de sidération et de

vacillement du sujet selon certains cliniciens (Spiess, 2002).

D'un point de vue physique, c'est au cours de ce premier trimestre qu'apparaissent de nombreux troubles (nausées, vomissements, insomnie ou hypersomnie, asthénie, labilité émotionnelle...). Ces troubles ont un retentissement direct sur la persistance des sentiments anxieux. Pour certains psychanalystes (Aubert-Godard, 1999 ; Debray, 1987 ; Missonnier, 2004, etc.), les symptômes tels que les nausées et les vomissements sont l'expression de sentiments d'ambivalence inévitables à la conception et au premier développement du bébé, ils réalisent ainsi un bon compromis chargé de sens. Ils traduisent également le déséquilibre narcissique vécu par la femme en raison de l'effraction des limites du moi et tout le travail psychique qui lui est imposé par la réalité de l'intrusion dans son espace personnel. Le rejet du bébé peut aussi avoir une dimension plus psychosomatique.

Cette première étape se caractérise aussi par la centration de la femme sur elle-même, sur ce qui se passe à l'intérieur de son être, sur cette réalité qui lui échappe en partie, sur cet enfant porté dans ses entrailles sans qu'il soit encore représentable. L'hyper investissement de ce nouvel objet se fait au détriment des autres thématiques psychiques, ce qui explique, selon Bydlowski, l'émergence de fantasmes, de représentations et de remémorations. Tout cela peut s'accompagner de sentiments d'angoisse et d'anxiété.

Les manifestations anxieuses sont fréquentes au cours du premier trimestre. Celles-ci se rapportent souvent au déroulement de la grossesse et à l'état de santé du fœtus (peur de l'avortement, peur de porter un enfant mal formé...)

notamment en cas de primiparité ou d'existence d'antécédents médicaux et obstétricaux (Da Costa, Larouche, Dritsa et Brender, 1999 ; Lee et al., 2007; Teixeira et al., 2009, etc. ).

#### 4-2- Le second trimestre

A ce deuxième trimestre la phase d'adaptation, dans la majorité des cas, est dépassée. L'échographie obstétricale qui permet de visualiser le fœtus confirme davantage l'existence de celui-ci. Les modifications corporelles chez la femme sont franches et visibles, ce qui contribue à l'apparition de préoccupations quant à son apparence physique. Les peurs concernant la santé du fœtus peuvent aussi persister chez certaines femmes (consultations nombreuses, évitement des rapports sexuels...). Les mouvements fœtaux ne sont pas toujours perçus et représentés de façon positive. Revault d'Allonnes (1991) souligne que ces changements que la présence de l'enfant entraîne, seront vécus d'une manière différente d'une femme à une autre, en fonction de la qualité de l'image corporelle (souplesse, plasticité, vulnérabilité) propre à chacune d'elles.

Globalement, en l'absence de toute complication physique ou psychique, ce trimestre est souvent décrit comme le plus confortable. Les rêveries se déploient prenant en compte progressivement cette réalité perçue. C'est un temps de l'attente de l'enfant.

#### 4-3- Le troisième trimestre

Les changements physiques à cette étape sont à leur acmé, l'activité de la femme est toute entière contrainte par le volume et le poids que prennent progressivement son ventre et son enfant. Ces modifications corporelles très visibles mettent à rude épreuve l'image du corps dont la constitution est plus ou moins établie, en fonction de l'histoire de chaque

femme et de la structure actuelle de sa personnalité. La proximité du terme et le caractère inéluctable de la fin de la grossesse ainsi que le détachement du bébé amènent la femme enceinte à anticiper l'issue de la grossesse, à l'appréhender, notamment quand il s'agit de sa première expérience.

Nombreuses sont les études qui montrent l'intensité et la spécificité des peurs au cours de cette étape. Van den Bergh (1989) et ses collaborateurs (cités par Reeves, 2017, pp.29-30), à partir d'un questionnaire (*Pregnancy Related Anxiety Questionnaire (PRAQ)*) appliqué sur 231 femmes au troisième trimestre de la grossesse et l'analyse factorielle effectuée, ont dégagé cinq facteurs liés à des peurs (peur de l'accouchement, peur de porter un enfant handicapé, peur des changements dans la relation avec le partenaire, peur des changements dans la vie de future mère, peur des changements au niveau de son humeur et de la relation mère-enfant). Les résultats de cette étude ont été corroborés par les résultats d'autres travaux réalisés par les mêmes auteurs des années plus tard (2007/2014).

Des études plus récentes vont dans la même direction, c'est-à-dire dans le sens d'une croissance significative de l'anxiété au troisième trimestre. Certains chercheurs (Huizink et al., 2004, cités par Reeves, 2017, p.36) parlent d'une courbe en U pour décrire l'évolution de l'anxiété anténatale avec un résultat plus élevé au dernier trimestre, mais ceci n'est pas toujours le cas des résultats d'autres travaux.

À partir de là, nous pouvons conclure qu'il n'existe pas encore de consensus au sujet de l'évolution de l'anxiété pendant la période prénatale, et qu'elle pourrait être tout autre que linéaire.

En outre, certaines recherches

tentent actuellement de nous faire connaître les facteurs de risque de l'ASG en questionnant certaines variables obstétricales : statut de parité, perte fœtale antérieure...) et psychosociales (soutien conjugal et social, style d'attachement, etc.).

### 5- Vignette clinique

Ce cas clinique que nous vous proposons dans ce qui suit fait partie du groupe de femmes enceintes examinées dans le cadre d'une étude personnelle entreprise depuis quelques années dans des établissements de santé publics et privés. Il s'agit d'une étude qualitative visant à explorer le fonctionnement psychique des femmes en prénatal et en postnatal, et tenter de définir les types de difficultés rencontrées lors de cette phase de transition, à partir d'entretiens cliniques de type semi-directif et de tests projectifs (*Rorschach*, *TA.T.*). L'entretien qui constitue un outil irremplaçable et unique si l'on veut comprendre un sujet dans sa spécificité, permet ici d'obtenir des informations sur la manière de vivre la grossesse à ses différentes étapes, l'expérience de l'accouchement et des suites de couches, les difficultés éprouvées, les représentations du bébé, l'histoire personnelle, la relation de couple...

