



HAL
open science

**Devenir mère et défaut d'étayage familial dans le
post-partum immédiat : une étude clinique,
longitudinale et comparative à domicile des 2 semaines
aux 18 mois du bébé**

Delphine Vennat

► **To cite this version:**

Delphine Vennat. Devenir mère et défaut d'étayage familial dans le post-partum immédiat : une étude clinique, longitudinale et comparative à domicile des 2 semaines aux 18 mois du bébé. Psychologie. Université Bourgogne Franche-Comté, 2018. Français. NNT : 2018UBFCC016 . tel-02082196v2

HAL Id: tel-02082196

<https://theses.hal.science/tel-02082196v2>

Submitted on 29 Mar 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**THÈSE DE DOCTORAT DE L'ÉTABLISSEMENT UNIVERSITÉ BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ
PRÉPARÉE À L'UNIVERSITÉ DE BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ**

Ecole doctorale n°594

SOCIÉTÉS, ESPACES, PRATIQUES, TEMPS

Doctorat de Psychologie

Par

Delphine VENNAT

Devenir mère et défaut d'étaiyage familial dans le post-partum immédiat.

Une étude clinique, longitudinale et comparative à domicile des 2 semaines aux 18 mois du bébé

Vol.1

Thèse présentée et soutenue à « Besançon », le « 13 Septembre 2018 »

Composition du Jury :

Madame Nezelof Sylvie, Professeure, université de Bourgogne Franche-Comté

Monsieur Lacharité Carl, Professeur, université du Québec à Trois-Rivières

Monsieur Missonnier Sylvain, Professeur, université de Paris Descartes

Monsieur Rosenblum Ouriel, Professeur, université de Paris Diderot

Madame Wendland Jaqueline, Professeure, université Paris Descartes

Monsieur Mellier Denis, Professeur, université de Bourgogne Franche-Comté

Madame Belot Rose-Angélique, Maître de Conférences, université de Bourgogne Franche-Comté Co-directrice de thèse

Présidente

Rapporteur

Rapporteur

Examineur

Examinatrice

Directeur de thèse

**Titre : Devenir mère et défaut d'étayage familial dans le post-partum immédiat.
Étude clinique, longitudinale et comparative à domicile des 2 semaines aux 18 mois du bébé.**

Mots clés : maternalité ; immédiat post-partum ; étayage ; soutien social ; famille ; détresse maternelle

RÉSUMÉ

La dimension intersubjective familiale **du devenir mère** lors de la période sensible du post-partum est peu abordée dans la littérature, que cela soit en psychanalyse ou dans les autres courants en psychologie.

Hypothèses : le défaut d'étayage de la famille dans l'immédiat post-partum impacte les *processus de la maternalité* chez la mère : son état psychique (dépression et anxiété), sa préoccupation primaire et sa rêverie, ainsi que le destin de ses motions hostiles dans ses relations.

Approches épistémologiques : la psychologie clinique et la psychopathologie avec d'autres apports.

Méthode mixte (clinique et quantitative) longitudinale et comparative sur une population de 35 familles.

Outils : entretiens, observations et auto-questionnaires évaluant l'état psychique de la mère (EPDS et STAI), ses relations conjugales (EAD), parentales (IAP) et ses ressources internes (RSQ et PBI).

Résultats : les mères qui ont peu bénéficié de soutien familial sont plus nombreuses à présenter des signes de détresse psychique et ces signes perdurent dans le temps, 6 mois après la naissance de leur enfant. L'analyse de **trois cas cliniques** permet de suivre dans le temps la complexité des processus de la maternalité, leurs liens avec l'étayage familial et les facteurs intra-psychiques, intersubjectifs et sociétaux qui les soutiennent ou au contraire les fragilisent. Les motions hostiles de la mère, non contenues par la famille élargie, alimentent sa détresse et l'ensemble de ses relations, avec le conjoint, le père et/ou l'enfant.

Conclusion : le travail psychique nécessaire dans le post-partum immédiat pour devenir mère ne peut être envisagé sans son réseau d'étayage familial. Celui-ci est en interaction avec ses appuis internes et dépend des relations avec le père. Le contexte social l'influence.

Conséquences : importance de prendre en compte, chez la mère, le besoin dans la réalité de l'étayage de sa famille juste après la naissance et la mise en place d'étayage professionnel adapté.

**Title : Becoming a mother and lack of family support in the immediate postpartum.
Clinical, longitudinal and comparative study at home from 2 weeks to 18 months of the baby.**

Keywords : motherhood ; immediat post-partum ; shoring ; social support; family; maternal distress

ABSTRACT

The intersubjective family dimension of becoming a mother during the sensitive postpartum period has been little discussed in psychoanalysis or in other currents in psychology.

Hypotheses : the lack of family's shoring in the immediate post-partum impact the motherhood processes : her psychic state (depression and anxiety), the establishment of maternal processes (primary maternal concern and maternal reverie), as well as the fate of her hostile motions in her relations.

Epistemological approaches: clinical psychology and psychopathology with other contributions.

Method : Longitudinal and comparative mixed (clinical and quantitative) method in a sample of 35 families.

Tools : interviews, observations and self-questionnaires assessing the psychic state of the mother (EPDS and STAI), her conjugal relationship (DAS), the parental relationship (PAI) and her internal resources (RSQ and PBI).

Results : Mothers with little family support are more likely to show signs of psychic distress and these signs persist over time, 6 months after the child birth. The analysis of three clinical cases makes it possible to follow over time the complexity of maternal processes, their links with family's shoring and the intra-psychic, intersubjective and societal factors that support or weaken them. The mother's hostile motions, not contained in the extended family, fuel her distress and her whole relationship with the spouse, father, and / or child.

Conclusion : the necessary psychic work of becoming a mother in the immediate postpartum can not be considered without her family support network. This one is in interaction with her internal supports and depends on the relations with the father. The social context influences it.

Consequences : this research shows the importance of taking into account, for the mother, the need in reality of the family support just after the birth and the setting up of adapted professional support.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	18
PREMIÈRE PARTIE : REVUE DE LA LITTÉRATURE	24
PREMIER CHAPITRE : DEVENIR MÈRE	24
I] Maternité, Maternalité et Parentalité	24
II] Devenir femme	26
A) Devenir femme et le développement psycho-sexuel de la femme selon Freud	26
A-1- Le changement de zone érogène et le changement d'objet.....	27
A-1-1- Changement de zone érogène	28
A-1-2- Le changement d'objet	28
A-2- Voie de réparation : le désir œdipien d'avoir un enfant.....	28
A-3- Identifications à la mère dans le développement psychosexuel de la femme	29
A-3-1- L'accès à la féminité : itinéraire de déceptions ?.....	30
A-4- Les relations pré-œdipiennes mère-fille	30
A-5- Et la femme adulte ?	32
A-6- Synthèse : le devenir femme dans la théorie freudienne.....	34
III] Devenir mère : désirs d'enfant, grossesse, accouchement et post-partum.....	35
A) Désirs d'enfant.....	35
A-1- Le désir d'enfant, le désir d'être enceinte, le désir de devenir mère.....	35
A-2- Les désirs d'enfant au cours du développement	36
A-2-1-Dimension narcissique du désir d'enfant.....	36
A-2-2- Le désir d'enfant dans la partition œdipienne et préœdipienne	36
B) La grossesse	38
B-1- Une crise psychique maturative	38
B-2- Préoccupation maternelle primaire, folie maternelle, transparence psychique	39

B-3- La grossesse, la femme enceinte, sa mère et son bébé.....	40
B-3-1- La femme enceinte et le bébé qu'elle a été	40
B-3-2- La femme enceinte et le bébé qu'elle porte	41
B-3-2-1-Inquiétante étrangeté, haine et ambivalence du fœtus	45
B-3-2-1-1- Umheimlich, Inquiétante étrangeté et la grossesse	45
B-3-2-1-2- Haine et ambivalence à l'égard du fœtus.....	46
B-3-3- La femme enceinte, le bébé qu'elle a été et sa mère	48
B-3-3-1- Réactivation des identifications à la mère pré-œdipienne.....	48
B-3-3-2- Réactivation des identifications à la mère œdipienne	49
B-4- La fin de la grossesse : derniers remaniements psychiques avant la naissance.....	51
B-5- Synthèse.....	52
C) L'accouchement.....	53
D) Le post-partum.....	54
D-1- Le postpartum immédiat, chaos et no man's land.....	54
D-1-1- Le courant maternel et censure de l'amante	55
D-1-2- Atteintes narcissiques	56
D-1-3- La rencontre avec le nouveau-né.....	56
D-1-3-1- L'inquiétante étrangeté.....	57
D-1-3-2- De l'enfant imaginaire à l'enfant réel.....	57
C-4-1-3-3- La dynamique projective au service de l'émergence du lien	58
D-1-3-3- Le bébé immature et sa mère.....	59
D-1-3-3-1- La préoccupation maternelle primaire	60
D-1-3-3-2- La rêverie maternelle.....	61
D-1-3-3-3- la fonction réflexive.....	62
D-1-3-3-4- L'expérience de la peau.....	63
D-1-3-3-5- Moi-peau et enveloppes psychiques	64
D-1-3-3-6- Le pare-excitation maternel.....	68

D-1-3-4- Violence et agressivité dans la relation mère-bébé.....	69
D-1-4- Dynamique conjugale et familiale à l'arrivée d'un bébé	74
D-1-4-1- Le couple, de la conjugalité à la parentalité	74
D-1-4-2- La famille élargie.....	77
D-1-5- Crise périnatale, intrapsychique, individuelle et groupale, intersubjective	79
E) Vulnérabilité intrinsèque de la maternité et psychopathologie du péripartum	79
E-1- Les troubles prénataux	81
E-1-1- La dépression prénatale.....	81
E-1-2- L'anxiété prénatale.....	82
E-1-3- Co-occurrence de la dépression et de l'anxiété prénatales	82
E-2- Les troubles postnataux.....	82
E-2-1- Dépression post-natale	83
La dépression avec des caractéristiques psychotiques :.....	83
E-2-3- Anxiété post-natale	84
E-3- Étiopathogénie et facteurs de risque	85
E-3-1- Facteurs liés à une vulnérabilité psychique.....	85
E-3-2- Facteurs biologiques	85
E-3-3- Facteurs gynécologiques et obstétricaux.....	85
E-3-4- Facteurs psychosociaux et histoire personnelle	86
E-3-5- Facteurs culturels	86
E-3-6- Facteurs liés au bébé	86
E-3-7- les facteurs prédictifs	87
E-4- Psychopathologies du post-partum et répercussions	88
E-4-1-Conséquences sur la femme devenue mère.....	88
E-4-2- Conséquences sur les interactions et sur le développement de l'enfant	89
IV] Synthèse du premier chapitre	91
DEUXIÈME CHAPITRE : ÉTAYAGE-SOUTIEN.....	93

I] En psychanalyse	93
A) Étayage	93
A-1 Définition.....	93
B) Théorie des pulsions aux théories des relations d'objet.....	94
B-1- Théorie des pulsions : étayage des pulsions sexuelles sur les pulsions d'autoconservation	94
B-2- L'esquisse : étayage sur l'objet.....	95
C) Klein, les objets internes et relations objectales.....	97
D) Les théories des relations d'objet.....	98
D-1- Spitz, dépression anaclitique et hospitalisme	98
D-2- Bowlby et la théorie de l'attachement	99
D-2-1- Fondements de la théorie de l'attachement	99
D-2-2- Les modèles internes opérants	101
D-2-3- L'attachement chez l'adulte.....	102
D-2-4- Les prolongements de la théorie de l'attachement.....	102
D-2-4-1- Les travaux d'Ainsworth et de Main	102
D-2-4-2- L'approche développementale.....	103
D-2-4-3- Les travaux de Bartholomew et Horowitz	104
D-2-4-3-1- Le modèle de Bartholomew et d'Horowitz	105
D-3- Winnicott et l'environnement maternel	106
D-3-1- Holding : maintien et soutien.....	106
F) Étayage et soutien dans le devenir mère.....	108
F-1- Winnicott, l'entourage conjugal, familial, social	108
F-2- Racamier, l'entourage conjugal, grand-maternel, médical et social.....	109
F-3- Kaës, le groupe	112
F-4- Stern, le groupe féminin : la constellation maternelle et la matrice de soutien	113
F-5- Le groupe familial dans les devenirs mère, père et bébé	116
F-6- Rituels et coutumes dans le post-partum immédiat	119

II] Psychologie clinique de la santé, le soutien social.....	122
A) Historique et définition du concept.....	122
A-1- Trois dimensions du soutien social.....	123
A-1-1- Le réseau social ou intégration sociale	123
A-1-2- Le soutien social reçu et ses quatre fonctions principales	123
A-1-3- Le soutien social perçu	123
A-1-3-1- Les composantes du soutien social, disponibilité et satisfaction	124
A-1-3-1-1- La disponibilité.....	124
A-1-3-1-2- La satisfaction	124
A-1-3-2- Les sources de soutien.....	125
A-1-3-3-Efficacité du soutien.....	125
B) Soutien social et santé mentale	126
B-1- Effets directs et effets indirects.....	127
C) Le soutien social en périnatalité.....	129
C-1- Soutien social et détresse maternelle	130
C-1-1- Disponibilité – Satisfaction et détresse maternelle	131
C-2- Efficacité des soutiens en périnatalité.....	131
C-3- Les types de soutien en périnatalité	132
C-4- Les acteurs du soutien social en périnatalité.....	133
C-4-1- Réseau de proximité et sphère privée	133
C-4-1-1- La sphère privée, le conjoint et la famille.....	133
C-5- Soutien social de la sphère privée et détresse maternelle	134
III] L’approche écosystémique	136
A- Le modèle écosystémique et la parentalité	138
A-1 Les caractéristiques de l’enfant.....	138
A-2 Les caractéristiques des parents	139
A-3 Les caractéristiques sociales et contextuelles	139

A-3-1- La relation avec l'autre parent.....	139
A-3-1-1- La relation conjugale.....	140
A-3-1-1- L'alliance conjugale.....	140
A-3-2- Le soutien social.....	140
A-3-3- Information sur le développement de l'enfant et la conduite parentale.....	141
A-3-3-1- Professionnel.....	141
A-3-3-2- Les médias et les réseaux sociaux.....	141
A-3-4- L'expérience vécue dans le milieu du travail.....	142
A-3-5- Le contexte de vie des parents.....	143
IV] Synthèse du deuxième chapitre.....	145
DEUXIÈME PARTIE : PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES.....	149
I] Synthèse de la revue de la littérature et problématique.....	149
II] Hypothèses.....	153
A) Hypothèse principale.....	153
B) Hypothèses secondaires.....	153
TROISIÈME PARTIE : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	154
I] Cadre de la recherche.....	154
II] Population.....	155
A) Critères d'inclusion.....	155
A-1- L'HAD Maternité.....	155
B) Critères de non-inclusion.....	156
III] Procédure.....	156
A) Recrutement.....	156
B) Déroulement.....	157
C) Considérations éthiques.....	160
C1) Encadrement des psychologues chercheurs.....	160

IV] Outils	161
A) Outils qualitatifs	161
A-1- Psychanalyse et méthode d'observation d'Esther Bick	161
A-2- Observation et entretien clinique au service de la rencontre intersubjective	162
A-2-1- Observation clinique	162
A-2-2- Entretien clinique de recherche semi-directif	163
A-3- Méthode d'analyse des données cliniques des observations et des entretiens :	165
B) Les outils quantitatifs	165
B-1- Les objectifs	165
B-1-1- Questionnaire Socio-Démographique	166
B-1-2- Edinburgh Postnatal Depression Scale	166
B-1-3- State Trait Anxiety Inventory	167
B-1-4- Social Support Questionnaire 6 items	168
B-1-5- Échelle d'Ajustement Dyadique – 16 items	169
B-1-6- Inventaire de l'Alliance Parentale	169
B-1-7- Parental Bonding Instrument	170
B-1-8- Relationship Scale Questionnaire	172
B-2- Méthode d'analyse des données des outils quantitatifs. Analyses statistiques	175
B-2-1- Logiciel	175
B-2-2- les variables sociodémographiques	175
B-2-3- Les auto-questionnaires	175
B-2-3-1 Prévalence	175
B-2-3-2 Analyses longitudinales	175
V] Opérationnalisation des hypothèses	176
QUATRIÈME PARTIE : RÉSULTATS	180
RÉSULTATS QUANTITATIFS	181

I] Description de la population	181
A) Les participantes	182
B) Les conjoints des participantes	183
C) Le couple	186
D) Configurations familiales des participantes	187
D-1- Les grands parents	187
D-1-1- Maternels	187
D-1-2- Paternels	188
D-2- Les fratries	190
D-2-1- Maternelle.....	190
D-2-2- Paternelle	190
E) La grossesse et accouchement.....	192
F) L'après naissance	193
G) L'Hospitalisation à domicile Maternité (HAD)	194
H) Synthèse.....	196
II] Participation	197
III] Analyses statistiques des auto-questionnaires et échelles	198
A) Dépression du post-partum, l'EPDS	199
A-1- Taux de prévalence de la dépression post-natale :	199
A-2- Proportion de scores de dépression \geq à 12 en fonction du groupe et du temps	199
A-3- Comparaisons des scores moyens de dépression (EPDS) :	200
B) Anxiété état et anxiété trait, STAI-YA et YB	204
B-1- Prévalence de l'anxiété état et trait	204
B-1-1- Prévalence de l'anxiété état	204
B-1-2- Prévalence de l'anxiété trait.....	204
B-2- Proportions en fonction du niveau d'anxiété (faible-moyen vs élevé) et du groupe à chaque temps de mesure.....	205

B-3- Comparaisons de moyennes :	207
- STAI-YA	207
- STAI-YB.....	208
- STAI-YA	212
- STAI-YB.....	212
C) Échelle d'Ajustement dyadique, EAD	213
D) Inventaire d'alliance parentale, IAP	215
E) Parental Bonding Instrument, le PBI.....	216
F) Le type d'attachement, le RSQ.....	217
Des résultats quantitatifs aux résultats qualitatifs, du général au singulier	219
RÉSULTATS QUALITATIFS	220
I] FAMILLE CLAUDEL	223
Description des résultats aux auto-questionnaires et échelles :	225
Présentation.....	226
Éléments d'analyse	226
Deuxième visite, Pauline a 4 mois : conflits de couple, épuisement maternel, reprise du travail, désillusion, blessure et déchirure.	228
Contre-attitude et analyse des éprouvés	228
Troisième visite, Pauline a 6 mois : K.O, prise de conscience, traitement médicamenteux, démarche thérapeutique, position dépressive de la mère et retrait de Pauline.....	231
Contre-attitude et analyse des éprouvés	231
Quatrième visite, Pauline a 9 mois : effondrement maternel, solitude, lieu d'accueil parents-enfant ..	234
Contre-attitude et analyse des éprouvés	234
Cinquième visite, Pauline a 12 mois : rencontres mère-filles, bénéfiques et pertes de la maternité, défenses contre la dépression.....	236
Sixième et Septième visites : Pauline a 18 mois : Conflits de couple et séparation, solitude et retrouvailles familiales.....	236
SYNTHÈSE.....	237
Devenir mère et état psychique maternel	237

État psychique maternel	238
Étayage familial	239
Conjugalité et Parentalité.....	239
Conjugalité.....	239
Parentalité	240
Développement du bébé.....	241
Fonctions des chercheurs	242
II] FAMILLE SATIE	245
Description des résultats aux auto-questionnaires et échelles :.....	247
Présentation:.....	247
SYNTHÈSE	248
III] FAMILLE MONET	252
Résultats aux auto-questionnaires.....	252
Description des résultats aux auto-questionnaires et échelles	254
Présentation.....	255
SYNTHÈSE.....	255
CINQUIÈME PARTIE : DISCUSSION.....	258
H1 - Hypothèse secondaire 1	258
H1A - Le défaut d'étayage familial majore le risque de dépression postnatale.	258
Hypothèses opérationnelles	258
1- Prévalence de la dépression (EPDS).....	258
2- Niveau de dépression (EPDS).....	259
H1B - Le défaut d'étayage familial majore le risque d'anxiété postnatale.	260
Hypothèses opérationnelles	260
1- Prévalence anxiété-état	260
2- Niveau d'anxiété-état.....	261

3- Niveau d'anxiété-trait	262
Discussion clinique de l'hypothèse secondaire - 1	264
Absence de différence significative, taille de l'échantillon et variabilité inter et intra-groupe :	264
Implication dynamique des facteurs fragilisants ou protecteurs	265
Mme Claudel.....	265
Vulnérabilité en amont de la maternité	266
Type d'attachement insécure craintif	267
Absence de bon objet interne, imago maternelle infaillible et persécutrice	267
Éloignement géographique, un frein à l'étayage	268
Relations conjugales et alliance parentale	269
Reprise du travail après le congé maternité.....	270
Capacité de solliciter et d'accepter l'aide des professionnels.....	270
Mme Satie	271
Contexte de la grossesse et de la naissance	271
Absence d'étayage familial dans l'immédiat post-partum	272
L'influence de son histoire infantile.....	273
Ressources internes	274
Raphaël, tempérament et interactions.....	274
Les relations conjugales et l'alliance parentale	274
Reprise du travail après le congé maternité.....	275
Mme Monet.....	275
Vulnérabilité en amont de la maternité	275
D'un étayage familial défaillant à un étayage familial opérant, l'influence de la proximité géographique :	276
Isolement social et relations conjugales insatisfaisantes :	276
Étayage professionnel source de déception :	277
H2 - Hypothèse secondaire 2	278

Hypothèse clinique :	278
Mme Claudel	279
Mme Satie	282
Mme Monet	287
H3 - Hypothèse secondaire 3	289
H3A - Le défaut d'étayage familial externe dans l'immédiat post-partum a un effet négatif sur les relations conjugales	289
H3B - Le défaut d'étayage familial externe dans l'immédiat post-partum a un effet négatif sur l'alliance parentale	289
Discussion clinique de l'hypothèse secondaire - 3	290
Mr et Mme Claudel	290
Mr et Mme Satie	292
Mr et Mme Monet	294
SYNTHÈSE GÉNÉRALE	295
Impact du défaut d'étayage sur l'état psychique maternel et sur les processus maternels	295
Préoccupation familiale du devenir mère	296
Espace de récit intergénérationnel, le bébé, la mère et les membres de la famille.....	298
Espace de récit dyadique	298
Espace de récit et d'observation familial dédié aux éléments historiques.....	299
Un espace de récit et d'observation familial dédié aux éléments actuels	301
Un soutien pratique et logistique.....	305
Impact du défaut d'étayage familial sur la conjugalité et la parentalité	306
Fonction de l'étayage familial dans le devenir mère	307
SIXIÈME PARTIE : LIMITES ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE	309
CONCLUSION ET PERSPECTIVES THÉRAPEUTIQUES	311
Participation des mères, contre-transfert et perspectives thérapeutiques	316
Quelques pistes de réflexion pour le soin	317

INDEX DES TABLEAUX

<i>Tableau 1 : Le modèle de l'attachement interpersonnel de Bartholomew et d'Horowitz (1991) inspiré des MIO de Bowlby (1984) ; (Perdereau et Atger, 2002)</i>	105
<i>Tableau 2 : Description de la population : les participantes</i>	182
<i>Tableau 3 : Description de la population : les conjoints des participantes</i>	185
<i>Tableau 4 : Description de la population : le couple</i>	186
<i>Tableau 5 : Description de la population : les grands-parents maternels</i>	187
<i>Tableau 6 : Description de la population : les grands-parents paternels</i>	189
<i>Tableau 7 : Description de la population : la fratrie maternelle</i>	190
<i>Tableau 8 : Description de la population : la fratrie paternelle</i>	191
<i>Tableau 9 : Description de la population : grossesse et accouchement</i>	192
<i>Tableau 10 : Description de la population : l'après naissance</i>	194
<i>Tableau 11 : Description de la population : l'hospitalisation à domicile (HAD)</i>	195
<i>Tableau 12 : Proportions de scores de dépression (\leq ou \geq à 12) en fonction du groupe et du temps [Dépression du post-partum : EPDS (Edinburg Postnatal Depression Scale)]</i>	200
<i>Tableau 13 : Comparaison de moyennes : [Dépression du post-partum : EPDS (Edinburg Postnatal Depression Scale)]</i>	202
<i>Tableau 14 : Prévalences et comparaison des proportions de scores du trait anxieux : niveaux Faible-Moyen (\leq 45-55) vs Élevé (\geq 56) en fonction du groupe et du temps. Anxiété État : STAI-YA [State Trait Anxiety Inventory].</i>	206

<i>Tableau 15 : Prévalences et comparaison des proportions de scores du trait anxieux : niveaux Faible-Moyen ($\leq 45-55$) vs Élevé (≥ 56) en fonction du groupe et du temps. Anxiété Trait : STAI-YB [State Trait Anxiety Inventory]</i>	207
<i>Tableau 16 : Comparaison de moyennes entre les groupes à chaque temps : Anxiété État : STAY-A (State Trait Anxiety Inventory)</i>	209
<i>Tableau 17 : Comparaison de moyennes entre les groupes à chaque temps : Anxiété Trait : STAI-YB (State Trait Anxiety Inventory)</i>	210
<i>Tableau 18 : Comparaison de moyennes entre les groupes à chaque temps. Qualité des relations dyadiques : EAD (Échelle d'Adjustment Dyadique)</i>	213
<i>Tableau 19 : Comparaison de moyennes entre les groupes à chaque temps. Alliance Parentale : IAP (Inventaire d'Alliance Parentale)</i>	215
<i>Tableau 20 : La qualité des relations passées enfant-parents de la participante ; PBI (Parental Bonding Instrument)</i>	217
<i>Tableau 21 : le type d'attachement : RSQ (Relationship Questionnaire) :</i>	218
<i>Tableau 22 : Tableau récapitulatif des scores de Mme Claudel aux auto-questionnaires</i>	223
<i>Tableau 23 : Tableau récapitulatif des scores de Mme Satie aux auto-questionnaires</i>	245
<i>Tableau 24 : Tableau récapitulatif des scores de Mme Monet aux auto-questionnaires</i>	252

INDEX DES FIGURES

<i>Figure 1 : Les aspects structuraux du modèle écologique</i>	137
<i>Figure 2 : les influences indirectes regroupées en trois catégories</i>	143
<i>Figure 3 : Théorie et cadre conceptuel écosystémiques de la parentalité</i>	144
<i>Figure 4 : Déroulement de la recherche</i>	159
<i>Figure 5 : Cadran déterminant le type d'attachement</i>	173
<i>Figure 6 : Moyenne et écart type des scores EPDS (Edinburg Postnatal Depression Scale) en fonction du groupe et du temps :</i>	203
<i>Figure 7 : Moyenne et écart type des scores STAI-YA (State Trait Anxiety Inventory) en fonction du groupe et du temps :</i>	211
<i>Figure 8 : Moyenne et écart type des scores STAI-YB (State Trait Anxiety Inventory) en fonction groupe et du temps :</i>	211
<i>Figure 9 : Moyenne et écart type des scores EAD (Échelle d'Ajustement Dyadique) en fonction du groupe et du temps :</i>	214
<i>Figure 10 : Moyenne et écart type des scores IAP (Inventaire d'Alliance Parentale) en fonction du groupe et du temps :</i>	216

« Toute ascension vers un endroit merveilleux se fait par un escalier en spirale »

Francis Bacon

INTRODUCTION

Même si la plupart du temps, devenir mère et accueillir un bébé est un moment heureux, les auteurs, quel que soit leur référentiel théorique, s'accordent sur le fait que l'accès à la maternité et la période périnatale dans son ensemble (la grossesse, l'accouchement, la naissance et les quelques mois postnataux), de manière intrinsèque, est un facteur de vulnérabilité (Bibring, 1959 ; Racamier, 1978 ; Dugnat, 2002) et à fort potentiel traumatique (Carel, 1989, 2007 ; Couchard, 1991 ; Missonnier, 1997).

Et pour cause, les enjeux du devenir mère sont multiples et intriqués.

Devenir mère conduit la femme à revivre les conflits infantiles des phases précédentes de son développement. Les premières relations et identifications avec ses propres parents, via, notamment, les phénomènes de transparence psychique (Bydlowski, 1997), sont particulièrement sollicitées.

Devenir mère induit également un bouleversement de la dynamique relationnelle conjugale dans laquelle vont devoir s'articuler de façon inédite les places de conjoints, d'amants et une nouvelle entité doit émerger : le couple parental. Or cette émergence va mobiliser les dialectiques féminin-masculin / maternel-paternel. Comment le couple conjugal va-t-il arriver à négocier cette transformation ? Quel impact aura sur le couple conjugal et érotique la confrontation aux nouvelles identités et fonctions maternelles-paternelles de chacun des parents ? Comme nous le verrons, la naissance d'un enfant va rééditer la situation œdipienne, avec le risque qu'un des parents se sente exclu. Il est fréquent de voir apparaître des phénomènes de rivalité, d'ambivalence, d'agressivité voire de haine à l'encontre du nourrisson et du partenaire (Benhaïm, 2012 ; Bergeret, 2002 ; Ciccone, 2007 ; Cramer et Palacio-Espasa, 1993 ; Le Guen, 1999 ; Winnicott, 1947). Les devenants parents doivent de manière simultanée, sur les plans intrapsychique et intersubjectif, devenir père et mère, se construire en tant que couple parental et rencontrer leur bébé et ce, tout en préservant leur couple conjugal. Ce qui pour certains couples se révèle être une épreuve voire même, être à l'origine d'une séparation. Selon Geberowicz et Barroux (2005), 20 à 25% des couples se séparent quelques mois après la naissance de leur enfant.

Devenir mère c'est aussi rencontrer un autre, son bébé, supporter sa réalité et ses besoins et de se mettre dans une disposition psychique et relationnelle bien spécifique pour assurer sa survie et son développement. L'accès à la maternité expose la femme à la passivité des changements physiques, un corps qui se transforme par la grossesse, l'accouchement et qui doit se mettre au service de la survie du bébé (notamment par l'allaitement). Rencontrer son bébé c'est aussi se rencontrer soi en tant que mère, cela induit des retrouvailles avec sa mère des premiers soins, celle qui a été à l'origine de son sentiment continu d'exister, celle par qui s'est constitué son objet interne, bon ou défaillant. Rencontrer son bébé, c'est aussi retrouver le bébé qu'elle a été ou croit avoir été. Ces retrouvailles ne sont pas sans écueils et peuvent être source d'angoisse, de culpabilité et d'agressivité.

Devenir mère s'accompagne également d'une crise intersubjective au niveau familial. En effet, en devenant mère, la femme fait devenir grands-parents ses propres parents, ses frères et sœurs, des oncles et des tantes et tous les membres de la famille sont ainsi dotés de nouvelles identités et fonctions. Or cette transformation n'est pas toujours désirée, elle peut même être rejetée. Le devenir mère modifie ainsi les places de chacun, oblige les avancées dans l'ordre générationnel et questionne les identités individuelles et groupales familiales (Cramer et Palacio Espasa, 1993). Les enjeux liés à la transmission transgénérationnelle mettent également à l'épreuve les forces psychiques des membres de la famille. Identités, places, fonctions sont remaniées.

Ainsi, la crise périnatale opère à plusieurs niveaux : au niveau individuel, conjugal, triadique et familial. Les différents niveaux de crise fonctionnent les uns par rapport aux autres. Kaës écrit à ce sujet : « *La crise qu'est la mise au monde n'est pas seulement la crise inaugurale pour le nouveau-né, c'est aussi la reprise de cette crise par la mère. Et cette double crise est exemplaire en ceci : des systèmes en crise sont susceptibles de fonctionner l'un par rapport à l'autre comme des systèmes de résolution ; la crise du nouveau-né trouve « dans la mère » les régulations supplétives qui lui sont nécessaires, jusqu'à ce qu'elles viennent à manquer. Mais aussi la mère trouve dans son bébé – et dans son groupe – les objets et les régulations nécessaires : jusqu'à ce qu'ils viennent à manquer.* » (Kaës, 1980, p.256).

La crise de la maternalité est la plupart du temps transitoire et maturative mais peut dans certaines situations évoluer vers des troubles psychiques plus ou moins sévères. En atteste les taux importants de dépression et d'anxiété du post partum, qui en fonction des études oscillent respectivement entre 10% à 20% (O'Hara, 2001) et 18% à 45% (Enatescu, 2014). Ces taux sont

alarmants, notamment parce que la détresse maternelle a été identifiée comme un facteur de risque important pour la mère et pour le développement social, émotionnel et cognitif du bébé (Tissot, 2011).

Si le devenir mère est une crise individuelle et groupale, dans nos sociétés occidentales, elle tend à devenir une « *"entreprise" individuelle, une entreprise dans le sens où l'investissement volontaire des individus déterminerait seul cette aventure, entreprise dans le sens où la réussite doit être au rendez-vous, avec la seule rationalité des individus.* » (Mellier et Rosenblum, 2013, p.3). Les causes sont multiples et intriquées. Nous pouvons souligner l'impact des transformations sociétales de ces cinquante dernières années, telles que les transformations de la famille (famille monoparentale, recomposée...), la mobilité professionnelle qui éloigne les sujets de leur parentèle, la bi-activité des couples, les grands-parents toujours en activité. Ces différents facteurs resserrent le temps familial et réduisent la disponibilité des uns et des autres. Nous pouvons aussi souligner l'influence de l'idéologie hypermoderne de l'individualisme (Vennat, Panagiotou & Mellier, 2018). Celle-ci se résumerait en une façon d'être et de devenir, une injonction à être toujours plus performant et à se réaliser seul, sans rien avoir à devoir à quiconque. Ces valeurs individualistes ne sont plus l'apanage de la vie professionnelle et sont venues s'immiscer dans l'intime jusque dans la vie conjugale et les relations familiales : les parents qui veulent devenir parents seuls, les grands-parents qui sont mis à distance ou qui ne se sentent pas concernés par l'arrivée de leurs petits-enfants. Enfin, nous pouvons également évoquer le développement de la médecine et de la puériculture qui ont largement impacté l'évènement de la naissance : les femmes n'accouchent presque plus à domicile entourées par leurs groupes familiaux ou de proches intergénérationnels mais dans une maternité avec des professionnels experts techniquement et sans lien affectif préexistant. Maternité dans lesquelles les séjours hospitaliers se sont raccourcis à trois jours, le 3^{ème} jour correspondant à la montée de lait et à la chute hormonale. Tout en offrant des soins médicaux de plus en plus à la pointe de la technique et plus de confort, les avancées médicales et la puériculture ont, dans un même temps, affaibli les transmissions de pratiques de maternage au sein même de la famille. Les modèles de la génération précédente sont fréquemment considérés comme désuètes et en contradiction avec les nouvelles pratiques médicales notamment. Or cette incompatibilité met à mal les membres de la famille qui entourent les devenants-parents. Ils peuvent se sentir mis à l'écart ou disqualifiés dans leurs propositions d'aide pratique et informative (Belot et coll., 2013 ; Vennat, 2014).

Pour toutes ces raisons évoquées, que cela soit par choix ou par contrainte, un certain nombre de jeunes parents, accèdent à la parentalité en dehors de leur groupe familial. Et nous pensons, que cette nouvelle configuration peut être un facteur de vulnérabilité qui a des incidences sur le devenir parent et sur le développement du bébé.

En effet, si la crise de la maternité est une crise individuelle et si sa potentielle résolution se situe au sein même des autres systèmes de crise (le bébé, le couple, la famille) qu'advient-il de la crise de la maternité si l'un des niveaux n'assume pas sa fonction de régulation supplétive ? Par exemple, lorsque le groupe familial fait défaut dans ce système de crise ? Comment la femme, l'homme deviennent-ils mère et père, comment arrivent-ils à concilier leurs différentes identités et fonctions ? Et quels impacts peut-il y avoir sur le couple, sur l'émergence de la triade et sur le développement du bébé ?

Ces différentes questions ont été à l'origine d'une recherche initiée par le Professeur Denis Mellier. Dans ce travail de thèse nous nous concentrerons spécifiquement sur les incidences sur le devenir mère.

Notre travail s'articule en six parties.

La première partie sera consacrée à la revue de la littérature en lien avec notre sujet de recherche. Elle est composée de deux chapitres.

Le premier, intitulé : « Le devenir mère » est composé de quatre sous-parties. La première est consacrée aux concepts de maternité, maternalité, et parentalité. La deuxième sous-partie explore l'étape antérieure du devenir mère, le devenir femme. Car comme le souligne Racamier : « [...]la maternité se situe dans le prolongement des phases antérieures, et son destin en dépend d'une façon étroite. » (Racamier, 1979, p.199). Dans cet objectif, nous reviendrons, à partir des travaux freudiens, sur le développement psycho-sexuel chez la femme et son rapport à l'accès à la maternité et notamment son lien à l'émergence du désir d'enfant. Dans la troisième sous-partie nous nous intéresserons aux différentes étapes du devenir mère : le désir d'enfant, la grossesse, l'accouchement et le post-partum et nous nous intéresserons à la vulnérabilité intrinsèque de la maternité et à la psychopathologie du péripartum. Enfin, la quatrième sous partie reprendra de manière synthétique les points importants vus dans ce chapitre.

Le deuxième chapitre intitulé « étayage et soutien » est consacré aux notions d'étayage et de soutien, explorés à travers trois courants épistémologiques différents. Il est composé de quatre sous parties. Ainsi la première sous-partie porte sur la notion d'*étayage* en psychanalyse développée dans les travaux freudiens et post-freudiens et nous nous intéresserons spécifiquement aux travaux portant sur l'étayage des objets externes dans l'accès au devenir mère. Si le référentiel principal de notre revue de la littérature est la psychanalyse, nous sommes intéressée également à d'autres courants épistémologiques dans une perspective de complémentarité différenciée. Ainsi, la deuxième sous-partie reprend le concept de *soutien* développé en psychologie clinique de la santé. Nous reprendrons les bases théoriques du concept en général, puis nous consacrerons une partie aux travaux qui ont mis en évidence le lien entre défaut de soutien et la détresse maternelle. Dans la troisième sous partie, nous aborderons le modèle éco-systémique de la parentalité développé par Lacharité et son équipe, pour qui la pratique parentale (le *parenting*) est influencée par des facteurs liés aux caractéristiques personnelles des parents, aux caractéristiques personnelles de l'enfant et aux caractéristiques sociales et contextuelles. La quatrième sous partie est une synthèse de ce deuxième chapitre.

En nous appuyant sur la revue de la littérature, nous élaborerons notre problématique et formulerons nos hypothèses de recherche dans la deuxième partie de ce travail.

Dans la troisième partie nous présenterons notre méthodologie. Nous aborderons le cadre de la recherche, nous verrons que notre travail de thèse s'inscrit dans une recherche de plus grande envergure. Nous présenterons notre population de recherche, les critères d'inclusion, la procédure concernant le recrutement, le déroulement de la recherche et les considérations éthiques qui l'ont encadrée. Puis nous présenterons les outils qualitatifs que nous avons choisis en accord avec notre référence à la psychanalyse et notamment en nous appuyant sur la méthode Esther Bick. Les deux outils privilégiés seront abordés : l'observation et l'entretien clinique semi-directif de recherche. Les outils qualitatifs ont été complétés par une méthodologie plus standardisée, constituée de questionnaires, permettant d'objectiver certaines dimensions. Enfin cette troisième partie sera clôturée par nos hypothèses opérationnelles.

La quatrième partie sera dédiée aux résultats. Dans une première sous-partie nous présenterons les résultats quantitatifs obtenus par le biais des auto-questionnaires (EPDS, STAI, EAD, PAI, PBI et RSQ). Plusieurs indices seront ainsi obtenus à la fois sur notre échantillon total et sur

nos deux groupes (soutenu vs non-soutenu). Premièrement, nous obtiendrons des taux de prévalence de dépression et d'anxiété (état et trait) moyens sur les huit temps de mesure et à chaque temps de mesure (T1-2 semaines, T2-6 semaines, T3-3 mois, T4-6 mois, T5-9 mois, T6-12 mois, T7-15 mois, T8-18 mois), à la fois pour notre échantillon général et pour nos deux groupes. Deuxièmement, nous comparerons les moyennes obtenues de chaque groupe aux différents outils (EPDS, STAI, EAD, PAI) aux huit temps de mesures et enfin nous observerons les évolutions de ces scores du premier au quatrième temps de mesure (T1-2 semaines au T4-6 mois). Nous obtiendrons ensuite des indices sur les relations passées que la mère a eues dans le passé avec ses propres parents (PBI) et son type d'attachement (RSQ). Ses outils, s'ils n'évaluent pas explicitement les objets et représentations internes, pourront nous donner des indices supplémentaires de compréhension. Dans la seconde sous-partie, nous développerons trois cas cliniques approfondis. Ils nous permettront de dégager les lignes communes et les variations individuelles. Plus globalement, les trois situations cliniques nous permettront d'appréhender les différentes conséquences du défaut d'étayage familial dans l'immédiat post-partum sur le devenir mère (état psychique maternel, préoccupation maternelle primaire, holding, capacité de rêverie maternelle) en prenant en considération les dimensions impliquées : le devenir père, la conjugalité, la parentalité, le développement du bébé, les interactions dyadiques et triadiques. Nous tenterons également d'identifier les ressources internes et externes mobilisées pour y faire face.

La cinquième partie sera destinée à la discussion de nos résultats quantitatifs et qualitatifs. Nous tenterons de formuler des hypothèses explicatives.

Dans la sixième partie nous aborderons les limites et les perspectives de recherche.

Enfin, les perspectives de soin seront abordées dans la conclusion.

PREMIÈRE PARTIE : REVUE DE LA LITTÉRATURE

PREMIER CHAPITRE : DEVENIR MÈRE

I] Maternité, Maternalité et Parentalité

Devenir mère suppose deux types de transformations concomitantes. La maternité vient agir des transformations sur le corps de la femme, de l'intérieur à l'extérieur, qui nécessitent entre autres, des capacités de flexibilité de son image du corps. Aux transformations biologiques de la maternité sont associés leurs corrélats psycho-affectifs, qui ont été regroupés sous le terme de *maternalité* (Racamier, 1979, p.198). Par ce terme, Racamier identifie et caractérise les processus psychiques liés aux phénomènes biologiques de la maternité. Selon lui, la maternalité est « *l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme lors de la maternité.* » (Ibid., p. 199). Selon l'auteur, la maternité constitue une période de reviviscence des expériences pulsionnelles des stades de son développement psychosexuel (les stades pré-œdipiens et œdipien) au sein desquelles de nouvelles expériences pulsionnelles vont venir s'intégrer. Parallèlement à la reviviscence pulsionnelle, les processus maternels vont inéluctablement venir mobiliser, chez la mère, des identifications à ses imagos parentales, et principalement à l'imgo maternelle. Cette mobilisation identificatoire va de pair avec celles des représentations de l'enfant que la femme a été ou pense avoir été. Enfin, la singularité de l'apport de Racamier revient au fait qu'il ait proposé de comprendre la maternalité comme « *une phase où le fonctionnement psychique (qui) s'approche normalement mais réversiblement d'une modalité psychotique. [...] le moi se départit, pour traiter avec les pulsions, des mécanismes de défenses élaborés propres à la névrose ou à l'état normal habituel ; que le sens de l'identité personnelle devient fluctuant et fragile, et que la relation d'objet s'établit sur le mode de la confusion de soi et d'autrui. [...] la maternalité est une phase de structure psychotique.* » (Ibid., p.200).

La maternalité s'inscrit dans une dynamique qui puise ses racines très tôt dans le développement psycho-sexuel de la petite fille, traverse le désir d'enfant et la grossesse jusqu'à la rencontre du nouveau-né et dans les années qui suivent la naissance. Avant d'aborder ces différentes étapes cruciales de la maternalité, nous proposons de développer la notion de parentalité, qui est concept psychologique, introduit par Benedek (1959) sous le terme de « *parenthood* » dans lequel s'inscrit la maternalité. Plusieurs définitions ont été proposées. La parentalité renvoie à

« l'ensemble organisé des représentations mentales, des affects, des désirs et des comportements en relation avec l'enfant que celui-ci soit à l'état de projet, attendu pendant la grossesse, ou déjà né » (Stoléru, 2000, p.491). La parentalité et ses processus, s'inscrivent dans une temporalité, qui commence bien avant la conception de l'enfant. Ils traversent l'évolution de l'homme et de la femme. Comme l'écrit Missonnier (2003), « il correspond à une longue évolution en pelure d'oignon traversant l'enfance l'adolescence et l'âge adulte. Il est indissociable de son enracinement singulier générationnel, de son environnement social, culturel spécifiques (Moro et coll., 1989) et de son histoire adaptative biologique unique (Hochmann et Jannerod, 1991 ; Pochiantz, 1997) ». (Missonnier, 2003, p.41). Selon Stoléru et coll. (1998), la parentalité « n'est pas une instance de la personnalité, mais plutôt 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 d'objet à l'enfant, que celui-ci soit imaginaire ou réel » (Stoléru et coll, 1998, p.61). Lamour et Barraco (1998), proposent d'élargir cette définition en intégrant une dimension plus concrète : « La parentalité peut se définir comme l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur(s) enfant(s) à trois niveaux : le corps par les soins nourriciers, la vie affective et la vie psychique. C'est un processus maturatif » (Lamour et Barraco, 1998, p.26). Houzel (1999) propose de décliner la parentalité en trois axes complémentaires : l'exercice, l'expérience et la pratique. L'exercice de la parentalité concerne le niveau symbolique, c'est-à-dire « [ce] qui fonde et qui, jusqu'à un certain point, organise la parentalité en situant chaque individu dans ses liens de parenté et en y associant des droits et des devoirs » (Houzel, 1999, p. 193). Cet axe rassemble les règles qui structurent la parenté et renvoie aux liens et à leur organisation : « Les liens de parenté constituent un ensemble généalogique auquel appartient chaque membre et qui est régi par des règles de transmission. [...] C'est un ensemble structuré par des liens complexes d'appartenance (ou affiliation), de filiation, d'alliance. Les règles qui régissent l'ensemble impliquent des droits et des devoirs dévolus à chacun de ses membres. Au mieux, elles leur ouvrent et leur garantissent des espaces de développement et de liberté, mais toujours au prix de certaines restrictions, de certaines contraintes. » (Houzel, op. cit., p. 117-118). La parentalité s'exerce dans un cadre précis de règles et d'interdits qui organisent le fonctionnement psychique individuel ainsi que les liens libidinaux et fantasmatiques du groupe familial et social. « Sur le plan psychodynamique, l'exercice de la parentalité se rattache aux interdits qui organisent le fonctionnement psychique de tout sujet et notamment l'interdit de l'inceste. » (Ibid., p. 194). L'expérience de la parentalité désigne l'axe subjectif conscient et inconscient de la parentalité,

devenir parent et de remplir des rôles parentaux. L'expérience de la parentalité est influencée par des mécanismes conscients et inconscients, tels que les fantasmes et projections parentales qui conditionnent l'accès à la parentalité mais aussi la relation parent-enfant et la construction des relations parentales. Enfin, la pratique de la parentalité, désigne l'ensemble des tâches et soins physiques et psychiques quotidiens observables que les parents accomplissent auprès de l'enfant.

Après avoir défini les concepts de maternalité et de parentalité, abordons à présent la pré-histoire du devenir mère, le devenir femme.

III] Devenir femme

« [...] la maternalité se situe dans le prolongement des phases antérieures, et son destin en dépend d'une façon étroite. » (Racamier, 1979, p.199).

Traiter le devenir mère impose de revenir à sa pré-histoire c'est-à-dire le devenir femme, car on le verra, l'accès au devenir mère en sera en partie conditionné. Dans cet objectif nous allons reprendre de manière synthétique la théorie freudienne sur le développement psycho-sexuel chez la femme. Nous verrons ensuite comment s'articule ce devenir-femme avec l'accès à la maternité et notamment son lien à l'émergence du désir d'enfant.

A) Devenir femme et le développement psycho-sexuel de la femme selon Freud

La féminité, considérée par Freud comme le continent noir (*Dark continent*) de la psychanalyse, est un thème qu'il a interrogé à de multiples reprises. En effet, les textes qui lui sont consacrés s'échelonnent de 1905 avec les Trois essais jusqu'à 1932, date de la parution de son article « La féminité ». Les essais de conceptualisations freudiennes ont été menés dans un contexte précis, que l'auteur n'omet pas de pointer : « *Nous devons toutefois prendre garde, en l'occurrence, à ne pas sous-estimer l'influence des organisations sociales [...]. Tout cela est encore très loin d'être clarifié.* » (Freud, 1933, p.149).

Freud approche les rives de la féminité non pas dans l'essence de celle-ci mais dans son accès : « *la singularité de la psychanalyse veut qu'elle ne vise pas à décrire ce qu'est la femme _ ce*

serait une mission qu'elle ne parviendrait guère à remplir _ mais étudie ce qu'elle devient lorsque la femme se développe à partir de l'enfant et de sa disposition bisexuelle » (Ibid., p.150). Et la féminité, au même titre qu'Ève qui est créée à partir de la matière de l'homme dans la Genèse, se développe de manière indirecte, étayée sur l'itinéraire masculin. De nombreuses critiques ont été adressées à Freud sur ce point.¹

Dans la théorie freudienne, le développement de la féminité émerge à la suite d'un long cheminement faisant intervenir des changements d'investissement de zones érogènes et d'objets dans une intrication complexe. Freud relève d'ailleurs que comparativement à la situation du petit garçon « *l'évolution qui mène la petite fille au statut de femme normale est la plus difficile et la plus compliquée des deux [...].* » (Ibid., p.151).

A-1- Le changement de zone érogène et le changement d'objet

Dans les deux sexes, le développement psychosexuel s'appuie jusqu'à la puberté sur un monisme sexuel. Fille et garçon partagent un itinéraire commun des stades précoces et une bisexualité psychique commune, la petite fille est un petit homme.

Au stade phallique, les zones érogènes principales sont le clitoris et le pénis, le clitoris étant considéré comme équivalent du pénis. Les deux enfants partagent un même objet d'amour, la mère. Elle est celle par qui le plaisir sexuel advient, notamment des premières sensations génitales lors des soins. Au stade phallique, Freud rappelle que la petite fille désire, par l'activité onanique, mettre un enfant au monde pour sa mère ou alors lui en faire un. Le père, quant à lui, est envisagé comme un rival gênant. Or, les expériences infantiles de la petite fille et notamment la vue du pénis, vont déconstruire cette théorie de l'équivalence des sexes et ouvrir le chemin de la féminité. Cette découverte sera à l'origine de différents changements narcissique et objectal.

¹ Nous renvoyons le lecteur aux travaux de Luce Irigaray, Sylvie Faure-Pragier, Karen Horney, Mélanie Klein.

A-1-1- Changement de zone érogène

Premièrement, cette découverte va venir modifier le rapport de la petite fille à son sexe. Le clitoris, qui était investi dans une activité onanique et appréhendé comme un pénis miniature lors de la phase phallique, est alors considéré comme inférieur et cède sa sensibilité au vagin. De cette conviction de l'asymétrie du clitoris vis-à-vis du pénis, émergera un sentiment d'atteinte narcissique majeure : « *un sentiment d'infériorité s'installe, tout comme une cicatrice, chez la femme qui reconnaît sa blessure narcissique* » (Freud, 1925, p.128). D'autre part, l'abandon de la masturbation clitoridienne entraîne un renoncement d'une part d'activité.

Ainsi, l'activité laisse place à la passivité et le détournement de la fille de sa mère au profit de son père s'effectue à l'aide de motions pulsionnelles passives. Freud écrit alors : « *Vous reconnaissez qu'une telle poussée de développement, qui écarte du chemin l'activité phallique, aplanit le terrain pour la féminité. Si trop de choses ne se perdent pas alors par refoulement, cette féminité peut s'instaurer normalement.* » (Freud, 1933, p.167).

A-1-2- Le changement d'objet

Deuxièmement, au niveau objectal, la découverte de la différence des sexes va venir transformer la relation tendre de la petite fille vis-à-vis de sa mère. L'hostilité et la haine teintent alors la relation à la mère œdipienne responsable de sa blessure : « *la petite fille rend sa mère responsable de son manque de pénis et ne lui pardonne pas ce désavantage.* » (Ibid.). Le manque de pénis étant conçu, non pas comme n'ayant jamais été, mais comme ayant été coupé, enlevé suite à une punition. De ce constat, va émerger l'envie du pénis et son affect sous-jacent : la jalousie pour qui pourrait en jouir.

A-2- Voie de réparation : le désir œdipien d'avoir un enfant

Afin de réparer cette blessure, la petite fille se tourne vers son père et glisse « *le long d'une équation symbolique, du pénis à l'enfant* » (Freud, 1923b, p.121). Le désir d'obtenir un enfant, ayant une valeur de présent, est le point culminant du complexe d'Œdipe chez la fille. Ce désir d'enfant œdipien ne doit pas être confondu avec le désir d'enfant de la petite fille dans la phase

phallique. Rappelons que, au stade phallique, la petite fille désire, par l'activité onanique, mettre un enfant au monde pour sa mère ou alors lui en faire un. Freud précise que ce désir n'a aucun lien avec la féminité. Il servait exclusivement à l'identification à la mère dans l'objectif de remplacer la passivité par l'activité : « *Ce n'est qu'avec l'apparition du désir du pénis que l'enfant-poupée devient un enfant du père et à partir de ce moment-là, le but du désir féminin le plus fort* » (Freud, 1933, p171). Selon Freud, lorsque plus tard, la fille devenue grande, mettra au monde un enfant, ce sera pour elle un accomplissement, d'autant plus si l'enfant est un garçon, qui porte avec lui le pénis désiré. Ainsi, c'est par le complexe de castration que la petite fille entre dans l'Œdipe.

Cette double tâche, changement de zone érogène et d'objet, est considérée par Freud comme condition essentielle au développement de la féminité : « *C'est ainsi que la reconnaissance d'une différence anatomique entre les sexes écarte la petite fille de la masculinité et de l'onanisme masculin et la met sur de nouvelles voies qui conduisent au développement de la féminité* » (Freud, 1925, p.130).

A-3- Identifications à la mère dans le développement psychosexuel de la femme

Dans son article « La féminité » (1932), Freud, revient sur la place de l'identification de la petite fille à la mère et son importance dans le développement psychosexuel féminin. L'identification à la mère est composée de deux identifications. La première a lieu lors de la période précœdipienne, reposant sur un attachement tendre à la mère, prise comme modèle. Cette phase d'attachement à la mère précœdipienne est, selon Freud, décisive dans le développement psychosexuel de la petite fille. Puis, au cours de la période œdipienne, la relation se transforme, se teinte de pulsions hostiles comme nous l'avons vu précédemment. Durant cette phase, la mère n'est plus un objet d'attachement tendre, mais elle est aussi considérée comme rivale qu'il faut éliminer et remplacer auprès du père. Selon Freud, les deux types d'identifications vont se poursuivre tout au long du développement psycho-sexuel de la femme.

A-3-1- L'accès à la féminité : itinéraire de déceptions ?

On comprend que, dans la théorie freudienne, l'accès à la féminité se construit à travers une série de déceptions. Car, après avoir découvert qu'elle n'a pas de pénis et donc qu'elle n'est pas à l'égal de l'homme, la petite fille constate dans un second temps, que sa mère n'est pas uniquement responsable de ne pas lui avoir donné le pénis, elle en est tout autant dépourvue. Apparaissent alors de nouvelles pulsions hostiles s'ajoutant à des plus anciennes, datant de la période préœdipienne. Ces anciennes pulsions sont dues à des expériences d'insatisfaction : *« Sevrage trop hâtif, insatisfaction d'un besoin illimité d'amour, obligation de partager l'amour maternel avec ses frères et sœurs, interdit de la masturbation venant après l'excitation des zones érogènes par la mère, et surtout le fait d'être née fille, c'est-à-dire dépourvue de l'organe sexuel phallique. »* (Irigaray, 1974, p.56). Le reproche le plus ancien n'est pas lié à la réalité mais plus à l'avidité insatiable de l'enfant. Il concerne la frustration de ne pas avoir été suffisamment nourri : la mère a donné trop peu de lait, ce qui est interprété comme un manque d'amour. L'enfant ne se consolait jamais de la perte du sein maternel. Freud dresse alors le portrait d'un petit être avide et jaloux porteur d'un amour sans mesure, revendiquant l'exclusivité, ne se contentant pas de fragments. L'amour qui est porté écrit Freud : *« a un second caractère: c'est un amour proprement sans but, incapable d'une pleine satisfaction et pour cette raison, il est essentiellement condamné à se terminer par une déception et à faire place à une attitude hostile »* (Freud, 1931, p.120). En résulterait une ambivalence considérable dans l'attachement de la fille à sa mère.

À cette même époque, Freud s'interroge sur les raisons qui poussent la petite fille à se détourner de sa mère alors que le petit garçon, qui vit les mêmes expériences de frustration, ne s'en détourne pas.

A-4- Les relations pré-œdipiennes mère-fille

Freud émet l'idée que la relation à la mère préœdipienne est amenée à sombrer parce qu'elle est le premier objet d'amour, très investi, puissant, et que comme tout objet de fort investissement, cette relation est teintée d'une forte ambivalence : *« outre le puissant amour, on trouve toujours une puissante tendance à l'agression, et plus l'enfant aime son objet avec passion, plus il est sensible aux déceptions et aux frustrations provenant de l'objet en*

question. » (Freud, 1933, p.163). Mais, si la petite fille se détourne de la mère, à la différence du petit garçon qui conserve la mère comme premier objet d'amour c'est parce que « *la petite fille rend sa mère responsable de son manque de pénis et ne lui pardonne pas ce désavantage.* » (Ibid, p.167). Le garçon trouve un exutoire dans l'objet de son père, l'ambivalence étant déplacée sur lui.

Retenons ici l'importance du lien préœdipien qui lie la petite fille à sa mère, lien appréhendé plus tardivement chez Freud (1931), grâce notamment aux travaux des femmes psychanalystes tel que Ruth Mack Brunswick, Jeanne Lampl de Groot et Hélène Deutsch. Il écrit : « *Bref, nous acquérons la conviction que l'on ne peut pas comprendre la femme si on ne tient pas compte de cette phase du lien préœdipien à la mère.* » (Ibid., p.163) et « *l'épanouissement de la féminité reste exposé à la perturbation qu'entraînent les phénomènes résiduels de la période masculine antérieure.* » (Ibid., p.175). Freud évoque la difficulté d'investiguer cette période du fait de l'inexorable refoulement qui pèse sur elle. Il utilise d'ailleurs le parallèle de la découverte de la civilisation minéo-mycénienne, plus ancienne mais découverte après celle des grecs, pour rendre compte de l'antériorité de la relation mère-fille vis-à-vis du complexe d'Œdipe et donc de son importance dans la compréhension de celui-ci. Selon Freud, les relations libidinales entre la petite fille et sa mère sont très variées, du fait qu'elles passent par les trois stades de la sexualité infantile, elles sont colorées par les caractéristiques de ces différentes phases et s'expriment par des souhaits oraux, sadique-anaux et phalliques. Ces souhaits sont ambivalents, leur nature est aussi bien tendre qu'hostile et agressive et représentent aussi bien des motions actives et passives. Freud, comme nous l'avons vu précédemment, fait l'hypothèse que l'impact de cette phase préœdipienne est plus important chez la fille que chez le garçon. Mais, de cette phase première de l'organisation libidinale féminine, il insiste sur les aspects négatifs voire problématiques, comme cités plus haut. De ce premier amour, la petite fille gardera une trace inconsciente, qui aura des répercussions sur son choix d'objet d'amour adulte. Selon Freud, la femme transférera souvent sur son partenaire masculin sa relation primitive à sa mère. Suggérant d'ailleurs que la levée de refoulement de l'ambivalence préœdipienne de la petite fille vis-à-vis de sa mère pourra perturber la relation conjugale de conflits quasiment insolubles.

En 1923, Freud expose ses hypothèses sur les modalités de résolution du conflit Œdipien dans l'article « La disparition du complexe Œdipe ». Chez le garçon elle est sans ombre, elle s'opère sous la menace de la castration. Un choix doit être fait entre désir œdipien à l'encontre de sa mère et l'intérêt narcissique porté à son pénis menacé. Cela amènera le Moi à se détourner de

son premier objet d'amour et objet d'amour œdipien : la mère. À noter, que cette opération sera la cause de l'émergence du Surmoi. À l'inverse, en ce qui concerne la fille, Freud ne cachera pas sa difficulté à conceptualiser le processus du déclin du complexe d'Œdipe, évoquant le fait que le matériel devient de façon incompréhensible « *plus obscur et plus lacunaire* » (Freud, 1923b, p.121). Selon Freud, le complexe d'Œdipe de la petite fille a une durée indéterminée et elle n'en sort pas de manière complète, notamment par le fait que la fille pourra nourrir très longtemps, jusqu'à l'âge adulte, ce désir d'obtenir un pénis : « *L'espoir d'obtenir un jour, malgré tout, un pénis et ainsi de devenir semblable aux hommes peut se maintenir jusqu'à une époque incroyablement tardive et devenir le motif d'actes étranges qui sans cela seraient incompréhensibles.* » (Freud, 1925, p.97). C'est, toujours selon Freud, à cet endroit que se branche le complexe de masculinité chez la femme. Celui-ci pourrait être à l'origine de « [...] *grandes difficultés dans son développement régulier, si elle ne réussit pas à le surmonter rapidement.* » (*Ibid.*). La fille qui garde de façon acharnée l'espoir de recevoir un pénis, la maintient dans une position active, évite la poussée de passivité qui introduit la féminité normale, et dans une version extrême de la masculinité favoriserait une homosexualité manifeste. Au complexe de masculinité s'ajoutent deux autres directions : l'une menant à l'inhibition sexuelle ou à la névrose et la dernière, à la féminité normale. L'inhibition sexuelle s'origine du sentiment d'humiliation de la fille liée à l'envie du pénis. Ce sentiment conduit celle-ci à renoncer et à refouler la masturbation clitoridienne et une bonne part de ses aspirations sexuelles en général. Enfin, la troisième direction : la féminité normale. La petite fille pour cela doit délaisser l'objet maternel pour se tourner vers le père, ce qui la mènera ultérieurement vers le choix d'objet définitif.

Enfin, il est important de souligner que Freud admet que la pré-histoire du complexe d'Œdipe n'est pas parfaitement claire, que les pulsions liées au complexe d'Œdipe ne sont pas exclusivement hostiles et agressives envers le parent du même sexe. Il évoque la possibilité que de manière concomitante, l'enfant puisse avoir ses pulsions hostiles vis-à-vis du parent de sexe opposé et des pulsions tendres vis-à-vis du parent de même sexe.

A-5- Et la femme adulte ?

Concernant la suite du développement de la femme et des conséquences sur la vie adulte, alors même que Freud écrit : « *Il n'est pas dans mon intention de suivre le reste du comportement de*

la féminité à travers la puberté et jusqu'à la période de la maturité. Les éléments de compréhension que nous avons acquis seraient du reste insuffisants pour cela. » (Freud, 1933, p.175), il formule néanmoins des hypothèses quelques pages plus loin. Ces hypothèses sont toujours en lien avec le manque et l'envie du pénis, sorte de séquelles (puisque majoritairement négatives et dépréciatives) et expliqueraient la nature de la femme et l'origine de difficultés relationnelles, notamment conjugales. Dans l'ordre, il attribue à la femme adulte « *une mesure supérieure de narcissisme, qui influence encore son choix d'objet, si bien qu'être aimée constitue pour la femme un besoin plus puissant qu'aimer.* » (Ibid. p.177), une disposition à la vanité physique et à la pudeur, un faible sens de la justice, un intérêt social plus faible, une capacité réduite à sublimer les instincts, parfois affublée de rigidité et d'immutabilité psychiques. D'autre part, les relations infantiles vont tout autant impacter les relations de la devenue femme. Selon Freud, le choix d'objet sera influencé par « *l'idéal narcissique de l'homme que la petite fille avait souhaité devenir* » (Ibid. p.178) et si la relation œdipienne perdure, le choix d'objet sera sur le modèle du père. Si le détournement de choix d'objet a bien été effectué, c'est-à-dire de la mère au père, cela garantit un mariage heureux. Et si le mariage devient malheureux, cela serait dû à un retour de l'hostilité de la relation affective ambivalente à la mère. « *L'hostilité résiduelle succède au lien positif et s'empare du nouvel objet. L'époux, qui avait dans un premier temps hérité du père, reprend aussi avec le temps, l'héritage maternel. Il peut donc facilement arriver que la seconde moitié de la vie d'une femme soit emplie par le combat contre son mari, de la même manière que la première moitié, plus courte, l'avait été par la rébellion contre sa mère* » (Ibid. p.179). Freud poursuit ses développements, en abordant la maternité, qui constitue, selon lui, une menace dans l'équilibre du couple conjugal. « *Sous le coup de sa propre maternité, une identification avec la mère de la jeune femme peut avoir lieu, alors même que la jeune femme s'était insurgée jusqu'à son mariage, et emportée à son profit toute libido disponible, de telle sorte que la contrainte de répétition reproduira le mariage malheureux des parents.* » (Ibid.). D'autre part, Freud avance que le sexe de l'enfant comblera différemment la femme : « *Seule la relation avec le fils apporte à la mère une satisfaction illimitée : c'est, d'une manière générale, la plus parfaite et la plus dénuée d'ambivalence de toutes les relations humaines.* » (Ibid.). L'enfant garçon permettrait à la femme de restaurer son narcissisme, blessé depuis si longtemps.

Pourtant on se souvient du portrait très positif de la petite fille dressé par Freud quelques lignes avant : « *Il semble qu'à âge égal la fillette soit plus intelligente, plus vive que le garçonnet,*

mieux disposée aussi à l'égard du monde extérieur et qu'elle subisse, en même temps, de plus forts investissements d'objet » (Ibid. p.152).

A-6- Synthèse : le devenir femme dans la théorie freudienne

Malgré l'aspect lacunaire et controversé de la théorie freudienne de la féminité, relevons les points importants de celle-ci. Premièrement, le développement de la féminité dans la théorie freudienne s'articule autour de l'envie du pénis. Envie qui expose la petite fille à la déception et à l'émergence de nouvelles pulsions hostiles (Agressivité, envie, jalousie, haine) vis-à-vis des deux sexes, et plus spécifiquement vis-à-vis de la mère, agent majeur de déception. Retenons l'existence d'un lien exclusif, passionné et intense de la fille à sa mère de la pré-histoire du complexe de castration et du complexe d'Œdipe. Ce lien, qui doit être rompu, représente pour Freud le moment organisateur du développement vers la féminité.

III] Devenir mère : désirs d'enfant, grossesse, accouchement et post-partum

L'accès à la parentalité s'origine dans un désir/des désirs singuliers qui échappent en grande partie au sujet. « *Que le désir d'enfant devienne analysable, il ne résiste guère à l'unité. C'est même, à l'inverse, la multiplicité de ses figures, des fantasmes qui en soutiennent l'accomplissement comme des entraves qui en empêchent la réalisation, qui est remarquable* » (André, 2009, p.12). Comme l'indique cette citation, il n'existe pas un seul désir, mais plusieurs désirs qui sont associés à différents objets. Les désirs d'enfant, dans leurs complexités, renvoient, d'une part, à la réalité psychique de chaque sujet et, d'autre part, à un ensemble de désirs liés aux différentes étapes du développement de l'enfant.

En effet, le désir d'enfant d'un point de vue psychanalytique est d'une part l'expression d'un désir d'enfance empreint de nostalgie qui existerait en chaque être humain ; il prend racine dans la pulsion de vie, comme l'explique Revault d'Allones (1976) et renvoie à un désir d'immortalité et à la chaîne des générations. Les significations inconscientes du désir d'enfant vont réapparaître à travers l'enfant à venir.

A) Désirs d'enfant

A-1- Le désir d'enfant, le désir d'être enceinte, le désir de devenir mère

Un désir d'enfant peut ne pas être lié à un projet d'enfant concret. Il peut être motivé par un désir inconscient de vérifier le bon fonctionnement de son corps et se rassurer sur ses capacités de conception. Selon Bydlowski (1998) cette vérification se réaliserait lors de la grossesse. Klein (1932), suppose que seul l'enfant né en bonne santé permettrait à la femme de s'assurer qu'elle n'est pas stérile et que ses organes génitaux sont intègres. Bydlowski (1998) précise qu'avant le premier enfant, le désir de maternité peut se confondre avec le désir d'enfant. Dans la lignée des théories freudiennes, elle écrit : « *le désir d'enfant peut être le lieu de passage d'un désir absolu car l'enfant imaginé, l'enfant à venir est, pour la femme, l'objet par excellence. Ce qui est désiré est moins un enfant concret que la réalisation des plus vivaces des souhaits infantiles.* » (Bydlowski, 1998, p.66)

Enfin, Missonnier (2003) propose de concevoir le désir d'enfant et de grossesse dans une perspective non-dualiste. Ces désirs sont finalement deux aspects d'un même désir, dont la prévalence de l'un sur l'autre varie en fonction de l'économie psychique singulière de la femme.

A-2- Les désirs d'enfant au cours du développement

A-2-1-Dimension narcissique du désir d'enfant

Avant de conceptualiser le désir d'enfant dans sa valence œdipienne et préœdipienne, Freud, en 1914, attribue le désir d'enfant, chez l'homme et la femme, à un projet narcissique, par lequel, il suppose, une possibilité de réédition de leur propre sentiment narcissique de toute-puissance : « *His Majesty the Baby, comme on s'imaginait être jadis. Il accomplira les rêves de désir que les parents n'ont pas mis à exécution, il sera un grand homme, un héros, à la place du père ; elle épousera un prince, dédommagement tardif pour la mère. Le point le plus épineux du système narcissique, cette immortalité du moi que la réalité bat en brèche, a retrouvé un lieu sûr en se réfugiant chez l'enfant. L'amour des parents, si touchant et, au fond, si enfantin, n'est rien d'autre que leur narcissisme qui vient de renaître et qui, malgré sa métamorphose en amour d'objet, manifeste à ne pas s'y tromper son ancienne nature* » (Freud, 1914, p. 234). L'enfant à venir est porteur d'un contrat narcissique, à travers lequel les parents cherchent à se retrouver et à se réaliser. L'enfant est un prolongement de ce que le parent a été et ce qu'il n'a pas réussi à devenir.

A-2-2- Le désir d'enfant dans la partition œdipienne et préœdipienne

En 1924, Freud, ouvre une nouvelle voie d'explication à l'émergence du désir d'enfant chez la femme via le complexe d'Œdipe. Le désir d'enfant serait une manière de réparer l'atteinte narcissique infligée par la situation féminine. La petite fille désire un enfant du père, non pas comme objet premier de désir, mais comme substitut du pénis désiré mais inaccessible. Ainsi pour Freud, « *la fille glisse le long d'une équation symbolique du pénis à l'enfant, son complexe d'Œdipe culmine dans le désir longtemps retenu de recevoir en cadeau du père un enfant, de mettre au monde un enfant pour lui* » Freud, 1923, p.122). Même si le père est investi d'un rôle, le désir d'enfant est inscrit dans une logique phallique, dans une perspective de restauration narcissique. Le désir d'obtenir un enfant du père est progressivement refoulé, par crainte d'une rétorsion maternelle et par intériorisation de l'interdit de l'inceste. Le refoulement de ce désir participe au dépassement du Complexe d'Œdipe et de pouvoir, à l'âge adulte, adresser et réaliser ce désir d'enfant à et avec un autre. Certains auteurs ont critiqué cette version réductrice de l'origine du désir d'enfant. Premièrement en l'associant uniquement à l'équation

symbolique pénis enfant, venant réparer la blessure liée à sa castration. Et aussi, par le peu de place faite au père au sein de ce désir d'enfant. André (2009), propose de considérer la proposition freudienne, non pas comme l'unique origine du désir d'enfant, mais l'une de ses figures, parmi beaucoup d'autres possibles.

Puis, en 1931, Freud, en s'intéressant à la féminité, découvre, notamment grâce aux travaux de ses collègues, l'importance de la relation pré-œdipienne mère-fille. Avant d'être considérée comme la cause de sa blessure narcissique au stade œdipien, la mère au stade phallique, est l'objet premier d'amour de la petite fille. De cet amour, émerge le premier désir d'enfant chez la petite fille, qui par l'activité onanique, souhaite mettre un enfant au monde pour sa mère ou alors lui en faire un. Le père, quant à lui, est envisagé comme un rival gênant. Le désir s'inscrit alors dans une relation intersubjective à valence objectale et non plus exclusivement narcissique.

L'importance du lien originaire mère-fille a été également souligné par Bydlowski, notamment parce que, selon elle, il est un ingrédient de la filiation féminine et conditionne l'accès à la maternité. La représentation de la mère rivale de la phase œdipienne doit s'effacer pour que la fille puisse retrouver la mère pré-oedipienne, celle de la tendresse originaire. « *Une mère qui aurait besoin que sa propre fille devienne mère elle-même pour lui donner l'enfant qu'elle ne peut plus avoir* » (Bydlowski, 1998, p.170). Pour devenir mère, la femme doit pouvoir s'identifier à une « *mère suffisamment faible* », « *aimée parce-que faible* ». Cette identification de la femme à sa mère lui permettra de se reconnaître dans un mythe narcissisant. Selon Bydlowski, il existe entre mère et fille une dette de vie : « *[...] par le premier enfant, une femme accomplit son devoir de gratitude à l'égard de sa propre mère* » (Ibid., p.169). Le désir d'enfant vient donc répondre à un devoir de reconnaissance, de gratitude et d'un devoir de réparation « *des outrages du temps* » (Ibid., p.172). Le désir d'enfant chez la fille résulte alors « *d'une combinaison harmonieuse entre le désir d'être comme sa mère des premiers soins et un autre désir, celui d'avoir comme elle, un enfant du père* » (Ibid., p.145).

Selon Chabert (2003), la fille s'identifie aux représentations de la femme que sa mère incarne. Les travaux de Faure-Pragier ont notamment permis de montrer que l'identification de la femme à sa propre mère en tant que femme, dépend du positionnement de sa mère vis-à-vis de sa propre passivité, sa capacité à reconnaître sa castration et le rôle actif de son amant qui la complète. Ce positionnement sera essentiel dans l'identification féminine de la fille à sa mère car il permet à la fille de s'identifier d'une part à une mère qui accepte sa féminité et qui investit son amant,

et d'autre part, de s'identifier à la féminité du père, qui lui-même reconnaît et valorise la féminité de sa fille pour que, ultérieurement, la fille puisse se tourner vers le père afin de pallier sa castration et d'accéder à sa féminité. Dans cette configuration, la maternité ne s'inscrit pas dans un refus du féminin mais dans une demande d'être complétée par l'homme qu'elle aime.

Pour Chabert (2009), le désir œdipien d'enfant pourrait impacter les relations mère-fille à l'occasion de la naissance d'un enfant. Celui-ci pourrait être perçu comme l'incarnation du désir œdipien, de la trahison de la petite fille vis-à-vis de sa mère lors du détournement d'objet et de la perte d'amour maternel. Cet amour, bien que décevant car limité dans ses capacités, et notamment dans le fait qu'il n'ait pas suffi à répondre au désir de pénis de la petite fille, est pourtant essentiel: *« assurant l'investissement narcissique, le premier sédiment des identifications, indispensables pour attirer les forces pulsionnelles soutenant le sentiment d'exister et la continuité du Moi »* (Chabert, 2009, p.26). Dans cette configuration fantasmatique, l'enfant pourrait être le représentant du motif de la perte d'amour voire de l'émergence de la haine, ou alors, être à l'origine du maintien pérenne du lien avec la mère.

Ainsi nous le voyons, les désirs d'enfant prennent racine très en amont au cours de l'histoire infantile, à la fois dans une identification maternelle archaïque, dimension davantage narcissique et également comme réalisation pré-œdipienne et œdipienne.

B) La grossesse

B-1- Une crise psychique maturative

La grossesse est un moment évolutif fondamental du développement de l'identité féminine (Bibring, 1959, 1961 ; Pines, 1972, 1982 ; cités dans Ammaniti et coll. 1999, p8).

En s'inspirant des travaux de Bibring (1959) sur la période de la grossesse et d'Erikson (1968) sur l'adolescence, Racamier (1961) définit la grossesse comme un moment de « crise psychique maturative », une étape du développement psychoaffectif. La grossesse induit nécessairement un changement d'identité, individuelle et familiale et invoque d'intenses remaniements psychiques. Le concept de crise maturative fait référence à une étape singulière, requérant un certain nombre de tâches à réaliser pour passer à l'étape suivante. Comme le souligne Bydlowski, la crise de la grossesse partage des aspects des crises névrotique ou psychotique dans le sens où elle mobilise de l'énergie psychique, fait émerger de l'anxiété et des conflits

latents. Mais elle s'en différencie car l'énergie n'est pas auto-entretenu, mais déployée, au service de nouvelles virtualités et contribue à la transformation de l'identité.

B-2- Préoccupation maternelle primaire, folie maternelle, transparence psychique

Winnicott (1956) est l'un des premiers auteurs à s'être intéressé à la particularité du fonctionnement psychique de la femme enceinte. Selon lui, la femme enceinte est dans un état d'hypersensibilité non pathologique vis-à-vis des besoins de son enfant. Cet ajustement aux besoins de son bébé va se produire par le mécanisme d'identification, et se développer « *graduellement pour atteindre un degré de sensibilité accrue pendant la grossesse et spécialement à sa fin* ». C'est la *préoccupation maternelle primaire*. Bibring (1959) remarque également cette disposition singulière des femmes enceintes à évoquer très librement leurs fantasmes au point de les considérer comme des personnalités limites. Green (1980) la qualifie de « *folie maternelle* » qu'il considère néanmoins normale et qu'il décrit comme une période de remodelage complet du vécu du féminin dans sa relation au monde et dans l'organisation de ses perceptions. Selon lui, lors de la grossesse, la mère est centrée totalement sur l'enfant et sa sensibilité aux signaux les plus infimes prend « *une qualité quasi-hallucinoïde* » (Green, 1980, p. 33). Raphael-Leff (1993) note une « *perméabilité de l'inconscient* » et des phénomènes similaires chez la femme enceinte. En s'appuyant sur ces travaux, Bydlowski fait l'hypothèse que chez la femme enceinte il existe : « *un état de susceptibilité ou de transparence psychique où des fragments de l'inconscient viennent à la conscience.* » (Bydlowski, 1997, p.92).