Le Rorschach et le TA.T. (*Thematic Apperception Test*) sont des épreuves qui permettent d'étudier le fonctionnement psychique d'un sujet dans sa dynamique propre. Ils facilitent à la fois les mouvements régressifs et projectifs, c'est pourquoi ils s'avèrent pertinents pour étudier les phases du pré-et post-partum. Le Rorschach, un test non figuratif, renvoie de par la dimension structurelle du matériel au rapport à l'image corporelle humaine, mais aussi à l'image de soi et aux représentations liées aux relations précoces très mobilisées au cours de ces périodes de la vie ; le T.A.T

quant à lui, un test figuratif, renvoie préférentiellement aux capacités du sujet à traiter les problématiques relatives aux représentations de relations.

Nous avons rencontré Mme Dounia à différents moments de sa grossesse. Cinq entretiens ont été réalisés avec elle, en plus d'une épreuve projective (*Test de Rorschach*). Nous l'avons également revue après son accouchement.

Notre entrevue avec Mme D. a eu lieu au niveau du service de gynécologie-obstétrique d'un établissement hospitalier privé. Celle-ci est venue pour subir une perfusion suite à des vomissements sévères dont elle souffrait depuis quelques jours allant de pair avec un état de faiblesse accrue. Elle nous a paru à ce moment là très pâle, abattue, arrivant à peine à prononcer quelques mots, et ce en présence de son conjoint qui avait l'air inquiet et désemparé face à l'état de sa femme.

Après un échange verbal assez bref avec le couple, nous avons proposé à Mme D. un suivi psychologique qu'elle a volontiers accepté. Ce jour là, elle a sollicité l'interruption de la perfusion une demi-heure après sa mise en place, car elle disait être très stressée.

#### 5-1- Les données des entretiens

- *Le premier entretien*

Mme D. est âgée de 21ans, jeune mariée (depuis un mois et demi) enceinte naturellement. Ce projet d'enfant, tel qu'il nous a été décrit, est teinté de sentiments d'ambivalence, tantôt elle exprime son bonheur d'être enceinte sans difficulté, tantôt ce sont des plaintes au sujet de sa grossesse (des manifestations anxieuses, des symptômes physiques (vomissements, manque d'appétit, insomnie, vertiges, faiblesse..), perte d'intérêt pour certaines activités qui dominent son discours. Tout au

long de cet entretien, Mme D. avait du mal à trouver ses mots pour traduire son malaise, son manque de vitalité et son regard perçant nous paraissent inquiétants. Elle souffre de vomissements excessifs depuis qu'elle a entamé son second mois de grossesse. Ceci l'a amenée à être hospitalisée à plusieurs reprises dans une clinique publique de gynécologie, elle y est restée 10 jours la dernière fois.

Concernant son futur bébé, son discours était très limité, elle nous a avoué qu'il lui arrivait même à certains moments de souhaiter avorter «*asmi li\$ deg sbiïar lant tswiein anda imena\$ ad ksen lïufan ayi iyiqarêen mliê* (quand j'étais hospitalisée, il y avait des moments où j'ai souhaité qu'on m'arrache ce bébé qui me fait beaucoup mal)». Toutefois, elle finissait toujours par se reprendre et se raisonner.

Sur le plan relationnel, ses rapports avec son mari sont décrits de façon positive, celui-ci est assez compréhensif, attentionné, et ce malgré son comportement négligeant à son égard dès les débuts de la gestation. Pour sa relation avec sa propre famille, en baissant sa tête, elle nous a affirmé qu'elle traversait une situation très difficile depuis quelques années, plus particulièrement après la maladie de son père (un trouble psychiatrique) et l'absence d'une source financière qui permet de pourvoir aux besoins des enfants (4), sachant que le père était maçon de métier. Elle a rajouté qu'elle était très soucieuse notamment au sujet de son frère et de sa sœur qui sont actuellement exclus de l'école et livrés à eux-mêmes.

D'un point de vue clinique, Mme D. semble avoir des difficultés à s'investir émotionnellement avec ce nouveau venu que son discours rend clairement explicite. Les conditions externes entourant ce projet paraissent peu favorables à un moment où

les réactivations de ses problématiques personnelles sont inévitables. Sa crainte principale concerne son accouchement, les scènes auxquelles elle a assisté à la clinique lors de ses hospitalisations étaient assez marquantes, et les cris de douleur perçants des parturientes sur les tables d'accouchement résonnaient encore en elle.

#### • *Le deuxième entretien*

À cette seconde rencontre, Mme D. venait à peine d'entamer son troisième mois, son apparence était légèrement plus soignée que la dernière fois. Elle a commencé par nous parler de son état de santé en précisant que les vomissements avaient beaucoup diminué dans leur fréquence et les nausées complètement disparu. Cependant, des changements au niveau de son tempérament ont été rapportés, elle parle moins que d'habitude, ne supporte pas certains bruits, déteste parfois son mari en évitant souvent un rapprochement physique et sexuel. Celui-ci n'a pas hésité d'ailleurs lors d'une rencontre à nous révéler son mal être face à la situation de sa femme qui se néglige n'assurant pas ses devoirs d'épouse, et que si cette situation ne s'améliorait pas, la dissolution du mariage serait inévitable.

Les insomnies persistent encore, les manifestations anxieuses deviennent plus importantes le soir, ce qui l'empêche de s'abandonner au sommeil en dépit de la présence rassurante du conjoint.

Quand cet état perdure, elle préfère partir chez ses parents, même si le climat familial est loin d'être serein pendant cette période. Néanmoins, la présence de sa mère et de ses frères et sœurs autour d'elle la rassure et l'aide à trouver un certain réconfort.