Ce fonctionnement psychique singulier de la grossesse fragilise la femme enceinte car cet état l'expose à un retour involontaire des éléments inconscients et refoulés de son histoire infantile, des fantasmes, angoisses archaïques et pulsions attenantes. « *La gestation est donc l'occasion, pour la future mère, d'une résurgence de temps forts de sa névrose infantile et/ou des expériences angoissantes des tout débuts de sa propre vie.* (Ibid., p.101). Dans certaines situations, et en fonction de l'histoire de la femme enceinte, ce sont des souvenirs plus crus, d'abus sexuels ou de deuil qui peuvent refaire surface. Cet état de fragilité est d'ailleurs mis en exergue par un « *appel à l'aide qui s'y exprime sans se dire comme tel* » (Ibid., p.102). La présence et l'écoute dans ce moment précis sont précieuses, notamment parce qu'ils sont un support à la verbalisation des matériels potentiellement pathogènes, et favoriseront la disponibilité psychique de la future mère vis-à-vis de son bébé. L'auteure invite d'ailleurs à

poursuivre cette fonction au-delà de la grossesse, pendant la période sensible des premières semaines de la vie du nouveau-né.

D'autre part, les remaniements psychiques de la grossesse s'accompagnent de transformations corporelles qui confrontent la femme à une expérience de passivité. L'acceptation de cette passivité ne sera pas égale selon les femmes et sera fonction de la qualité de l'intégration, chez la femme, d'une passivité réceptrice érotisée lors du développement psychosexuel. Certaines femmes enceintes vivent leur grossesse comme une atteinte qui vient modifier brutalement leur représentation de soi ainsi que leur sentiment continu d'exister (Spiess, 2002).

Certaines grossesses sont l'occasion pour les femmes de faire l'expérience d'un sentiment de complétude. L'enfant est alors portée triomphalement, le corps enceint peut devenir le symbole de fécondité et de puissance phallique. C'est pourquoi, Soulé (1983) considère que la grossesse peut, durant un temps, rendre possible le déni de la castration féminine. Bydlowski souligne la dimension narcissique associée à la grossesse, elle est considérée comme l'étape la plus désirable, elle est « *l'accomplissement narcissique absolu, le signe de cette complétude parfaite à laquelle toute femme a droit* » (Bydlowski, 2008, p.88).

B-3- La grossesse, la femme enceinte, sa mère et son bébé

« *Bébé d'autrefois portant un enfant à naître et se souvenant dans son corps de ses propres émotions précoces* ». (Ibid., p.103).

Durant la grossesse, parallèlement aux modifications corporelles, la femme enceinte va suivre un triple processus d'identification, à son bébé qu'elle porte, au bébé qu'elle a été, et à la mère qu'elle a eue.

B-3-1- La femme enceinte et le bébé qu'elle a été

La grossesse est caractérisée par un recentrement narcissique nécessaire afin de pouvoir négocier l'ensemble des remaniements identificatoires induit par la grossesse. Ce recentrement est primordial, car il prépare l'investissement du fœtus et de l'enfant à venir. L'économie psychique maternelle est en lien étroit avec la nature des investissements dont le fœtus fait l'objet. Selon Bydlowski, la grossesse va inaugurer une rencontre intime de la femme avec elle-

même, dans ce qu'elle est devenue mais surtout de ce qu'elle a été. Le discours de la femme enceinte, ainsi que son dialogue intérieur ne portent pas sur l'enfant à venir, mais plutôt sur le bébé qu'elle-même a été. Si on l'y invite, notamment dans un cadre thérapeutique, elle pourra « *retrouver l'écho de sa voix personnelle, l'écho de son narcissisme.* (Bydlowski, 1997, p.96). Même si cet investissement à valence narcissique est déroutant, car il est à l'opposé de ce que l'on pouvait s'attendre, il est primordial. La femme enceinte en reprenant un dialogue intérieur avec le bébé qu'elle a été, en travaillant ses matériels régressifs et remémoratifs de représentations, elle se prépare à la rencontre de son bébé: « *Donner la parole à l'enfant qu'elle a été l'aide ainsi à restaurer celui qu'elle porte* » (Ibid., p.97).

Selon Racamier, l'économie psychique de la mère durant la grossesse est caractérisée par un régime narcissique et fusionnel qui se concentre autour du fœtus. La femme a tendance à s'aimer plus fortement et à aimer de manière indistincte l'enfant qu'elle porte et son corps qui le porte.

B-3-2- La femme enceinte et le bébé qu'elle porte

Selon Bydlowski, si le bébé est si peu parlé par la femme enceinte, ce n'est pas parce qu'il est désinvesti. Le silence autour du bébé à venir signe la dynamique inverse : un « *hyperinvestissement dont le nouvel objet psychique – l'enfant – est l'enjeu.* » (Ibid., p.97). La mise au silence du thème du bébé témoigne de l'érotisation dont il est l'objet. Cette érotisation de la grossesse est un préalable au lien à l'enfant. Ce silence a lieu dans les situations où tout se passe bien. À l'inverse, dans certaines situations, notamment lorsque la grossesse actuelle succède à des difficultés obstétricales anciennes vécues (fausse-couche, mort périnatale), les femmes verbalisent leurs préoccupations à l'égard de l'enfant. L'auteure conclut ainsi : « *quand tout va bien, rien ne se dit* » (Ibid., p.99).

Pour d'autres auteurs, tels que Lebovici, Soulé, Stern ou encore Ammaniti et coll., les femmes peuvent partager leur dialogue intérieur, et notamment leurs rêveries autour de l'enfant. La rêverie maternelle est un concept de Bion, qui caractérise l'ensemble des représentations conscientes et inconscientes qui permettent à la femme enceinte de s'ajuster aux besoins de son bébé mais aussi de lui offrir un cadre de pensées. Missonnier écrit à ce propos, que la rêverie maternelle et l'enfant imaginé « *est le sanctuaire de l'anticipation de l'enfant.* Et cite Pérard-Cupa (1992) « *le bébé imaginé (imaginaire, fantasmatique et mythique) par la mère pendant la*

grossesse n'est pas un simple rappel de ce qui a été là et perdu, il constitue une représentation anticipatrice. La mère prend le risque de créer, préinvestir le bébé imaginé » (Missonnier, 2004, p.127).

Selon Aulagnier (1964), s'il existe en effet une période de « blanc d'enfant » pendant laquelle l'enfant est effacé au profit du vécu et de la représentation d'être enceinte, celle-ci ne dure pas forcément toute la période de la grossesse. Selon l'auteure, la femme enceinte rêve de l'enfant qu'elle était mais également de l'enfant en devenir. Un tissage se fait au cours de la grossesse entre les fantasmes maternels concernant l'enfant et les fantasmes anciens (pré-œdipiens et œdipiens) qui trouvent leur origine dans l'enfance et s'actualisent pendant cette même période. Aulagnier écrit : « *s'il est interdit à la mère de rêver les yeux ouverts que cet enfant à venir réalise le retour de son père et de sa mère, qu'il sera homme et femme, qu'il sera à jamais à l'abri de la mort, la mère a le droit, (et c'est là une nécessité pour l'enfant) de rêver à la beauté, aux ressemblances futures, à la force de ce corps à venir* » (cité par S. de Mijolla-Mellor, 1998, p. 16). Comme l'écrit Riazuelo (2003) « *Par ses rêves et ses rêveries, la femme enceinte va commencer à créer un espace, un berceau psychique à l'enfant à naître. [...] Il s'agit d'un premier espace de rêve entre la mère et l'enfant, ou pour rejoindre D. Anzieu, d'une première enveloppe de rêve commune à la femme enceinte et à l'enfant à venir. Pendant la grossesse, l'espace du rêve maternel participe à la mise en place d'une première enveloppe, d'un premier contenant psychique pour l'enfant à naître où viendra s'enraciner la fonction maternelle de rêverie dont parle W. Bion.* » (Riazuelo, 2003, p.101). Riazuelo fait d'ailleurs le parallèle avec le concept « *d'ombre parlée* » qui préexiste au fœtus et à l'enfant (Aulagnier, 1975, p. 135). La femme enceinte va tenter d'anticiper l'enfant qu'elle porte et de prendre « *le risque de (le) créer, de (le) préinvestir* » (D. Cupa, 1992, p. 49).

Ainsi, après la période de « blanc d'enfant » du début de la grossesse, Soulé (1983) constate que l'image de l'enfant sous l'appellation « enfant imaginaire », est progressivement investie. L'enfant imaginaire renvoie aux représentations conscientes et préconscientes des rêveries parentales qui lui donnent un sexe, un prénom, une apparence, une personnalité. Soulé (1983) explique que l'enfant imaginaire est celui qui naît du désir d'enfant, c'est l'enfant dans la tête de la mère et du père. « *L'enfant imaginaire, l'enfant du fantasme « naît » très tôt chez chaque être humain, homme ou femme* » (Soulé, 1983, p.57). L'oralité ravive l'image de la mauvaise et de la bonne mère, et celles-ci projettent sur l'enfant et la femme elle-même. Lors du stade

anal, l'enfant prend une valeur de trésor ou de poison dans des fantasmes de gestation intestinale. Au stade phallique, l'enfant nous l'avons vu, est vécu comme l'équivalent du pénis.

Lebovici (1983) détaille cette notion d'enfant imaginé en quatre dimensions : l'enfant imaginaire, l'enfant fantasmatique, l'enfant narcissique et l'enfant mythique. L'enfant imaginaire est celui du niveau conscient-préconscient qui résulte du désir de grossesse, en d'autres termes le résultat de son désir conscient d'être enceinte et d'être mère. C'est la représentation de l'enfant souhaité, désiré, avec des caractéristiques assez précises, autant physiques que psychiques. Le choix du prénom auquel sera associé des caractéristiques et qui « *peut révéler certains éléments du mandat transgénérationnel de son futur enfant* » (Lebovici, 1998, p.45). L'enfant fantasmatique, inconscient, est celui des conflits infantiles et des désirs de maternité. L'enfant fantasmatique est le produit du désir de maternité qui s'installe avec les identifications œdipiennes : « *L'enfant fantasmatique est l'héritier du désir œdipien inconscient d'avoir un enfant du père et d'être mère comme sa mère* » (Ibid., p.240). L'enfant narcissique se rapporte ainsi aux attentes et aux espoirs des parents concernant leur enfant, qui sera chargé d'accomplir ce qu'ils n'ont pas réussi à accomplir eux-mêmes. Cette référence est en lien avec ce que Freud avait souligné (*His Majesty the baby*). Et enfin, l'enfant mythique, qui renvoie à l'inscription de l'enfant dans une époque, une société avec ses références culturelles associées.

Les rêveries de et autour de l'enfant seront en lien étroit avec les représentations inconscientes et préconscientes de la femme enceinte sur l'objet de l'enfant qu'elle a été ou croit avoir été. Cramer et Palacio Espasa (1993) ont démontré que le bébé, dès sa naissance est le réceptacle d'identifications projectives provenant de ses parents. Ce processus projectif est, selon les auteurs, déjà opérant durant la grossesse, notamment à partir du moment où le fœtus commence à être perçu comme un objet différent de soi. L'enfant à venir est alors un intermédiaire leur permettant de réaliser un désir de renouer avec leurs objets infantiles. Cette hypothèse est à mettre en lien avec celle de Bydlowski, qui suppose que le fœtus est une métaphore de l'objet interne. La projection serait un moyen de réduire l'inquiétante étrangeté du fœtus en lui attribuant des caractéristiques familiales. L'enfant serait alors peu à peu identifié par sa mère, via notamment les processus d'identification projective des imagos du passé et d'aspects d'elle-même, en tant qu'enfant. Cette dynamique projective débute avant même la conception de l'enfant pour atteindre son apogée au moment de la naissance de celui-ci.

Certains auteurs ont remarqué que l'investissement progressif du fœtus est coexistant des changements physiologiques du corps de la femme enceinte qui se modifie et des mouvements fœtaux qui s'amplifient. Pines (1972, 1982) décompose la grossesse en quatre différentes phases. La première phase va de la conception jusqu'à la perception des mouvements fœtaux. Durant cette première phase ont lieu d'importantes modifications de l'image corporelle et de soi. C'est une période de conflit vis-à-vis de la grossesse et marquée par l'ambivalence envers le fœtus. La deuxième phase s'étend jusqu'à la dernière étape de la grossesse. Le fœtus est alors progressivement différencié et est reconnu comme une entité à part. Émergent alors de fortes angoisses de perte. Les fantaisies inconscientes peuvent être en lien avec le développement psycho-sexuel de la femme. Par exemple, l'enfant pourra avoir les traits d'un objet dévorant qui pourrait la détruire de l'intérieur ou être perçu comme un produit fécal qu'il faut expulser. La troisième phase comprend les derniers moments avant l'accouchement avec corrélativement les angoisses portant sur l'intégrité de l'enfant et le travail de l'accouchement. Enfin, la dernière phase qui suit immédiatement l'accouchement, durant laquelle peuvent apparaître des angoisses à l'encontre du corps de l'enfant et aussi de perte. Nous aborderons ce point ultérieurement.

Raphael-Leff (cité dans Ammaniti et coll. 1999) décompose la grossesse en trois stades : le début de la grossesse est appelé « *inactivité vigile* » ; qui correspondrait à la phase autistique normale durant laquelle la femme est occupée à baisser sa désorientation et à obtenir un état de bien-être. Progressivement, la mère et l'enfant vivent dans une union « symbiotique ». Le deuxième stade correspond à la perception et l'individuation du fœtus dans l'esprit de la mère ; il s'agit pour la mère de différencier son fœtus d'elle-même. Et enfin, le troisième stade se conclut par l'accouchement ; la naissance comporte alors le rapprochement entre la mère et le nourrisson.

Ammaniti n'évoque pas de processus d'objectalisation mais de différenciation : « *au cours de la grossesse, l'image de l'enfant est initialement partie intégrante du soi maternel, et progressivement elle va vers une différenciation, au fur et à mesure que l'enfant donne des signaux de plus en plus consistants de sa présence* » (Ammaniti et coll., 1999). Ammaniti ajoute que les préparatifs concrets sont des indices de la reconnaissance initiale de l'autonomie de l'enfant. La rêverie maternelle sur le bébé est fortement étayée par la réalité palpable, physique intérieure et extérieure.

L'objectivisation du fœtus suit selon Bydlowski et Golse (2001), quatre étapes principales. Premièrement, la période de transparence psychique : le bébé n'a pas encore pour la mère le statut d'objet externe, il réactive spécialement le petit enfant que la mère a été ou croit avoir été. Puis, le fœtus commence à revêtir un statut d'objet externe bien qu'encore intérieur, dans le corps de la mère (statut narcissique). L'attention psychique de la mère tend alors à se déplacer

d'elle-même en tant que femme enceinte pour se déplacer sur le fœtus. Lors de la troisième étape, qui a lieu après la naissance, l'attention psychique de la mère se focalise désormais sur le bébé externe, mais avec lequel la mère est en relation grâce aux traces mnésiques profondément enfouies et massivement réactivées du bébé qu'elle a été elle-même. Cette étape correspond à la préoccupation maternelle primaire conceptualisée par Winnicott (1956). Enfin, durant la quatrième étape, le bébé est investi comme un véritable objet externe. Les auteurs supposent que la dynamique de l'objectalisation progressive du bébé qui commence par un désinvestissement graduel de « l'objet interne » et de sa métaphore (le bébé qu'elle a elle-même été ou croit avoir été), vers un investissement de « l'objet externe », son bébé réel.

Cette dynamique de l'objectivisation progressive du bébé passe, selon Missonnier (2009) par une relation d'objet typique du fonctionnement psychique maternel qu'il a nommée : « relation d'objet virtuelle (rov) ». Cette relation d'objet virtuelle concerne « *l'ensemble des comportements, des affects et des représentations (conscientes, préconscientes et inconscientes) à l'égard de l'embryon, puis du fœtus* » (Missonnier, 2009, p. 131). Au sein de cette relation d'objet virtuelle, le processus va « *d'un investissement narcissique extrême (qui tend vers un degré zéro de l'objectal) à l'émergence progressive d'un investissement (pré)objectal* » (Missonnier, 2009, p. 132). Cette notion vise à souligner la dynamique de l'investissement libidinal et de reconnaître un investissement objectal de la part de la femme enceinte et du futur père à l'endroit du fœtus durant la grossesse, même avant la conception. Une objectalisation progressive se fait jour, étayée par les interactions fœtales et enrichie des identifications projectives. La relation d'objet virtuel rend compte de la répartition narcissique et objectale dans cet investissement.

B-3-2-1-Inquiétante étrangeté, haine et ambivalence du fœtus

B-3-2-1-1- Umheimlich, Inquiétante étrangeté et la grossesse

La grossesse porte en elle un caractère double, autant familier que mystérieux voire étrange, elle suscite interrogations, crainte et superstition. La femme enceinte est confrontée à l'invisible du fœtus qui se développe dans un visible corps qui se modifie. Cet autre, partie d'elle sans être elle, qu'elle accueille dans son corps propre, qui peut prendre les traits du familier, via notamment ses représentations maternelles, est tout autant, « un étranger à demeure » (Bouchart-Godard, 1979), inquiétant et menaçant.

L'inquiétante étrangeté, notion proposée par Freud (1919), vient du qualificatif « *Umheimlich* » qui signifie à la fois l'inquiétant et l'étranger, opposé du qualificatif « *heimlich* » qui veut dire familier. L'*Umheimlich* est « *tout ce qui devait rester dans le secret, dans l'ombre et qui en est sorti* » (Freud, 1919, p.221). On comprend que l'*Umheimlich* est étranger, non pas parce qu'il ne fait pas parti de soi, mais parce qu'il a été écarté. « *L'Umheimlich n'est en réalité rien de nouveau ou d'étranger, mais quelque chose qui est pour la vie psychique familier de tout temps, et qui ne lui est devenu étranger que par le processus de refoulement* » (Freud, 1919, p.246). Selon Freud, la situation la plus représentative de l'*Umheimlich* est celle de la mort. Freud fait référence à l'*Umheimlich* pour évoquer l'aspect inquiétant de l'organe génital féminin « *cet étrangeté inquiétant est l'entrée de l'antique terre natale du petit d'homme, du lieu dans lequel chacun a séjourné une fois et d'abord* » (*Ibid.*, p.252).

La grossesse, incarnation du mystère de l'origine de la vie humaine mais aussi, figuration des désirs infantiles refoulés qui font retour par le phénomène de transparence psychique, est une situation d'*Umheimlich*, d'inquiétante étrangeté.

B-3-2-1-2- Haine et ambivalence à l'égard du fœtus

Dans son chapitre consacré à la grossesse, Deutsch (1949) évoque d'emblée des somatisations telles que les vomissements incoercibles, qui peuvent émerger lors de la grossesse. Elle suppose que ces somatisations puissent être des témoins de conflits psychiques vis-à-vis de la grossesse et de conflit entre la destruction et la préservation du fœtus. Par exemple, elle propose de comprendre les vomissements incoercibles comme le témoin d'une hostilité envers l'état de grossesse ou envers le fœtus qui s'exprimerait par des tendances à l'expulsion orale. Dans certaines situations, ce conflit peut-être différé et se manifester sur la phase anale ou génitale. L'expression de ce conflit passe alors par des somatisations spécifiques : constipation, diarrhée, ou même menace d'accouchement prématuré. Selon Deutsch, ce conflit est susceptible d'être à l'œuvre chez toutes les femmes enceintes. En revanche, c'est l'intensité du conflit qui varie. Le sentiment de passivité, qui découle des transformations du corps au service de la croissance du fœtus, serait à l'origine du conflit entre un désir de destruction et celui de préservation. Le fœtus peut être vécu comme un parasite sur la mère, « *et le corps de la mère se trouve exploité* » (Deutsch, 1949, p.166). Selon Deutsch, c'est « *grâce à une tendre identification, percevant le fruit de son corps comme une partie d'elle-même, [que] la femme enceinte parvient à transformer le parasite en un être aimé* » (*Ibid.*, p.123).

Sirol (2003), en s'appuyant sur les écrits de Winnicott (1947) a développé le concept de « haine du fœtus ». L'origine de la haine est plurielle. L'auteur en dénombre vingt et une. Il pose l'hypothèse selon laquelle « *la haine pour le fœtus appartient à une chaîne symbolique dont le fœtus en vient à la représenter et dans laquelle il apparaît comme l'aboutissement de la substitution qui résulte des déplacements.* » (Sirol, 1999, p.27). Entre autres, le fœtus est un condensé symbolique de la réalité et des fantasmes, l'instigateur de la nécessité de reprendre les matériaux refoulés, confronte la femme qui le porte à sa réalité de femme et à son appartenance au sexe féminin, et l'incarnation d'un processus qui échappe à la mère, qui l'oblige à un travail de réaménagements pulsionnels, à subir des transformations corporelles qu'elle ne maîtrise pas : « *Le fœtus rappelle à la femme qu'elle est prise dans un processus qui lui échappe, processus de reproduction du même dans lequel son individualité à elle est déniée.* » (Sirol, 2003, p.158). La grossesse confronte la femme enceinte à un état de passivité, qui est d'autant plus insupportable si le fœtus porte une anomalie ou est atteint d'une malformation, car cette situation est à l'origine de résurgence de fantasmes inavouables. La haine éprouvée par la mère est à la hauteur de l'offense narcissique faite par l'annonce d'une malformation fœtale. Freud, éclaire cette dialectique déception, déplaisir avec l'émergence de la haine, il écrit : « *Quand l'objet est source de déplaisir, nous ressentons la "répulsion" pour l'objet et nous le haïssons ; cette haine peut s'intensifier jusqu'à devenir penchant à l'agression contre l'objet, intention de l'anéantir. [...] La haine, en tant que relation à l'objet, est plus ancienne que l'amour* » (Freud, 1919, p.182-184). Néanmoins, l'expression de l'agressivité vis-à-vis du fœtus est contenue par l'investissement narcissique et le processus de l'idéalisation. Cependant, l'agressivité trouve des voies alternatives qui sont autant d'indice de tentative de maîtrise de ces pulsions hostiles. Il peut s'agir de troubles du sommeil – hypersomnie ou insomnie – des rêves d'angoisse, des inquiétudes concernant l'intégrité physique du fœtus. Mais elles peuvent aussi porter sur ses capacités à s'occuper plus tard de son nouveau-né et à devenir mère. Ces pulsions hostiles engendrent de la culpabilité mais permettent, dans un second temps, de contribuer à participer au processus de maternalité et à celui de la préoccupation maternelle primaire.

Bien qu'elle soit le plus souvent inconsciente, la haine fait partie intégrante de ce processus. Elle est aménagée de façon variable selon les femmes. Enfin, comme nous le verrons, cette haine de la femme enceinte envers le fœtus peut-être relayée par la haine de la mère pour son bébé en postnatal.

B-3-3- La femme enceinte, le bébé qu'elle a été et sa mère

Pour Pines (1972, 1982), la grossesse donne à la femme la possibilité d'élaborer le processus de séparation-individuation notamment par rapport à sa mère. L'intrication entre le somatique et le psychique réactive les expériences passées et permet une oscillation entre le soi infantile et le soi adulte. C'est cette double identification, à la fois avec sa mère et avec le fœtus qui permettra de réélaborer les expériences passées. Pines précise qu'il faut faire la distinction entre le désir de grossesse et le désir de maternité : le désir de grossesse correspondrait au besoin narcissique de prouver que le corps fonctionne comme celui de sa mère alors que dans le désir de maternité, c'est la disponibilité à s'occuper de l'enfant et à en prendre soin qui est au premier plan.

B-3-3-1- Réactivation des identifications à la mère pré-œdipienne

La grossesse renvoie la femme à l'image de sa propre mère : « *en enfantant, une femme rencontre sa propre mère, elle la devient et la prolonge.* » (Bydlowsky, 1997, p.76).

Pour Bydlowski, la maternité induit des retrouvailles avec l'objet maternel en tant que premier objet d'amour et de soins. Elle réactualise l'expérience d'avoir été soi-même porté. « *Bébé d'autrefois portant un enfant à naître et se souvenant dans son corps de ses propres émotions précoces* » (Bydlowski, 1997, p.103). L'érotisation de la grossesse va étayer l'investissement maternel futur de l'enfant (le lien ainsi créé restera actif la vie durant), et va également faire émerger le matériel archaïque des origines. Ce sont notamment les situations problématiques de femmes enceintes, qui ont permis à Bydlowski de mettre en évidence l'importance de la relation passée mère-bébé, lorsque la femme enceinte était elle-même un bébé. L'importance de cette relation précoce tient au fait qu'elle est à l'origine de l'objet interne, dont la constitution dépend des soins maternels. Sécurisants et secourables, ils permettront la constitution d'un bon objet interne. À l'inverse, des soins insuffisants, intrusifs ou discordants entraîneront un objet interne peu fiable ou menaçant. Or, selon Bydlowski, la qualité de l'objet interne a une place prépondérante car il influence le vécu de la grossesse de la femme enceinte et le lien à l'enfant. « *L'état de grossesse est la période de la vie où l'objet interne prend une figuration ; mieux, il a un volume, celui du ventre qui s'arrondit, du fœtus qui pousse inexorablement de l'intérieur* » (Bydlowski, 1997, p.100). Pour les femmes avec un objet interne non fiable et menaçant, la grossesse pourrait encore plus fragiliser l'équilibre narcissique déjà précaire et réactiver des

agonies primitives telles que Winnicott (1975) les a définies et être à l'origine d'une crainte d'un effondrement psychique.

Les travaux de Bydlowski renforcent l'hypothèse de la place sensible qu'occupe la mère de la femme enceinte dans le temps de la grossesse lors de laquelle, on assiste à un travail en simultané des trois figures. La figure de sa propre mère, du bébé qu'elle a été et de son bébé à venir. Nous avons vu avec Bydlowski, les effets de la force des premières interactions mère-bébé sur le vécu de la grossesse de la femme enceinte.

Selon Missonnier, la grossesse n'est pas seulement caractérisée par les « *réminiscences du classique archaïque* », mais aussi par celles plus en amont « *l'archaïque de l'archaïque* ». Ces réminiscences renvoient à la réédition des « *énigmatiques traces sensorielles prénatales et [du] roman utérin construit après coup* » et « *une résurgence de la conflictualité de la dialectique première contenu/contenant* » (Missonnier, 2009, p.51-52). La réactivation de l'archaïque de l'archaïque induit le retour de la « *mère archaïque de la contenance première* », celle « *qui a le droit de vie ou de mort sur ses habitants, règne en maîtresse sur ce terrain* » (Missonnier, 2009, p.51). Le retour de ces fantasmes et angoisses archaïques peuvent réanimer les craintes enfantines pré-œdipiennes, tels que Klein les a décrits : rétorsion de la part de l'objet maternel et notamment, craintes de destruction du fœtus. Selon Missonnier, trois types d'identifications ont lieu chez la femme enceinte durant sa grossesse : « *à son fœtus (qu'elle nomme « bébé » ou un autre surnom issu de son jardin secret, d'un prénom « prémédité* ») ; *à elle-même comme ex-fœtus dans l'utérus de sa mère ; à sa propre mère utérine* » (Missonnier, 2009, p.196).

B-3-3-2- Réactivation des identifications à la mère œdipienne

Nous venons de voir que la grossesse est parcourue de mouvements identificatoires en lien avec la période pré-œdipienne. Elle est tout autant traversée par ceux de la période œdipienne. Rappelons que, en accord avec la théorie freudienne, l'une des significations associées à l'enfant intra-utérin est celle d'un substitut phallique. L'enfant à venir peut alors être le représentant de pénis ardemment désiré de la période œdipienne et permet la réalisation du vœu œdipien. La réactivation de la problématique œdipienne va influencer de façon spécifique les remaniements identificatoires de la grossesse, car la femme enceinte est alors confrontée à la rivalité œdipienne, aux pulsions hostiles, aux fantasmes destructeurs et angoisses de perte d'amour de l'objet maternel. Le travail identificatoire est en lien étroit avec la qualité des identifications secondaires issues du conflit œdipien et qui ont été remaniées à l'adolescence.

La qualité de ces identifications dépend de la possibilité d'avoir pu renoncer à l'objet d'amour œdipien. Car l'identification secondaire (qui consiste, dans le versant positif du complexe d'Œdipe pour la fille, à l'identification à l'objet d'amour du père : la mère) est issue de ce renoncement. En devenant mère, la femme enceinte occupe la place de sa rivale œdipienne. Ce phénomène peut être à la source d'une intense culpabilité œdipienne et de résurgence de fantasmes de rétorsion de la part de l'objet maternel en représailles, pour avoir osé souhaiter occuper sa place qui lui était jusque-là réservée. Il peut être à l'origine d'émergence d'angoisse de castration (malformation, perte du fœtus), des angoisses de perte d'amour de l'objet maternel. Le vécu de ses résurgences sera conditionné par la possibilité, pour la femme enceinte, de pouvoir aménager son ambivalence avec l'imgo maternelle, aménagement qui sera lui-même conditionné par le vécu de la rivalité expérimentée dans la situation œdipienne. D'autre part, l'intensité des angoisses de rétorsion varie en fonction de l'autorisation donnée par la mère à sa fille de pouvoir occuper une place de mère. L'accès au statut de mère sera conditionné par l'autorisation donnée par la mère à sa fille, ce statut de mère doit être enviable par la fille, accessible et partageable. Mais aussi, il faut que l'ambivalence à l'égard de l'objet maternel soit négociable. La grossesse est une période d'aménagement spécifique de l'ambivalence, d'autant plus complexe qu'elle induit une résurgence de craintes, à un moment durant lequel la femme a besoin de s'appuyer sur une bonne imgo maternelle afin de soutenir ses remaniements identificatoires.

Selon Bydlowski, deux étapes doivent être franchies pour que la mère puisse s'appuyer sur une imgo maternelle suffisamment bonne. Premièrement, il est nécessaire que la rivalité œdipienne mère fille soit suspendue le temps de la grossesse. La femme enceinte doit pouvoir s'identifier à une mère suffisamment faible, à l'opposé de la représentation de la mère œdipienne : « *pour que sa propre mère devienne un mythe narcissisant de soi-même, il faut pouvoir se la représenter faible, vaincue, perdante, aimée parce que faible, à l'inverse des représentations adolescentes de mères toute-puissantes restées actives et indépassables chez bien des femmes infertiles* » (Bydlowski, 1997, p.167). Selon l'auteure, « *cette étape d'identification à une mère suffisamment faible est nécessaire pour pouvoir recevoir en cadeau l'enfant qui vient sceller la dette liant les deux femmes, la fille à la mère, et qui les enchaîne au travers des générations* » (Ibid., p.171). Puis, la seconde étape est l'idéalisation de la figure maternelle. Selon Bydlowski, le processus d'idéalisation de sa propre mère est nécessaire au bon déroulement de sa grossesse. La grand-mère maternelle occupe une place que nulle autre femme n'a. « *La grand-mère maternelle représente cet arrière-plan, réel ou virtuel, sur laquelle la future mère va pouvoir s'appuyer par nécessité* » (Ibid., p.171). Selon l'auteure, la seule femme à qui la mère pourrait

confier son enfant « *sans arrière-pensée* » est sa propre mère idéalisée. Cette idéalisation maternelle et une relation de confiance lors de la grossesse peuvent être constatées alors même que les relations mère-fille dans le passé étaient conflictuelles. La relation fantasmatique et réelle de la femme enceinte avec sa propre mère est primordiale, car elle permet à la femme enceinte de s'identifier à une « *bonne imago maternelle* ». L'idéalisation s'arrêtant au moment de la naissance, il n'est pas rare de voir ressurgir des conflits avec l'imago maternelle. Ce qui apparaît central pour Bydlowski lors de la grossesse, ce sont les retrouvailles avec l'objet maternel, en tant que premier objet d'amour. Ainsi comme le souligne Chabert, si l'enfant, héritier du conflit œdipien peut incarner le motif de rupture et de perte d'amour de la mère, il peut tout autant contribuer à la pérennité du lien avec elle. Toujours selon Chabert (2003), la relation, quel que soit le degré d'intensité de la haine à son égard, sera toujours maintenue. Bydlowski fait référence au tableau représentant sainte-Anne veillant sur Marie et sur l'enfant. Racamier (1979) a, lui aussi, souligné l'importance de l'identification pré-œdipienne et œdipienne de la femme à sa mère. Ainsi, il écrit : « *la relation de la mère avec son enfant, autant et plus que toute relation, se déroule dans sa réalité concrète sur la toile de fond des relations internes ou des images intériorisées [...]. Ces images prises, repoussées, reprises et remaniées comme des galets par la mer au gré des poussées instinctuelles, viennent se projeter sur la représentation que la femme se fait maintenant de la mère qu'elle est et de l'enfant qu'elle a.* » (Racamier, 1979, p.195). Cette métaphore des galets est représentative de l'aspect mouvant des identifications de la nouvelle mère à sa propre mère. Tantôt intégrés, tantôt rejetés, ces mouvements identificatoires signent la nécessité d'avoir une souplesse psychique durant cette période. Cette souplesse sera une des conditions du déploiement de ces processus.

B-4- La fin de la grossesse : derniers remaniements psychiques avant la naissance

L'approche de la fin de la grossesse nécessite, de nouveau, chez la future mère, des capacités de remaniements psychiques considérables. Comme nous l'avons vu, la future mère est dans un état psychique particulier qui lui permet de se préparer à la rencontre de son bébé, et de s'ajuster à ses besoins. Ses capacités psychiques seront encore mises à l'épreuve avec la réactivation plus ou moins intenses de la problématique de la perte. Cette perte la concerne personnellement, puisqu'elle doit s'engager dans un travail de séparation avec les bénéfices

phalliques de l'état de grossesse : sentiment de plénitude et représentations phalliques de soi associés au corps enceint. Sur un autre plan, la naissance vient acter définitivement le changement d'identité : le passage du statut de fille à celui de mère. À ce propos, Cramer et Palacio-Espasa (1993) ont proposé le terme de « *deuil développemental* » pour désigner la perte du statut d'enfant dans la prise de fonction parentale. Si selon les auteurs, ce deuil est caractéristique de la période du post-partum, d'autres auteurs, tels que Bydlowski et Missonnier considèrent qu'il a lieu au cours de la grossesse. D'autre part, l'approche de l'accouchement peut induire une émergence d'angoisse de castration, qui peut être vécu comme une perte d'une partie de soi (Bydlowski, 1997) ou alors porté sur l'enfant, en tant que fruit de la transgression incestueuse, qui risquerait d'être mal formé, voire mort-né. La rencontre imminente avec le nouveau-né peut faire ressurgir le fantasme œdipien d'avoir pris l'enfant de sa mère. L'enfant né prendrait les traits d'un monstre venu venger sa mère à qui il a été dérobé (Soulé, 1983). Les angoisses peuvent être plus archaïques, renvoyant aux fantasmes de rétorsion de la part de la mère archaïque pour avoir souhaité détruire le corps de la mère (Klein, 1932). Comme l'écrit Missonnier « *Cette perspective de « vidage » destructeur de l'intérieur de son corps réanime les craintes enfantines préœdipiennes les plus anciennes où le fœtus, organes, fèces, urine, sont confondus dans un dedans dont la perte est annihilante* » (Missonnier, 2009,p.196).

Sur le plan objectal, elle doit progressivement se préparer à la séparation corporelle avec son fœtus, et donc renoncer à la relation fusionnelle entretenue avec lui. De cette situation, peut émerger un conflit entre désir de rétention (refus de renoncer à l'unité mère-fœtus) et un désir d'expulsion.

La fin de la grossesse est marquée par l'incertitude (Missonnier, 2009). Car en effet, dans cet ensemble flou, la future mère n'a aucune prise, que cela soit sur le moment et les circonstances de son accouchement, sur ses capacités à s'occuper de son bébé et sur son bébé en général.

B-5- Synthèse

La grossesse, par ses changements corporels et ses remaniements psychiques multiples, narcissiques et objectaux incontournables, qui sont, on le sait, un préalable à la rencontre mère-bébé, n'en reste pas moins une crise psychique et maturative dans le développement psychoaffectif de la femme. C'est une période de grande vulnérabilité. Ne dit-on pas tomber

enceinte ? Cette expression « tomber enceinte » si proche de celle de « tomber malade », ou de « tomber amoureux » suppose l'expérience d'une perte d'équilibre voire d'une chute. Les troubles psychopathologiques de la grossesse sont nombreux et rappellent que cette période nécessite toute l'attention de l'entourage. Avant d'aborder cette dimension primordiale, attardons-nous sur les enjeux du post-partum, des événements de l'accouchement, de la naissance, de la rencontre mère-bébé.

C) L'accouchement

L'accouchement, est le phénomène d'expulsion du nouveau-né, qui fait référence à la fin du processus de la grossesse, à la séparation des corps de la femme et de son fœtus, et qui signe la naissance. L'accouchement est, la plupart du temps, redouté par les femmes enceintes. Sur le plan de la réalité, il peut engendrer de la douleur physique et reste, malgré de grandes avancées médicales, une menace pour l'intégrité physique de la femme qui accouche, voire même un risque de mort pour elle mais aussi pour l'enfant à naître. ² Dans sa dimension psychique, l'accouchement convoque à nouveau des capacités psychiques singulières chez la femme, et spécifiquement pour faire face à la problématique de la perte. Car l'accouchement est une situation dans laquelle elle est confrontée à la perte de la maîtrise de son corps et à la séparation physique du bébé qu'elle a porté pendant 9 mois. Freud (1926) souligne à ce propos, que, selon l'équation enfant=pénis, l'accouchement qui vient acter la séparation avec l'enfant, peut être considéré comme une castration. L'accouchement est donc une situation qui contraint simultanément la parturiente à la perte et à la passivité. La rupture de la naissance et la rencontre dans la réalité ou l'imaginaire, d'un danger vital peut avoir un impact traumatique pour la mère et pour l'enfant (Rank, 1924, Benedek, 1956 ; Racamier, 1979 ; Houzel, 1991 ; Bydlowski, 1997). Chez les femmes qui auraient fortement investi leur grossesse dans une dimension phallique, il est assez fréquent d'observer un mouvement dépressif, témoignant d'une difficulté à dépasser cette problématique de perte (Bydlowski, 1997). L'impact du traumatisme est amorti grâce à la relation anaclitique qui se développe entre la mère et son bébé et qui permet que se prolonge le régime narcissique prénatal (Racamier, 1979).

² Dans un rapport daté de 2010, l'OMS répertorie 500 000 femmes qui meurent en accouchant. En France 1/6900

L'accouchement vient donc acter la séparation des corps et propulse la femme nouvellement mère et son bébé dans une nouvelle aventure : la rencontre de la femme avec elle-même en tant que mère. Et la rencontre de la femme avec son bébé.

D) Le post-partum

« De nombreuses femmes disent maladroitement, et parfois longtemps après, comment elles sont devenues mères, la violence présente dans la naissance, et comment il a fallu un travail, plus ou moins immédiat, parfois long et douloureux, pour que ça prenne nom et figure humaine, pour que des fantasmes reprenant cours après un temps de suspens viennent apprivoiser quelque chose qui tient de l'impensable. » (Bouchart-Godart, 1979, p.162)

« Il faut se rendre compte du caractère bouleversant de l'arrivée d'un bébé dans l'organisation psychique des parents. Il s'agit réellement d'une révolution dont on ne trouve pas l'équivalent à d'autres étapes de la vie, ce qui légitime le concept de néo-formation, ou de nouvelle organisation. » (Cramer et Palacio-Espasa, 1993, p.36-37)

D-1- Le postpartum immédiat, chaos et no man's land

Ces citations sont représentatives du temps si spécial du post-partum immédiat et des enjeux. Il est un temps suspendu dans lequel se condense des enjeux narcissiques et objectaux considérables multiples et intriqués. La nouvelle mère est toujours en proie aux remaniements psychiques et processus identificatoires qui ont débutés lors de la grossesse (identifications de la femme à son bébé en passant par celui qu'elle a été ou croit avoir été et la convocation des identifications aux imagos parentales et plus particulièrement maternels), est traversée par un courant inédit : le courant maternel. Simultanément, la nouvelle mère doit se remettre de son accouchement sur le plan physique et psychique, rencontrer son bébé et lui offrir les conditions optimales pour lui assurer la survie. Et enfin, dans un même temps, elle doit faire face à des réaménagements nécessaires au niveau conjugal et familial car, l'arrivée du bébé a aussi impacté l'économie psychique du couple et de la famille.

Pour ces raisons, certains auteurs ont associé le temps du post-partum à la représentation du chaos, un *no mans's land* (Rochette, 2009). Ce chaos est représentatif de tous les enjeux auxquels la mère est exposée et auxquels elle doit faire face simultanément.

Dans les cultures traditionnelles, le temps du post-partum immédiat renvoie à un temps de « *marge et de réclusion* » qui correspond à la période des quarante jours. Rochette-Guglielmi (2012) considère que ces quarante premiers jours, « *dans leurs composantes fantasmatiques, biophysiques, culturelles et sociétales, marquent ce saut qualitatif de l'enfantement biologique à la naissance psychique tant pour la mère que pour le nouveau-né* ». (Rochette-Guglielmi, 2012, p.23)

D-1-1- Le courant maternel et la censure de l'amante

La rencontre d'une mère avec son bébé est une situation anthropologique fondamentale (Laplanche, 2002). Lorsque la femme devient mère, un nouveau courant érotique émerge : le courant maternel. Celui-ci apparaît dans les soins qu'elle dispense à son bébé (caresses, massages, baisers...) et notamment via l'allaitement. Braunschweig et Fain, (1975) ont souligné la valence érotique des investissements *libidinaux* dirigés vers l'enfant. Selon ces auteurs, le courant maternel peut être source de conflit psychique pour la mère. Ils proposent de nommer ce phénomène : « la censure de l'amante », la mère est distinguée en une « mère du jour » qui veille aux soins de son bébé et en « mère de nuit » qui redevient l'amante de son partenaire. Cette alternance du féminin maternel et féminin érotique a été soulignée par Guignard (1999) qui considère que l'investissement du maternel et celui du féminin ne peuvent fonctionner simultanément. Parat (1999), à travers son travail sur l'allaitement, propose d'envisager non pas une alternance mais la coexistence des courants et de leurs investissements respectifs, l'un pouvant être prévalent sur l'autre. Son travail sur l'allaitement a permis de mettre en évidence le conflit entre le maternel et le féminin. Certaines femmes sont parfois dans l'impossibilité voire le refus de se vivre à la fois comme mère et comme amante : « *d'avoir un corps nourricier et un corps désirable, désirant* » (Parat, 2006, p.131). L'opposition sein nourricier et sein érotique est selon l'auteure, une défense contre la reviviscence des désirs œdipiens de la femme et de la tentation incestueuse. La relation conjugale maintenue permettrait à la femme qui allaite de trouver un équilibre entre courant tendre et érotique lors de l'allaitement.

Cramer et Palacio Espasa (1993) démontrent que cet investissement érotique n'est pas sans risque, il consisterait dans une menace « *de réalisation possible de l'inceste, l'enfant étant investi comme partenaire sexuel et comme équivalent du père (ou de la mère) du parent. Les inhibitions de contact physique et de l'allaitement avec le bébé signent souvent l'angoisse attenante à la réalisation incestueuse* ». (Cramer et Palacio Espasa, 1993, p.38).

D-1-2- Atteintes narcissiques

Nous avons vu précédemment, que les événements de la grossesse et l'accouchement ont soumis la femme à des vécus de passivité et de perte. En donnant la vie, la femme s'expose à des atteintes narcissiques importantes, notamment physiques : un corps qui se transforme, qui passe du plein au vide, un corps qui a pu être mutilé durant l'accouchement et qui doit être réparé, des seins qui se gorgent de lait et qui peuvent être douloureux. De nombreuses femmes expriment ce sentiment de perte de maîtrise, d'un corps qui ne leur appartient plus. Le corps se transforme, il mue, elles perdent une peau pour en trouver une autre. Comme à l'adolescence, c'est un corps qui échappe à la maîtrise et qui doit être réapproprié. La confrontation de la femme avec sa nouvelle identité de mère et un corps qui lui échappe sont autant de facteurs qui peuvent favoriser un vacillement identitaire particulièrement intense. Ces expériences peuvent contribuer à l'émergence d'angoisses d'effondrement, des sentiments d'irréalité et de dépersonnalisation. Ces changements corporels sont en lien avec la vie qu'elle a donnée et qu'elle doit désormais assurer. Son corps devient alors l'objet privilégié des pulsions et des besoins de son bébé. Cette dévotion particulière peut être à l'origine d'un sentiment d'asservissement qui comme le soulignent Cramer et Palacio-Espasa (1993) peut être interprété comme une marque d'infériorité féminine.

Selon Cramer et Palacio-Espasa, ce qui va permettre à la mère de supporter ces atteintes, est la relation qui émerge entre elle et son bébé. Cette relation n'est pas immédiate, elle passe nécessairement par une étape particulièrement sensible : la rencontre du bébé réel.

D-1-3- La rencontre avec le nouveau-né

« Voir un enfant nouveau-né..., l'entendre, le toucher, le porter...émeut le corps, bouleverse le cœur, sidère d'une étrange manière. Les mots défailent à supporter cette expérience, comme à en rendre compte. Cela surgit, envahit, dépossède : cela rend caducs les repères habituels.

[...] On tente de reconstruire une histoire, on en fait un moment de désarroi, de grande excitation, où la fête et la misère se mêleraient. Quelque chose y est mort. Un mouvement intense a jailli dans l'enfant et dans l'adulte. Ils pleurent. » (Anne Bouchart-Godart, 1979, p.161).

D-1-3-1- L'inquiétante étrangeté

Comme le souligne Bouchart-Godard (1979), la rencontre entre une femme et son bébé est un bouleversement émotionnel. Cette rencontre n'est ni évidente ni immédiate. Nous avons déjà évoqué le sentiment d'étrangeté auquel la mère doit faire face durant la grossesse. Ce sentiment est intense au moment de la rencontre avec l'enfant réel. L'inquiétante étrangeté est une dimension fréquente, pour ne pas dire intrinsèque de la rencontre. C'est le temps de la découverte et la recherche des traits de ressemblance qui rassurent et qui permettent aux parents d'inscrire leur enfant dans leur lignée (Soulé, 1983 ; Ciccone, 1999). Or c'est un double processus qui opère. Les parents reconnaissent leur enfant via l'identification de traits communs et en même temps doivent être capables de reconnaître leur enfant comme un autre différent. Le travail psychique réalisé par la nouvelle mère pour rencontrer son nouveau-né dans la réalité consiste à renoncer aux représentations idéalisées qu'elle avait projetées sur son enfant durant la grossesse et même avant. Or, comme le souligne Golse (2004) une femme peut rester, encore quelques semaines après la naissance de son enfant, dans ses rêves de grossesse, rêvant encore de l'enfant imaginaire qu'elle a porté.

D-1-3-2- De l'enfant imaginaire à l'enfant réel

Les rêveries maternelles de la grossesse sont, selon Boukobza, « *un tissu fantasmatique, servant de toile de fond à la première rencontre. Mais l'enfant réel viendra se surimposer avec force sur cette toile de fond.* » (Boukobza, 2010, p. 1288). Si de nombreuses mères rapportent un amour immédiat avec leur bébé, pour d'autres, cette rencontre n'est pas une « évidence ». Comme le rappelle Boukobza, le bébé peut ne pas correspondre à ce que la mère avait imaginé. La rencontre mère-bébé est également dépendante des conditions d'accouchement. Par exemple, un accouchement difficile et angoissant peut conduire la mère à se détourner transitoirement de son bébé.

Selon Bydlowski, en se séparant de ses rêves de grossesse et de l'enfant imaginaire, la femme se confronte à la déception. Car comme l'écrit Bydlowski, « si « désirer c'est se représenter l'objet manquant par excellence », aucun objet réel, fût-ce un enfant, ne peut venir satisfaire cette représentation idéale. À peine né, l'enfant réel est décevant » (Bydlowski, 1997, p.86). Un des témoins de cette déception est l'existence d'un désir d'un deuxième enfant alors que la femme vient juste d'accoucher. En d'autre terme, la rencontre du bébé réel est consubstantielle de l'expérience de la déception. En revanche, l'intensité dépend de la mère elle-même, de la rêverie sur l'objet du bébé et du bébé réel. Selon Parat (2006), le degré d'investissement de l'enfant réel et la capacité de pouvoir l'investir différemment que comme *appendice narcissique* comblant est conditionné par la résolution, au moins partielle de son complexe de castration. Même si la déception est consubstantielle de la rencontre, elle favorise la reconnaissance de l'enfant réel et un espace propre à lui pour grandir.

Certains auteurs font le rapprochement entre ce travail de séparation de l'idéal qui a façonné le bébé imaginaire et l'émergence du blues post-natal. Car la séparation induit un travail de perte. Toutefois, même si ce travail est inhérent à la rencontre, il peut être à l'origine d'une difficulté, voire d'une entrave à l'investissement *libidinal*.

C-4-1-3-3- La dynamique projective au service de l'émergence du lien

Selon Cramer et Palacio-Espasa, une des manières de rendre le bébé familier est de recourir à la dynamique projective. Voici ce qu'ils écrivent : « Pour « identifier » l'étranger qu'est le bébé, les parents lui attribuent des intentions et des caractéristiques, à la faveur d'une inflation projective si intense qu'elle pourrait passer pour une idée délirante [...]. » (Cramer et Palacio-Espasa, 1993, p.37). Les projections sur l'enfant visent à donner du sens à un être insolite « qui exige d'être « interprété » pour pouvoir être investi » (Cramer et Palacio-Espasa, 1993, p.374). Cette dynamique projective puise dans les représentations préconscientes et inconscientes qui habitent les parents et projette sur l'enfant leurs imagos infantiles. En revêtant l'identification avec leurs propres parents, les aspects infantiles sont projetés sur l'enfant : « Si ces projections concernent des parties haïes, clivées, l'enfant va être ressenti comme un ennemi ou un prédateur. » (Cramer et Palacio-Espasa, 1993, p.37). D'autre part, les auteurs considèrent les projections du post-partum comme un processus de liaison. En effet, la dynamique projective permet à la mère, à travers son bébé, de renouer avec ses objets infantiles perdus et d'autre part, elle permet une mise en relation de la mère avec sa réalité psychique. Le bébé, en tant qu'écran

projectif, favorise pour la mère la mise en scène de la relation à ses objets internes. Ce phénomène est d'ailleurs susceptible de favoriser un réaménagement de ses relations à ses objets internes. La valence positive ou négative des projections parentales sur l'objet du bébé aura des répercussions sur les relations parents-bébé. Selon les auteurs, le bébé a aussi un rôle actif dans la dynamique projective de ses parents. Il est susceptible de matérialiser les scénarii fantasmatiques de ses parents et ainsi de confirmer leurs fantasmes. Le bébé qui correspond aux fantasmes parentaux, peut avoir un impact pathogène et favoriser une pathologie interactionnelle. Si le bébé est difficile dans la réalité, les parents peuvent ressentir un vif sentiment d'échec, d'incapacité et être à l'origine d'émergence de pulsions agressives. À l'inverse, un bébé gratifiant pour les parents peut être une source de réassurance pour les parents, la relation étaye alors les réaménagements des investissements *libidinaux* dirigés vers l'enfant, ainsi que l'acceptation de le rencontrer dans son altérité. Les relations mère-bébé et leurs achoppements sont dus à cette dynamique projective. Enfin, même si l'enfant sera toujours porteur des projections parentales, l'intensité de ces projections décroît à mesure du temps et favorise la rencontre de leur enfant dans son altérité.

En reprenant l'héritage de Lacan et de Dolto, Mannoni a montré comment l'enfant était pris dans le fantasme parental, ce qu'elle a nommé : le discours familial » (Mannoni, 1969). L'enfant, avant même sa conception est objet de rêveries dans lesquelles la mère lui assigne une place qui est fonction de ses propres manques. Ainsi, l'enfant né reçoit un héritage fantasmatique qui, en fonction de sa valence (positive ou négative) favorisera son développement ou au contraire risquera de l'entraver. Comme le souligne Boukobza le nouveau-né peut avoir la charge de « *remplacer le frère mort, l'oncle fou enfermé à l'hôpital psychiatrique ou le petit garçon que le père de la mère aurait rêvé d'avoir. Il faudra qu'elle puisse exprimer sa propre souffrance de n'avoir pas pu sauver son petit frère de la noyade, de n'avoir pas pu délivrer sa propre mère de la souffrance d'avoir un frère malade mental, ou son père de celle de n'avoir pas eu de fils, pour que son enfant soit soulagé du poids qu'il portait sans que personne le sache.* » (Boukobza, 2009, p.221).

D-1-3-3- Le bébé immature et sa mère

Le bébé humain est propulsé dans un nouvel environnement comme un cosmonaute projeté dans l'espace sans combinaison, comme le décrivait Bick. Cet état particulier d'extrême vulnérabilité a été mis en évidence par Freud (1895) qui a postulé que le bébé était dans les

premiers temps de sa vie dans un état de détresse (*Hilflosigkeit*). Cet état de détresse nécessite la présence d'un autre pour satisfaire ses besoins et assurer sa survie. Dans la théorie freudienne, c'est autre en tant que personne qui le nourrit et répond à ses besoins immédiats est la mère du bébé. À la suite, Klein (1935, 1940, 1946) a été l'une des premières à souligner l'importance des relations à l'objet réel dans le développement de la psyché. Selon elle, le bébé dispose d'un Moi capable d'investir des objets extérieurs. En conceptualisant la position schizo-paranoïde et dépressive, elle découvre le rôle des expériences dans la réalité, bonnes et mauvaises, sur l'émergence de fantasmes et d'angoisses chez le bébé.

Les nombreux travaux post-kleiniens sur le rôle et la fonction maternels ont ouvert à une compréhension plus fine. Selon ces auteurs, c'est la mère, comme objet externe qui est le premier appui au bébé et qui est l'agent de son développement physique et psychique.

D-1-3-3-1- La préoccupation maternelle primaire

La préoccupation maternelle primaire, qui s'était développée durant la grossesse, est un état d'hypersensibilité qui permet à la mère de s'identifier consciemment et inconsciemment à son bébé. Cet état d'hypersensibilité lui permet ainsi de « *s'adapter aux tout premiers besoins du petit enfant avec délicatesse et sensibilité* » (Winnicott, 1956, p. 288) à travers le mécanisme prédominant de l'identification (Riand, 2012). Ces conditions permettent à la mère d'apporter sur le plan psychique et sur le plan de la réalité, les conditions essentielles de la survie de son bébé. Winnicott a proposé le terme de « *holding* » (le maintien), pour décrire ce processus d'identification au bébé. La mère doit pouvoir s'identifier à son bébé pour savoir ce qu'il éprouve : identifier les signes de faim, de fatigue, de malaise et d'inconfort et d'avoir des capacités pour y répondre. Le *holding* est dans un premier temps constitué d'une série d'actes physiques, le *handling* qui comprend l'ensemble des soins quotidiens (alimentation, soins du corps...). En répondant de manière adaptée et immédiate dans les premiers moments, le bébé pense qu'il est l'objet de ses satisfactions, il est dans l'illusion d'omnipotence. Cette expérience d'illusion d'omnipotence est essentielle car elle œuvre à la construction du sentiment continu d'exister et le développement du narcissisme primaire. Puis progressivement, les réponses maternelles s'espacent et l'enfant fait l'expérience de la frustration. Il comprend que l'agent de ses satisfactions est sa mère. De l'état de dépendance absolue, il rentre dans une dépendance relative. Ces expériences de frustration progressive ouvrent le bébé à l'autre. Elles conditionnent la prise de conscience par le bébé qu'il y a un Moi et un non-Moi. Elles

participent à l'émergence et l'intégration du Self. En espaçant ses réponses, la mère permet au bébé de faire l'expérience de la solitude en présence d'un autre et intériorise progressivement l'appui offert par la mère. Ce soutien intériorisé permet de rendre la solitude tolérable au bébé et contribue à la capacité d'être seul.

Selon Cramer et Palacio Espasa (1993), la préoccupation maternelle primaire est « *une des mutations les plus radicales et éprouvantes pour ce que l'on peut appeler l'équilibre psychique (c') est le déclenchement de cette extraordinaire sollicitude pour un autre [...]. Cette altérité forcenée n'est pas que l'effet d'une angoisse fantasmatique (angoisse d'un danger de mort qui provoquerait la sollicitude pour le bébé) ; elle est constamment sollicitée par la réalité des exigences du bébé* ». L'état de désaide du bébé ainsi que la sollicitude extrême et inédite peuvent être à l'origine de pulsions agressives vis-à-vis du bébé (haine, passages à l'acte...) que nous développerons ultérieurement.

D-1-3-3-2- La rêverie maternelle

Le rôle central de la mère auprès de son bébé a été également mis en exergue par les travaux de Bion qui a développé une théorie sur l'ontogénèse de la psyché du bébé. Lors de ses toutes premières expériences sensorielles et relationnelles, le bébé est exposé à des éprouvés corporels extrêmement archaïques, des vivances émotionnelles qui sont chaotiques et sans sens : les éléments bêta (β). Ce sont des préconceptions. Pour donner sens à ses préconceptions, le bébé va s'appuyer sur le psychisme maternel. Il va projeter ces éléments bêta dans le psychisme maternel. La mère prête alors à son bébé son propre « appareil à penser les pensées ». Cela permet de traduire les éléments archaïques en éléments assimilables par le bébé et à les intégrer à son propre fonctionnement psychique : les éléments alpha (α). Le processus de traduction qui consiste à remanier, détoxifier et transformer les éléments bêta en éléments alpha est permis par la fonction alpha du psychisme maternel ou « capacité de rêverie maternelle ». Cette fonction alpha est essentielle car elle est à l'origine de l'émergence de la vie psychique du bébé. Ce type de relation a été conceptualisé sous le terme : relation contenant/contenu, le contenant est l'objet externe et le contenu, les projections que le contenant contient. L'objet contenant a aussi la fonction de transformer les angoisses primitives : des angoisses d'anéantissement. Si l'objet contenant ne transforme pas les projections du bébé, celui-ci peut être submergé par des angoisses d'anéantissement voire une « terreur sans nom » (Bion, 1962). La relation contenant-contenu et la fonction contenante ont été développées sur la base des travaux de Klein et

notamment de l'identification projective : « *De cette théorie (celle de l'identification projective), je tirerai pour m'en servir comme modèle, l'idée d'un contenant dans lequel un objet est projeté et l'idée d'un objet qui peut être projeté dans le contenant, objet que je désignerai du terme de contenu.* » (Bion, 1962, p110). La relation contenant-contenu de Bion est dynamique. Il s'agit non pas simplement d'un dépôt dans l'objet contenant maternel des éléments archaïques du bébé, mais d'une transformation, dans la dyade mère-bébé, d'éprouvés inassimilables psychiquement qui deviennent des expériences mentalisables. Ces expériences mentalisables sont nécessairement dans la relation avec un autre. Voici l'exemple que Bion donne pour illustrer son propos : *le petit enfant souffre des affres de la faim et de la peur de mourir, il est tiraillé par la culpabilité et l'angoisse et, poussé par l'avidité, il se salit et il pleure. La mère le prend dans ses bras et le console, et le petit enfant finit par s'endormir.* » (Bion, 1963, p.11). Kaës (1979) a par la suite proposé de distinguer deux aspects dans la fonction contenante : le premier aspect est le contenant, il assure l'évacuation et le deuxième aspect correspond à la transformation des éléments évacués en éléments psychiquement assimilables : c'est l'aspect « conteneur ». Ces deux aspects sont inséparables et fonctionnent simultanément. La relation contenant-contenu s'étaye sur les fonctions corporelles.

D-1-3-3-3- la fonction réflexive

La fonction réflexive, notion développée par Fonagy & Target (1997), est proche de la notion de mentalisation décrite dans la littérature psychanalytique et en lien avec la théorie de l'esprit (Bursztejn & Gras-Vincendon, 2001). La capacité réflexive regroupe un ensemble de capacités qui s'est développée à travers la qualité des relations interpersonnelles et qui a pour but et fonction d'améliorer le partage et la communication avec autrui de sa propre expérience (Guedeney, Guedeney & Fonagy, 2015). La fonction réflexive renvoie à la capacité de percevoir, de penser, d'interpréter et de mettre en sens les états mentaux de soi et d'autrui, ses propres attitudes et comportements ainsi que ceux des autres par le biais d'une perception et d'une compréhension de ses propres états émotionnels et ceux d'autrui. Elle permet de faire émerger des modèles internes de compréhension de la réalité des actions, des pensées et des sentiments de soi et d'autrui. Cette capacité permet d'anticiper et de gérer les relations avec autrui. Elle soutient les processus de différenciation entre soi et l'autre. Il s'agit donc d'une dimension essentielle de la communication intersubjective. Le développement de la fonction

réflexive se réalise dans les interactions précoces et notamment dans les échanges et interactions entre le bébé et ses figures privilégiées, son père et sa mère. « *Dans une terminologie actuelle, on peut dire que l'objet maternel premier a une fonction réflexive des états psychiques du bébé, fonction réflexive dans laquelle le bébé va puiser l'expérience du développement de sa propre fonction réflexive future essentielle dans sa régulation narcissique.* » (Roussillon, 2011, p.1503). Un parent qui a une fonction réflexive bien constituée est en mesure de se représenter ses états mentaux et aussi ceux de son enfant. Il est capable d'identifier les besoins de son bébé, de mener une réflexion à la fois sur les états mentaux de ce dernier en les liant à ses expressions comportementales mais aussi d'adapter ses propres attitudes et états mentaux en observant leurs conséquences sur son enfant (Rossignol et coll., 2013).

En s'appuyant sur un certain nombre de recherche, Lacharité et Lafantaisie (2016) ont décliné les différents impacts positifs liés au développement de la fonction réflexive parentale. « *D'abord, la sensibilité parentale inhérente à la FRP (Fonction Réflexive Parentale) permettrait l'établissement d'une relation d'attachement sécuritaire entre le parent et l'enfant. Elle aiderait également l'enfant à développer ses propres capacités de mentalisation, à mettre en place des moyens d'autorégulation souples et adaptés et à construire des relations interpersonnelles satisfaisantes* (Rossignol, et coll., 2013 ; Slade, 2007 ; 2005 ; Slade et coll., 2005 ; Söderström & Skarderud, 2009). » Toujours selon Lacharité et Lafantaisie (2016), la fonction réflexive permet au parent d'appréhender l'enfant « *comme une personne unique possédant ses propres pensées, affects et intentions* (Rossignol, Puentes-Neuma, & Terradas, 2013 ; Slade, 2005 ; Söderström & Skarderud, 2009). »

D-1-3-3-4- L'expérience de la peau

Dans les suites de ces travaux, Bick (1968) a apporté un éclairage supplémentaire du rôle maternel dans le développement du bébé. Selon l'auteure, le bébé est, lors du stade primitif, incapable de rassembler ses expériences vécues en un tout cohérent et d'en faire la synthèse. Pour Bick, c'est l'expérience d'une relation intime et privilégiée qui va permettre au bébé de sentir toutes ses expériences comme rassemblées en un tout cohérent. « L'expérience de la peau » est cette relation intime et privilégiée, qui permet à l'enfant de se sentir physiquement et émotionnellement proche de sa mère, dans un peau-à-peau qui rassemble toutes les parties de sa personnalité. Cette expérience de la peau est ensuite intériorisée, sous la forme de la

représentation d'une frontière qui délimite le monde intrapsychique et le monde externe. La théorie de Bick a été très féconde. Anzieu (1985, 1987) a notamment repris cette notion de frontière pour conceptualiser sa théorie sur le « Moi-peau » puis d' « enveloppe psychique ».

D-1-3-3-5- Moi-peau et enveloppes psychiques

Les soins maternels psychiques et physiques sont essentiels dans la théorie d'Anzieu car, à travers eux, le bébé va se construire des représentations de lui-même et du monde qui l'entoure et développer des moyens de faire face à un nouvel environnement. Dans l'expérience des soins, le corps de la mère est vécu comme une surface contenant qui entoure l'enfant, l'enveloppe et le délimite et va contribuer au développement du Moi-peau et des enveloppes psychiques du bébé. *« À l'occasion de la tétée et des soins, le bébé fait une troisième expérience concomitante des deux précédentes : il est tenu dans les bras, serré contre le corps de la mère dont il sent la chaleur l'odeur et les mouvements, porté, manipulé, frotté, lavé, caressé, le tout généralement accompagné d'un bain de paroles... Ces activités conduisent progressivement l'enfant à différencier une surface comportant une face interne et une face externe, c'est-à-dire permettant la distinction du dehors et du dedans, et un volume ambiant dans lequel il se sent baigné, surface et volume qui lui apportent l'expérience d'un contenant. »* (Anzieu, 1974, p.204). Il permet l'investissement d'objets partiels puis totaux. Les soins à travers le corps à corps de l'unité maternelle-infantile offrent, via leur dialectique interactionnelle, l'expérience du dedans et du dehors. L'enveloppe maternelle doit être assez souple pour introduire un écart, un intervalle avec l'enveloppe interne du bébé afin qu'émerge un sentiment d'individuation. L'interface préfigure une séparation future et la création d'une enveloppe singulière, propre au bébé. Ainsi, le Moi-peau doit être compris comme une interface entre le dedans et le dehors, c'est une notion intermédiaire entre la métaphore et le concept qui désigne une figuration nécessaire au bébé durant les phases précoces de son développement pour qu'il puisse se représenter lui-même comme renfermant des contenus psychiques via son expérience de la surface du corps. Il correspond au moment durant lequel le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératoire. Moi psychique et Moi corporel restent confondus sur le plan figuratif.

Le Moi-peau se développe en trois étapes, dans un premier temps le bébé est animé par un « *fantasme intra-utérin* » caractérisé par la négation de la naissance et le désir d'un retour au sein maternel marqué par le narcissisme primaire. Dans un deuxième temps, le bébé se situe dans une « *interface* » qui représente la relation symbiotique et fusionnelle mère-bébé. Mère et bébé partagent une « *peau commune* ». Et enfin, la troisième étape est l'émergence d'un Moi-peau qui s'est développé sur l'intériorisation de l'interface et de l'objet maternant. La reconnaissance d'une peau différenciée entre mère et bébé permet l'émergence d'un Moi différencié. Le bébé fait alors face à des angoisses de peau arrachée, colée, meurtrie ou meurtrière. Ces fantasmes et angoisses attenantes dépassées, l'enfant acquiert un Moi-peau propre.

Selon Anzieu, le Moi enveloppe l'appareil psychique comme le Moi corporel enveloppe le corps. Ainsi, les principales fonctions de la peau se trouvent transposées dans le Moi-peau et par la suite dans le Moi pensant. Le Moi-peau assume huit fonctions dans l'appareil psychique : la maintenance des pensées, la contenance des représentations et des affects, les pare-excitations, l'enregistrement des traces de communication originaire avec l'entourage, les correspondances intersensorielles, l'individuation, le soutien de l'excitation sexuelle et enfin la recharge libidinale.

- La maintenance des pensées ou fonction de maintenance est le résultat de l'intériorisation de la fonction de holding de la mère. Le Moi-peau assure alors une structure au psychisme, à l'image de la colonne vertébrale. Selon Anzieu, cette fonction s'appuie sur l'identification primaire d'un bon objet sur lequel l'enfant peut s'étayer.

- La contenance des représentations et des affects ou la fonction contenante est inspirée des travaux de Bion (1962b) et de Kaës (1979). La fonction contenante du Moi-peau se développe à travers l'expérience du handling maternel : « *Le Moi-peau comme représentation psychique émerge des jeux entre le corps de la mère et le corps de l'enfant ainsi que des réponses apportées par la mère aux sensations et aux émotions du bébé, réponses gestuelles et vocales, car l'enveloppe sonore redouble alors l'enveloppe tactile, réponses à caractère circulaire où les écholalies et les échopraxies de l'un imitent celles de l'autre, réponses qui permettent au tout-petit d'éprouver progressivement ces sensations et ces émotions à son propre compte sans se sentir détruit.* » (Anzieu, 1985, p.124).

Il a deux aspects, un aspect passif : le contenant qui correspond au fait de recevoir des projections de l'enfant, et un aspect actif qui est la capacité de transformer ces projections de telle manière qu'elles deviennent assimilables et gérables par l'appareil psychique. « *De même que la peau enveloppe tout le corps, le Moi-peau vise à envelopper tout l'appareil psychique.*

[...] *Le Moi-peau est alors figuré comme l'écorce, le Ça pulsionnel noyau, chacun des deux termes ayant besoin l'un de l'autre.* » (Ibid.). La complémentarité de l'écorce et du noyau fonde le sentiment de la continuité du Soi. Selon Anzieu, si la fonction contenante est défaillante le sujet peut être face à deux formes d'angoisse. En cas de topographie psychique constituée d'un noyau sans écorce, il y a angoisse diffuse, permanente, non localisable, non identifiable, non apaisable. L'individu est amené à chercher une écorce substitutive qui peut être la douleur physique ou dans l'angoisse psychique : le sujet s'enveloppe dans la souffrance. Dans le deuxième cas, l'enveloppe existe mais elle est trouée, c'est le Moi-peau passoire, les pensées, les souvenirs fuient et des angoisses de vide peuvent apparaître.

- Les pare-excitations ou la fonction pare-excitation : C'est la fonction pare-excitation de Freud, le Moi-peau assure une fonction de protection qui consiste à protéger l'organisme des excitations venues du monde extérieur et qui pourraient lui nuire. C'est une barrière dynamique complexe entre le dehors et le dedans. Le Moi-peau défend le psychisme contre l'effondrement pulsionnel endogène tout en contribuant à satisfaire l'appétit d'excitation. Le Moi-pensant quant à lui défend le Moi-réalité de l'envahissement par les pensées tout en assurant la continuité de l'activité pensante.

- L'enregistrement des traces de communication originaire avec l'entourage : le Moi-peau permet l'inscription des sensations corporelles du bébé. La fonction du Moi-peau d'inscription de ses traces s'appuie sur l'environnement maternel et notamment dans la fonction maternelle de « présentation de l'objet » de Winnicott (1962). Cette fonction se développe sur deux types de supports : le biologique et le social. Au niveau biologique, une réalité des premières expériences s'inscrit sur la peau. Et au niveau social, le corps va être marqué par les références culturelles de son groupe d'appartenance (tatouages, peintures, scarifications...).

- Les correspondances intersensorielles : Le Moi-peau relie des sensations corporelles de nature différentes pour aboutir à un sens commun. « *Le Moi-peau est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et qui les fait ressortir comme figures sur ce fond originaire qu'est l'enveloppe tactile* » (Anzieu, 1985, p.127). Selon Anzieu, si la fonction d'intersensorialité (Meltzer, 1975) est défaillante, le sujet risque d'être exposé à des angoisses de morcellement et de démantèlement.

- Fonction d'individuation du Soi : « *Par son grain, sa couleur, sa texture, son odeur, la peau humaine présente des différences individuelles considérables. Celles-ci peuvent être narcissiquement, voire socialement surinvesties. Elles permettent de distinguer chez autrui les objets d'attachement et d'amour et de s'affirmer soi-même comme un individu ayant sa peau*

personnelle. » (Anzieu, 1985, p.126). Le Moi-peau apporte au sujet le sentiment d'être unique. Une défaillance de cette fonction peut entraîner un sentiment d'inquiétante étrangeté.

- Le soutien de l'excitation sexuelle : Les soins maternels vont investir libidinalement le bébé, et ces échanges se feront à travers les échanges peau à peau mère-bébé. Ces échanges sont la plupart du temps agréables et contribuent au développement de l'auto-érotisme du bébé. Les plaisirs corporels vont établir une toile de fond des plaisirs sexuels qui vont être ressentis sur la mobilisation et l'excitation de certaines zones (notamment érectiles et fines). « *Le Moi-peau remplit la fonction de surface de soutien de l'excitation sexuelle, surface sur laquelle, en cas de développement normal, des zones érogènes peuvent être localisées, la différence des sexes reconnue et leur complémentarité désirée. [...] Le Moi-peau capte sur toute sa surface l'investissement libinal et devient une enveloppe d'excitation sexuelle globale* » (Ibid.). Le soutien est essentiel dans cette situation, car si l'enfant n'a pas pu faire l'expérience d'un soutien de l'excitation sexuelle il pourra à l'âge adulte être en difficulté pour s'engager dans une relation sexuelle génitale complète. Si l'investissement de la peau est plus narcissique que libidinal, l'enveloppe narcissique risque de se substituer à l'enveloppe d'excitation. Enfin, si les expériences autour des zones d'excitations sont plus algogènes qu'érogènes, le Moi-peau troué risque de se renforcer et faire émerger des angoisses persécutives, une prédisposition aux perversions sexuelles afin de trouver non pas le plaisir mais la douleur.

- La recharge libidinale : « *À la peau comme surface de stimulation permanente du tonus sensori-moteur par les excitations externes répond la fonction du Moi-peau de recharge libidinale du fonctionnement psychique, de maintien de la tension énergétique interne et de sa répartition inégale entre les sous-systèmes psychiques.* » (Ibid., p.127). Le Moi-peau a la fonction d'assurer le maintien d'une tension énergétique interne suffisante. Si le Moi-peau n'assure pas cette fonction, la tension énergétique risque d'être soit trop intense soit pas suffisamment. Les angoisses qui en découlent sont soit : angoisse de l'explosion de l'appareil psychique sous l'effet de la surcharge de d'excitation et l'angoisse de Nirvâna, qui correspond à l'angoisse devant ce qui serait l'accomplissement du désir d'un retour à une tension à zéro.

En s'inspirant de l'appréhension de l'appareil psychique de la théorie freudienne, Anzieu propose une approche du Moi-peau en feuillets qui serait issu de l'intériorisation des expériences tactiles. Ainsi, le Moi-peau est composé d'une structure en double feuillet. Un feuillet interne qui correspond à « *l'enveloppe interne, à la surface du corps du bébé, lieu et instrument d'émission de messages* » (Ibid., p. 56) qui est tourné vers les excitations d'origine interne et/ou externe. Et l'autre feuillet, un feuillet externe issu des expériences vécues avec l'«

entourage maternant» qui est orienté vers la communication émise et reçue avec l'entourage. La conception et la consistance du Moi-peau (en fonction notamment de l'organisation psychique de l'individu) a évolué au fur et à mesure des années s'articulant progressivement avec la notion d'enveloppe. En 1990, Anzieu considère le Moi-peau composé d'un Moi-Noyau et d'une Moi-enveloppe. Le Moi-Noyau résulte de l'introjection d'un objet primordial durant les expériences de la vie d'un individu et le Moi-enveloppe assume plus globalement les fonctions du Moi-peau (*Ibid*, p. 47).

En s'appuyant sur les travaux de Freud, Bion, Bick, Tuting et Winnicott, Anzieu conceptualise la notion d'enveloppe psychique qui est un élargissement conceptuel du Moi-peau. Dans une même démarche analogique, après avoir démontré comment le Moi-peau s'étaye des expériences corporelles, Anzieu fait l'hypothèse de l'existence d'enveloppes psychiques qui s'étayeraient sur les autres modalités sensorielles. Il définit et caractérise différents types d'enveloppes : l'enveloppe sonore, l'enveloppe thermique et l'enveloppe olfactive. Lavallée (1993) proposera par la suite d'ajouter l'enveloppe visuelle. Selon Lavallée (1993), « *la mère qui est « telle un miroir vivant accueille transforme et renvoie des projections à l'infans. »* » (Lavallée, 1993, p.99)

Selon Houzel (2003), l'enveloppe psychique « *définit l'appartenance des éléments psychiques à un espace donné : espace psychique interne, espace perceptif, espace psychique d'autrui. »* (Houzel, 2003, p.62). L'enveloppe psychique ne doit pas être considérée dans une conception statique, mais dynamique car elle se construit sous l'effet des forces multiples qui l'animent de l'intérieur par les pulsions, mais aussi à travers le contact de la réalité extérieure et de ses contraintes. À la différence d'Anzieu qui ne compte que deux feuillets à l'enveloppe psychique, Houzel (1987) propose une structure en trois feuillets : la pellicule, la membrane et l'habitat et lui attribue quatre propriétés : l'orientabilité, la connexité, la compacité et l'élasticité.

D-1-3-3-6- Le pare-excitation maternel

Les travaux menés par Debray et Belot ont apporté un éclairage supplémentaire du rôle maternel dans le développement du bébé. Selon ces auteures, il existe un lien entre la défaillance du système pare-excitation maternel et l'émergence de troubles psychosomatiques du bébé (alimentation, sommeil...). Les troubles psychosomatiques du bébé « *traduisent un état de crise qui affecte le bébé ou le jeune enfant dont le système pare-excitation est en partie débordé, c'est-à-dire insuffisamment contenu dans le système pare-excitation maternel et paternel, qu'il*

s'agisse d'un état de crise transitoire ou plus durable. » (Debray, 1987, p.77).

Si le nouveau-né est doté de capacités à réguler les excitations internes et externes, il n'a pas d'appareil psychique organisé. Progressivement, ses modalités de régulation vont s'élaborer et se renforcer et le bébé deviendra en mesure d'expulser et traiter les excitations (tant internes qu'externes) dont il est la cible. Mais ce n'est pas sans compter sur son environnement et les échanges avec ses partenaires privilégiés.

Le propre système pare-excitation de la mère est engagé, et ce très précocement, dans l'accueil du bébé. Il agit et est présent dès les débuts de la grossesse. La mère est déjà là confrontée à une somme d'excitations qui souvent la submergent (angoisses, anxiétés, labilité émotionnelle allant des pleurs à la joie intense). Puis, pour Debray (1987), le rôle de pare-excitation est assimilé aux caractéristiques du système préconscient maternel, ainsi le développement psychique du bébé « se fait en étayage » sur l'organisation psychique de sa mère. [...] La possibilité que la mère a de contenir ses propres « excitations » et celles de son bébé est donc une notion essentielle à prendre en compte. Le bébé va, du fait de son immaturité, s'étayer prioritairement sur les capacités de traitement psychique maternelles et celles-ci doivent être et rester opérantes, malgré l'intensité du vécu sous-jacent. » (Belot, 2012, p.23).

D-1-3-4- Violence et agressivité dans la relation mère-bébé

« La mère hait son petit enfant dès le début » D.W. Winnicott (1947)

Les besoins intrinsèques du bébé, dus à son immaturité psychique et physique, sont immenses. Ils nécessitent de la part des parents, on l'a vu, des capacités d'adaptation considérables, une disponibilité physique et psychique quasi-totale (Athanassiou, 1999 ; Aubert-Godard, 1998 Winnicott, 1962). Selon Cramer et Palacio Espasa (1993) : « *Cette soumission aux besoins impératifs du bébé est unique. Elle impose une abnégation [...].* » (Cramer et Palacio Espasa, 1993, p.38). Cette dévotion-abnégation à un bébé « *ordinairement tyrannique* » (Ciccone, 2007, p.91) occasionnent toujours une fatigue extrême et inédite et peut-être à l'origine de débordement pulsionnel qui « *peut entraîner soit une authentique soumission masochique, soit une haine intense (voir les phobies d'impulsion si fréquentes dans le post-partum) avec crainte panique de passage à l'acte. Les ébranlements auxquels sont soumis le narcissisme et les*

défenses contre l'agression peuvent être extrêmement épuisants devenant une cause fréquente d'effondrement dépressif. » (Ibid, p.38).