Mme D. est l'aînée d'une fratrie de quatre enfants (2G/2F). Son père est atteint d'une affection mentale

depuis 10ans, actuellement il est suivi par un psychiatre mais le traitement prescrit est jugé, selon elle, peu efficace. En se référant toujours à ses propos, elle nous a informé qu'au début de la maladie de ce dernier, il leur a fait vivre de fortes angoisses notamment lorsque la crise se déclenchait (cassait des objets....), mais ne les frappait jamais nous précisait-elle. Son discours au sujet de sa mère était encore plus bref, entrecoupé de longs silences. Après quelques interventions, elle s'est limitée à nous dire qu'elle était une femme affectueuse et une bonne conseillère. Certains symptômes corporels (vomissements...) ont jalonné les grossesses de cette dernière notamment la première, mais aucune complication n'y est survenue. Ses accouchements se sont déroulés d'une façon normale (par voie basse), néanmoins, ils étaient très douloureux.

Mme D. qualifie son enfance de période de grande souffrance, la maladie de son père d'une part, et la précarité financière ainsi que le manque de soutien du côté des proches d'autre part, ont eu un retentissement négatif sur le devenir des enfants surtout sur leur parcours scolaire. En revanche, la situation sociale de sa belle-famille est confortable. Malgré le fait qu'elle soit très nombreuse (3 beaux-frères/5 belles-sœurs), il règne une bonne entente et solidarité entre ses membres. Elle est la seconde belle-sœur et entretient de bons rapports avec ses beaux-parents.

En ce qui la concerne, après avoir accusé deux années de retard au niveau de l'enseignement moyen, elle échoue encore à l'examen du brevet (BEM). Deux années plus tard, elle entreprend une formation en coiffure qu'elle achève avec succès. Malheureusement, elle n'exerce ce métier que pendant quelques mois en raison de la désapprobation de son futur conjoint.

En dehors du cercle familial, Mme D. n'a aucune amie à qui elle peut se confier et qui puisse lui servir de support affectif, comme elle n'a aucune activité de loisir, excepté regarder la télévision. Ce manque d'occupation favorise chez elle la résurgence d'idées noires qui l'envahissent parfois au point de l'obliger à prendre un neuroleptique (sulpiride) prescrit par son médecin traitant.

Au cours de l'examen échographique prévu à cette étape, et concernant sa réaction à la vue de son bébé, elle nous a répondu avec un sourire discret : « *inerna yettbin-d mliê* (il a grossi, il se voit mieux) ». Son souhait est d'avoir une fille, contrairement à son conjoint qui voudrait plutôt un garçon. A ce choix du sexe de l'enfant, s'associe un mode de relation particulier: échange affectif, partage, rapprochement plus facile avec la fille qu'avec le garçon... A cette étape, Mme D. a encore du mal à anticiper une image précise et claire de son futur bébé.

Ces quelques bribes que Mme D. nous a relatées sur son histoire et d'autres qu'elle nous rapportera plus tard nous permettra de mieux comprendre la situation conflictuelle, difficile qu'elle traverse actuellement.

#### • *Le troisième entretien*

Après une tentative de désengagement vis-à-vis du suivi psychologique (annulation des rendez-vous proposés...), elle revient d'elle-même en justifiant son comportement par le fait qu'elle ait été prise par quelques obligations familiales. Elle nous a affirmé dès les premiers instants qu'elle se portait mieux à cette période (4mois et 1 semaine), les premiers symptômes corporels ont quasiment disparu cédant la place à d'autres manifestations (douleurs au bas ventre) qui ne sont pas inquiétantes. Cependant, les angoisses concernant le déroulement de

l'accouchement ne cessent de réapparaître à chaque fois qu'elle se retrouve chez elle livrée à sa solitude.

Sa relation avec son conjoint s'est légèrement améliorée, elle se sent plus disponible pour lui, pouvant laisser libre court à ses envies et ses désirs. Ce fait a entraîné un changement positif dans l'attitude du conjoint vis-à-vis d'elle et dans le regard qu'il lui porte.

Son bébé commence à manifester sa présence. Elle aurait déjà aimé que ses mouvements soient plus perceptibles pour être suffisamment rassurée, surtout qu'elle est très réceptive aux influences des femmes de son entourage proche, qui font de sorte à l'inquiéter davantage. Les rêves qui font référence à la figure maternelle et aussi à l'enfant, restent toutefois relativement pauvres et aucune scène d'interaction ou de maternage n'a été rapportée, se focalisant plus sur les caractéristiques physiques objectives et morales du bébé (beau, timide, ne prend pas de risque, respecte certaines limites...) à l'image d'elle-même le précisait-elle. Le désir de réparation narcissique dans son discours n'était pas explicite, voire absent, évitant ainsi toute expression de conflit.

- **Le quatrième entretien**

L'apparence physique de Mme D. a sensiblement changé lors de cette rencontre. Elle nous a paru assez détendue, et pour la première fois a demandé de nos nouvelles et donné des siennes avec une certaine aisance. Elle a entamé son discours par ces propos : « *gasmi fukke\$ rbea chur ayi imezwura aqlin mliê, labas, liufan ippêarik* (depuis que j'ai terminé les quatre premiers mois, je vais très bien, tout va bien, le bébé bouge) ». La qualité de son sommeil s'est améliorée, elle dort mieux et plus que d'habitude. Un changement notable au niveau de l'activité onirique a été également rapporté. Elle rêve souvent et surtout de son futur enfant, lui permettant

ainsi de lui dessiner une image, rêve de situations de maternage, ce qui lui procure de la joie et du bonheur nous disait-elle. Son tempérament s'est un peu stabilisé, elle demeure toutefois sensible à certaines réactions des personnes de son entourage.

Concernant sa relation de couple, plus précisément dans son aspect affectif et sexuel, elle nous a avoué après insistance, qu'elle avait peur de la pénétration et des risques que son bébé peut courir.

La situation financière de sa propre famille s'est légèrement améliorée, son grand frère a fini par décrocher un travail dans un café. Sa mère et elle se sont beaucoup rapprochées durant cette période, ce qui leur a permis d'instaurer un terrain d'échanges continus et permanents, notamment en l'absence d'autres personnes de sa famille ou à l'extérieur de celle-ci pouvant lui servir de support.

L'image du futur enfant se construit de mieux en mieux dans son esprit (une blonde aux yeux clairs, comme une animatrice de télévision qu'elle admire...). Les interactions avec son bébé se multiplient, souvent partagées avec son conjoint, et les représentations de celui-ci s'enrichissent progressivement.