Winnicott (1947) a été un des premiers auteurs à évoquer la présence de la haine chez la mère vis-à-vis de son bébé. Il a listé 17 raisons à l'origine de la haine maternelle à l'encontre du bébé que Ciccone synthétise ainsi : *« raisons qui concernent la désillusion, la blessure narcissique (le bébé n'est pas la propre conception de la mère...), la persécution, le fait que le bébé mette à l'épreuve les compétences parentales (le bébé est un être tyrannique, cruel injuste, ingrat, exigeant, omnipotent), qu'il soit frustrant (il interdit l'expression assouvie des pulsions, le commerce sexuel), etc. » (Ibid., p.84).* Ciccone (2007) ajoute que si l'enfant est l'objet de la haine c'est parce qu'il peut incarner pour les parents un rival narcissique, *« le bébé rival de l'enfance – bébé réel ou imaginaire—qui a accaparé l'attention parentale, qui a fait perdre au sujet l'amour exclusif dont il bénéficiait, ou qui est responsable du fait que le sujet n'ait jamais bénéficié d'un amour suffisant. » (Ibid., p.87).*

Selon Le Guen (1999) l'émergence de la haine maternelle à l'encontre du bébé serait liée au fait que le bébé contraint la femme à n'être rien d'autre qu'une mère et à renoncer transitoirement à abandonner ses investissements extérieurs au bébé, et notamment, ceux concernant sa vie de femme et d'amante. Même si la haine est légitime, il n'en reste pas moins qu'elle doit faire l'objet d'un travail de liaison et d'intégration au sein de l'ambivalence *« ce qui évitera pourrait-on dire, qu'elle, s'exprime de façon directe, dans des agirs meurtriers »* (Ciccone, 2007, p.89-90). Une des manières de traiter et gérer la haine est de la symboliser, via le travail de culture : les comptines, les jeux et les chansons.

La haine peut également être endiguée par le bébé lui-même. Comme l'affirme Lebovici (1983), l'enfant fait ses parents. En fonction de son tempérament, de ses sollicitations, des sourires qu'il adresse, les parents se sentiront plus ou moins gratifiés dans leurs narcissismes. Ils se sentent compétents et parents de leur enfant et sont moins en difficulté pour répondre aux besoins du bébé.

D'autre part, la haine est souvent l'objet de refoulement ou de contre-investissement, notamment par une représentation idéalisée de la maternité.

Les soins psychiques et physiques dispensés par les parents pour la survie du bébé ne sont donc pas sans difficulté et sans écueil. Leurs capacités à se soumettre aux besoins impératifs de leur bébé ainsi que leur capacité à tolérer la haine ordinaire dépendront en grande partie de leurs assises narcissiques et de leur sentiment d'avoir été aimé ou mal-aimé par leurs propres parents (Ciccone, 2007). Selon Parat, l'expression de l'ambivalence maternelle peut être entravée par le poids de l'image de la mère idéale (Parat, 2006).

Bergeret s'est intéressé à l'étiologie de la violence en général et dans les relations précoces en particulier. Il distingue « *le simple instinct naturel de violence, narcissiquement défensif (la légitime défense), avec l'agressivité, attitude générant la haine et le sadisme, qui ne constitue pas un instinct naturel mais une composante secondaire résultant de la perversisation de la libido objectale venant infiltrer la violence naturelle pour en changer radicalement le sens.* » (Bergeret, 2002, p. 131). Cette distinction est fort pertinente en clinique périnatale, car, en offrant une lecture différente des motions hostiles présentes dans la relation mère-bébé, elle permet aux cliniciens d'adopter des positions moins clivées et des thérapeutiques plus adaptées : « *Un psychanalyste ne peut que se montrer très rigoureux sur l'usage de mots qui correspondent à des attitudes humaines fort distinctes et qui doivent par voie de conséquence être entendues, gérées et prévenues selon des abords tout à fait spécifiques et non généralisables. [...] Confusions qui ne sont pas gratuites quand nous avons à nous préoccuper de thérapeutique ou de prévention des dérivés fâcheux de la violence.* » (Ibid.).

Après avoir rappelé l'étymologie du mot « violence » et son lien aux pulsions de vie et à l'« *instinct de conservation* », Bergeret démontre que la violence est avant tout une attitude réactionnelle à la menace. Dans certaines situations extrêmes, ces attitudes violentes défensives peuvent conduire à l'élimination de l'objet menaçant. « *Mais le but réel n'est nullement, en soi, de tuer l'autre. Tant que les choses en restent au registre seulement violent, ce but demeure d'ordre défensif et non pas offensif.* » (Ibid., 132). À l'inverse, l'agressivité correspond à la haine, au sadisme, à la volonté de faire mal de nuire. Ce n'est plus une réaction de défense. Dans la violence défensive, l'autre ne compte pas en tant qu'objet spécifique, il est un non-moi menaçant l'intégrité du sujet : « *comme représentant un danger pour la sécurité, aussi bien affective que physique ou sociale, du sujet.* » (Ibid.). Dans les conduites agressives, le sujet agresseur tire une jouissance à faire du mal à l'autre, sur qui le sujet agresseur a pu, par identification avoir déployé un transfert négatif : « *qui se voit clairement représenté comme la répétition, dans l'ordre réel ou symbolique, d'un personnage ayant un sens précis, à la fois érotisé et identifiable, dans l'imaginaire du sujet en proie à des conflits affectifs et effectifs du passé.* » (Ibid.). La violence défensive appartient au registre narcissique, l'autre est perçu comme un non-soi en compétition de puissance narcissique avec lui : c'est une question de « *légitime défense* », « *c'est l'autre ou moi. Tout se passe comme si le sujet ne pouvait concevoir qu'il y ait "deux places au soleil."* » (Ibid.) Dans cette situation de compétition, pour l'attention, l'amour voire la vie « *il en résulte une inévitable violence relationnelle, nécessitant la maîtrise de l'autre par la force de manière à s'en protéger, sinon l'autre, s'il profite d'une puissance*

supérieure, va du même coup persécuter le sujet qui devra chercher à se défendre par la violence, etc. » (Ibid.).

Après avoir posé les bases conceptuelles en distinguant la violence narcissique défensive de l'agressivité objectale offensive, Bergeret illustre les différentes variations de la violence et de l'agressivité dans la relation mère-bébé à travers trois situations cliniques. Si la violence première est inhérente à la relation mère-bébé, elle demeure inconsciente dans la majorité des cas. Bergeret a mis en évidence trois niveaux de difficultés rencontrées dans l'immédiat post-partum. Le premier niveau est celui de la dépression du post-partum. Bergeret a identifié que chez ces mères, *« domine un mouvement d'incertitude narcissique et qu'il existe chez la mère une crainte de ne pas être à même de gérer une situation nouvelle qui se présente comme angoissante (car elle semble inattendue) dès que l'enfant est bien présent maintenant à côté et sous la dépendance active de sa mère. Dans une situation à la fois d'exigence et de rivalité aussi vis-à-vis de la mère. Il va falloir que cette mère renonce à une partie de ses propres besoins narcissiques à elle considérés parfois comme insuffisamment comblés jusque-là. Or l'enfant va exiger qu'elle s'occupe de lui plus que d'elle-même. La mère ne peut ainsi éviter d'éprouver, de façon parfois partiellement consciente, une sorte de violence défensive tournée vers l'enfant devenu du même coup un rival narcissique vécu comme abusivement revendicateur. » (Ibid., p.134-135).* Dans cette situation, la violence est défensive, les mères ressentent plus de la honte que du plaisir à ressentir leur violence : *« Elles ont simplement honte de se sentir trop violentes devant les pressions exercées par leur besoin profond d'autoprotection. Ces mères savent très bien qu'elles n'ont aucune raison de se sentir vraiment coupables de vouloir faire du mal à leur enfant. Mais elles se mésestiment grandement dans la mesure où elles se considèrent comme tout à fait incapables de pouvoir assumer un idéal de générosité maternelle qu'elles voudraient d'autant plus atteindre qu'un tel idéal s'est vu habituellement trop valorisé dans le discours entendu dans leur entourage. » (Ibid.)* Selon Bergeret, cette situation s'arrange rapidement *« lorsque la mère se voit placée à nouveau au centre d'un environnement capable de lui apporter, au moins de façon passagère, le soutien affectif serein dont elle a vraiment besoin. » (Ibid.).*

Le second niveau est une situation dans laquelle les difficultés du premier niveau sont accentuées et aggravées. Bergeret souligne que cette situation est appelée à tort, « psychose puerpérale ». Il s'agit de femmes : *« qui se voient submergées par une prise de conscience trop vive de leurs affects défensifs violents à l'égard d'un enfant dont elles surestiment les exigences narcissiques tout en mésestimant leurs capacités d'intégrer la violence qu'elles éprouvent et dont elles ont honte. » (Ibid.).* Ces femmes peuvent demander à l'équipe de maternité ou à leur

entourage d'observer des mesures de protection à l'égard du bébé contre leur violence devenue consciente (« *Elles exigent qu'on verrouille solidement les portes et les fenêtres de leur chambre, assez vite après leur accouchement. Elles demandent qu'on enlève de leur portée les couteaux, les fourchettes et en général tous les objets qu'elles pourraient utiliser pour blesser ou tuer leur enfant.* » (*Ibid.*)). Dans cette situation encore, l'auteur indique qu'on ne peut qualifier ces comportements d'agressifs, car il n'y a pas chez ces mères de volonté de nuire. En revanche, la menace qu'elles ressentent à la présence et aux demandes de leur bébé est intense : « *Tout se passe, sur le moment, comme si de telles exigences allaient mettre en cause leur propre droit de vivre à elles. Leur propre droit de s'occuper avant tout d'elles-mêmes. Et leur liberté d'exister vraiment dans l'indépendance.* » (*Ibid.*, p.136). D'après Bergeret, les troubles s'atténuent et disparaissent progressivement, grâce à l'entourage bienveillant, et lorsque « *le courant de tendresse objectale parvient à intégrer la violence aussi vivement réveillée, et à orienter le dynamisme violent vers des fins plus positives et moins aut centrées dans la relation à l'autre et au bébé d'abord.* » (*Ibid.*). Parfois, le recours à un suivi psychothérapeutique peut être nécessaire, notamment pour recourir à une investigation plus poussée de la personnalité de la nouvelle mère.

Dans le troisième niveau, les actes prennent la place des pensées, et le cadre de la violence défensive est remplacée par une authentique agressivité. C'est le cas de la maltraitance voire de l'infanticide. Les mères de ce troisième niveau, ont fréquemment été victime de perturbations affectives importantes dans leur petite enfance (elles même en tant que bébé n'avaient pas été désirées, histoire de maltraitance familiale...).

Bergeret rappelle qu'il est nécessaire d'appréhender la violence et l'agressivité dans une perspective diachronique, en suivant l'ordre psychogénétique : « *Le courant violent, de statut narcissique, entre chez l'enfant plus précocement en activité que le courant sexuel de statut objectal. Le destin logique du courant violent (narcissique) n'est pas de s'opposer au courant sexuel (objectal) mais de s'intégrer au sein de celui-ci pour en renforcer l'efficacité. Et ceci est valable tout autant chez un enfant dès son plus jeune âge que chez un adulte. Et une mère en particulier, dans ses rapports avec son enfant.* » (*Ibid.* p. 140).

Les relations passées, archaïques (vie intra-utérine) et précoces ont, selon Bergeret une influence capitale sur l'évolution et le destin de la violence narcissique chez un sujet. Si son narcissisme de base est bien constitué, une mère pourra déployer « *une capacité amoureuse oblatrice lorsque la violence narcissique (libido narcissique) aura pu se mettre au service de la libido sexuelle.* » (*Ibid.*). À l'inverse, si son narcissisme est mal constitué, « *la violence va tenter de récupérer à son profit tout ce qu'elle pourra de libido objectale pour donner naissance à*

l'agressivité. Il ne s'agira plus alors de simplement défendre la personnalité sans tenir compte des intérêts essentiels d'un autre (qui compte assez peu en fait), mais de prendre plaisir à attaquer un « autre », nettement identifié maintenant, en rappel projectif de conflits et de traumatismes du passé. Et pas simplement du passé œdipien. Ce « passé » pouvant remonter aux premiers moments de l'enfance... et même à plus précocement encore... ». (Ibid.)

D-1-4- Dynamique conjugale et familiale à l'arrivée d'un bébé

D-1-4-1- Le couple, de la conjugalité à la parentalité

Pour le couple, la transition à la parentalité entraîne un bouleversement de la dynamique relationnelle conjugale dans laquelle vont devoir s'articuler de façon inédite les places de conjoints, d'amants et de parents. Un réaménagement du lien conjugal sera alors nécessaire. Comme l'écrit Gueguen : *« la crise conjugale dans la période périnatale se nourrit des conflits intimes rejoués au niveau parental et de la réactivation des éléments conscients et inconscients mis en commun au moment de la fondation du couple. La crise conjugale du devenir parent réinterroge donc l'origine du couple, les modalités du choix du conjoint et ses aménagements défensifs. »* (Gueguen, 2017).

L'enjeu est de taille, puisqu'une nouvelle entité doit émerger : le couple parental. Or cette émergence va mobiliser les dialectiques féminin-masculin / maternel-paternel. Comment le couple conjugal va-t-il arriver à négocier cette transformation ? Quel impact aura sur le couple conjugal et érotique la confrontation aux nouvelles identités et fonctions maternelles-paternelles de chacun des parents ?

Le remaniement identitaire du couple devenant parent constitue un bouleversement en ce qui concerne la bisexualité psychique, le travail du féminin et du masculin de chacun. Il s'agit d'une épreuve pour le couple qui doit faire face à un véritable ré-examen du contrat conjugal : *« Le couple peut passer par des temps douloureux de crise et d'incompréhension : car les partenaires font l'expérience radicale de la différence des sexes lorsqu'arrive le premier enfant »* (Payen, 2008, p. 79).

Une autre des causes qui rend cette métamorphose difficile se situe dans le fait que lorsque le couple conjugal devient famille et il passe de deux à trois. L'enfant est l'élément qui inaugure

la triade (Green, 1983), et la triade réédite la situation œdipienne, avec le risque qu'un des parents se sente exclu. La construction des liens parent-bébé « *risque de heurter la dynamique du couple conjugal, celui résultant des liens d'alliance, qui est le véritable organisateur de l'ensemble familial (Eiguer, 1993).* » (Mellier, 2015, p.49).

D'après Cramer et Palacio Espasa, « *Il faut se rendre compte du caractère bouleversant de l'arrivée d'un bébé dans l'organisation psychique des parents. Il s'agit réellement d'une révolution dont on ne trouve pas l'équivalent à d'autres étapes de la vie, ce qui légitime le concept de néo-formation, ou de nouvelle organisation.* » (Cramer et Palacio-Espasa, 1993, p.36-37). Selon Aubert-Godard (1998), la naissance est une épreuve traumatique qui soumet père, mère et bébé à ce qu'elle nomme un « *étrange désordre* » qui expose les parents à des menaces de vacillements identitaires et à d'intenses remaniements psychiques.

Les jeunes parents doivent de manière simultanée, sur les plans intrapsychique et intersubjectif, devenir père et mère, se construire en tant que couple parental et aller à la rencontre de leur bébé et ce, tout en préservant leur couple conjugal. Ce qui pour certains couples se révèle être une épreuve voire même, être à l'origine d'une séparation (Boisson et Verjus, 2004). Selon Geberowicz et Barroux (2005), 20 à 25% des couples se séparent quelques mois après la naissance de leur enfant.

Selon de nombreux auteurs, la transition du couple à la parentalité est globalement caractérisée par une baisse de la satisfaction conjugale (Belsky et coll., 1983 ; Belsky & Isabella, 1985 ; Frascarolo et coll., 2009 ; Lawrens et coll., 2008 ; Shapiro et coll., 2000). Cette détérioration des relations conjugales peut être liée à une diminution des échanges positifs entre les partenaires et à une augmentation des conflits (Cowan & Cowan ; 1992, 1995), liées aux attentes déçues, aux difficultés dans la répartition des tâches et des rôles, des problèmes de communication (par exemple sur leurs manières de gérer les conflits). Tous ces facteurs risquent d'accroître la baisse de la satisfaction qui peut se cristalliser en conflit installé (Belsky & Isabella, 1985 ; Gottman, 1979). La capacité des partenaires à communiquer sur leurs difficultés, leurs insatisfactions avant la naissance de leur enfant tendent à maintenir ces qualités après la naissance (Heinicke & Guthrie, 1996). Dans leur étude, Shapiro et coll. (2000), ont mis en évidence que l'affection, la tendresse et l'admiration réciproquement exprimées par les conjoints sont liées à l'évolution de la satisfaction des couples après la naissance du bébé. Les femmes qui ont été, au moment de la transition à la parentalité, l'objet de la tendresse et de la

chaleur affective de leur mari ont une satisfaction conjugale qui ne baisse pas. À l'inverse, les femmes qui ont été la cible de critiques de la part de leur mari ont présenté une baisse de la satisfaction conjugale. Ainsi l'affection, la tendresse et l'admiration sont des éléments qui soudent le couple lors de l'accès à la parentalité (Buehlman et coll., 1992). Giampino (2006) insiste sur l'importance du regard du conjoint sur l'autre au moment du devenir parent « *car c'est aussi dans le rapport de couple que se valide une bonne image de soi en tant que mère ou père, à travers ce qu'on lit dans le regard de l'autre* » (Giampino, 2006, p. 8).

Ajoutons encore que pour Gottman (1993), la satisfaction conjugale est liée à la balance entre les affects négatifs et positifs échangés au sein du couple. Dans les couples heureux, les affects négatifs sont compensés par une quantité cinq fois supérieure d'affects positifs.

Comme l'indique Frascarolo et coll. (2009) « *Les remaniements qu'implique la naissance d'un premier enfant ne sont pas abordés de la même manière par tous les couples. Certains couples vont privilégier le parental, parfois au détriment du co-parental, d'autres mettront l'accent sur le co-parental, peut-être au détriment du conjugal, etc. On peut faire l'hypothèse que ces choix, et la congruence des priorités choisies par les conjoints ont des retombées sur la satisfaction conjugale* » (Frascarolo et coll., 2009, p. 214).

Dans leur article, Favez et coll. (2003) soulignent que, si globalement tous les couples font face à une baisse de leur satisfaction conjugale, la transition à la parentalité peut être une crise désorganisant alors que pour d'autres elle est dépassée sans trop de heurts. Il existe donc des ressources, des facteurs de protection tels que « *les représentations que les parents ont de leur propres parents (Main et Goldwyn, 1984) ou de l'enfant à venir (Stern, 1995 ; Zeanah et al. , 1993). La qualité des interactions dyadiques entre parents, maritales (les parents dans leur rôle de conjoint, voir Gottman et Katz, 1989) ou coparentales (le soutien réciproque que les parents se donnent dans leurs interventions à l'égard de l'enfant, voir McHale et Fivaz-Depeursinge, 1999).* » (Favez et coll., 2003, p. 71).

Mellier a distingué deux formes d'évolution possible dans le devenir couple après la naissance du bébé. Dans les situations de *parentalité blessée*³, le conjoint peut servir d'étayage au parent

³ Parentalité blessée : « *quand le parent n'arrive pas à suffisamment établir des expériences de liens, réciproques, avec son bébé. Cet état résulte en partie d'une confusion, d'un télescopage, chez le parent d'une part entre son bébé « interne », celui fantasmatique issu de son histoire, et la réalité psychique de son bébé, dans sa « vraie » vie, d'autre part entre « son parent interne », la représentation de ses parents, et la réalité de son devenir parent*

blessé, être un réconfort « *si celui-ci peut soutenir une identification à cette blessure, sans risque pour lui, et une co-parentalité peut se créer* » (Mellier, 2015, p.50). Dans la deuxième forme, le développement de la parentalité menace le couple conjugal, et au-delà la structure familiale ou utilise celui-ci à ses fins.

D-1-4-2- La famille élargie

Du point de vue du groupe, lorsqu'un enfant naît, c'est toute une famille qui naît également. La naissance d'un nouveau-né vient modifier les places de chacun, oblige les avancées dans l'ordre générationnel et questionne les identités individuelles et groupales familiales (Cramer et Palacio Espasa, 1993). Les enjeux liés à la transmission transgénérationnelle mettent également à l'épreuve les forces psychiques des membres de la famille. La naissance d'un bébé ouvre au renouveau familial (Carel, 2007) et une crise familiale (Darchis, 2005). Les « cartes » sont redistribuées : identités, places, fonctions sont remaniées : « *Les contrats, pactes et alliances entre toutes ces personnes se trouvent mis à l'épreuve* » (Mellier, 2015, p. 13). En s'appuyant sur les travaux de Meltzer (2004) sur la géographie de l'image du corps, Mellier propose l'expression de « *géographie familiale* » pour rendre compte des mouvements dynamiques intersubjectifs : « *Dans le temps psychique de la périnatalité les espaces psychiques, individuels et groupaux, sont en mouvements, en ré-articulation et en reconfiguration* ». (Mellier, 2015, p. 14). Par le concept de « *travail de nativité* », Carel (2007) a mis en évidence le nécessaire travail « après-coup » qui doit se réaliser : la naissance du bébé réveille l'infantile de chaque membre de la famille, réactive l'ensemble des enjeux générationnels de la transmission : « *Le travail de nativité ainsi rendu nécessaire va aboutir dans le meilleur des cas à une « renaissance », à des transformations affectant les sujets, leurs liens et l'ensemble familial, en métissant l'ancien et le nouveau.* » (Mellier, 2015, p. 16).

Or, la naissance constitue un risque pour l'ensemble des membres de la famille. Selon Mellier et Rochette (2007) la période du post-partum « *contient à la fois un fort potentiel(ré)organisateur pour chacun mais aussi des facteurs de risque importants du point de vue de chaque sujet et de l'ensemble du groupe familial. Les difficultés précoces liées à la*

actuellement. » (Mellier, 2015, p. 48). « *Les blessures liées à la « parentalité blessée » auront d'autant plus de répercussion sur les relations conjugales qu'elles se manifestent sous formes d'anxiétés diffuses, primitives, non reconnues.* » (Mellier, 2015, p. 50).

néoténie, à l'inorganisation psychique du nouveau-né, à la rencontre de cet archaïque par les parents peuvent prendre des formes transitoires et spontanément résolues dans l'issue d'une crise développementale maturative. Mais elle peut aussi venir obérer la naissance psychique du bébé et le processus de parentalité, entraver les premiers liens. La naissance d'un bébé par l'excès des charges pulsionnelles, par l'enjeu de la transmission de la vie psychique entre les générations, peut mettre à l'épreuve le pare-excitation du sujet et celui de la psyché familiale, entraînant un traumatisme ou « une traumatose familiale » (Carel [6-7]). » (Mellier et Rochette, 2007, p. 82). La naissance expose la famille à un « risque d'implosion » car « c'est bien de l'intérieur de ce système, que des tensions, un "vide", peuvent aspirer les identités des uns et des autres et mettre en souffrances les liens constitutifs de l'ensemble » (Mellier, 2015, p.17).

Certains auteurs ont tenté de décrire les spécificités intersubjectives de la crise de l'accès à la parentalité.

Molénat (1992) a proposé l'expression de « *remue-ménage intérieur* » pour décrire le bouleversement de l'ensemble de l'homéostasie intersubjective. Selon Riand (2010), la crise périnatale est bien une crise plurielle : elle est à la fois psychique et intersubjective. Pour rendre compte de la dimension groupale de cette crise, l'auteur a proposé d'élargir la notion de transparence psychique (Bydlowski, 1991) au couple et à la famille. Il désigne ainsi la transparence psychique intersubjective se caractérisant par « *le retour, au moment de l'arrivée d'un enfant, non seulement de l'histoire intime (Bydlowski, 1997) et culturelle (Moro, 1998 ; Moro, Riand, & Plard, 2010) du sujet, mais également de l'histoire conjugale et familiale* » (Riand, 2010, p. 102).

Selon Rougeul (2004), les grands parents vont pouvoir reprendre des éléments de leur histoire avec leurs enfants et « *Ce qui va être une manière de « réparer » ce qu'ils peuvent avoir l'impression d'avoir manqué.* » (Rougeul, 2004, p.372). La naissance d'un petit-enfant peut être à l'origine d'un changement positif dans les relations familiales, notamment parce qu'elle ouvre une possibilité de résoudre d'anciens conflits : « *Dans la plupart des familles, devenir grand-parent entraîne une détente des liens intra-familiaux. [...] Les reproches adolescents concernant tout ce qui a été mal fait, ce qui n'a pas été ou mal donné, s'apaisent. [...] Quand la fille devient mère, elle aura une attitude de plus grande compréhension par rapport à sa mère.* » (Ibid.).

D-1-5- Crise périnatale, intrapsychique, individuelle et groupale, intersubjective

La crise périnatale opère à plusieurs niveaux : au niveau individuel, conjugal, triadique et familial.

Selon Kaës, ces différents niveaux de crise ne se réalisent pas séparément. Ils fonctionnent les uns par rapport aux autres : « *La crise qu'est la mise au monde n'est pas seulement la crise inaugurale pour le nouveau-né, c'est aussi la reprise de cette crise par la mère. Et cette double crise est exemplaire en ceci : des systèmes en crise sont susceptibles de fonctionner l'un par rapport à l'autre comme des systèmes de résolution ; la crise du nouveau-né trouve « dans la mère » les régulations supplétives qui lui sont nécessaires, jusqu'à ce qu'elles viennent à manquer. Mais aussi la mère trouve dans son bébé – et dans son groupe – les objets et les régulations nécessaires : jusqu'à ce qu'ils viennent à manquer.* » (Kaës, 1980, p.256). Nous relevons ici la dimension intersubjective de la crise inhérente de la transition à la parentalité.

La crise périnatale est la plupart du temps transitoire et maturative mais peut dans certaines situations évoluer vers des troubles psychiques plus ou moins sévères. Comme l'écrit Presme « *Cette « crise » psychique inévitable est un temps de déséquilibre et de changement à la recherche d'une résolution. Au mieux, même parfois au prix d'une certaine souffrance, la crise devient maturative vers un nouvel équilibre constructif individuel et familial ; ou bien elle désorganise, ouvre des failles contenues jusqu'alors et expose au risque de « se perdre » vers des troubles du post-partum ou révélés par le post-partum.* » (Presme, 2012, p.169).

E) Vulnérabilité intrinsèque de la maternité et psychopathologie du péripartum

Nous l'avons vu, le devenir mère convoque nécessairement un ensemble de processus dynamiques, multiples et intriqués, tant intrapsychiques qu'intersubjectifs.

Devenir mère constitue une véritable crise maturative qui la rend particulièrement vulnérable. Une crise est définie ainsi : « *Situation de trouble, due à une rupture d'équilibre et dont l'issue est déterminante pour l'individu* » (Centre Nationale de ressources textuelles et lexicales).

Nous pourrions reprendre ici la métaphore de Bick pour illustrer cette vulnérabilité intrinsèque de la maternité chez la femme qui devient mère : la femme devenant mère est propulsée dans un nouvel environnement comme un cosmonaute projeté dans l'espace sans combinaison.

Cet état de vulnérabilité est à son apogée au moment de l'immédiat post-partum et est la plupart du temps transitoire. C'est le baby-blues, dépression légère et passagère. Relativement fréquent puisqu'il touche 30 à 80% des accouchées, le blues du post-partum ou baby-blues est un syndrome non pathologique caractérisé par une labilité émotionnelle allant des pleurs à l'euphorie brève, d'irritabilité, d'anxiété. Souvent associé à des sentiments d'incompétence, d'incapacité à faire face, d'inquiétudes et d'être délaissée. Il apparaît entre le 3^{ème} et le 5^{ème} jour du post-partum et il est spontanément résolutif et disparaît vers le 9^{ème} ou 10^{ème} jour. Le blues du post-partum est considéré comme un processus adaptatif qui permet à la mère d'acquérir une sensibilité et une réactivité particulière à l'égard du nouveau-né (Bydlowski et coll., 2014). Il participe à l'établissement du lien mère-enfant. Il est relié à la préoccupation maternelle primaire de Winnicott : « *l'un des dispositifs biologiques qui aident à la terminaison de la grossesse, et qui permettent la mise en relation, la présentation réciproque des compétences de la mère et celles de l'enfant* » (Guedeney, Bungener, & Widlocher, 1993, p.351). Si l'intensité des signes perdure au-delà de 15 jours, cela témoigne d'une évolution vers un trouble dépressif.

Dans certaines situations, cet état de vulnérabilité s'installe dans le temps, s'aggrave et fait le lit d'une psychopathologie maternelle dont la dépression et l'anxiété sont les manifestations les plus fréquentes. Dépression et anxiété apparaissent souvent conjointement et sont souvent sous-diagnostiquées, car l'évènement de la grossesse et de la naissance ne sont pas compatibles avec des manifestations de souffrance psychique.

Rappelons que le risque de voir survenir un trouble dans le temps du peri-partum ne dépend jamais exclusivement de la période périnatale mais dépend également des facteurs de vulnérabilité personnelle et/ou environnementale.

E-1- Les troubles prénataux

E-1-1- La dépression prénatale

10 à 20% des femmes durant leur grossesse souffrent de dépression anténatale. En fonction du trimestre de la grossesse, sa prévalence varie : au premier trimestre, 7,4 % des femmes présenteraient des symptômes dépressifs, contre 12,8 % au deuxième et 12 % au troisième trimestre. (Bennett et coll., 2004 ; Gaugue-Finot et coll., 2010)

La symptomatologie n'est pas spécifique de la grossesse, si ce n'est la culpabilité centrée sur le fœtus et le sentiment d'incapacité concernant la maternité. Dans sa forme majeure, elle est dominée par une intense tristesse souvent douloureuse, une difficulté à tirer du plaisir d'activités quotidiennes et de la grossesse en elle-même. La future mère est irritable, hostile, agressive spécifiquement envers les proches. La vie sociale, familiale et professionnelle est souvent altérée. La libido est diminuée, des troubles alimentaires et du sommeil sont souvent au premier plan.

La dépression prénatale est peu identifiée du fait de la ressemblance entre certains symptômes de la dépression et les maux classiques de la grossesse (par exemple les troubles du sommeil ou la fatigue), et de ce fait pourrait être souvent sous-estimée.

Notons qu'une femme présentant des signes de dépression en pré-partum à plus de risque de développer une dépression du post-partum. (Felice et coll., 2004)

Dans leur méta-analyse Robertson et coll. (2004) ont démontré qu'un faible soutien social, des troubles psychiatriques, des conditions socioéconomiques difficiles et des événements de vie négatifs sont fréquemment liés à la dépression prénatale. L'existence d'éventuels troubles psychopathologiques avant la grossesse et l'histoire de chaque femme modulent ces variables psychosociales (Fericelli, 2009). Ross et coll. (2004) ont proposé un modèle biopsychosocial suggérant que la dépression prénatale pourrait résulter de l'interaction entre facteurs biologiques (concentration hormonale) et psychologiques (événements de vie stressants, manque de support social).

Enfin, les femmes primipares sont plus à risque que les multipares (Gaugue-Finot et coll., 2010).

E-1-2- L'anxiété prénatale

En ce qui concerne l'anxiété anténatale, les études rapportent des taux allant de 12 % à 59 % pendant la grossesse (Faisal-Cury et Menezes, 2007 ; Skari et coll., 2002).

Ce trouble se définit par des inquiétudes démesurées qui se transforment en angoisses à propos des modifications corporelles, des futures compétences maternelles et sur le fœtus puis le bébé (peur qu'il meurt, qu'il s'étouffe, voire que la mère elle-même étouffe son bébé..). Ces angoisses peuvent avoir une expression somatique.

L'anxiété maternelle a été mise en évidence comme un facteur de risque important pour la santé physique de la future mère et de son bébé (Nierop et coll., 2008 ; Reading, 1983).

E-1-3- Co-occurrence de la dépression et de l'anxiété prénatales

La dépression et l'anxiété prénatales sont fréquemment co-occurentes et semblent s'influencer mutuellement (Field et coll., 2006 ; Skouteris et coll., 2009). De plus, l'association entre dépression et anxiété semble, être un facteur de risque pour la dépression du post-partum (Van Bussel et coll., 2006), surtout chez les primipares. Leigh et Milgrom (2008) ont mis en évidence que l'anxiété et le faible soutien social pendant la grossesse favorisent la dépression prénatale, qui est un facteur de risque de la dépression du post-partum.

E-2- Les troubles postnataux

Le postpartum est, en comparaison du pré-partum, une période à plus haut risque. Les hospitalisations des jeunes mères sont 18 fois plus fréquentes durant le premier mois post-natal que durant la grossesse, trente-cinq fois plus lorsqu'il s'agit d'un premier enfant (Dayan, 2016 ; Paffenbarger, 1964). Le risque de décompensation délirante (psychoses puerpérales) est 22 fois supérieur aux deux années précédant la grossesse (Bregard et coll., 2006). Enfin, le "risque relatif" pour une femme d'être hospitalisée en milieu psychiatrique dans les deux ans qui suivent une naissance est de 1,6, c'est-à-dire que le risque est de 60% plus élevé que chez une

femme du même profil psychosocial mais qui n'a pas accouché dans les deux ans précédents (Kendell et coll. 1981).

E-2-1- Dépression post-natale

C'est la version pathologique du blues du post-partum par son intensité et sa durée.

La dépression post-natale est une pathologie atypique marquée par une asthénie importante, une humeur triste, une irritabilité, une anxiété s'exprimant parfois sous la forme de phobies d'impulsion. Les auto-accusations et le sentiment d'incapacité concernent la fonction maternelle et tout particulièrement les soins à donner à l'enfant et occasionnent de la culpabilité. Ces troubles sont fréquemment minimisés, voire dissimulés à l'entourage par crainte d'être jugée. C'est pourquoi ils s'expriment parfois de façon indirecte par le biais de plaintes somatiques, de craintes excessives à propos de la santé de l'enfant amenant à des consultations pédiatriques répétées. Ils peuvent encore se manifester à travers des troubles fonctionnels précoces du nourrisson (alimentation, sommeil...) des pleurs fréquents ou encore des coliques. Ils peuvent enfin être révélés par des troubles des interactions mère-bébé.

La dépression avec des caractéristiques psychotiques :

À la symptomatologie de l'épisode dépressif peut s'associer une production délirante dont le thème est centré sur le bébé (idée de substitution, d'envoûtement, d'empoisonnement,) ou sur la filiation (négation du couple, de la maternité, enfant de Dieu...). Les angoisses de mort sont massives et concernent l'enfant, la mère elle-même. Le risque de suicide et/ou d'infanticide est majeur.

Les facteurs de risques sont multiples et de mieux en mieux cernés par des études internationales. Voici les principaux repris par Tissot (2011) : des facteurs biologiques et obstétriques, liés par exemple aux complications pendant la grossesse et l'accouchement, l'histoire psychiatrique personnelle et familiale des mères, une attente idéalisée d'être parent et un support social défectueux. Les femmes atteintes de dépression post-partum rapportent un sentiment de solitude dû à un isolement et/ou un manque de soutien social.

Les différentes études s'accordent sur une prévalence s'évaluant entre 10% à 20% (O'Hara, 2001). Même s'il touche un nombre important de nouvelles mères, seuls 3% de ces dépressions sont diagnostiquées et traitées (Guédénéy, 1998).

Il est intéressant de relever que dans plusieurs pays où les rites autour de la naissance sont toujours effectifs, la dépression du postpartum est inexistante (Stern et Kruckman, 1983).

E-2-3- Anxiété post-natale

En fonction des études, le taux d'anxiété post-natale oscille entre 18% à 45% (Enatescu et coll. 2014). Notons que l'anxiété touche presque 30% des individus durant leur existence (Kessler et coll., 2005). La période post-partum est particulièrement une période à haut risque pour l'apparition d'une nouvelle anxiété et l'exacerbation des troubles anxieux existants (Ross et McLean, 2006). Les symptômes : Tensions motrices excessives : fatigue, tension musculaire, agitation, irritabilité. D'autres symptômes s'expriment somatiquement : nausées, sueurs, tremblements... (Dayan, 2016). Certains tableaux cliniques présentent alors des spécificités. Les phobies d'impulsion au cours du post-partum sont des angoisses de passage à l'acte à l'égard du bébé, qui peuvent aller jusqu'à la phobie d'infanticide. Le sujet reconnaît le caractère déraisonnable de ses pensées. Des études ont aussi mis en évidence un état de stress post-traumatique du post-partum. La prévalence est de 1 % pour la forme complète et 6 à 24 % pour la forme incomplète (Creedy et coll, 2000). Dans sa symptomatologie immédiate les signes sont : état de déréalisation, amnésie dissociative qui efface une partie des souvenirs de l'événement traumatique, une anxiété diffuse, un état de vigilance. Cette symptomatologie peut se prolonger vers un état de stress post-traumatique dont le symptôme principal sont les reviviscences de l'évènement, qui sont extrêmement pénibles du fait de leur caractère répétitif et incontrôlable. Les taux de détection et de prise en charge des femmes anxieuses sont très faibles (Lonstein, 2007).

- Les psychoses puerpérales ou psychose périnatale :

Les psychoses puerpérales, se présentent généralement sous forme d'un état délirant aigu associé à des troubles thymiques et des éléments confusionnels. Elles apparaissent brutalement,

la plupart du temps entre le 3^{ème} jour et le 14^{ème} jour après l'accouchement ; elles concernent 1 à 2 naissances pour 1000 (0,2%). Elles associent des délires centrés sur la naissance et la relation à l'enfant à un état confuso-onirique et à des troubles thymiques. Ces psychoses peuvent aussi révéler un trouble structurel plus ancien. Elles peuvent parfois se résorber en quelques semaines mais elles laissent souvent des traces qu'il s'agit de ne pas négliger.

E-3- Étiopathogénie et facteurs de risque

Certaines caractéristiques ont été identifiées comme facteurs de risques prédisposant à un trouble psychique de la grossesse et du post-partum. Il s'agit de facteurs favorisants et de situations de vulnérabilité qui ne sont pas des facteurs de causalité directe.⁴

E-3-1- Facteurs liés à une vulnérabilité psychique

– La fragilité de l'identité et les conflits psychiques liés à la grossesse ; – antécédents de carences affectives, de maltraitance, d'abus sexuels pendant l'enfance ; – antécédents personnels de troubles psychiatriques ; – antécédents familiaux de troubles psychiatriques.

E-3-2- Facteurs biologiques

Ce sont essentiellement l'ampleur et la rapidité des bouleversements endocriniens autour de l'accouchement.

E-3-3- Facteurs gynécologiques et obstétricaux

⁴ Pour une revue de littérature en français sur le sujet, voir Bastien, Braconnier et De Tychev, 1999 ; Tissot et coll. 2011 et l'article de Faure et coll. 2008

Ce sont : – la primiparité ; – l’interruption de grossesse, volontaire ou médicale ; – la suspicion de malformation anténatale ; – l’accouchement prématuré ; – l’accouchement dystocique ; – la césarienne, surtout en urgence et/ou sous anesthésie générale.

E-3-4- Facteurs psychosociaux et histoire personnelle

Ce sont : – la grossesse non désirée ; – l’âge jeune, notamment adolescence ; – la mère célibataire ; – les conflits conjugaux ; – le décès d’un enfant ; – le deuil périnatal d’une personne proche ; – les événements de vie stressants pendant la grossesse ; – l’isolement familial et social ; – la précarité socio-économique.

E-3-5- Facteurs culturels

Ils concernent particulièrement les femmes migrantes : langue, représentations culturelles et rituels différents autour de la maternité et de la naissance.

E-3-6- Facteurs liés au bébé

Quelques études se sont enfin penchées sur une variable fréquemment négligée : l’influence du tempérament et des comportements de l’enfant.

Par exemple, certains travaux ont montré que des comportements atypiques de l’enfant (et en particulier au niveau des comportements d’orientation, définis par le degré de vigilance de l’enfant et ses réponses aux stimuli visuels et auditifs animés et inanimés), une tonicité motrice plus faible, ainsi qu’un niveau d’activité et une robustesse moindres, mesurés quelques jours après la naissance à l’aide du NBAS (Brazelton, 1973), augmentent le risque d’apparition d’une dépression post-partum chez la mère, indépendamment des autres facteurs de risque du trouble (Ayissi et Hubin-Gayte, 2006 ; Field, 1997 ; Sutter-Dallay et coll., 2003).

De même, d’autres auteurs ont mis en évidence l’impact de comportements « difficiles », des pleurs excessifs ou encore des difficultés liées au sommeil sur l’émergence de symptômes

dépressifs maternels postnataux (Cutrona & Troutman, 1986 ; Dennis & Ross, 2005 ; Eastwood et coll., 2012 ; Radesky et coll., 2013 ; Vik et coll., 2009 ; Whiffen & Gotlib, 1989).

Selon différentes études, les caractéristiques du bébé ont une incidence sur l'ajustement des parents vis-à-vis de leur nouveau rôle et aux tâches et responsabilités parentales (Dulude, Belanger, & Wright, 1999). Cette adaptation, surtout lorsqu'il s'agit d'un premier enfant, peut avoir une incidence négative sur le bien-être psychologique des mères (Seguin & Cossette, 1991). Si la plupart des parents s'ajustent sans difficulté majeure, pour certains, cette période de transition constitue une épreuve qui peut évoluer vers une détresse psychologique (Milgrom et coll., 2011). L'adaptation de la nouvelle mère peut être d'autant plus complexe lorsqu'elle n'a pas d'expérience avec les nourrissons. Le manque d'expérience a en effet pu être associé à la présence d'une dépression post-natale (Fleming, Ruble, Flett, & Shaul, 1988 ; Oakley, 1980). Assumer la responsabilité du nouveau-né, répondre à ses besoins, rester disponible malgré le manque de temps pour soi et la fatigue peuvent alors accroître le risque de dépression post-natale (Cutrona, 1984 ; O'Hara, 1986).

À travers le concept de « spirale interactionnelle » Cramer (2002) a mis en évidence la présence de boucles interactives négatives entre les comportements de la mère et ceux de l'enfant et qui pouvait aboutir à une psychopathologie du lien et à la survenue d'une dépression maternelle. Ainsi, la dépression maternelle postnatale a pu être décrite comme une pathologie de l'interaction entre une mère et son bébé.

La dépression post-natale serait à appréhender dans une perspective diachronique. Elle serait symptomatique de dysfonctionnements interactifs, dus en partie à des difficultés relationnelles au sein de la dyade mère-enfant (Guedeney & Jeammet, 2001 ; Hays, 2004). Ce phénomène a d'ailleurs été mis en évidence par la diminution significative des symptômes dépressifs chez la mère suite à une prise en charge psychothérapeutique centrée sur la relation mère-enfant (Murray et coll., 1996).

E-3-7- les facteurs prédictifs

De tous ces facteurs, quatre d'entre eux ont été identifiés comme les plus robustes prédicteurs de la dépression post-partum. La méta-analyse de O'Hara et Swain (1996) réalisée sur 59

études, a rapporté les tailles d'effet suivantes : les événements de vie stressants avant la naissance de l'enfant ($d = .60$; $d = .69$ pour les événements récents) ; le soutien social ($d = -.63$; plus le soutien social était faible, plus une femme devenue mère avait un risque de développer une dépression post-partum), l'histoire psychopathologique individuelle et familiale de la mère ($d = .57$) ; la satisfaction conjugale ($d = -.13$). La taille de cet effet est discutée par les auteurs, car en fonction de la méthode celle-ci varie : lorsque la satisfaction conjugale est évaluée au moyen d'entretiens l'effet est moindre ($d = .12$) que lorsqu'elle est évaluée par auto-questionnaires ($d = -.45$).

E-4- Psychopathologies du post-partum et répercussions

Les troubles psychopathologiques de la période périnatale requièrent toute l'attention des professionnels pour être diagnostiqués notamment parce qu'ils sont un facteur de risque sur la femme elle-même, sur les interactions qu'elle tisse avec son bébé et par répercussion sur le bébé lui-même, sur son développement social, émotionnel et cognitif⁵.

E-4-1-Conséquences sur la femme devenue mère

Même si le risque suicidaire est plus faible qu'aux autres périodes de la vie des femmes il est toujours existant (Lindahl, Pearson, & Colpe, 2005). Deux rapports suggèrent que les maladies mentales maternelles seraient l'une des principales causes de décès des femmes en période périnatale avec en grande majorité des décès par suicide violent (Austin, Kildea, & Sullivan, 2007 ; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2004).

D'autre part, les risques de récurrences de la dépression post-natale sont importants avec un risque de 30 à 50% lors d'une grossesse suivante, ou à une autre période de la vie, (Agbokou et coll., 2011). Les femmes ayant présentées une dépression post-natale ont un risque deux fois plus élevé de présenter un nouvel épisode dépressif dans les 5 ans comparativement aux femmes dont le premier épisode survient à un autre moment de la vie (Cooper & Murray, 1995).

⁵ (Spitz 1946; Tronick et coll. 1978; Murray et Trevarthen 1986)

E-4-2- Conséquences sur les interactions et sur le développement de l'enfant

La dépression postnatale risque d'avoir des répercussions néfastes sur la relation mère-bébé. Les interactions sont perturbées tant au niveau qualitatif que quantitatif. Les soins sont fréquemment opératoires, réalisés sans plaisir, rigides et donc peu adaptés aux besoins manifestes du bébé. Des moments d'indisponibilité totale à l'égard du bébé, voire par exemple une intolérance aux pleurs du bébé peut alterner avec une sollicitude anxieuse démesurée. Il existe un risque réel de maltraitance du bébé par négligence grave ou sévices de la part de la mère. Et différents types de troubles ont été identifiés comme signes quant à une possible souffrance psychique du bébé : des troubles du comportement (agitation ou apathie-retrait), des troubles du développement psychomoteur, des troubles relationnels ou encore des troubles somatiques.

Les effets négatifs de la dépression post-natale sur le développement du bébé notamment émotionnel, social et cognitif de l'enfant ont été mis en évidence dans de nombreuses études (Cogill, Caplan, Alexandra, Robson, & Kumar, 1986 ; Cox et coll., 1987 ; Hay et coll., 2001 ; Milgrom & Beatrice, 2003 ; Milgrom, Ericksen, McCarthy, & Gemmill, 2006 ; Murray & Cooper, 1997 ; Murray, Cooper, Wilson, & Romaniuk, 2003 ; Sharp et coll., 1995 ; Sutter-Dallay et coll., 2011 ; Weinberg & Tronick, 1998).

Dans leur étude prospective évaluant 497 dyades mère-enfant sur 24 mois, Sutter-Dallay et coll. (2011), ont notamment montré des scores plus faibles de développement cognitif chez certains enfants de deux ans. Ces scores plus faibles s'expliquaient en partie par la persistance ou la répétition de symptômes dépressifs maternels dans le post-partum précoce.

L'étude de Murray et coll. (1999) ont repéré des inadaptations scolaires, voire de réels désordres psychoaffectifs et mentaux (troubles de l'attachement, jeux moins créatifs et plus mécaniques, scores cognitifs plus faibles) chez des enfants de mère ayant présenté une dépression postnatale.

Certaines études suggèrent toutefois que les risques induits par la dépression post-natale sont consistants qu'en présence d'autres facteurs de risque, socioéconomiques notamment, ou encore en l'absence auprès de l'enfant d'une figure substitutive pouvant assurer un minimum d'apport émotionnel de qualité (effet « tampon » possible du père) (Tissot et coll., 2011).

Les études portant sur l'anxiété périnatale ont mis en évidence des effets néfastes sur les interactions mère-bébé (Kaitz, Maytal, 2005) et sur le développement du nourrisson (Austin, 2004 ; Brouwers, Van Baar, Pop, 2001). Les attitudes de maternage des mères manifestants des troubles anxieux sont modifiés lors d'une anxiété élevée « même non pathologique » et se répercutent sur la qualité des relations mères-enfant (Hart & McMahon, 2006 ; Mertesacker et coll., 2004).

IV] Synthèse du premier chapitre

Ce premier chapitre nous a permis de mettre en évidence les enjeux multiples et intriqués du devenir mère. Nous proposons de reprendre ici les points principaux.

Le devenir mère induit obligatoirement un ensemble de processus dynamiques, multiples et intriqués, tant intrapsychiques qu'intersubjectifs et amène la femme devenant mère à une reprise consciente et inconsciente de son passé.

Nous avons vu que les processus du devenir mère s'inscrivent bien en amont dans le développement psycho-sexuel de la petite fille et imposent à la nouvelle mère de revivre les conflits infantiles des phases précédentes de son développement, les premières relations et identifications avec ses propres parents, via, notamment, les phénomènes de transparence psychique. Devenir mère c'est retrouver ou reprendre contact avec ses objets internes et plus particulièrement avec l'imgo maternelle. Nous avons vu que cette imago est déterminante dans le devenir mère. L'arrière scène psychique est particulièrement présente.

Attendre et rencontrer son bébé c'est aussi se rencontrer soi en tant que mère et induit des retrouvailles avec sa mère des premiers soins, celle qui a été à l'origine de son sentiment continu d'exister, celle par qui s'est constitué son objet interne, bon ou défaillant.

Attendre et accueillir son bébé c'est aussi retrouver le bébé qu'elle a été ou croit avoir été. Nous avons vu que ces retrouvailles ne sont pas toujours heureuses et peuvent être source d'angoisse, de culpabilité et d'agressivité.

Devenir mère c'est aussi rencontrer un autre, son bébé, supporter sa réalité et ses besoins et se mettre dans une disposition psychique et relationnelle bien spécifique pour assurer sa survie.

Devenir mère c'est aussi rencontrer le père de son bébé, celui qu'elle a connu comme amant et de construire avec lui, un couple parental tout en restant un couple conjugal. Cela se révèle être un véritable enjeu voire épreuve pour un certain nombre de parents.

Devenir mère c'est aussi rencontrer sa mère en tant que grand-mère, son père en tant que grand-père et tous les membres de la famille ainsi dotés de nouvelle identité et fonction.

Devenir mère c'est être exposée à la passivité des changements physiques, un corps qui se transforme par la grossesse, l'accouchement et qui doit se mettre au service de la survie du bébé.

Devenir mère c'est faire face à des pulsions anciennes et inédites, positives et tendres, au service de l'établissement des nouvelles relations, mère-bébé, père-bébé, père-mère, mère-bébé-père, et aussi des pulsions hostiles : rivalité, ambivalence, agressivité voire haine à l'encontre du nourrisson et du partenaire, en tant que père et en tant qu'amant. Ces pulsions hostiles sont classiques et inhérentes aux processus maternels, mais plus ou moins intenses, notamment en fonction de l'histoire singulière de chaque sujet. Celles-ci peuvent renforcer la vulnérabilité spécifique chez la mère, et peuvent occasionner de la culpabilité et de la souffrance psychique.

Pour toutes ses raisons, les exigences de la maternité et de l'immédiat post-partum constituent une véritable crise qui expose la femme devenant mère à une expérience de chaos et la rend particulièrement vulnérable. Nous avons proposé de reprendre la métaphore de Bick pour illustrer cette vulnérabilité intrinsèque de la maternité en général et de l'immédiat post-partum en particulier : la femme devenant mère est propulsée dans un nouvel environnement comme un cosmonaute projeté dans l'espace sans combinaison.

Dans l'immédiat post-partum, cet état de vulnérabilité est la plupart du temps transitoire et spécifique. Dans certaines situations, cet état de vulnérabilité s'installe dans le temps, s'aggrave et fait le lit d'une psychopathologie maternelle (dépression et anxiété post-natales) pouvant avoir des répercussions sur la femme devenue mère, sur les interactions qu'elle tisse avec son bébé et par répercussion sur le développement de celui-ci.

Enfin, nous avons vu que la crise périnatale se réalise sur différents niveaux qui fonctionnent les uns par rapport aux autres. La crise périnatale est résolument individuelle et intersubjective. Or qu'advient-il lorsqu'un des niveaux n'assume pas sa fonction de régulation supplétive ? Par exemple, lorsque le groupe familial fait défaut dans ce système de crise ?

Comment la femme, l'homme deviennent-ils mère et père, comment arrivent-ils à concilier leurs différentes identités et fonctions ? Et quels impacts peut-il y avoir sur le couple et l'émergence de la triade ? Avant de répondre à ces questions, nous allons nous intéresser aux concepts de soutien et d'étayage.

DEUXIÈME CHAPITRE : ÉTAYAGE-SOUTIEN

« *Ma vie est trop isolée (...) et il me faut de toute nécessité une famille qui m'étaie dans le monde* » Stendhal, *Chartreuse*, 1839, p. 254.

« *Seul, je ne sais ce que je serais devenu dans la défaillance entière de mes forces et de mon courage, mais Dieu, comme par précaution, a rangé autour de mon âme chancelante des amis qui la soutiennent, l'étaient, la maintiennent en elle-même avec la plus touchante sollicitude.* » Mr de Guérin, *Corresp.*, 1834, p. 162.

II En psychanalyse

A) Étayage

A-1 Définition

Le mot étayage est la traduction en français des mots allemand *sich anhehlen* et *Anhelung* qui signifient respectivement : *prendre appui sur* et *appui*. Ces termes, comme le souligne Le Guen (2008), appartiennent à la langue commune. Le terme étayage rend compte d'un phénomène d'appui d'un élément sur un autre qui lui sert de support. Nous reprendrons ici la définition du Centre National de Ressources Textuelles et Lexical (CNRTL) :

Étayage :

1- Soutenir provisoirement avec un étau, des étais. Par extension : Soutenir (quelqu'un ou quelque chose) en faisant jouer ou en jouant le rôle d'un étau. Soutenir, mettre un support, un appui à. Constituer un étau, un support à (quelqu'un ou quelque chose).

Nous comprenons que l'étayage est une relation de deux éléments asymétriques, dans laquelle un des éléments s'appuie sur l'autre et lui offre un soutien.

Étai :

Le mot étau est utilisé dans le champ lexical de la navigation : « *Gros cordage ou câble métallique servant à soutenir un mât de navire du côté de l'avant et l'empêchant de se renverser vers l'arrière.* ». Il est aussi utilisé dans le champ lexical de la construction : « *Grosse pièce de charpente en bois ou en métal dressée obliquement ou verticalement pour servir provisoirement d'appui, de support à une construction ou une partie de construction (mur, voûte, toit, etc.)* ». Par extension : *Tout ce qui sert de support, de point d'appui pour assurer l'équilibre de quelque chose. Figure littér. Aide, appui, soutien (d'ordre matériel, moral, affectif ou spirituel, etc.)*.

Nous retenons donc l'idée d'un objet essentiel, qui de manière définitive ou transitoire, offre à un autre objet les conditions de son existence et maintien. Sans étau un bateau se renverse, sans étau les fondations d'une maison s'effondrent.

B) Théorie des pulsions aux théories des relations d'objet

La notion d'étauage dans l'œuvre freudienne est principalement associée à la théorie des pulsions. Pourtant comme nous le verrons, Freud, sans utiliser explicitement le mot *étauage*, y fait référence, aux prémices de l'histoire de la psychanalyse, en 1895 dans L'Esquisse. Il est le premier à mettre en évidence le rôle d'étau de la mère auprès de son bébé. Ayant délaissé cette idée au profit de la théorie des pulsions, ce sont les psychanalystes post-freudiens qui ont mis indirectement en évidence la place centrale de l'étauage à travers les théories des relations d'objet. L'étauage dans la réalité permet la constitution des objets externes et internes, qui ont un rôle fondamental dans le développement psychoaffectif du bébé. Nous proposons ici de faire une synthèse de ces travaux.

B-1- Théorie des pulsions : étauage des pulsions sexuelles sur les pulsions d'autoconservation

La notion d'étauage (la traduction de l'allemand du mot *Anlehnung*) constitue un des points théoriques majeurs dans l'œuvre de Freud. Il y fait référence dès la première édition des Trois essais sur la théorie de la sexualité (*Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*, 1905) pour rendre

compte de la relation entre les pulsions sexuelles et les fonctions d'auto-conservation. Par ce terme, Freud a pu distinguer et décrire la relation primitive et étroite des pulsions sexuelles aux pulsions d'auto-conservation. Les pulsions sexuelles, avant de devenir autonomes, ont besoin des fonctions vitales car elles fournissent aux pulsions sexuelles une source organique, une direction et un objet. Les pulsions sexuelles s'étayaient sur les fonctions corporelles et vitales. Cette relation est visible dans l'activité orale du nourrisson. La succion du sein procure un plaisir qui n'est pas réductible à l'assouvissement pur et simple de la faim, une sorte de prime de plaisir qui s'étaye sur l'acte de s'alimenter : « [...] *la satisfaction de la zone érogène était au début étroitement associée à la satisfaction du besoin de nourriture* » (1 a). Puis, dans l'expérience de la répétition, « [...] *le besoin de répéter la satisfaction sexuelle se séparera du besoin de nutrition* » (1 b). La sexualité ne devient donc autonome que secondairement et, une fois abandonné l'objet extérieur, fonctionne sur le mode auto-érotique.

Freud reprend le terme étayage en 1905 dans le chapitre sur la « découverte de l'objet ». La genèse du choix d'objet telle que la décrit Freud, est celle-là même qu'il qualifiera plus tard de « *type de choix d'objet par étayage* » (1 d). Le choix d'objet par étayage se réalise sur le modèle d'une des personnes importantes de la petite enfance qui a assuré sa survie. Dans *Pour introduire le narcissisme* (1914), Freud distingue et oppose ce choix d'objet par étayage au choix d'objet narcissique qui s'effectue sur le modèle du moi propre. Ces deux choix d'objets coexistent chez chaque individu, dans des proportions variables. Dans le choix d'objet narcissique : on aime ce que l'on est soi-même, ce que l'on a été soi-même, ce que l'on voudrait être soi-même et la personne qui a été une partie du propre soi. Dans le choix d'objet par étayage on retrouve selon Freud, la femme qui nourrit et l'homme qui protège.

B-2- L'esquisse : étayage sur l'objet

Dès 1895, dans l'Esquisse d'une psychologie scientifique, Freud démontre indirectement la fonction d'étayage de la mère auprès de son bébé. Voici ce qu'il écrit :

« Périodiquement, l'excitation sexuelle somatique se transforme en un stimulus (Reiz) pour la vie psychique. Le groupe de représentations sexuelles présent dans la psyché se trouve approvisionné en énergie [...]. Il se produit l'état psychique de tension libidinale accompagné de la poussée (Drang) tendant à supprimer cette tension. Une telle décharge psychique n'est

possible que par la voie de ce que je désignerai comme action spécifique ou adéquate ». Or Selon Freud, « Cette sorte d'intervention exige que se produise une certaine modification à l'extérieur (par exemple apport de nourriture, proximité de l'objet sexuel), une modification qui, en tant qu' « action spécifique » ne peut s'effectuer que par des moyens déterminés. L'organisme humain, à ces stades précoces, est incapable de provoquer cette action spécifique qui ne peut être réalisée qu'avec une aide extérieure et au moment où l'attention d'une personne bien au courant se porte sur l'état de l'enfant. Ce dernier l'a alertée, du fait d'une décharge se produisant sur la voie des changements internes (par les cris de l'enfant, par exemple). La voie de décharge acquiert ainsi une fonction secondaire d'une extrême importance : celle de la compréhension mutuelle. L'impuissance originelle de l'être humain devient ainsi la source première de tous les motifs moraux » (1895b, p. 336).

Cet extrait démontre trois éléments importants. Premièrement, il met en évidence la relation d'étayage primordiale de la mère à son bébé, qui doit lui apporter les soins nécessaires pour que celui-ci retrouve un état calme et confort. Freud qualifie cette « *action spécifique* », qui n'est pas une ressource interne mais bien une aide venant de l'extérieur, la mère réelle. On comprend que cet étayage ne se joue pas sur la scène psychique, mais bien dans la réalité. Deuxièmement, Freud attribue une capacité d'adresse au bébé : « *Ce dernier l'a alertée, du fait d'une décharge se produisant sur la voie des changements internes (par les cris de l'enfant, par exemple)* ». Les cris du bébé ont une valeur de communication. Malgré et du fait de son immaturité, les mouvements du bébé et plus spécifiquement ses cris attirent l'attention d'une personne secourable sur les besoins et son état de détresse. Enfin, ce court extrait met en évidence les dispositions particulières de la mère à être attentive aux besoins de son bébé et à y répondre.

La présence d'un autre, sans qu'elle soit explicitement énoncée est bien formulée. Avant que le petit d'homme puisse trouver un apaisement par lui-même (ressources internes) il doit avoir fait l'expérience d'un étayage dans la réalité.

En outre, même si l'étayage externe est délaissé par Freud au profit de la théorie des pulsions, quelques années plus tard, il donne une place singulière aux relations intersubjectives.

En s'appuyant sur les travaux de Le Bon et de Mc Dougall mais aussi sur les travaux émergents de la sociologie, Freud soutient dans *Psychologie des foules et analyse du Moi* (1921), qu'il n'y a pas de contradiction entre psychologie individuelle et psychologie des foules. Dans la vie

psychique individuelle l'autre joue un rôle fondamental : « en tant que modèle, soutien et adversaire » (Freud cité par Dejours, 2012, p.8) « *de ce fait la psychologie individuelle est aussi d'emblée une psychologie sociale* » (Ibid). Alors que Le Bon voit dans les foules une force nocive, les sociologues repèrent dans les « *organisations des rapports sociaux une ressource essentielle à l'accroissement des solidarités, au contrôle des irrationalités singulières et à la modération des passions individuelles plutôt qu'un facteur favorisant le déchaînement de comportements de masse. En d'autres termes, ils voient dans le fonctionnement des collectifs une ressource pour le développement de la civilisation.* » (Ibid., p.9). Freud relativise les effets néfastes des foules et leur reconnaît même une influence positive sans pour autant étudier « *les conditions en fonction desquelles la foule entraîne la régression de plusieurs degrés dans l'échelle de la civilisation, ou, au contraire catalyse les géniales créations de l'esprit* » (Ibid., p.10).

Depuis une vingtaine d'années, certains auteurs ont mis en évidence les limites de la théorie des pulsions et la nécessité d'articuler celle-ci à la théorie des relations d'objet. Houzel (2003) écrit : « [...] il faut [...] que la libido dès le début de l'existence extra-utérine, soit en mesure d'investir des objets externes. Il est à cet égard surprenant qu'un clivage théorique ait eu tendance à s'installer dans la littérature psychanalytique entre les tenants de la théorie des pulsions et ceux de la théorie de la relation d'objet. La sexualité vise nécessairement un objet. » (Houzel, 2003, p. 11).

Les travaux de Freud ont permis de poser les premières pierres de la relation d'objet et des relations intersubjectives.

C) Klein, les objets internes et relations objectales

Klein (1935, 1940, 1946) a été l'une des premières à souligner l'importance des relations à l'objet réel dans le développement de la psyché. Selon elle, le bébé a dès sa naissance des capacités pour investir les objets externes. Il est dépendant de ces objets externes, car ce sont eux qui assurent sa survie physique et psychique. Ils ont la fonction de lui apporter les satisfactions pulsionnelles exigées par le corps et également de lui apporter un apaisement vis-à-vis de ses angoisses et de renforcer sa confiance. Elle fait l'hypothèse que le bébé dispose d'un Moi précoce capable d'investir des objets extérieurs. Même si les relations avec un objet

externe font partie de l'œuvre de Klein sous le terme de « *relations objectales* », l'auteure a surtout accordé un rôle déterminant aux relations d'objet interne. Ses successeurs se sont appuyés sur sa théorie pour accorder une place décisive à l'environnement et à la fonction structurante des relations d'objet réciproques des sujets.

D) Les théories des relations d'objet

Les théories des relations d'objet auraient pris réellement leur essor dans les travaux des psychanalystes britanniques. Selon Rycroft (1968), la théorie objectale est une théorie psychanalytique dans laquelle le besoin ressenti par un sujet d'établir une relation avec des objets, occupe la place centrale. Elle s'oppose à la théorie des pulsions qui se centre sur le besoin qu'éprouve le sujet de réduire la tension instinctuelle. L'expression « *relation d'objet* » met en évidence le souhait de développer « *une psychanalyse sur une conception fondamentalement sociale de la nature humaine qui donne à la dimension interpersonnelle le rôle majeur.* » (Brusset, 2005, p.20).

Nous ne traiterons pas ici de manière exhaustive l'ensemble des théories ayant contribué aux théories de la relation d'objet, mais nous concentrerons sur les auteurs principaux⁶.

D-1- Spitz, dépression anaclitique et hospitalisme

Le rôle primordial de la mère dans sa fonction d'étayage dans la réalité va être mis en évidence par les travaux de Spitz. Du fait du contexte de la guerre et des conséquences associées (séparation des familles, nombreux bébés orphelins), Spitz (1946) s'est intéressé aux conséquences des séparations mère-bébé sur le développement du bébé. Il a montré que la séparation réelle et prolongée du bébé avec sa mère avait des conséquences dramatiques sur le développement psycho-affectif de celui-ci. Le bébé, qui avait été séparé de sa mère, présentait au bout de quelques semaines à quelques mois un syndrome grave de repli relationnel, suivi d'un arrêt de l'évolution psychomotrice et parfois avec un risque léthal.

⁶ Pour une revue de la question : Brusset, B. (2007). *Psychanalyse du lien*. Paris: Presses Universitaires de France.

Ses observations sur les réactions du bébé à la perte de la mère démontrent trois phénomènes très importants. Premièrement, elles mettent en évidence que l'objet *libidinal* était déjà constitué pour le bébé. Deuxièmement, elles montrent, par les conséquences de son absence, que l'objet externe est primordial dans le développement physique et psychique du bébé. Et troisièmement, elles illustrent que, au-delà de la satisfaction de ses besoins primaires (les enfants recevaient des soins, mais de façon anonyme et sans relation privilégiée), le bébé a un besoin qui supplante les autres : le besoin affectif inscrit dans une relation privilégiée avec un adulte. L'affection de l'objet externe est un besoin vital. Le terme de « *dépression anaclitique* » met en évidence l'existence d'une détresse psychologique suite à l'absence de l'autre dans sa fonction d'étayage. Si l'objet externe vient à manquer sur une durée longue, le bébé risque de développer un syndrome d'hospitalisme et de se laisser mourir.

D-2- Bowlby et la théorie de l'attachement

À la suite de ces travaux, Bowlby remet en question la théorie freudienne de la pulsion et conceptualise la pulsion d'attachement qui a été nommée ainsi par Anzieu (1990).

D-2-1- Fondements de la théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement qui traite de la relation physique et affective avec autrui a pris racine grâce aux nombreuses rencontres et observations que Bowlby a menées avec des jeunes carencés et sur des appuis théoriques de différents courants épistémologiques. Le premier appui théorique est la psychanalyse de la société britannique. Malgré une influence majeure de la psychanalyse sur la construction de sa théorie, Bowlby, prend ses distances notamment en ce qui concerne les hypothèses explicatives de la libido et la théorie de l'étayage pour rendre compte du fonctionnement psychologique et de la nature des liens affectifs (1978 a ; 1978b ; 1984). Le deuxième appui vient de la théorie de Spitz, qui a été le premier psychanalyste à mettre en évidence, à partir de l'observation directe, les conséquences négatives des effets réels (et pas seulement fantasmatiques) de la privation maternelle chez l'enfant. Enfin, le dernier appui majeur est celui des travaux des éthologues Lorenz et Harlow qui ont mis en évidence

que par essence le lien affectif est inné chez l'être humain et indépendant du besoin de nourrissage.

La notion d'attachement de Bowlby renvoie à la fois à une composante innée et acquise. Comme l'indique Zazzo (1979), le besoin d'attachement est inné alors que l'attachement est appris. Pour Bowlby (1978 a), le sujet a un besoin primaire de s'attacher à une figure d'attachement (préférentiellement la mère). À l'inverse, le schème (le type) d'attachement qu'il développe tout au long de sa vie fait suite à un apprentissage des liens affectifs construits dans l'enfance auprès de sa figure d'attachement. L'attachement est donc constitué, d'une part, de schèmes innés qui amènent le sujet à rechercher la proximité physique et affective avec la figure d'attachement et, d'autre part, de schèmes appris qui lui permettent de s'adapter psychologiquement, émotionnellement et cognitivement aux réponses de la figure d'attachement. Le besoin primaire d'attachement est considéré comme ayant une universalité biologique (Grossmann & Grossman, 2005 ; Ijzendoorn, 1990). Selon Bowlby (1978 a), ce besoin primaire a comme fonction la survie de l'espèce et serait un héritage de l'évolution et de la sélection naturelle.

Il s'établit entre le bébé humain et l'adulte un lien d'attachement dont la fonction vise à le protéger des dangers propres à l'espèce. D'autre part, le bébé est équipé de capacités interactionnelles innées : le sourire, la vocalisation, les pleurs, le comportement d'accrochage et la succion. Celles-ci lui permettent de rechercher et maintenir le contact avec le donneur de soins (Bowlby, 1978 a). La recherche de proximité ou de l'« *accessibilité* » de la figure d'attachement correspond à une recherche de protection qui permet à l'enfant de se construire un sentiment de sécurité interne, ce que Bowlby nomme « *base de sécurité* ». Bowlby a accordé une place centrale à la dimension biologique dans la capacité de l'enfant à créer des liens d'attachement et de les maintenir grâce à une personne spécifique, le donneur de soins, qui est considérée comme « *base de sécurité* », lui permettant entre autres d'explorer son environnement et de se créer, petit à petit, une base de sécurité interne.

Le type d'attachement développé par le sujet va dépendre de deux facteurs. Le premier est la qualité de l'interaction établie avec la figure d'attachement et le deuxième facteur est la qualité des réponses apportées par la figure d'attachement aux besoins de l'enfant (Pierrehumbert et coll., 1996). En fonction de ces réponses, l'enfant va développer des stratégies (Main et coll., 1990) et des modèles de représentations (Bowlby, 1984) spécifiques d'attachement. Si la figure

d'attachement est disponible et apporte de la sécurité affective à l'enfant, alors celui-ci développera un attachement de « type sécurisant ». À l'inverse, si la figure d'attachement n'apporte pas de sécurité affective, l'enfant risquera de développer un attachement de « type insécurisant » (Bowlby, 1984).

Les expériences interactives de l'enfant avec la figure d'attachement vont participer à la construction des croyances et des représentations internes concernant la figure d'attachement et plus généralement les relations interpersonnelles (Bowlby, 1984). Grâce à la disponibilité physique de la figure d'attachement, qui correspond à un niveau comportemental, l'enfant se construit une attente confiante vis-à-vis de celle-ci (niveau des représentations). Enfin, la sécurité d'attachement va se développer grâce à une forme de représentation interne et schématique de l'environnement, lui permettant d'« *anticiper les nouvelles situations et de se corriger en permanence* ».

D-2-2- Les modèles internes opérants

En 1969, Bowlby développe la notion de modèles internes opérants (MIO). Cette notion se réfère à des « *représentations mentales qui se forment très tôt dans l'enfance, à partir de ce qui résulte de ces comportements innés, au sein de la relation avec la figure d'attachement.* » (Miljkovitch-Heredia, 1998, p.40). L'enfant développe très précocement des représentations mentales qui font référence à des modèles internes de soi, de l'autre et du monde. Selon Bowlby, la figure d'attachement joue un rôle fondamental, car les représentations de l'enfant sont en grande partie influencées par la réponse de la figure d'attachement, et à sa capacité à accepter ou refuser les besoins et demandes de contact et de rapprochement de l'enfant. En fonction de ces facteurs relationnels, l'enfant développe soit un attachement sécurisant, soit un attachement insécurisant ou anxieux. Pour Bowlby, les MIO se construisent sur la représentation que le sujet a de la disponibilité de sa figure d'attachement et donc en fonction des expériences relationnelles précoces. Les MIO sont composés de deux modèles opératoires : un « modèle de la figure d'attachement », qui est lié à la disponibilité de la figure d'attachement, et un « modèle de soi », qui est associé à l'enfant et à son sentiment d'être digne ou indigne d'être aimé par celle-ci. Ces deux modèles opératoires sont liés, car si le « modèle de la figure d'attachement » intériorisé est indisponible et rejetante, l'enfant développe « un modèle de soi » qui risque d'être indigne d'être aimé.

D-2-3- L'attachement chez l'adulte

Selon Bowlby, les modèles internes opérants de soi et des autres construits dans l'enfance sont efficaces dans les relations sociales ultérieures. La qualité des relations précoces influence considérablement le futur du sujet, puisque celles-ci vont induire les représentations que le sujet se fait de lui-même (la confiance en soi, être un sujet digne d'amour), sur sa confiance vis-à-vis de son entourage et de l'environnement qui l'entoure. Ces facteurs influencent la qualité des relations que l'adulte pourra développer, de considérer qu'il peut faire appel ou non à son environnement en situation de conflit et de difficulté. En effet, les MIO impactent la capacité à avoir des attentes de son environnement : relations interpersonnelles et sociales.

D-2-4- Les prolongements de la théorie de l'attachement

D-2-4-1- Les travaux d'Ainsworth et de Main

En s'appuyant sur les travaux théoriques de Bowlby, Ainsworth et coll. (1978) ont formalisé scientifiquement l'attachement de l'enfant avec le paradigme de la situation étrange. La situation étrange est une situation expérimentale sur la base d'une observation codifiée des réactions de l'enfant. Celui-ci est exposé, durant plusieurs séquences de 3 minutes, à des alternances de séparations et de retrouvailles avec l'adulte qui dispense les soins, ainsi qu'avec une personne inconnue, et dans un lieu qui ne lui est pas familier. La situation étrange a permis d'évaluer le niveau d'équilibre entre les comportements d'attachement et d'exploration adoptés par des enfants de 12 à 20 mois soumis à un stress modéré. En fonction des comportements observés, trois modalités d'attachement ont été répertoriées : le groupe A-attachement insécuré-évitant, le groupe B-attachement sécurisé, le groupe C-attachement insécuré ambivalent/résistant.

– le groupe A - attachement de type insécuré évitant : l'enfant ne fait pas appel à sa figure d'attachement au fur et à mesure que son stress augmente. Il ne manifeste pas de détresse émotionnelle. Il essaye de garder le contrôle dans les situations de détresse en diminuant la réactivité du système d'attachement et en réduisant ses signaux de détresse en direction de sa figure d'attachement.

– le groupe B - attachement de type sécurisé : l'enfant manifeste des capacités à faire appel à sa figure d'attachement lorsqu'il en a besoin. L'attachement sécurisé est associé

à une meilleure estime de soi et favorise les comportements d'exploration. Lors des séparations, l'enfant manifeste une forme de protestation et accueille sa mère avec plaisir au moment des retrouvailles.

– le groupe C - attachement de type insécurité ambivalent ou résistant : dans ce groupe, l'enfant exposé à la séparation manifeste de la détresse et une certaine ambivalence. Il recherche le contact et le rejette avec colère. Et il est difficile de le réconforter. Le retour et le réconfort de la mère ne diminuent pas la détresse de l'enfant. Ces enfants cherchent à attirer l'attention du donneur de soins. Les enfants du groupe C n'arrivent pas à se calmer et à explorer leur environnement (aux jouets présents dans la pièce).

Suite à leurs travaux, Main et d'autres chercheurs (Main, Kaplan, et Cassidy, 1985 ; Main et Solomon, 1986 ; Main et Weston, 1981, 1982) ont proposé d'ajouter une quatrième catégorie : les enfants désorganisés ou désorientés.

– le groupe D - attachement désorganisé ou désorienté : les enfants avec ce type d'attachement ne réagissent pas de manière caractéristique ou prévisible à la situation étrange. Dans une situation stressante, telle que la présence d'un étranger, ces enfants adoptent régulièrement des comportements désorganisés.

D-2-4-2- L'approche développementale

Ce nouvel intérêt pour l'attachement chez l'adulte a conduit à l'émergence de deux approches : l'approche développementale ((Main *et coll.*, 1985 ; Bretherton, 1985, 1990) et approche « *psychosociale* » (Hazan & Shaver, 1987 ; Bartholomew & Horowitz, 1991 ; Shaver & Mikulincer, 2002 a, 2002 b). Dans l'approche développementale, l'attachement de l'adulte s'inscrit dans la continuité de l'attachement développé dans l'enfance auprès des figures parentales. L'approche psychosociale a mis en évidence l'influence d'autres attachements : les attachements actuels spécifiques de l'adulte tels que l'attachement amoureux (romantique) (Hazan & Shaver, 1987) ou l'attachement interpersonnel (Bartholomew & Horowitz, 1991).

L'approche développementale utilise la notion de « stratégies d'attachement » et l'approche psychosociale, la notion de « *styles d'attachement* ». Ces deux notions différentes permettent d'investiguer directement le type d'attachement des sujets et de saisir de manière indirecte leurs

modèles internes opérants (Pierre Humbert *et coll.*, 1996 ; Hazan & Shaver, 1987 ; Bartholomew & Horowitz, 1991). Le « style d'attachement », notion empruntée à Ainsworth *et coll.* (1978), s'applique à l'âge adulte pour décrire les différences individuelles d'attachement (attentes, pensées, sentiments et comportements) dans les relations d'interactions actuelles de l'adulte telles que les relations amoureuses et les relations interpersonnelles. Selon les auteurs de l'approche développementale, l'adulte ne s'appuie pas uniquement sur les représentations de ses relations infantiles auprès de ses parents, mais cherche continuellement dans son environnement présent amoureux et amical de la disponibilité, du réconfort et un sentiment de sécurité (Hazan & Shaver, 1987 ; Pietromonaco & Barrett, 2000). Les M.I.O décrits par Bowlby (1984) sont réélaborés dans l'approche psychosociale, et considérés comme multiples. Ils contiennent en mémoire la diversité des relations « significatives » pour le sujet, qu'elles appartiennent au passé ou qu'elles soient actuelles (parents/enfants ; partenaires amoureux et plus globalement les relations interpersonnelles) (Pietromonaco & Barrett, 2000). Les MIO de soi et des autres constituent des modèles de représentations. Ils ont, tout au long de la vie, un rôle majeur et « opérant » dans les attentes, la perception et la considération positive ou négative des relations interpersonnelles et sociales ultérieures.