- **Le cinquième entretien**

À cette dernière rencontre vers la fin de la grossesse (8mois et 2 semaines), programmée dans son suivi médical, Mme D. est passée nous voir pour nous donner de ses nouvelles. Sur le plan physique, elle nous a appris qu'elle ne présentait aucun trouble, excepté le pyrosis qui reste un symptôme tolérable.

Mais sur le plan psychologique, les peurs et les angoisses relatives à l'accouchement sont devenues plus intenses affectant la qualité de son sommeil. Les cauchemars liés à l'accouchement occupent la scène mentale pendant une bonne partie de la nuit au cours de ce dernier mois, des scènes déjà vues et d'autres imaginées la perturbent

davantage. Son attitude, sa mimique, le ton de sa voix...pendant ce moment-là en témoignent traduisant le poids de la souffrance qu'elle endure. Elle souhaite bénéficier d'une prise en charge au niveau d'une clinique privée et d'une péridurale (anesthésie locorégionale), mais rien n'est pour le moment tranché, puisque la décision revient au conjoint et dépend de ses capacités financières. Ce temps d'attente s'avère difficile à gérer et elle ne peut que se remettre à son destin.

Toutefois, nous constatons par ailleurs quelques éléments positifs de soutien : son rapprochement avec sa mère, l'accompagnement psychologique, la valeur initiatique attribuée à ses angoisses et souffrances, le long séjour passé avec ses parents (le mari en mission pendant 2 mois) pendant cette période l'ont beaucoup aidée à trouver un certain apaisement.

Son bébé est devenu très actif. Elle accompagne souvent ces mouvements fœtaux de gestes de tendresse. L'image anticipée de celui-ci continue à s'élaborer, le tableau des caractéristiques ne cesse de se développer (une fille qui n'est pas difficile, obéissante...). Pour le trousseau du bébé, ce n'était que dernièrement qu'elle avait commencé à le préparer de peur qu'il lui arrive quelque chose, voire de le perdre, comme le prétendaient certaines femmes de son entourage dont elle subissait l'influence.

Son conjoint, lui aussi, a progressivement assimilé les changements qu'elle traversait, le rapprochement sexuel est devenu possible, mais n'hésitait pas à signaler une diminution importante de la libido et du niveau de satisfaction sexuelle pendant cette période de la grossesse.

### 5-2- Les résultats du test projectif (Test Rorschach)

Ce test a été appliqué vers la fin du premier trimestre de la grossesse (à 2 mois et ½) lors de notre seconde rencontre avec

Mme D. Elle nous a paru tendue au cours de la séance, fatiguée et un peu pressée d'en finir. D'ailleurs, elle ne nous a pas laissé effectuer l'enquête dite « des limites » qui était nécessaire vu l'absence de certaines réponses et réactions courantes, prétextant se sentir mal à l'aise.

D'un point de vue quantitatif, la production de Mme D. est réduite et très pauvre (12 réponses), et le temps qui lui est consacré (16'25") est également court. L'aspect créatif, imaginatif est quasiment absent dans ce protocole, les images suggérées, dont la plupart sont de type animal, indiquent l'existence d'une certaine « stéréotypie de la pensée ». Ce recours important au collectif peut correspondre à une attitude défensive chez le sujet.

#### • Les processus cognitifs

Le mode d'approche perceptif privilégié est l'approche globale (G%=50%), et ce au détriment d'un abord plus varié et analytique du matériel (D%=41.66% ; Dd%= 8.33%). Il s'agit d'une saisie spontanée des planches où aucun effort d'élaboration n'a été vraiment constaté. La plupart des réponses sont simples (un oiseau, deux animaux..) dont l'impact du

sensoriel est parfois présent, mais qui demeure sous le contrôle du rationnel. Néanmoins, la qualité formelle de certaines réponses (pl.VI : lëağa tetferfir (c'est quelque chose qui vole) / sin izerman collés (deux serpents collés)) révèle une fragilité dans la construction de l'objet perçu.

Généralement, l'approche en D est utilisée dans les planches où elle est plus sollicitée (II, III, VII). Le sujet a essayé dans un premier temps (pl. II, III) d'intégrer les motions pulsionnelles suscitées (versant agressif) tout en les maintenant sous le contrôle du formel (pl. II : d idamen...d ayeÿit (c'est du sang...c'est un oiseau) / pl.

III : maci d leïbad ? d idamen ? jabaden lëağa (ce n'est pas des individus ? du sang ? ils tirent quelque chose), mais cette tentative n'est pas toujours réussie, ensuite il procède à l'isolation perceptive évitant ainsi toute expression émotionnelle ou pulsionnelle, cette seconde tentative s'est encore soldée par un échec à certaines planches donnant lieu à des réponses imprécises ou de mauvaise qualité formelle (pl. VII : Sin leïbad duklen, yiwen akkayi yiwen akka (deux individus unis, un d'un côté et un de l'autre).

Il nous apparaît ainsi que le manque de souplesse dans l'utilisation des modes d'appréhension et le recours excessif au rationnel et au formel sont des stratégies défensives utilisées par le sujet pour contrôler ou contrecarrer la résurgence fantasmatique et/ou affective, cependant celles-ci se sont avérées inefficaces. Le F+% (25%) en dessous des normes atteste de la mise à mal des barrières devenues poreuses. Cet échec de la maîtrise est constaté dans quelques dérapages perceptifs nous dévoilant certaines problématiques fantasmatiques qui perturbent la perception de l'objet de façon entière et intègre. Les représentations révèlent des difficultés qui semblent parfois évoquer une problématique d'un registre préœdipien, avec une focalisation sur les liens (deux serpents collés ; deux individus unis ; deux animaux qui sont proches l'un de l'autre). Nous observons par ailleurs des tentatives de reprise en main du contrôle, elles demeurent toutefois insuffisantes (F+% élargi=58.33%).