D-2-4-3- Les travaux de Bartholomew et Horowitz

Bartholomew et Horowitz (1991) en s'appuyant sur les différents travaux existants (Ainsworth et coll., 1978 ; Hazan & Shaver, 1987) et des idées de Bowlby (1984) sur la description des M.I.O, proposent d'apporter une validation empirique de la théorie de l'attachement chez l'adulte. Ils distinguent quatre styles d'attachement, en fonction du « modèle de soi » et du « modèle de l'autre ». Le modèle de soi permet d'indiquer le degré avec lequel les individus ont intégré le sens de leur propre valeur, il est assimilé au niveau d'anxiété et de dépendance expérimenté dans les relations intimes. Le modèle des autres est associé aux attentes du sujet concernant la disponibilité et le soutien de son environnement proche. Il est lié à la tendance à éviter ou à rechercher l'intimité dans les relations proches. Ces quatre styles d'attachement correspondent aux quatre combinaisons possibles du *modèle de soi* positif ou négatif et du *modèle de l'autre* positif ou négatif.

Ces quatre styles d'attachement de Bartholomew et Horowitz (1991) ont été synthétisés dans un tableau récapitulatif réalisé par Perdereau et Atger (2002) présenté ci-dessous.

Tableau 1 : Le modèle de l'attachement interpersonnel de Bartholomew et d'Horowitz (1991) inspiré des MIO de Bowlby (1984) ; (Perdereau et Atger, 2002)

Modèle de l'attachement adulte de Bartholomew (1991)	Modèle de soi positif	Modèle de soi négatif
Modèle de l'autre positif	Style d'attachement Sécure : - Bonne estime de soi - Confiance - Saine dépendance vis-à-vis d'autrui	Style d'attachement préoccupé : - Anxiété dans les relations interpersonnelles - Désir d'être approuvé par les autres - Manque de confiance - Préoccupé par les relations - Solitude
Modèle de l'autre négatif	Style d'attachement détaché : - Evite l'intimité - Manque de confiance - Valorise l'indépendance - Valorise la réussite	Style d'attachement craintif : - Faible estime de soi - Manque de confiance - Anxiété dans les relations interpersonnelles - Recherche de contact et de l'intimité - Désir d'être approuvé par les autres. - Solitude - Colère, Hostilité.

D-2-4-3-1- Le modèle de Bartholomew et d'Horowitz

- Les sujets sécures : ont un « modèle de soi » et un « modèle des autres » positifs. Ils présentent une juste dépendance, une autonomie par rapport à autrui et une estime de soi de bonne qualité. D'autre part, ils sont à l'aise dans l'intimité et ont confiance dans les autres.
- Les sujets détachés : ont un « modèle de soi » positif, mais un « modèle des autres » négatif. Ils évitent l'intimité et valorisent l'indépendance ainsi que la réussite, ont un sentiment d'invulnérabilité et manifestent peu d'intérêt pour les liens affectifs.
- Les sujets préoccupés : ont un « modèle de soi » négatif et un « modèle des autres » positif. Les relations interpersonnelles sont source d'anxiété, ils manquent de confiance en eux, cherchent à être approuvés par les autres. Ils présentent une dépendance élevée aux autres, souffrent de solitude et idéalisent autrui.

- Les sujets désorganisés (ou craintifs) : ont un « modèle de soi » et un « modèle des autres » négatifs. Ils présentent une faible estime de soi et manquent de confiance dans les autres qu'ils perçoivent comme indisponibles. Ils ont d'ailleurs peur d'être rejetés et ressentent une grande insécurité personnelle.

D-3- Winnicott et l'environnement maternel

Nous avons vu dans le chapitre précédent la place et le rôle essentiels que la mère a à l'égard de son bébé dans la théorie de Winnicott.

Nous proposons au lecteur de s'y référer pour éviter la répétition. Retenons que, pour Winnicott, la relation du bébé à un objet externe est cruciale pour son développement psycho-affectif.

Nous aimerions ici nous intéresser au terme *holding* et à sa traduction française.

D-3-1- Holding : maintien et soutien

La plupart des ouvrages qui font référence aux travaux de Winnicott utilise le terme de « *maintien* » pour traduire la notion de « *holding* ». Or, dans le livre de Davis et Wallbridge, le *holding*, est traduit par le terme de *soutien*. Dans une note des traducteurs, ils indiquent le motif de ce choix de traduction. Le terme *soutien* selon eux, renvoie « *parfaitement les connotations du verbe « to hold » et de l'expression « the holding environment » (environnement soutenant). Il désigne le soutien autant physique qu'affectif donné par la mère à l'enfant.* » (Davis et Wallbridge, 2002, p.31).

Le *holding* est ainsi traduit par le terme de *soutien*, voici sa définition : « *La capacité de la mère à s'identifier à son bébé lui permet de réaliser la fonction que Winnicott résume par le terme soutien* » (*holding*). *Le soutien est le « fondement de ce qui devient progressivement un être qui expérimente par lui-même. » »* (Davis et Wallbridge, 2002, p.94).

Par ailleurs, notons que le terme de *maintien* est utilisé dans le glossaire, mais est associé au terme de *soutien* qui est cité en première position : « *soutien, maintien (holding)* » (Davis et

Wallbridge, 2002, p.183). Voici la définition du terme *holding* dans le glossaire des concepts winnicottiens : « *Le terme désigne, au-delà du fait que l'enfant est tenu et porté par la mère, tous les moyens qui donnent un support psychique à son moi naissant. L'enfant s'appuie au départ totalement sur la présence de la mère (qui « a l'enfant à l'esprit ») et fait ainsi pratiquement partie de son fonctionnement psychique. Le soutien fourni par la mère comprend toute la routine des soins quotidiens adaptés à l'enfant et a fondamentalement un rôle de protection (la mère en tant que pare-excitations) contre les expériences qui pourraient être angoissantes ou traumatisantes. Le soutien est principalement à la base de l'intégration du moi en un tout unifié.* » (Ibid.). Cette fonction de soutien de la mère dans la réalité auprès de son bébé n'est pas sans rappeler ce que Freud a mis en évidence dans l'Esquisse (1895).

Comme le souligne Davis et Wallbridge (2002), « *Winnicott estimait particulièrement nécessaire de mettre l'accent sur la véritable nature de l'environnement concret, particulièrement au stade de la dépendance absolue* » (Davis et Wallbridge, 2002, p.83). Voici un extrait qui illustre leur propos : « *Sans environnement, il n'y a pas de survie psychique ou affective du nourrisson, sans environnement, le nourrisson ne cesserait de tomber.* » (Ibid., p.84). Le soutien n'est pas dépourvu d'affect, il est selon Winnicott « *une forme d'amour* » (Winnicott, 1960, p. 244). Enfin, comme l'indiquent Davis et Wallbridge, même si dans la théorie de Winnicott, la « *phase de soutien* » équivaut au stade de fusion ou de la dépendance absolue, le soutien du moi continue d'être un besoin de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte.

La déclaration « *Un bébé, ça n'existe pas* » résume les propos de Winnicott sur l'aspect vital du lien intersubjectif du bébé à sa mère.

Selon Winnicott, les relations intersubjectives ne se réduisent pas à la relation mère-bébé. Ses travaux mettront en évidence la place fondamentale du père et du groupe, en tant qu'objets externes contribuant au devenir mère et au développement du bébé. Nous allons développer ces points dans la partie suivante : étayage dans le devenir mère.

F) Étayage et soutien dans le devenir mère

Les travaux en psychanalyse ont dans un premier temps, démontré la fonction de l'étayage psychique de la femme devenant mère notamment via les identifications féminines et maternelles.

Nous nous intéresserons ici aux travaux sur l'étayage réel offert à la mère par son entourage dans ce processus si délicat de la maternité.

Peu d'études ont porté leur attention sur le rôle de l'étayage réel dans le devenir mère. Si le sujet est traité, il ne l'est jamais en lui-même. Nous proposons ici de faire une synthèse de ces travaux en fonction des thèmes et de leur ordre d'apparition.

F-1- Winnicott, l'entourage conjugal, familial, social

Winnicott est l'un des premiers psychanalystes à souligner la fonction protectrice de l'entourage à l'égard de la mère. Il a d'ailleurs très tôt postulé le lien entre un défaut de soutien et l'émergence de maladies puerpérales (1960). Ces travaux ont été à l'origine de nombreux développements par la suite.

Le rôle de l'entourage réel a été relevé par Winnicott qui souligne, sans le développer, que la fonction parentale est conditionnée par cet entourage réel : « *Ce que les parents peuvent apporter à la famille qu'ils sont en train de construire dépend en grande partie de leur relation générale avec des cercles plus étendus autour d'eux, avec leur contexte social immédiat.* » (Winnicott cité par Davis et Wallbridge, 2002, p.129).

Dans l'œuvre de Winnicott, le conjoint de la mère a une place particulière et centrale. Nous avons vu que lorsqu'une femme devient mère elle rentre progressivement dans une phase de repli que Winnicott nomme la *préoccupation maternelle primaire*. C'est cet état si singulier qui lui permet d'investir et de répondre aux besoins de son bébé. Or selon Winnicott, le père de l'enfant va avoir un rôle considérable dans le maintien et la protection de cet état psychique. Winnicott postule qu'un changement s'opère simultanément chez les deux parents. Par ce changement, le père devient « *l'agent protecteur qui libère la mère pour que celle-ci se consacre à son bébé* » (Ibid. p. 125). Winnicott utilise l'expression « *couverture protectrice* »

(*Ibid.*) pour rendre compte de cette fonction de soutien. Cette expression met en évidence les caractéristiques singulières de cette fonction : ce sont un enveloppement et une chaleur propices à la régression qu'exige le devenir mère et plus particulièrement la préoccupation maternelle primaire.

Ce rôle de soutien a été également mis en évidence par Soulé (1983) qui a démontré l'importance de la place du père de l'enfant et de la relation conjugale. Dans la réalité, il a un rôle important par la nature des liens qu'il noue avec l'enfant. Sur les plans de l'imaginaire et du symbolique, il apporte à la mère une aide considérable.

Stern (1997), désigne le conjoint comme « *clé de voûte* » de la matrice de soutien, notamment dans sa fonction d'encadrement et de consolidation de la dyade mère-bébé.

Les travaux de Resnik (2000), Golse (2006) et de Ciccone (2014) sur la place du père ont mis en évidence que le père, avant de séparer, favorise la rencontre mère bébé (*la fonction pont*, Ciccone).

F-2- Racamier, l'entourage conjugal, grand-maternel, médical et social

Racamier a été un des premiers psychanalystes à souligner explicitement la fonction d'étayage externe de l'entourage de la mère. Selon lui, la réussite ou l'échec du processus de maternalité est déterminé par la présence et l'étayage externe de l'entourage. L'étayage externe détermine, au même titre que les facteurs historiques (les éléments et processus intra-psychiques) le devenir de la maternalité.

Rappelons que pour cet auteur, la maternalité est une « *phase de structure psychotique* » (Racamier, 1979, p.200) qui présente « *un double aspect de crise et d'intégration des pulsions, du moi, et de l'identité personnel ou du self* » (*Ibid.*p.227). Selon lui, la crise de la maternalité est, comme toutes les phases de remaniements de la personnalité, conditionnée par des facteurs historiques et actuels. Les facteurs historiques sont reliés aux imagos maternelles issues de passé infantile de la femme, notamment de la relation pré-œdipienne avec sa mère. Comme nous l'avons vu précédemment, ces imagos sont réactivées à l'occasion de l'accès à la maternité. Les facteurs actuels correspondent à l'entourage de la femme, à l'enfant lui-même et à la grossesse (désirée, rejetée ou consentie).

Voici ce qu'écrit Racamier : « *Comme chaque fois que l'organisation habituelle de la personnalité se modifie, les pulsions sont activées et que leur objet se rapproche, que le centre de gravité de la personne se déplace et que s'animent les images inconscientes, la maternalité est pour la femme une phase de haute sensibilité aux situations extérieures réelles.* » (Racamier, 1979, p.200-201). Selon Racamier, les facteurs externes, au même titre que les facteurs internes, jouent un rôle déterminant. Ils sont à l'origine soit de la désorganisation soit de la guérison.

Le premier facteur actuel cité par Racamier est « *l'entourage conjugal, rôle et attitude du conjoint* » (Ibid, p.201). Le deuxième est « *l'entourage de type parental (présence, rôle et attitude de la mère ou du personnage maternel qu'il est naturel de trouver auprès d'une accouchée – attitude de l'accoucheur – qualité de l'entourage soignant)* » (Ibid). La figure maternelle selon Racamier peut être représentée par la mère de la mère, la grand-mère maternelle mais aussi par « *la sage-femme maternelle, ou une amie âgée et bonne* » (Ibid). Notons ici que selon l'auteur, le soutien d'une figure maternelle est « *naturel* » (Ibid). Le troisième facteur cité est « *l'entourage social qui correspond à l'attitude et le rôle de la société.* » (Ibid). La situation financière et sociale est aussi relevée par Racamier, mais elle est citée à part dans le texte.

Comme l'indique Racamier, ces différentes conditions sont rarement réunies. Il arrive que le compagnon n'assume pas son rôle et fonction paternels, la grand-mère maternelle « *manque bien souvent, ou elle est figurée par un personnage ambivalent et négatif [...]* » (Ibid). Concernant le milieu médical : « *le médecin oublie trop souvent ce qu'une maternité représente ; les milieux d'accouchement ont effectué des progrès, mais on ne sait pas à quel point ils peuvent être sursaturés d'un monstrueux sadisme et libidinalement aseptisés.* » (Ibid). Enfin, concernant la société, elle a, selon Racamier : « *perdu toute considération réelle pour les processus de maternalité [...]* » (Ibid).

Enfin, même si Racamier développe peu les raisons pour lesquelles le soutien est important il écrit : « *Il est bien clair que les soutiens que la future ou nouvelle mère reçoit de son entourage contribue fortement à renforcer en elle sa « bonne » image de mère, et, partant, à faire pencher la balance dans le sens de l'intégration c'est-à-dire à faire tout simplement, que l'amour gagne* » (Ibid, p.202). Que veut dire Racamier dans cette formule : « *que l'amour gagne* » ? Il ne précise ni ne développe cette idée mais évoque le fait qu'il existe deux destins de la maternalité : la réussite ou l'échec.

En s'appuyant sur l'expression de Glover (1950), la réussite correspond selon Racamier à « *un triomphe sur les conflits inconscients* ». Elle résulte de leur intégration à leur plus haut niveau possible des pulsions et des possibilités du moi : résolution du conflit oral par accession à une position simultanément passive et active dans la relation avec le nourrisson ; l'élargissement du self par assimilation de l'objet-enfant ; résolution de l'Œdipe et du complexe phallique par assumption du rôle maternel, etc. (Racamier, 1979, p. 202).

Racamier reprend et développe ensuite les facteurs historiques, ajoute que la réussite de la maternalité est conditionnée par la présence et l'intensité d'angoisse ou de pulsions agressives qui pourraient impacter négativement « *les images inconscientes et paralyser les pulsions libidinales* » (Ibid.). Racamier poursuit, il ne faut « *pas de fixation pré-œdipienne pour bloquer le processus d'intégration ; si la régression normale, libidinale et fonctionnelle de la maternalité est supportée et contrôlée par le moi ; si, en un mot, la femme n'est pas suspendue à un narcissisme par trop exigeant et vulnérable.* » (Ibid.).

Racamier conclut que cette réussite n'est possible que « *si les conditions ambiantes sont réalisées qui permettent à la femme de mener à bien dans un climat de sécurité actuelle l'évolution bouleversante de la maternalité. Que les conditions pré-citées ne soient pas réunies, et l'inévitable issue est l'échec de la maternalité. Nous pensons que c'est essentiellement sur le processus de régression normale et féconde que nous avons décrit que la femme mal préparée ou mal entourée risque d'achopper* » (Ibid.).

Concernant l'échec de la maternalité, Racamier en décrit deux formes : un échec de style névrotique, « *dont l'enfant fait la plupart du temps les frais. [...] la femme aménage sa relation à l'enfant de façon à éviter les angoisses qu'elle y rencontre et sauvegarde les exigences de son narcissisme. Elle ne supporte pas la régression fusionnelle : elle traite l'enfant comme un adulte prématuré ; elle ne supporte pas les contacts libidinaux : elle crée un rempart obsessionnel ou phobique ; elle ne supporte pas la séparation du sevrage et de l'objectalisation : elle maintient l'enfant, par une hyperprotection enveloppante, dans une dépendance prolongée ou définitive. Tous ces aménagements permettent à la mère d'échapper aux conflits de la relation maternelle, mais ils s'effectuent « sur le dos » de l'enfant. Au reste ne parviennent à ces aménagements que les femmes déjà solidement installées dans une organisation névrotique (ou para-psychotique de leur personnalité.* » (Ibid., p.202-203). La deuxième forme d'échec est l'issue psychotique. Dans cette situation, le processus de

maternité renforce la fragilité déjà présente chez la femme. Celle-ci ne peut supporter la régression normale qui devient pathologique, à la fois libidinale et fonctionnelle.

Retenons plusieurs éléments importants de ce passage. Premièrement, le soutien dans la réalité, au même titre que les facteurs historiques, est une condition sine qua non de réussite de la maternité. Les soutiens offerts par l'entourage, conjugal, maternel et social (médical) favorisent, soutiennent les processus psychiques inhérents et toujours fragilisants de la maternité. En nous appuyant sur les écrits de Racamier, nous pourrions faire l'hypothèse que les soutiens seraient un rempart, une protection contre les risques de fragilisation. Comme Racamier l'a écrit : « *Il est bien clair que les soutiens que la future ou nouvelle mère reçoit de son entourage contribue fortement à renforcer en elle sa « bonne » image de mère, et, partant, à faire pencher la balance dans le sens de l'intégration c'est-à-dire à faire tout simplement, que l'amour gagne* ». La maternité serait de nouveau le lieu de la lutte des pulsions de vie et de mort, de la haine contre l'amour. Les soutiens offerts par l'entourage de la mère seraient-ils à comprendre comme des couvertures protectrices nécessaires pour reprendre Winnicott ?

F-3- Kaës, le groupe

À la fin des années 1970, Kaës propose de concevoir l'être humain comme un être caractérisé par l'expérience de la crise et de sa résolution. Voici ce qu'il écrit : « *l'homme se spécifie par la crise, et par sa précaire et infinie résolution. Il ne vit que par la création de dispositifs anti-crise, eux-mêmes porteurs de crises ultérieures* ». (Kaës, 1979, p.4). La crise est un « *changement brusque et décisif dans le cours d'un processus* » (*Ibid.*, p. 14) qui intervient au-delà des crises inhérentes aux processus biologiques : « *des formes de crises de vie sur lesquelles une organisation psychique, mise en place et fondée sur l'utilisation de certains mécanismes de défenses ou d'aménagements, bute sur sa limite et la limite des systèmes de compensation que le sujet avait mis en place* » (Roussillon, 2012, p. 8). Les crises sont nombreuses dans sa vie, et notamment, une des crises correspond au devenir mère.

Dans son ouvrage *L'idéologie, études psychanalytiques* Kaës écrit : « *La crise qu'est la mise au monde n'est pas seulement la crise inaugurale pour le nouveau-né, c'est aussi la reprise de cette crise par la mère. Et cette double crise est exemplaire en ceci : des systèmes en crise sont susceptibles de fonctionner l'un par rapport à l'autre comme des systèmes de résolution ; la*

crise du nouveau-né trouve « dans la mère » les régulations supplétives qui lui sont nécessaires, jusqu'à ce qu'elles viennent à manquer. Mais aussi la mère trouve dans son bébé – et dans son groupe – les objets et les régulations nécessaires : jusqu'à ce qu'ils viennent à manquer. » (Kaës, 1980, p.256).

Dans cet extrait, Kaës montre premièrement que l'état de crise est vécu par la mère et par le bébé de manière simultanée. Ce phénomène permet qu'ils trouvent l'un et l'autre et l'un dans l'autre des régulations supplétives, c'est-à-dire des voies de résolution de la crise. Deuxièmement, pour cet auteur, les voies de régulations ne fonctionnent pas en vase clos. Les régulations supplétives ont un double aspect : un aspect psychique et un aspect psychosocial. L'aspect psychique correspond au processus de mentalisation. Selon Kaës la mentalisation est une activité psychique qui permet de réduire une dérégulation née d'un écart, d'une rupture et d'une détresse insurmontable autrement. Cette activité psychique se développe dans l'expérience du manque de l'objet. La construction d'un espace de représentation interne permet alors de rétablir l'union et la continuité entre le sujet et l'objet. Selon Kaës, pour que le travail de mentalisation et le recours à l'espace de représentation interne puissent être effectifs, il est essentiel que le groupe psychosocial du dehors assure les fonctions de conteneurs et de cadre. Ces fonctions assurent : *« la continuité du dehors, et le dépôt de ce qui ne peut être toléré dedans, et la transformation préalable, pré-digérée, de ce qui ne peut être assimilé dedans. » (Ibid., p.257).* C'est l'aspect psychosocial des régulations supplétives. *« La mère ne peut apporter à l'enfant l'environnement parfait et les régulations nécessaires que pour autant elle trouve appui et soutien auprès d'un ensemble groupal dans lequel elle a sa place, et d'où s'engendre celle de l'enfant nouveau-né. Dans cet ensemble, décisives sont la référence, l'appui et le soutien que fournit le père, ou la fonction paternelle. Mais cette image et cette fonction sont elles-mêmes définies dans un ordre sociétal, par rapport auquel le couple lui-même prend figure et sens.» (Ibid., p.257).*

F-4- Stern, le groupe féminin : la constellation maternelle et la matrice de soutien

L'étayage a été abordé par Stern (1995) sous le terme de *matrice de soutien* qui fait partie du concept plus large de *constellation maternelle*. La constellation maternelle est une organisation psychique particulière de la femme durant la transition vers la maternité. Au départ, Stern

considérerait que durant cette transition, la constellation maternelle supplantait l'organisation œdipienne. Depuis, il propose de considérer que ces deux organisations psychiques alternent durant le post-partum. La constellation maternelle laisse apparaître une nouvelle organisation psychique, « *ce n'est plus la triade prédominante intérieure : père-mère-enfant (soit elle-même dans sa famille d'origine comme enfant, soit maintenant avec le nouveau bébé, elle et le père) n'est plus le triangle le plus important, psychologiquement. Désormais, un nouveau triangle prend le centre de la scène, qui est la mère, sa propre mère et le bébé.* » (Stern, 2012, p.47-48)

La constellation maternelle s'organise autour de trois types de préoccupations et autant de dialogues que la mère entretient avec elle-même, son bébé et sa mère : un dialogue avec sa propre mère en tant que fille de celle-ci, un dialogue avec elle-même en tant que mère et un dialogue avec son bébé. Quatre grands thèmes apparaissent : le thème de la croissance de la vie qui pourrait se résumer ainsi : « est-ce que la mère peut ou non subvenir aux besoins de son bébé pour son développement ? ». Le thème de la relation primaire qui correspond à la possibilité et la capacité de la mère à s'engager émotionnellement et authentiquement avec son enfant. Le troisième thème correspond à la matrice de soutien : qui porte sur sa capacité et possibilité de solliciter de l'aide, créer et mettre en place des supports nécessaires à l'accomplissement de ses nouvelles fonctions. Et enfin le quatrième thème concerne la réorganisation identitaire : sera-t-elle capable de transformer son identité propre pour favoriser ses fonctions ?

Le troisième thème qui nous intéresse plus spécifiquement, le soutien de la matrice, renvoie au fait que « *la mère a besoin de se sentir entourée et soutenue, accompagnée, valorisée, appréciée, instruite, aidée à des degrés divers* » (Stern, 1997, p.232). Dans un article plus récent, Stern distingue les types de soutien et les personnes qui les dispensent. Le soutien qui concerne les aspects physique et pratique doit être assuré par le conjoint. Le soutien psychique correspond à la possibilité de recevoir une validation, un encouragement, un avis : « *Ce que la nouvelle mère désire avant tout, en général au niveau fantasmatique, c'est de recevoir une forme de validation, un encouragement, un avis, le soutien d'une femme plus expérimentée comme mère.* » (Stern, 2012, p.48). Selon Stern, le soutien que les mères attendent correspond à un holding « *[dans le sens d'être soutenue et tenue dans un holding]* » (Ibid.). La mère « *a besoin d'un holding, d'un environnement dans lequel elle est soutenue plutôt par une ou des femmes en général plus âgées ou plus expérimentées comme mères, qui ont la légitimité d'une mère. C'est quelque chose que la plupart des hommes ne peuvent pas faire pour elle, et surtout*

pas le mari. » (Ibid.). Le soutien de la matrice a une fonction d'étai pour le bébé : « *Par ailleurs, avant qu'il soit possible d'avoir une interaction bien réglée avec le bébé, il faut que la survie du bébé et sa croissance soient assurées. C'est une autre partie importante de cette constellation maternelle.* » (Ibid., p.50).

Les types de soutien que Stern qualifie de psychiques qui consistent à « *recevoir une forme de validation, un encouragement, un avis, le soutien d'une femme plus expérimentée comme mère* » (Ibid.), sont selon nous des soutiens psychiques externes puisqu'ils sont dispensés par des objets externes et non internes.

La matrice de soutien a été relevée dans des travaux récents. Ainsi, dans son étude sur des femmes deuxième pares Riazuelo (2010) a montré que les femmes qui étaient enceintes pour la deuxième fois regrettaient de ne pas pouvoir bénéficier de la même qualité d'attention, la même sollicitude que celles qui leur avaient été portées lors de la première grossesse. Le soutien permettrait selon Riazuelo d'obtenir une forme de protection : « *une couverture protectrice au sens de Winnicott pour se laisser aller à imaginer l'enfant à naître.* » (Riazuelo, 2010, p.454). Ces résultats confirment la place du thème de la matrice de soutien de la constellation maternelle de Stern car la mère de la nouvelle mère ainsi que son réseau féminin sont identifiés par les participantes comme leur première source de soutien.

La place du réseau féminin a été retrouvée par Missonnier, qui a démontré que le réseau de la femme enceinte « s'essentialise » (2009), la nouvelle mère recherchant la compagnie de co-mères avec lesquelles elle pourra partager son vécu autour de ses préoccupations.

Même si la présence féminine aux naissances n'est pas totalement universelle, il n'en reste pas moins qu'elle est largement représentée. Bydlowski souligne : « *Dans ce domaine (la naissance) la coutume précède l'action rationnelle, la femme qui assiste l'accouchée n'est pas, au départ, une femme qui sait (sage vient du latin sapiens), mais une femme liée par des liens affectifs ou familiaux : cousine croisée chez les Australiens (G.Roheim), grand-mère maternelle chez les Maoris (H.Deutsch).* » (Bydlowski, 1997, p.29).

À l'origine, la femme présente n'est pas une femme qui sait mais une femme liée par de liens affectifs ou familiaux qui est susceptibles de lui offrir une bonne identification maternelle.

F-5- Le groupe familial dans les devenirs mère, père et bébé

« *Il n'y a pas de bébé sans un contenant familial et culturel* » (Mellier, 2015, p.99).

À la suite des travaux menés par les auteurs précédemment cités, un intérêt croissant s'est développé autour de la fonction familiale dans le devenir bébé et le devenir parent. L'approche psychanalytique groupale familiale en périnatalité propose d'appréhender les devenirs mère, père et bébé, non plus comme des devenirs isolés et indépendants les uns des autres mais dans une perspective résolument intersubjective. En devenant parents, la nouvelle mère et le nouveau père font devenir grands-parents leurs propres parents, tantes et oncles leurs frères et sœurs. Les nouvelles identités de chacun des membres de la famille (grand-père, grand-mère, oncle, tante...) semblent exprimer implicitement leurs nouvelles fonctions vis-à-vis du bébé. Nous comprenons, qu'un seul être apparaît et c'est tout un groupe qui est alors sollicité, laissant entrevoir l'absolue nécessité des liens intersubjectifs dans ce temps si fragile de la naissance.

Nous nous intéresserons ici principalement aux travaux de Mellier, qui a récemment cherché à déterminer la fonction de la famille élargie, notamment dans sa dimension d'étayage, dans les devenirs bébé, père et mère lors de l'immédiat post-partum.

En s'appuyant sur les travaux en psychanalyse groupale, en anthropologie de la parentalité, qui ont mis en évidence la fonction étayante dans la réalité de la famille dans l'événement de la naissance, mais aussi en se servant de plusieurs matériels recueillis dans le cadre des formations Esther Bick, Mellier a fait l'hypothèse que la résolution de la crise de la naissance se réalise au sein de l'ensemble familial des devenants parents via des processus de contenance intersubjectifs : « *Les processus de contenance doivent se réaliser à différents niveaux dans cet ensemble familial. Le « devenir bébé », le « devenir parent » ou « ce qui fait famille » seront ainsi simultanément interrogés selon une perspective résolument inter et trans-subjective* » (Mellier, 2015, p. 17).

Les matériaux recueillis dans le cadre des formations Esther Bick ont permis à Mellier de mettre en évidence la nécessaire dialectique entre étayage réel et travail de contenance. Les processus psychiques des devenirs mère, père, bébé et famille, mais aussi les éléments conscients-inconscients, liés à l'histoire infantile de la mère, à ses parents internes, au mandat transgénérationnel, parfois à la présence de fantôme (Fraiberg, 1989), sont en quête d'un contenant dans le post partum immédiat.

Par leur présence réelle et concrète auprès de la mère du bébé et de la famille en général, les observateurs en formation Esther Bick ont pu contenir ces éléments. « *Bon génie de la famille* », « *marraine protectrice* », figure familiale de substitution via les processus d'identification dans le transfert, les observateurs sont les témoins répondants réceptifs et contenant des peurs, inquiétudes et éléments non psychisés. « *La fonction à contenir pourra ainsi se définir comme la position psychique à adopter et à mettre en œuvre sur le terrain, dans l'intersubjectivité, pour recevoir et transformer des souffrances très primitives.* » (Mellier, 2005, p. 428-429). L'auteur s'interroge alors sur le destin des éléments en quête de contenant s'ils n'avaient pas été contenus par l'observateur.

Le travail de contenance familiale pourrait être figuré par la métaphore du « *berceau psychique familial* » (Darchis & Mellier, 2007). La notion de BPF (Berceau psychique familial) est inspirée directement de la notion de « *berceau psychique* » introduite par Aubertel et employée en thérapie familiale psychanalytique (André-Fustier, Aubertel, 1997 ; Aubertel, 2007). Tixier (cité par Mellier, 2015a) a proposé une définition que nous reprenons ici : « *Le berceau psychique représente l'ensemble des qualités propres au cercle familial maternant qui se prépare à recevoir le nouveau-né ; il est préexistant à la naissance et doit assurer des fonctions de contenance et de portage, non seulement physique mais aussi psychique. Il est proche de l'appareil psychique familial, mais plus imagé et correspondant plus précisément à cet instant de vie psychique familiale. Il est aussi proche de la transformation alpha de Bion, mais souligne tout l'aspect de maternage physique avec le fait d'assurer le maintien des fonctions vitales* » (p. 19). Cette notion met en évidence la dimension à la fois psychique intersubjective familiale de l'évènement de la naissance mais aussi la dimension réelle et concrète.

Selon Mellier, le BPF désigne une forme de travail psychique spécifique de l'appareil psychique familial (Ruffiot, 1981), qui assure le travail de contenance familiale. Le BPF « *correspond au travail de "tissage" propres aux enveloppes psychiques, individuelles, groupales et institutionnelles (au sens de l'institution familiale)* » (Mellier, 2015, p.19). « *Ce qui caractériserait le fonctionnement du BPF est cette possibilité de « contenir » conjointement des « devenir » bien différents : celui du bébé est extrêmement lié à celui du « devenir mère », mais au-delà également au « devenir père », au « devenir famille », et réciproquement, les membres de la famille sont beaucoup plus influencés qu'on ne le croit par le bébé.* » (Ibid., p. 40-41). Selon l'auteur, « *la famille, comme groupe primaire, aurait la fonction de "seconder" la mère*

dans sa confrontation pulsionnelle avec la vie psychique du bébé, apporter plus de « tiercéité » » (Ibid., p.39).

L'originalité de l'apport de Mellier est de faire l'hypothèse que le travail de contenance ne peut se réaliser sans la scène réelle : *« la présence de la grand-mère et plus largement des grands-parents autour du berceau n'est pas que symbolique. [...] Il en va plus largement de la « famille élargie ». L'aide concrète que les grands-parents et certains membres de la famille ou de l'entourage peuvent apporter, par leur présence chaleureuse et bienveillante, modère et atténuée l'intensité du travail psychique que les parents doivent réaliser, soutient les processus de parentalité et permet plus aisément la traversée psychique et physique de l'après-naissance, toujours épuisante. »* (Ibid., p.59). *« [...] le père, les grands-parents, les reste de la famille, ou des figures grand-parentales donnent un cadre pour que ces processus extrêmes de régression qu'implique cette préoccupation puissent se déployer sans danger pour la mère ou le bébé. (Mellier, 2015b, p.100).*

Lorsque l'étayage familial fait défaut, les parents sont seuls pour métaboliser inquiétudes, anxiétés et tâtonnements, bien légitimes avec un nouveau-né, et ne peuvent confronter leurs représentations internes de leurs parents à la réalité, et cela est d'autant plus préjudiciable lorsque les représentations internes sont négatives : *« Entre le "parent interne" de la mère et la place réelle que vont prendre ses propres parents autour de la naissance, il y a tout un écart qui peut être très salutaire. La place effective des grands parents dément les fantasmes sur eux. Il peut être sidérant quand leur place dans la réalité des soins au bébé confirme chez le nouveau parent ses propres représentations internes. En fait, tout une "dialectique" peut se travailler, dans le même temps où le "devenir parent" se module, se transforme, avec le "devenir grand-parent" ».*(Mellier, 2015 p.60).

Dans ces situations dans lesquelles la famille élargie est absente auprès des parents, Mellier fait l'hypothèse que la nouvelle famille (père-mère-bébé) est en risque de se refermer sur elle-même et plus spécifiquement sur le bébé : *« L'absence des grands-parents autour du berceau, où leurs défaillances dans le soutien parental, risque d'entraîner un renfermement de la cellule familiale autour du bébé. »* (Ibid., p.65).

Enfin, Mellier mène toute une réflexion sur l'influence des méta-cadres dans l'accès et la construction de la parentalité : *« La modernité a plus particulièrement ébranlé les « méta-cadres » sociaux qui servaient de stabilité aux méta-cadres psychiques de la culture occidentale*

(Kaës, 2004). La postmodernité est en passe d'accentuer ce phénomène. » (Ibid., p.61). La modernité met en exergue « la place de l'individu, de ses compétences et du dépassement de soi, en l'isolant de ses appuis groupaux. Cette tendance à l'individualisme, ajoutée à d'autres facteurs, aboutit au fait que les parents sont de plus en plus nombreux à se trouver isolés de leur famille après la naissance de leur bébé (Belot et coll., 2014). Ils pourraient alors se sentir seuls pour faire face aux besoins encore inconnus de leur nouveau-né. Cette solitude, parfois clamée et réclamée par le parent, aboutit à la figure d'un parent « auto-entrepreneur » selon nos propres termes (Mellier, 2004) : avoir un bébé serait identique à monter « une petite entreprise » ...» (Ibid., p.67).

F-6- Rituels et coutumes dans le post-partum immédiat

Selon Rochette-Guglielmi, la naissance « est une affaire de famille, de communauté, de tradition, dans le moment de l'accouchement et après, dans la naissance psychique et le devenir parent » (Rochette-Guglielmi, 2003, p.96).

Comme le rappelle l'auteure, la naissance d'un bébé et de fait d'une mère et d'un père est un phénomène composé de deux dimensions : une dimension individuelle qui renvoie au pôle privé, intime, personnel et une dimension sociale concernant le pôle public, politique et citoyen. Les rituels sont alors à la croisée de ces deux dimensions. Ils vont soutenir les mouvements psychiques cités précédemment en les reliant au socius, au groupe.

Rochette-Guglielmi, s'est appuyée sur les travaux de Van Gennep (1909) qui a démontré que les rites de passage soutiennent une modification symbolique du sujet. Van Gennep s'est intéressé de plus près aux rites périnataux et a mis en évidence trois phases. La première est celle de la séparation d'avec l'état d'origine: séparation des corps. La deuxième est la période de marge ou de réclusion (quarantaine, période d'impureté) : un temps sans qui maintient une grande proximité entre mère et bébé. L'existence séparée de l'un et de l'autre reste « indécidable » comme dans une brève grossesse psychique post-natale. Enfin la troisième phase est celle de l'agrégation ou d'intégration dans le nouveau cercle communautaire, moment des relevailles pour la mère et la seconde naissance (psychique) pour le bébé, soutenant la séparation des psychismes.

Dans nombre de cultures, les anthropologues ont pu constater que la transition vers la parentalité était accompagnée de coutumes telles que des rites dans l'après-naissance. Dans certaines communautés africaines, maghrébines et asiatiques, les jeunes mères reçoivent un accompagnement soutenant leur nouvelle parentalité. Ce rôle d'accompagnement, souvent tenu par des aînées, est mis en place dès la grossesse et se prolonge pendant les semaines suivant l'accouchement. La notion de « maisonnée » (Weber, 2005) indique d'ailleurs la fonction que remplit toute une communauté auprès du bébé.

La présence, encadrée par les rites, offre à la nouvelle mère une transmission de savoirs ainsi qu'une sollicitude à son égard. Par exemple, la grande majorité des femmes noires d'Afrique du Sud traditionnelle bénéficient d'un soutien pratique (soins au bébé et entretien du logement), et d'un soutien émotionnel de la part essentiellement de leur mère et de leur conjoint. Ce réseau communautaire est centré sur la femme, d'abord parturiente, puis jeune mère, et aussi sur le bien-être de l'enfant, totalement dépendant de ses parents et nouveau membre de la société. *« L'entourage semble prendre alors le statut de caretaker de la mère, il devient ce que nous pourrions nommer « le gardien de la parentification » : le cheminement de leurs inquiétudes, de leurs contradictions, et de leurs hésitations trouvent place, et leurs nouveaux repères se dessinent sans sentiment de « ne pas être à la hauteur ». (Capponi & Horbacz, 2007, p.175).*

Ainsi, la mise au monde « rituellement assistée » par le groupe autour des nouveaux parents étaye deux processus coexistants. Premièrement, l'intégration du nouveau-né dans la communauté et deuxièmement, le marquage de la parentalité psychique.

Les rituels soutiennent les processus d'étayage groupaux et la rencontre intersubjective. Ils sont l'occasion de faire émerger les fonctions contenantantes du groupe et les capacités élaboratives des différents protagonistes, car ils permettent de soutenir les mouvements psychiques, étayent les processus de métabolisation-transformation du travail psychique de la naissance, du devenir parent et de la crise du post-partum. Comme le souligne Rochette-Guglielmi, les rituels refroidissent et métabolisent la pulsionnalité due à l'arrivée du bébé. Ils offrent un espace-temps spécifique de la rencontre, contenue et accompagnée par les acteurs du rituel (traditionnellement les femmes de la parentèle). Les rituels périnataux soutiennent les processus psychiques inhérents à la période du post-partum et ainsi favorise l'adoption mutuelle de la mère et de l'enfant. Ils sont selon elle des « soin sociaux ».