- **Les facteurs de socialisation ou le rapport au réel**

Certains indices (G%=50% ; F% élargi=100% ; A%=58.33%) suggèrent l'existence d'un contrôle excessif chez le sujet. Cependant, ces moyens défensifs sont mis en échec laissant voir l'intensité de la

charge pulsionnelle réprimée et dont le resurgissement affecte les capacités adaptatives de celui-ci (F+% =25%). Le rapport au réel reste tout de même maintenu ainsi que l'investissement de la relation à autrui (H%=33.33%), mais les difficultés à ce dernier niveau plus particulièrement sont notables.

- **La dynamique affective**

Les stratégies de lutte mobilisées par le sujet, comme nous l'avons précédemment indiqué, vont dans le sens d'une inhibition et d'un manque d'élaboration et de stabilisation des affects (production restreinte ; G simples ; F+% bas ;  $\Sigma$  C bas ; I.A. nul).

Les réponses kinesthésiques sont présentes, mais le pôle projectif est réduit. Les réponses kinesthésiques humaines (K) sont dynamiques et parfois chargées de motivations. Celles-ci sont exprimées par des représentations humaines réelles dans des modes de relations sthéniques. Ces personnages humains sont toutefois marqués par l'anonymat quant à leur identité sexuelle. Cette difficulté à se situer et à faire un choix entre le féminin et le masculin constitue l'un des indices qui montrent l'existence d'une problématique d'identification chez le sujet.

Les réponses kinesthésiques animales (kan) n'apportent pas de changement au niveau de la réactivité du sujet au matériel. Celles-ci sont neutres, la mise en scène relationnelle est complètement absente même face aux planches où elle est souvent induite. L'aspect sensoriel est rarement intégré et ne mobilise souvent aucune expression de l'ordre de la pulsion ou de l'affect. Nous remarquons également dans la majorité des réponses la difficulté à faire un choix sexuel. Les positions actives l'emportent sur les positions passives si nous tenons

compte de certains contenus et surtout des verbes d'action.

L'examen des réponses couleur montre une oscillation chez le sujet, entre une attitude relativement équilibrée et adaptée, et une attitude impulsive, voire parfois inadaptée. Face aux planches pastel, les réactions sensorielles sont encore plus réduites. L'ensemble des réponses à ces planches (RC% =33.33%) rend compte d'une sensibilité au monde extérieur, mais qui paraît difficile à assumer vu la qualité de la relation avec les objets (dépendance, manque de confiance, instabilité).

### 5-3-Synthèse et discussion des résultats

La discussion sera centrée principalement sur le contenu des entretiens, ce n'est que dans un second temps que nous aborderons certains résultats du Rorschach qui nous paraissent assez éclairants quant à la problématique de cette jeune future mère.

#### 1) Concernant les résultats des entretiens

L'analyse du contenu de l'ensemble des données des entretiens nous a permis de dégager trois axes principaux de réflexion :

- **Les manifestations physiques traduisent un malaise psychique**

D'un point de vue psychanalytique, les manifestations somatiques, plus particulièrement les nausées et les vomissements comme est le cas ici de Mme D., expriment une ambivalence à l'égard de l'enfant. Certains auteurs précisent que le conflit ambivalentiel, pourrait être encore plus fort lors de la première gestation (Bydlowski, 2001, 2006, Revault d'Allonnes, 1991, etc.), car il s'agit pour la femme de changer de statut et de prendre place dans la chaîne des générations, avec tout ce que cela implique. Ils soulignent aussi que le désir d'enfant a toujours à faire

au désir de l'autre, et Mme D. nous paraît répondre plus au souhait du conjoint qui voulait avoir un enfant à tout prix dès les premiers temps du mariage, sans tenir vraiment compte de son état, de son désir à elle. Ce facteur est aussi important pour comprendre le vécu de sa grossesse.

Une corrélation positive a été également retrouvée entre certains symptômes (les vomissements sévères) et le degré de stress ainsi que le manque de soutien social (Iancu, Kother, Spivak, Radwan et Weizman, 1994; cités par Dayan, Andro et Dugnat, 1999, p.313). Rappelons ici que tous les signes cliniques manifestés par Mme D. vont dans le sens de l'existence d'un stress important l'obligeant souvent à rechercher du réconfort auprès de sa mère. Bydlowski a déjà suffisamment insisté sur l'importance de cette représentation idéalisée de la mère pour le bon déroulement de la grossesse, celle sur laquelle la future mère peut s'appuyer par nécessité, qui prendra soin de l'enfant si elle vient à défaillir. « Cette idéalisation maternelle en forme de trêve, même transitoire, (...), paraît indispensable pour qu'une maternité puisse être menée à bien » (2000, pp.166-167).

Le corps est donc la scène où se manifeste le désarroi initial, c'est un corps qui s'hystérise selon l'expression de Spiess (2002). Les symptômes des premiers mois demandent à être reconnues comme des signes d'appel à l'aide plutôt que d'être réduits au plan organique.

- **Grossesse, accouchement et la mise à l'épreuve de l'image du corps**

« C'est avec ce corps-là, et cette image du corps-là, que la femme vit sa grossesse et son accouchement, ce n'est pas de ce corps-là que le médecin ou la sage-femme parle... ». Il s'agit du corps vécu nous précise Revault d'Allonnes (1991,

p.90), celui qui a mal, qui a peur..., qui n'est pas fait seulement de chair, mais aussi d'émotions, de souvenirs ..., qui doublent la vie apparente du corps lui donnant sa force émotionnelle et son sens. Sans ces éléments-là, comment comprendre les significations des inquiétudes de Mme D. concernant son accouchement. Il nous semble ici que le problème posé par cette jeune femme primigeste touche à son narcissisme que l'expérience actuelle met à rude épreuve. L'accouchement fait peser des menaces de déformation, d'éclatement, de mort que Mme D. n'exprime pas ouvertement, mais qui restent plutôt en sourdine. En effet, cette jeune femme est confrontée à une expérience nouvelle inconnue, sans qu'elle soit suffisamment préparée de par son histoire personnelle troublée et émaillée de moments d'insécurité, et sans qu'elle soit accompagnée par un personnel médical qui soit disponible et à l'écoute pour lui parler des ambivalences vécues.

La rupture inévitable qui marque la naissance confronte aussi la femme à la séparation, après toute une lutte interne pour vivre avec ce corps étranger. Il va lui falloir faire le deuil de l'enfant imaginaire, accueillir l'enfant réel et changer de mode d'investissement, ce qui nécessite un vrai travail d'adaptation. Certains cliniciens (Dethieux, Abadie, Grandjean et Raynaud, 1999 ; Pascal, Spiess et Thévenot, 2011 ; Reeves et coll., 2016 ; Schaeffer, 1997, 2005) mettent l'accent sur les « angoisses du féminin » (Schaeffer, 1997) et leur lien avec le corps comme un lieu de passage dans les deux sens, le passage vers l'intérieur, puis de l'intérieur vers l'extérieur. Cette effraction produite à ces deux étapes et la passivité qui les caractérise, sont génératrices d'angoisse.

Les angoisses de Mme D. traduisent ses difficultés à intégrer les données relatives à cette expérience nouvelle qu'elle

est en train de vivre, comme elles révèlent une image corporelle rigide et vulnérable.

- ***Stress et difficulté d'investissement émotionnel du bébé***

Les données fournies par Mme D. au cours des premiers mois de sa grossesse montrent sa difficulté à s'investir émotionnellement avec son bébé, au point de souhaiter qu'on le lui enlève, court-circuitant ainsi toute capacité de penser. Peu à peu, les examens échographiques ultérieurs, qui lui confirment l'existence tangible du bébé, l'ont rassurée davantage. A partir de ce moment-là, nous voyons s'élaborer les premières représentations maternelles du futur enfant. Les mouvements du fœtus, devenus clairement perceptibles au cours du second trimestre, ont également contribué à l'amélioration de son l'état.

Le stress constitue l'un des facteurs susceptibles d'affecter la qualité du lien mère-bébé. Ce stress était assez important chez Mme D. durant les premiers mois de sa grossesse, mais une fois que son intensité a diminué et les émotions négatives ont quasiment disparu, elle devient plus disponible pour s'attacher à son enfant.

Nous devons ajouter à la fin de cette analyse que contrairement à ce qui était attendu, et malgré les circonstances particulières traversées, Mme D. a pu mener sa grossesse à terme sans aucune complication majeure. Par ailleurs, elle a fait preuve d'une maîtrise surprenante de la situation tant redoutée. Son accouchement était naturel (par voie basse), son bébé se portait bien à sa naissance et les premiers échanges entre les deux partenaires étaient relativement satisfaisants. Néanmoins, l'impact du vécu de cette jeune mère en prénatal sur la qualité du lien qui s'établira avec son bébé en postnatal ainsi que sur le développement ultérieur de celui-ci, à

moyen et à long terme, restent à évaluer.

## 2) Concernant les résultats du Rorschach

L'analyse dynamique des données de ce protocole nous a permis de dégager certains éléments spécifiques au fonctionnement psychique de Mme D. :

-L'expression pulsionnelle et émotionnelle est réduite dans les réponses apportées. Au niveau pulsionnel, c'est uniquement le mouvement agressif qui est exprimé (pl. II, III), celui-ci est tantôt subi, tantôt agi, reconnu, mais demeure difficilement gérable. L'évitement de la mise en relation, très patent dans ce protocole, illustre selon certains cliniciens (Bellion, 2001 ; Belot, 2014) le repli narcissique spécifique à la période de la grossesse (notamment lors des premiers mois), mais peut s'entendre aussi du point de vue de l'agressivité envers le fœtus.

Au niveau émotionnel, l'expression des affects est réprimée. Les manifestations d'angoisse, si on se renvoie uniquement aux contenus évoqués (I.A = 00%), sont nulles, alors que d'autres signes montrent tout à fait l'inverse (le souci de maîtrise par recours aux G, la dominance des déterminants formels, l'épreuve de choix...).

La représentation du corps comme attaqué (pl. II) pourrait être également porteuse d'une attaque symbolique contre le fœtus. Certains signes inconstants du début de la grossesse (préoccupations anxieuses, pensées négatives, les cauchemars,...) comme ceux constatés chez Mme D, sont considérés (Sirol, 1999, 2003) comme des effets d'une haine pour le bébé que la femme tente de refouler et d'aménager, tout en précisant que cette haine participe au processus de préoccupation maternelle primaire (Winnicott, 1956/1969) que nous avons bien observée chez cette jeune femme après son accouchement. En

revanche, la représentation d'un corps atteint dans le cadre d'une relation conflictuelle entre deux personnages (pl. III), peut renvoyer à un registre plus évolué, c'est-à-dire œdipien. Elle peut évoquer la présence d'une angoisse de castration liée à l'agressivité.

-Certains résultats vont dans le sens d'une forte inhibition chez le sujet (production restreinte, manifestations de malaise, imprécision, mise à distance et évitement, contenus dysphoriques,...) et d'une certaine rigidité de la pensée qui révèlent la lutte du sujet contre l'émergence émotionnelle, mais aussi pulsionnelle difficile à assumer ou à gérer dans un contexte œdipien. Ce qui a engendré bien évidemment une baisse importante de la créativité. Nous ne retrouvons pas d'ailleurs de différences significatives sur ce plan entre les entretiens et l'épreuve projective.

-Les assises narcissiques du sujet, telles qu'elles transparaissent à l'épreuve du Rorschach, sont fragiles (focalisation sur les liens à certaines planches). Cependant, ce fait doit être resitué dans le contexte de l'expérience actuelle vécue, rappelons que certains cliniciens (Parquet et Delcambre, 1980 ; Soulé, 1983...) parlent d'un mode relationnel de type narcissique entre la mère et son enfant au cours des premiers temps de la grossesse.

-Nous constatons par ailleurs des difficultés à assumer l'identité sexuée qui se sont surtout révélées à travers certains indices : anonymat des personnages humains, un manque de sensibilité aux caractéristiques féminines ou phalliques du contenu manifeste de certaines planches (les pl. II, VII / pl.VI).

## 6. Conclusion

La période de la grossesse n'est pas un long fleuve tranquille, des manifestations émotionnelles et des symptômes corporels peuvent jaloner les neuf mois. En effet, cet acte de création, comme nous le décrit Revault d'Allonnes, « touche et fait bouger, corps, cœurs, rôles, places... » (1991, p.13). Ce changement de génération et de statut qu'il entraîne chez le futur parent, est riche en remaniements psychologiques, conscients et inconscients, notamment identitaires repérés par de nombreux auteurs incluant Winnicott, 1956; Racamier, 1961, etc. Il s'agit d'une élaboration psychologique de la maternité qui accompagne la grossesse physiologique, voire la sous-tend. La perméabilité de ces mouvements psychiques est rendue possible du fait de la baisse des résistances habituelles, permettant ainsi l'accès aux éléments refoulés. Le désir d'enfant et le déroulement de la grossesse sont donc influencés par la résurgence des conflits psychiques infantiles, notamment ceux vécus dans le cadre des relations parentales. Ces éléments anciens que réactive l'accès à la parentalité, entraînent une fragilité chez la femme qui y est soumise. Le normal lors de cette période s'approche fortement, mais réversiblement du pathologique, c'est pourquoi il faudrait éviter des diagnostics péremptoires.

Cependant, quel que soit la nature des troubles manifestés et leur caractère bénin ou pathologique, il est nécessaire qu'ils soient pris en compte par le corps soignant lors du suivi prénatal en portant une attention plus particulière aux femmes en situation de vulnérabilité (facteur(s) de fragilité psychologique, facteur(s) de fragilité socio-économique, antécédents obstétricaux pathologiques, antécédents personnels et familiaux,... ). Précisons-là encore que les troubles peuvent s'aggraver durant la période postnatale, notamment en

l'absence de facteurs de modulation susceptibles de moduler leurs effets.

En effet, notre expérience clinique nous permet d'affirmer qu'aujourd'hui la femme enceinte est mieux protégée physiquement eu égard aux progrès faits en matière de surveillance médicale de la grossesse et en médecine fœtale, mais elle est plus exposée psychologiquement. Pourtant de nombreuses études ont démontré les impacts des troubles psychiques sur la grossesse et sur le fœtus. Concernant l'anxiété, certains auteurs parlent de modes de transmission de celle-ci au fœtus dont l'effet sur le développement cérébral inachevé a été souligné. Des répercussions sur la qualité des interactions avec l'enfant et son développement ultérieur ont été également retrouvées dans certaines études, tout en soulignant que cet effet n'a pas la même conséquence. Le type d'anxiété (aigu, chronique), la période de sa survenue, les facteurs génétiques et environnementaux font partie des éléments déterminants.

De ce fait, il serait nécessaire lors des consultations de suivi de la grossesse de prendre le temps d'informer et d'écouter attentivement la femme enceinte, le couple, pour une appréhension globale de leur situation. Il est possible alors de proposer, comme il est d'usage dans certains pays (en France en particulier), une consultation supplémentaire notamment en début de grossesse. L'objectif de cet *entretien prénatal précoce* n'est pas seulement de connaître les besoins et les anticipations des femmes, mais aussi de détecter les situations de vulnérabilité de façon précoce afin d'orienter vers des dispositifs d'accompagnement et d'aide adaptés. Il permet aussi de structurer ce qu'on appelle *la préparation à la naissance et à la parentalité* qui est une forme d'accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation

active dans le projet de naissance. Les séances se font en individuel ou en groupe et viennent compléter le suivi médical de la grossesse, des techniques de travail corporel, éducatives et de nombreuses approches sont proposées au cours de ces séances en fonction des besoins et des aspirations de chaque femme ou couple, en période prénatale et postnatale. La PNP constitue *un outil de prévention primaire* en matière de santé périnatale. Tout ce travail suppose bien évidemment une bonne coordination entre les différents intervenants pour atteindre le but essentiel de ces dispositifs de soins mis en place qui est celui d'améliorer l'état de santé global de la femme enceinte, de l'accouchée et du bébé.

Dans cet article, en nous basant sur un cas clinique, nous avons montré les difficultés que rencontre une jeune femme dans la construction de son identité maternelle qui paraissent en lien avec son histoire si particulière. Ses difficultés se sont manifestées à travers différents symptômes (de type émotionnel et corporel), son discours pauvre marqué par un manque d'intérêt, de plaisir à l'échange et d'attrait vers la proposition de soutien, et aussi via son langage corporel témoignant d'une angoisse intense difficile à verbaliser. Ses déplacements répétés vers les services des urgences, ses hospitalisations pour les mêmes motifs (vomissements, stress, fatigue...) et les traitements administrés ne pouvaient seuls atténuer ses troubles. Nous avons vu que l'écoute attentive et contenante que nous lui avons offerte lors des séances d'accompagnement psychologique lui a permis progressivement de se sentir en sécurité face à l'inconnu pour pouvoir s'adapter vers la fin au processus de la naissance. Sa famille, plus particulièrement sa mère, a pu constituer un bon appui pour elle, et ce en dépit de la situation sociale délicate qu'elle traversait.

Il nous apparaît ainsi essentiel de prendre en considération ce versant psychologique de la maternité, ce qui nous amène à insister davantage sur l'importance d'aménager, en marge de la surveillance médicale de la grossesse, un espace qui offre aux femmes enceintes en difficulté la possibilité d'aborder tranquillement avec un spécialiste du psychisme qualifié leurs préoccupations, d'exprimer leur malaise, voire leur souffrance dans la construction du maternel non seulement en prénatal, mais aussi en postnatal. Mais cela ne suffit pas, car il faudrait encore qu'il y ait une vraie collaboration entre les professionnels du service concerné et une cohérence inter-services. Le soutien des personnes significatives pour la femme (le conjoint, la famille, les amis..) reste toujours une condition nécessaire pour son bien-être et pour la qualité du lien qu'elle développera avec son enfant.

### Liste bibliographique

- Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M. et Tambelli, R. (1999). *Maternité et grossesse. Etude des représentations maternelles*. Paris : P.U.F.
- Aubert-Godard, A. (2006). Clinique de la prime parentalité, Etats et processus. Dans E.Séchaud (Ed.) et al., *Psychologie clinique, Approche psychanalytique* (2<sup>ème</sup> éd.). (pp.121-162). Paris : Dunod.
- Azoulay, C. et Emmanuelli, M. (2016). *Nouveau Manuel de cotation des formes au Rorschach*. Paris : Dunod.
- Bellion, E. (2001). Agressivité et grossesse ; pour un cheminement nécessaire vers la naissance de la relation mère-bébé. *Devenir*, 13(1), 67-83. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-devenir-2001-1-page-67.htm>.
- Belot, R.-A. (2014). Singularité des protocoles Rorschach chez une population en période postnatale. *Devenir*, 26, 165-204. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-devenir-2014-3-page-165.htm>.
- Benkhelifa, M. et Simoussi, A. (2021). *Manuel Algérien de cotation des formes au Rorschach*. Alger : Manchourat- El Hibr.
- Besançon, G. (Ed.). (2005). *Manuel de psychopathologie*. Paris : Dunod.
- Bydlowski, M. (2000). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité* (3<sup>ème</sup> éd.). Paris : P. U. F.
- Bydlowski, M. (2001). Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Devenir*, 13,41-52. Repéré à <https://www.cairn.info/journal-devenir-2001-2-page-41.htm>.
- Bydlowski, M. (2006). La crise parentale de la première naissance. L'apport de la psychopathologie. *Informations sociales*, 132,64-75. Repéré à [https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2006-4-page-64.htm?try\\_download=1](https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2006-4-page-64.htm?try_download=1).
- Capponi, I. et Horbacz, C. (2005). Evolution et déterminants éventuels de l'anxiété périnatale de primipares : Du huitième mois de grossesse au troisième mois post-partum. *Devenir*, 17, 211-231. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-devenir-2005-3-page-211.htm>.
- Chabert, C. (1987). *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*. Paris : Dunod.
- Chassot, R., Krymko-Bleton, I. et Reeves, N. (2016). Les enjeux psychiques de la maternité : Quand le corps fait symptôme. *Filigrane*, 24 (2), 183-200. Doi : <https://doi.org/10.7202/1036538ar>.
- Danion-Grilliat, A., Sibertin-Blanc, D., Moro, M-R. et Zimmermann, M.-A. *Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum* (Polycopié). Repéré à [https://www.cabinetsandroch.pf/pdf/troubles\\_psychoiques\\_et\\_grossesse.pdf](https://www.cabinetsandroch.pf/pdf/troubles_psychoiques_et_grossesse.pdf).
- Dayan, J., Andro, G. et Dugnat, M. (1999). Conséquences de la grossesse et de la maternité sur des troubles antérieurs (pp.183-345). Dans *Psychopathologie de la périnatalité*. Paris : Masson.
- Debray, R. (1987). *Bébés/Mères en révolte. Traitements psychanalytiques conjoints des déséquilibres psychosomatiques précoces*. Paris : Paidos /Le centurion.
- Déthieux, J.-B., Abadie, J., Grandjean, H. et Raynaud, J.Ph. (1999). Devenir du narcissisme au temps de la maternité. *Devenir*, 11(1), 43-74.
- Deutsch, H. (1949/1987). *La psychologie des femmes* : T.2 (trad. par H.Benoit). Paris : P. U. F.
- Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., Conde, A. et Teixeira, C. (2007). Anxiété, dépression et investissement émotionnel de l'enfant pendant la grossesse. *Devenir*, 19, 243-260. Doi : 10.3917/dev.073.0243.
- Haute Autorité de Santé (2007). *Affections psychiatriques de longue durée. Troubles anxieux graves*. Repéré à [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide\\_mecan\\_troubles\\_anxieux.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_mecan_troubles_anxieux.pdf).
- Minjollet, P. et Valente, M. (2015). Période périnatale et épreuves projectives : une revue de la littérature. *Psychologie clinique et projective*, 21, 137-170. Repéré à <http://www.cairn.info/revuepsychologie-clinique-et-projective-2015-1-page-137.htm>.
- Missonnier, S., Golse, B. et Soulé, M. (2004). *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*. Paris : P.U.F.
- Molénat, E. (2001). *Naissances : pour une éthique de la prévention*. Toulouse : Eres.

- Parquet, Ph. -J. et Delcambre, G. (1980). Dessins de corps d'enfants imaginés pendant la grossesse. *Cahiers du nouveau-né n°4 « Corps de mère- Corps d'enfant »* (pp.201-218). Paris : Stock.
- Pascal, C., Spiess, M. et Thévenot, A. (2011).Expérience de passivité et affects d'angoisse dans le temps de la grossesse. *Dialogue*, 192, 137-148. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-dialogue-2011-2-page-137.htm>.
- Racamier, P. -C., Sens, C. et Carretier, L. (1961). La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. *L'Evolution psychiatrique*, 26, 525-570.
- Reeves, N. (2017).*L'anxiété spécifique à la grossesse : une entité clinique distincte ?* (thèse de doctorat de psychologie, Université Paris Descartes, France). Repéré à <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02277580/document>.
- Revault d'Allonnes, C. (1991). *Être, Faire, Avoir un enfant*. Paris : Plon.
- Robert, E., David, H., Reeves, N., Goron, S. et Delfosse S. (2008).Adaptation à la maternité : évolution discontinue de l'anxiété en pré- et en post-partum et valeur prédictive des différents types d'anxiété. *Devenir*, 20,151-171 .Doi: 10.3917 / dev.082.0151.
- Schaeffer, J. (2005).Antagonisme et réconciliation entre féminin et maternel. *Dialogue*, 169, 5-18. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-dialogue-2005-3-page-5.htm>.
- Sirol, F. (2003)...et la haine alors? *Spirale*, 28, 155-164. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-spirale-2003-4-page-155.htm>
- Soulé, M., et Noël, J. (1985). La prévention médico-sociale. Dans S. Lebovici, R.Diatkine et M. Soulé, *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (pp.475-505). Paris : P.U.F.
- Spiess, M. (2002). Le vacillement des femmes en début de grossesse. *Dialogue*, 157, 42-50. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-dialogue-2002-3-page-42.htm>.
- Winnicott, D. W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse* (trad. par J. Kalmanovitch). Paris : P.U.F.