Il est intéressant de relever que dans plusieurs pays où les rites autour de la naissance sont toujours effectifs, la dépression du postpartum semble ne pas exister (Stern et Kruckman, 1983). À l'inverse, la détresse maternelle dans le post-partum semble de plus en plus fréquente dans certains pays où les évolutions liées à la médicalisation, aux changements structuraux de la famille s'accompagnent d'une baisse des pratiques rituelles et du support de la tradition (Rodrigues & coll., 2003).

Si le référentiel principal de notre revue de la littérature est la psychanalyse, nous nous sommes intéressée également à d'autres courants épistémologiques dans une perspective de complémentarité différenciée. Nous allons désormais nous intéresser aux travaux menés en psychologie clinique de la santé.

III] Psychologie clinique de la santé, le soutien social

A) Historique et définition du concept

Les relations sociales et leurs fonctions concernant le bien-être et la santé font l'objet de réflexions et d'études depuis plus d'un siècle. Elles sont, depuis le XIXe siècle, considérées comme un vecteur de la santé, de sa promotion et de la prévention de ses troubles (Smith, 1874). Déjà, en 1897, Durkheim montrait dans son étude sur le suicide, une plus grande prévalence de suicide chez les individus ayant moins de liens sociaux. À la suite de ces premiers travaux, les études sur les relations entre les liens sociaux et la santé se multiplient dans les années 1960-1970, notamment à travers les études épidémiologiques (Barrera, 1986 ; Cohen & Wills, 1985). Le soutien social a été ensuite mobilisé en psychologie de la santé qui considère l'individu comme un être biopsychosocial. Les études dans ce domaine cherchent à repérer les facteurs en lien avec l'émergence, la chronicité et les rechutes de maladie. Les études se sont multipliées et montrent un effet protecteur du soutien social chez les sujets en situation de vulnérabilité (événement de vie, maladies somatiques, psychiques...) (Caron & Guay, 2005 ; Hurdle, 2001).

Le soutien social est un concept multidimensionnel, utilisé dans plusieurs disciplines (sociologie, médecine, études épidémiologiques, psychologie). Raison pour laquelle il n'existe toujours pas de consensus quant à sa définition (Vaux, 1992).

Le soutien social a deux composants : structurel et fonctionnel (Reblin, Uchino, 2008 ; Thoits, 1995). Le composant structurel fait référence aux aspects quantitatifs (taille du réseau social et/ou fréquence des contacts, et intégration sociale). Le soutien social fonctionnel renvoie aux aspects qualitatifs du soutien social. On peut retenir ce qui est commun aux principales approches, selon d'une part les caractéristiques ou dimensions impliquées dans la relation, d'autre part l'apport ou le bénéfice pour l'individu. Bruchon-Schweitzer et Boujut (2014) proposent de retenir trois dimensions: le réseau social ou intégration sociale, le soutien social reçu, et le soutien social perçu.

A-1- Trois dimensions du soutien social

A-1-1- Le réseau social ou intégration sociale

Le réseau social ou intégration sociale correspond au nombre de relations sociales qu'un individu a établies avec autrui, la fréquence des contacts sociaux effectifs avec ces personnes et l'intensité de ces liens (Barrera, 1986). Le réseau social correspond à l'aspect structural du soutien (Procidiano et Heller, 1983 ; Thoits, 1995). Le réseau social qui est le contraire de la solitude est un facteur de protection. En revanche, comme l'a démontré Thoits (1995), le réseau social, même s'il est une des conditions essentielles pour recevoir du soutien, elle n'est pas une condition suffisante pour que ces relations aient un effet bénéfique. Selon Bruchon-Schweitzer et Boujut (2015) en s'appuyant sur les travaux de (Cohen et Wills, 1985), « *c'est une relation intime, permettant de se confier à un "autre significatif" (partenaire, parent, ami...) qui est la forme de soutien la plus fonctionnelle, celle qui protège l'individu contre les effets de l'adversité.* » (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014, p.458-459).

A-1-2- Le soutien social reçu et ses quatre fonctions principales

Le soutien social reçu est l'aide effective apportée à un individu par son entourage (Winnubst et coll., 1988). Certains auteurs se sont attachés à le clarifier en construisant une typologie fonctionnelle du soutien. Quatre fonctions principales ont été distinguées (House, 1981). Premièrement, le **soutien émotionnel** qui apporte un sentiment de protection, réassurance, consolation, détente, notamment dans les situations difficiles (décès, perte d'emploi...), le **soutien matériel** qui offre une assistance matérielle, financière et fonctionnelle, le **soutien informatif** qui porte sur les conseils, les informations, et une aide à la décision, et le **soutien d'estime de soi** qui permet d'être rassuré sur sa valeur et ses compétences.

A-1-3- Le soutien social perçu

Le soutien social perçu « *peut être défini comme l'impact subjectif de l'aide apportée par l'entourage d'un individu et par le fait que celui-ci estime que ses besoins et ses attentes sont satisfaits.* (Procidiano et Heller, 1983) » (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2002, p.459).

Sarason, Pierce et Sarason (1990) définissent le soutien social perçu comme l'ensemble des « *sentiments que vous êtes aimés, appréciés et inconditionnellement acceptés* » (Sarason, Pierce et Sarason, 1990, p. 110).

A-1-3-1- Les composantes du soutien social, disponibilité et satisfaction

A-1-3-1-1- La disponibilité

La première dimension est la *disponibilité* du réseau, qui est composée elle-même de deux indicateurs : le nombre de personnes sur lequel compter, et les différentes sources de soutien (conjoint, famille, amis, professionnels). La disponibilité correspond à l'aspect quantitatif du réseau social : sur le nombre de personnes de l'entourage qui sont susceptibles de fournir une aide en cas de besoin. La disponibilité est le sentiment d'avoir suffisamment de soutien, et que celui-ci sera disponible en cas de besoin (Barrera, 1986 ; Beauregard et Dumond, 1996 ; Streeter et Franklin, 1992 ; Vaux, 1992) ; le sentiment de disponibilité renvoie à chacune des catégories de soutien social reçu et de ses composantes comportementales (avis, informations, écoute, réconfort, aide matérielle...). Pour Cohen et Wills (1985), il s'agit du fait d'être *convaincu* de disposer d'un réseau capable de soutien qui atténue l'impact des conditions de vie ou d'un événement stressant.

A-1-3-1-2- La satisfaction

La deuxième dimension correspond à la *satisfaction* ressentie à l'égard du réseau, c'est l'évaluation par le receveur de la qualité du soutien. Perception relative à la qualité des relations interpersonnelles. C'est donc une perception d'adéquation entre les besoins initiaux et le soutien reçu (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014 ; Sarason et coll., 1983) ; c'est la partie la plus subjective du soutien social, puisque cette satisfaction ne peut s'évaluer avec des critères objectifs, et qu'elle varie dans le temps. La satisfaction à l'égard du soutien constitue une ressource psychologique correspondant à la perception qu'a un individu de ses relations interpersonnelles (Gentry et Kobasa, 1985), perception indépendante de la taille du réseau de soutien (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014). L'évaluation subjective du soutien reçu comme indicateur pertinent rappelle l'idée selon laquelle un grand réseau social — ou de soutien —

peut ne prodiguer qu'un faible soutien perçu alors qu'un petit réseau peut provoquer un fort sentiment de soutien (Tracy et Abell, 1994).

Hobfoll (1986) suggère que ce n'est pas un nombre élevé de relations qui est important pour un sujet, mais plutôt le fait de pouvoir compter sur une ou deux relations intimes et cruciales. Certaines personnes peuvent être satisfaites du soutien reçu malgré la petitesse de leur réseau, à l'inverse, certaines personnes ont besoin d'un réseau social vaste pour être satisfaites. Les indicateurs objectifs du support social (caractéristiques du réseau, quantité de soutien reçu...) seraient en effet peu corrélés avec l'appréciation subjective du soutien reçu (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2002 ; Furukawa, Sarason, et Sarason, 1998).

Enfin, même si certains événements sont susceptibles d'affecter négativement la perception du soutien (Dean et Ensel, 1982), il a été démontré que la perception du soutien social est stable au cours de la vie durant l'âge adulte (Coventry et coll., 2004). Cela prouve que la perception du soutien est liée à certaines caractéristiques durables de la personnalité (Sarason et coll., 1986). Le soutien social perçu est donc déterminé par des caractéristiques personnelles stables, structurelles et par des facteurs environnementaux transitoires, conjoncturels.

A-1-3-2- Les sources de soutien

Les sources de soutien peuvent venir de la sphère intime et privée (famille, conjoint, amis, voisins...) ou publique (professionnels, institutions...). La source de soutien varie en fonction de la nature du besoin.

A-1-3-3-Efficacité du soutien

L'efficacité et l'effet bénéfique du soutien dépendent de la source, du type du soutien (Christophe, 2003 ; Rimé, 2005) et de l'adéquation avec la situation, les attentes et les besoins du sujet. Certains soutiens, bien que fournis à titre préventif ou thérapeutique, peuvent avoir des effets négatifs (Christophe, 2003). En fonction des situations (maladies, perte de travail...), un soutien informatif peut être perçu comme efficace quand il est procuré par un professionnel et non efficace quand il est procuré par la sphère intime. À l'inverse, un soutien émotionnel est

plus efficace lorsqu'il est procuré par la sphère privée, intime que lorsqu'il est procuré par des professionnels. Dans une étude sur des patients atteints de cancer, Dunkel-Schetter (1984) fit le constat que le soutien émotionnel est plus important que le soutien informatif, et que le soutien émotionnel était procuré de manière efficace par de nombreuses sources (famille, amis et personnel médical) alors que le soutien informatif est bénéfique uniquement lorsqu'il provient du personnel médical et non de la famille. La plupart des travaux menés sur l'efficacité des différents soutiens, montre que c'est le soutien émotionnel qui joue le rôle le plus important : « *il permet de réduire le stress perçu et les états anxieux, il affecterait l'évaluation primaire de la situation, augmenterait le contrôle perçu et faciliterait la recherche de stratégies de coping* » (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2002, p.459) et que « *Les relations sociales naturelles (parents, amis) protègent plus efficacement que des relations induites (groupes de patients, soutien par un professionnel)* » (Bruchon — Schweitzer et Boujut, 2002, p.172-173). Néanmoins, dans les situations où le soutien social est insatisfaisant, les interventions professionnelles ont des effets bénéfiques auprès des sujets vulnérables (Bond, 2012).

B) Soutien social et santé mentale

Nous avons vu que le soutien social est composé de deux composants : la dimension structurelle et la dimension fonctionnelle. Les études ont démontré que la dimension qui a effet le plus important sur la santé physique et mentale, correspond au soutien social fonctionnel (Vandervoort, 1999).

Il a été démontré que c'est le soutien perçu qui est la seule composante pertinente du soutien, qui a un effet protecteur très significatif sur le bien-être et sur la santé, notamment mentale (Thoits, 1995 ; Turner et Marino, 1994 ; Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2002 ; Rascle, Bruchon-Schweitzer, & Sarason, 2005). Comme nous le verrons, l'efficacité du soutien tient principalement de la perception subjective du soutien reçu.

Le soutien-social est considéré comme un facteur fondamental au bien-être émotionnel, un facteur de protection contre les états émotionnels négatifs, notamment les symptômes associés à la dépression et à l'anxiété (Turcotte, 1990 ; Thoits, 1995). Des études spécifiques en rapport à la santé mentale démontrent des liens importants entre la prévalence de la symptomatologie psychiatrique, sa sévérité et la qualité du soutien social disponible (Cohen et Wills, 1985 ;

Kessler et McLeod, 1985 ; Biegel et coll., 1982 ; Andrews et coll., 1978 ; Caplan et Killilea, 1976).

Enfin, notons qu'un soutien social perçu négativement a parfois plus d'effet qu'un soutien social perçu positivement sur l'état psychique (Cornwell, 2009).

B-1- Effets directs et effets indirects

Le soutien social a tantôt des effets directs (effets principaux) tantôt des effets indirects (effet modérateur ou effet « tampon »). Les effets bénéfiques directs du soutien social sont mis en évidence quand on prend en compte les aspects structurels : la taille du réseau et l'intégration sociale (Uchino et coll., 2006). Pour d'autres auteurs, le soutien social agit en interaction avec d'autres variables de situations stressantes (Cohen et Wills, 1985). Le soutien social modère l'effet du stress sur la santé (effet tampon).

C) Soutien social, le lien au type d'attachement

Nous avons vu que la perception du soutien social reçu est liée à certaines caractéristiques durables de la personnalité (Sarason et coll., 1986). Plusieurs auteurs ont mis en évidence que la perception du soutien social ainsi que la capacité de solliciter de l'aide seraient liées au style d'attachement, qui se développe et se construit dans les relations précoces (Hazan et Shaver, 1987 ; Sarason et coll., 1990 ; Wallace et Vaux, 1993 ; Lambert et coll., 1995 ; Priel et coll., 1995).

De manière générale, les travaux ont mis en évidence que les sujets insécures ont des anticipations plus négatives (en termes de risques et de coût) de leurs relations interpersonnelles, que les sujets sécures. Ils ont tendance à apprécier de manière plus négative les messages de support social lors de situations stressantes et ils perçoivent également leur réseau social comme moins disponible que les sujets sécures et rapportent moins de satisfaction dans leurs relations de support social avec leurs amis, leur famille ou leur conjoint. (Blain et al, 1993 ; Collins et Feeney, 2000 ; Davis et coll.1998 ; Mikulincer, Florian, et Weller, 1993 ; Wallace et Vaux, 1993).

Ce lien entre attachement, perception et demande de soutien social se manifeste très tôt chez les enfants. Dans leur étude, Anan et Barnett (1999) ont mis en évidence que les enfants qui avaient été identifiés sécures à 4 ans percevaient davantage de soutien social à 6 ans que les enfants insécures. Et ce qui est intéressant, c'est que la façon de percevoir le soutien social influençait en retour la recherche de soutien de ces enfants. Les enfants sécures interprétaient plus souvent les signaux sociaux ambigus comme prosociaux, alors que les enfants insécures interprétaient cette ambiguïté comme ayant un caractère agressif (Anan et Barnett, 1999).

Selon Kobak et Sceery (1988), le défaut de qualité du soutien précoce amène les sujets évitant à ne pas rechercher l'aide des autres et de manière plus générale, à mettre à distance leurs sentiments de détresse psychologique. Toujours selon Kobak et Sceery (1988), les individus ambivalents tendent à porter une attention excessive à leur détresse psychologique et à se soucier continuellement de la disponibilité de leur réseau de soutien.

Ces études mettent en évidence la valence modératrice de l'attachement tant sur le niveau comportemental (recherche de soutien) que sur le niveau psychologique (appréciation de l'utilité du soutien, de son efficacité). Ce phénomène a aussi été trouvé dans la recherche de Collins et Feeney (2000), qui ont identifié un effet modérateur de l'attachement sur l'appel à son réseau social et sur le soutien social perçu par rapport au soutien social reçu (Collins et Feeney, 2000).

Certains auteurs ont démontré que les types d'attachement avaient un effet sur les étapes maturatives, telles que la période de l'adolescence, durant laquelle la problématique de séparations des figures d'attachement est centrale (Armsden & Greenberg, 1987; Berman & Sperling, 1991; Heiss, Berman, & Sperling, 1996; Rice, 1990; Rice, FitzGerald, Whaley, & Gibbs, 1995).

Enfin, certains auteurs se sont intéressés spécifiquement à l'association existante entre attachement et solitude. DiTommaso et coll. proposent de voir la solitude comme une importante manifestation de difficulté d'ajustement et de difficulté sur les habiletés sociales (Riggio, 1986; Riggio, Watring & Throckmorton, 1993; Segrin, 1993). Sur la base de leurs résultats, ces auteurs confirment le lien entre solitude et attachement. Dans leur étude, Lambert, Lussier, Sabourin et Wright (1995), ont cherché à mettre en évidence les liens entre le sentiment de solitude, l'attachement et la détresse psychologique. Selon ces auteurs, le type d'attachement a une influence sur la solitude réelle et sur le sentiment subjectif de solitude. Les sujets sécures

auraient ainsi la capacité de modérer la solitude réelle et à opérer un processus de « résilience » leur permettant d'atténuer la souffrance psychologique. Souffrance à laquelle sont soumis les sujets insécures (Lambert et coll., 1995).

Nous avons vu que la majorité des études a mis en évidence l'impact de l'attachement sur la perception du soutien social chez l'adulte, comme si le type d'attachement déterminait de façon définitive cette perception. Certains auteurs ont constaté que la perception du soutien social était également influencée par des expériences actuelles, telles que des programmes d'intervention. Cozzarelli et coll., (2003) ont démontré que l'augmentation de la perception du soutien social était corrélée à une augmentation de la sécurité de l'attachement, sur une période de deux ans. Certains auteurs tels que Saias (2009) proposent que l'on considère l'attachement non pas comme un trait stable de personnalité, mais comme une « perception relativement stable » de soi-en-relation qui peut être influencée par les expériences sociales (Saias, 2009).

C) Le soutien social en périnatalité

Les études sur l'accès à la parentalité démontrent l'ampleur des besoins de soutien par les parents durant la période périnatale. La récente revue de littérature de Hamelin-Brabant et coll. (2015) permet de reprendre précisément les besoins de soutien social des parents dans la période postnatale. Dans cette revue, les auteurs montrent ainsi que de nombreux travaux font état des besoins des mères de partager ce qu'elles ressentent (Abriola, 1990 ; Börjesson et coll., 2004 ; Cronin, 2003 ; Doucet et coll., 2012 ; Evans et coll., 2012 ; Hess et coll., 2010 ; Negron et coll., 2012), de normaliser et de valider l'expérience vécue (Cronin, 2003 ; Darvill et coll., 2010 ; Doucet et coll., 2012 ; Evans et coll., 2012 ; Haga et coll., 2012 ; Letourneau et coll., 2007, 2012 ; Svensson et coll., 2006), qu'elles aient la possibilité d'exprimer des plaintes sans trop de culpabilité (Cronin, 2003), de pouvoir être rassurées sur leurs capacités à s'occuper de leur enfant (Abriola, 1990 ; Darvill et coll., 2010 ; Evans et coll., 2012 ; Hogg & Worth, 2009 ; Letourneau et coll., 2012 ; Razurel et coll., 2011) et d'être soutenues pour maintenir leur estime d'elles-mêmes (Abriola, 1990; Darvill et coll., 2010; Hogg & Worth, 2009; O'Connor, 2001; Phillips & Pitt, 2011; Razurel et coll., 2011).

C-1- Soutien social et détresse maternelle

Depuis les années 80, un nombre conséquent de recherches a été mené sur le soutien social en périnatalité. La plupart de ces études ont mis en valeur l'importance du réseau de soutien social dans la prévention des phénomènes de détresse maternelle en démontrant l'impact négatif d'un faible réseau social sur l'émergence de détresse maternelle (Cutrona et Troutman, 1986 ; Collins et coll., 1993 ; Logsdon, McBride, et Birkimer, 1994 ; Fuggle et coll., 2002 ; Martinez-Schallmoser et coll., 2003; Rahman, Iqbal, et Harrington, 2003 ; Heh, Coombes, et Bartlett, 2004 ; Kitamura et coll., 2004 ; Lee et coll., 2004 ; Logsdon et coll., 2004 ; Sagami et coll., 2004 ; Srisaeng, 2004 ; Logsdon et coll., 2005 ; Shin, Park, et Kim, 2006 ; Surkan et coll., 2006 ; Dennis et Ross, 2006 ; Gaugue-Finot et coll., 2010). Malgré des différences culturelles, économiques et sociales (Amérique du Nord, en Europe, au Moyen-Orient et en Extrême-Orient), les résultats de l'ensemble de ces études sont très proches.

Différents indices permettent d'évaluer la détresse psychologique maternelle. La majorité des études est centrée sur la symptomatologie dépressive. Récemment, un nouvel intérêt se développe sur les manifestations anxieuses (Capponi et Horbacz, 2007 ; Capponi, 2013 ; Capponi et coll. 2013). Quelques études prennent désormais en compte une mesure composite qui regroupe plusieurs indices, comme des scores de dépression, d'anxiété, d'estime de soi, de colère, les affects négatifs, les sentiments maternels, etc. Certaines études ont cherché à déterminer si la pathologie anxieuse était un sous-syndrome de la dépression. D'autres proposent de les distinguer (Matthey, Barnett, Howie, Kavanagh, 2003 ; Wenzel, Haugen, Jackson, Robinson, 2003). Selon ces auteurs, l'anxiété maternelle périnatale serait le type de dérégulation émotionnelle qui surviendrait le plus fréquemment au cours de cette période (Wenzel, Haugen, Jackson, Brendle, 2005).

Du point de vue de la vulnérabilité maternelle, le manque de soutien social — parmi l'ensemble des variables psychosociales — est un facteur systématiquement associé à la détresse maternelle (Webster, Nicholas, Velacott, Cridland, & Fawcett, 2011).

Enfin, soulignons que si le soutien en périnatalité est essentiel, c'est notamment parce qu'il a un lien direct sur le développement de l'enfant. En effet, nombreux sont les travaux ayant mis en exergue les effets majeurs d'une dépression post-partum sur les relations mère/enfant, avec par extension un impact négatif sur le développement de l'enfant (Field, 1984 ; Lyons-Ruth et coll., 1997 ; Tronick et Weinberg, 1997 ; Champion et coll., 2009).

C-1-1- Disponibilité – Satisfaction et détresse maternelle

Concernant les deux composantes : disponibilité et satisfaction, les études n'obtiennent pas les mêmes résultats. Par exemple, Glazier et coll. (2004) ont montré, en périnatalité, qu'une plus grande satisfaction à l'égard du soutien social perçu était liée à une réduction de la détresse maternelle, alors que la disponibilité ne l'était pas.

À l'inverse, Gauge-Finot et coll. (2010) ont mis en évidence que, des deux composantes du soutien social perçu, c'est la disponibilité qui est la plus associée à la dépression du post-partum. Même si elles évaluent le soutien social reçu comme satisfaisant, les femmes dépressives ont un plus petit réseau que les mères non dépressives.

Cutrona (1984) apporte une nuance intéressante: « *Le simple fait de savoir que les autres sont disponibles en cas de besoin permet de diminuer le sentiment d'impuissance (helplessness), même si l'on ne les sollicite pas* » (Cutrona, 1984, p.387). Ce qui n'oblitére pas l'importance du soutien effectif par la disponibilité réelle.

Si ces résultats divergent sur l'importance relative des deux composantes du soutien social, ils s'accordent sur le besoin qu'ont les parents d'avoir des personnes disponibles pour être satisfaits du soutien reçu.

C-2- Efficacité des soutiens en périnatalité

Les études ont démontré que, lors de la période périnatale, comme dans une situation classique, la dimension fonctionnelle est celle qui a le plus d'effet sur la santé physique et mentale (Norbeck, Peterson Tilden, 1983). De même, et comme nous l'avons vu précédemment, tout soutien n'est pas bénéfique et efficace en lui-même. Cela dépend de l'adéquation entre le besoin des parents et du type et de la source du soutien reçu. Certains auteurs ont par ailleurs souligné l'effet aidant ou nuisible que peuvent jouer certains membres du réseau social (Carpentier et White, 2001). Au lieu d'être une source de soutien, ils peuvent devenir une source de stress additionnel importante lorsque certains soutiens sont perçus par le parent comme étant coercitifs ou dénigrants à son égard (Coyne et Delongis, 1986 ; Dadds et coll., 1987 ; Webster-Stratton, 1990), ou encore lorsque certains individus sont exigeants et deviennent un poids supplémentaire sur les épaules du parent (Belle, 1990). Tout soutien n'est pas perçu de façon

équivalente, et certains d'entre eux bien que fournis à titre préventif ou thérapeutique peuvent se révéler source de mal-être, comme le sentiment de déprivatisation (Capponi & Horbacz, 2007). Enfin, des quelques études qui ont mesuré le soutien social à la fois en anténatal et en postnatal, la majorité a montré un impact plus important d'un faible soutien postnatal sur l'émergence d'une dépression du post-partum (Xie, Koszycki, Walker, & Wen, 2009). Citons néanmoins l'étude de Bales (2015) qui suggère que c'est le soutien anténatal (de type émotionnel) qui est le facteur le plus fortement associé de manière directe à l'intensité de la symptomatologie dépressive postnatale. La qualité du soutien, principalement émotionnel, procuré par le conjoint favoriserait la stabilité émotionnelle chez la future mère durant la grossesse et dans le postpartum (Bales, 2015).

C-3- Les types de soutien en périnatalité

D'après les études, les types de soutien qui impactent le plus l'état psychique maternel en post-partum, sont les soutiens émotionnel et instrumental (Baker, Taylor, The Alspac Survey Team, 1997 ; Lee, 1997 ; Bruchon Schweitzer, 2002 ; Heh, Coombes, Barlett, 2004 ; Razurel, Bruchon-Schweitzer, Dupanloup, Irion, Epiney, 2011 ; Van Teeffelen, Nieuwenhuijze, Korstjens, 2011). Car lorsque ces types de soutien sont inadéquats, ils sont des facteurs de risque à l'émergence de la dépression du post-partum (Collins et coll., 1993 ; O'Hara, 1986 ; O'Hara, Rehm, & Campbell, 1983 ; Paykel et coll., 1980) et d'anxiété, notamment chez les femmes enceintes et les jeunes accouchées (Capponi & Horbacz, 2005). Quand ils sont ajustés et en adéquation avec les besoins, les soutiens émotionnel et/ou instrumental offrent un réconfort et une aide concrète dans les soins à l'enfant et/ou dans les tâches ménagères. Toute la nouvelle organisation est souvent source de fatigue de stress voire d'épuisement. Ces deux types de soutien auraient un rôle de « tampon » et aideraient les femmes à se sentir moins déprimées après la naissance de leur enfant. Cutrona et Troutman (1986) ont d'ailleurs mis en évidence que l'association entre soutien social et dépression du post-partum était médiatisée par le développement d'un sentiment d'efficacité personnelle, exerçant ainsi un effet tampon sur la santé mentale.

Dans l'étude de Capponi et Horbacz (2007), les primipares attendent un soutien émotionnel, un renforcement de l'estime de soi et une aide pratique de la part leur sphère privée (conjoint et

famille). En ce qui concerne le soutien informatif les femmes comptent autant sur leur sphère privée (conjoint et famille) que sur les professionnels.

C-4- Les acteurs du soutien social en périnatalité

C-4-1- Réseau de proximité et sphère privée

Les études sur le soutien social ont permis de mettre en évidence l'importance de la présence d'un réseau de proximité dans la transition à la parentalité. Le manque de proches à proximité (Gordon, Kapostins et Gordon, 1965), le manque d'une confidente autre que le mari (Paykel, Emms, Fletcher et Rassaby, 1980), un faible réseau amical disponible pour offrir de l'aide (Wandersman, Wandersman et Kahn, 1980) sont autant de facteurs favorisant l'émergence de détresse maternelle.

L'étude de Cutrona (1984) a permis de préciser les fonctions de ce réseau de proximité. Sans précisément identifier les personnes qui composent ce réseau, l'auteur a mis en évidence l'importance pour les mères d'avoir des personnes de proximité avec qui elles ont une alliance fiable, sur qui elles peuvent compter pour obtenir de l'aide en toutes circonstances, qui leur permet d'obtenir du réconfort sur leurs capacités. D'autre part, les membres de ce réseau de proximité leur permettent d'appartenir à un réseau social, ce qui favorise un partage de centres d'intérêt et d'activités récréatives communs. Le soutien matériel et informatif qu'elles obtiennent de leur entourage (garde d'enfant, aide matérielle et financière) faciliterait les efforts des femmes pour surmonter leurs difficultés.

Dans son étude, Curtona (1984) a permis d'identifier les caractéristiques des personnes ressources, mais sans pour autant identifier qui elles étaient spécifiquement pour les mères (conjoint, parents, famille...). Les études ultérieures ont porté leur attention sur ce sujet.

C-4-1-1- La sphère privée, le conjoint et la famille

Des études récentes ont permis de mettre en évidence que les mères comptent en premier sur leur sphère intime (Capponi, Horbacz, 2007 ; Leahy-Warren, 2005) et plus précisément sur leur

conjoint, qu'elles identifient comme première source de soutien. En deuxième position, les mères identifient leur famille avec en première intention, la grand-mère maternelle de l'enfant (Capponi & Horbacz, 2007 ; Lavigueur et coll., 2005). Dans leur étude, Lavigueur et coll. (2005) ont mis en évidence que les participantes comptaient principalement sur leur conjoint et sur les figures féminines (mères, belles-mères, amies) comme source de soutien parmi l'ensemble du réseau informel (famille, amis). Cette surreprésentation féminine dans le soutien social en périnatalité a été retrouvée dans les études de Belle (1982 ; 1990). Comme l'indiquent Capponi et Horbacz (2007), « *l'entourage semble prendre alors le statut de caretaker de la mère, il devient ce que nous pourrions nommer "le gardien de la parentification" : le cheminement de leurs inquiétudes, de leurs contradictions, et de leurs hésitations trouve place, et leurs nouveaux repères se dessinent sans sentiment de "ne pas être à la hauteur"* » (Capponi & Horbacz, 2007, p.175).

C-5- Soutien social de la sphère privée et détresse maternelle

Plusieurs auteurs (Paykel et coll., 1980 ; O'Hara, 2001 ; Dennis, 2003 ; Bernazzani et coll., 2005 ; Caron et Guay, 2005 ; Capponi, Horbacz, 2007 ; Capponi, et coll., 2013 ; Milgrom et coll., 2008 ; Webster et coll. 2011 ; Tissot et coll. 2011/2) ont montré un lien de corrélation significative entre une faiblesse du soutien social de la sphère privée/intime et différentes manifestations de détresse maternelle. Dennis et Ross (2006) ont d'ailleurs mis en évidence que les symptômes dépressifs à 8 semaines post-partum augmentaient lorsque les mères rapportaient une perception basse d'un soutien de la part des « *personnes significatives* ». L'impact du soutien familial a été indirectement mis en évidence dans différentes études qui montrent que les femmes ayant des conflits avec leurs propres parents avaient plus de risque de développer une dépression postpartum (Ballinger et coll., 1979; Kumar & Robson, 1978; Tod, 1964),

Les études ont surtout mis en évidence le rôle primordial du conjoint (Collins et coll., 1993 ; Glazier et coll., 2004 ; Milgrom et coll., 2008 ; O'Hara, 1986 ; Pope, 2000 ; Romito et coll., 2009 ; Xie et coll., 2009) et la qualité des relations conjugales sur la détresse maternelle (Capponi et Horbacz, 2007). En effet, les études font ressortir un lien significatif entre un soutien insatisfaisant de la part du conjoint (ou une relation maritale insatisfaisante) et la dépression du post-partum (Ballinger et coll., 1979, Braverman & Roux, 1978 ; Kumar &

Robson, 1978; O'Hara, Rehm, & Campbell, 1983 ; Saucier, Bermazzani, Borgeat, & David, 1995 ; Guedeney, Jacquemain, & Glangeaud-Freudenthal, 2000 ; Christophe, 2003). Cette association se révèle significative non seulement lorsque la relation maritale ou le soutien du conjoint sont mesurés pendant la grossesse (Collins et coll., 1993 ; Kumar & Robson, 1984 ; O'Hara, 1986 ; Watson, Elliott, Rugg, & Brough, 1984), mais également lorsqu'ils sont évalués en postpartum (Cox et coll., 1982 ; O'Hara et coll., 1983 ; Paykel et coll., 1980).

Lors de la période périnatale, le type de soutien procuré par le conjoint qui a le plus d'effet sur la dépression est le soutien émotionnel (Bales, 2015 ; Collins et coll., 1993 ; Glazier et coll., 2004 ; Milgrom et coll., 2008 ; O'Hara, 1986 ; Pope, 2000 ; Romito et coll., 2009 ; Xie et coll., 2009). Selon House (1981), le soutien émotionnel fait référence à des manifestations de confiance, de bienveillance de la part de l'autre, mais également à de l'écoute, de l'intérêt ou encore du réconfort. En anténatal, le soutien émotionnel du conjoint favorisait le vécu positif de la grossesse chez la future mère, lui permettant de développer une confiance en elle et donc favoriserait la mise en place de compétences maternelles de qualité en post-partum (Inpes, 2010).

III] L'approche écosystémique

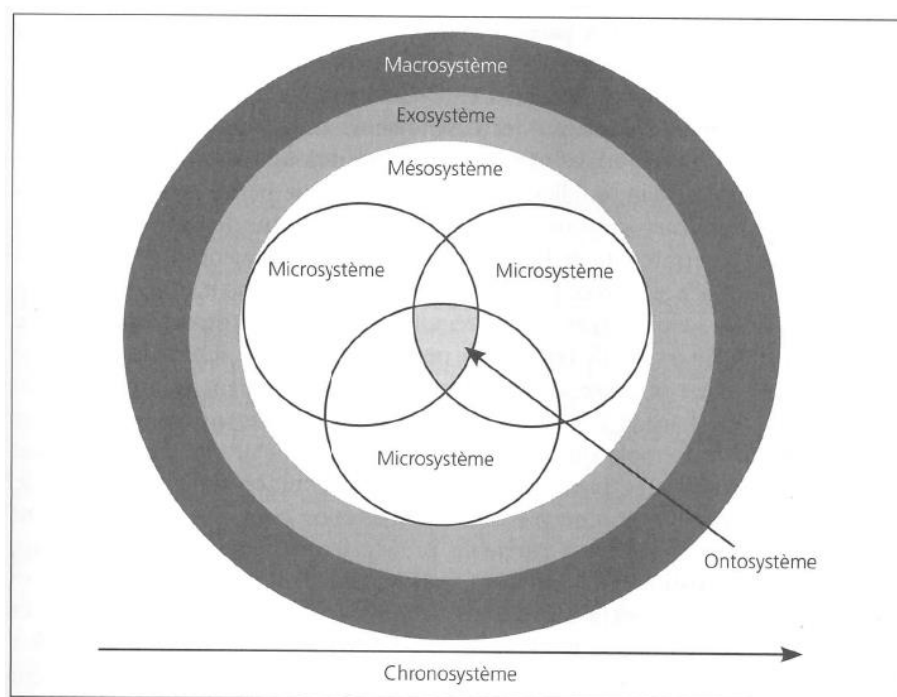
Dans cette troisième et dernière partie, nous allons nous intéresser au modèle écosystémique élaboré par Bronfenbrenner (1979, 2001). Cet auteur s'est inspiré des travaux de Lewin (1951), pour qui le comportement est fonction de l'interaction entre la personne et son environnement [formule $C = f(P, E)$], aux travaux de Weiner (1948) et de la théorie générale des systèmes de Von Bertalanffy (1968). Bronfenbrenner a cherché à démontrer que le sujet est actif dans son développement, mais que celui-ci ne se réalise pas en vase clos. Le développement est le résultat d'une intrication dynamique entre les caractéristiques du sujet et celles de ses environnements. En effet, selon Bronfenbrenner, il n'y a pas un, mais des environnements, plus ou moins proches du sujet (de la sphère familiale à l'environnement sociétal et politique). Le sujet évolue dans ses environnements de manière inconstante et il paraît primordial de les distinguer, dans l'objectif de mieux repérer les ressources, les compétences et les problématiques, selon le contexte qui les génère. Les environnements sont subdivisés en différents niveaux systémiques, illustrés par des cercles intriqués les uns aux autres (figure 1). Ces cercles représentent les différents environnements de vie qui influent sur le développement du sujet. Les environnements les plus proches (proximaux) sont au centre de ce modèle alors que les environnements plus éloignés sont à l'extérieur du cercle.

Les différents environnements identifiés par Bronfenbrenner sont : l'ontosystème, le microsystème, le mésosystème, l'exosystème, le macrosystème et le chronosystème.

- l'ontosystème, caractérise l'individu lui-même, avec ses caractéristiques génétique, physique, psychologique.
- le microsystème, constitue l'entité communautaire la plus proche de l'individu, celle dans laquelle sa participation va de soi (famille, amis proches...).
- le mésosystème, caractérise l'interaction des différents microsystèmes,
- l'exosystème, dans lequel on trouve l'environnement plus large de l'individu : les environnements communautaire, politique et culturel et qui exercent une influence sur ses comportements et sur sa vie.
- le macrosystème, qui englobe les environnements inférieurs et constitue l'ensemble des valeurs, des traditions et des croyances de la culture du sujet.

- le chronosystème, c'est la dimension temporelle dans laquelle s'inscrivent les cinq systèmes, attaché au contexte historique et social et au niveau des périodes de développement du sujet.

Figure 1 : Les aspects structuraux du modèle écologique ⁷



L'approche écosystémique met en évidence que le développement de l'enfant n'est pas uniquement lié aux actions des parents, mais à la capacité des différents environnements de répondre aux besoins fondamentaux de l'enfant. Pour répondre aux besoins de l'enfant, les parents doivent pouvoir eux-mêmes trouver dans les différents environnements, les ressources essentielles à leurs fonctions parentales (famille, société, culture, politique).

⁷ Source : Tiré de De Montigny, F., et J. Goudreau (2009). Les services de première ligne et l'intervention familiale. Dans Lacharité, C., et J.-P. Gagnier (dir.). Comprendre les familles pour mieux intervenir : repères conceptuels et stratégies d'action, p.189

A- Le modèle écosystémique et la parentalité

Lacharité et son équipe ont proposé d'appréhender la parentalité en s'appuyant sur le modèle écosystémique de Bronfenbrenner (1979, 2001) et sur le modèle de Belsky (1984, 2008; Belsky et Jaffe). D'après ce modèle, la parentalité et plus spécifiquement la pratique parentale (le parenting) est influencée par des facteurs liés aux caractéristiques personnelles des parents, aux caractéristiques personnelles de l'enfant et aux caractéristiques sociales et contextuelles.

La figure 3 illustre les principaux éléments repérés dans de nombreuses études menées sur la parentalité et ses déterminants. Ils ont été retenus par l'équipe pour servir de cadre conceptuel de l'initiative Perspectives parents ⁸.

Le modèle écosystémique de la parentalité propose de considérer la parentalité comme « *le résultat de l'interaction entre les caractéristiques de l'enfant, les caractéristiques du parent et les conditions sociales et contextuelles dans lesquelles ils évoluent* » (Lacharité et coll., 2015, p.11).

A-1 Les caractéristiques de l'enfant

L'enfant apporte une contribution à travers ses caractéristiques personnelles et la trajectoire de développement qu'il emprunte à différents moments de sa vie. Il engendre un circuit relationnel à l'intérieur duquel l'expérience et la pratique parentales se construisent, ce qui façonne en retour l'expérience et les comportements de l'enfant. Les caractéristiques comportementales, émotionnelles (son tempérament par exemple), son sexe et les stades de développement (les stratégies que l'enfant développe pour réguler sa détresse et interagir avec ses parents), ses comportements d'attachement, sa situation de handicap ou sa maladie vont considérablement influencer l'exercice du rôle de parent. Les caractéristiques positives vont servir à l'adoption

⁸ Initiative Perspectives parents est un regroupement de travaux initié en 2014 par l'organisme Avenir d'enfants avec la collaboration de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) et du Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et la famille (CEIDF), cette initiative repose sur la réalisation d'un sondage à grande échelle (EQEPE — Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans) et d'une étude qualitative à partir de groupes de discussion avec des mères et des pères. Voir Lacharité, C., Pierce, T., Baker, M., Calille, S., & Pronovost, M. (2015). *Penser la parentalité au Québec: un modèle théorique et un cadre conceptuel pour l'initiative Perspectives parents*. Les éditions CEIDF.

de conduites parentales engagées et sensibles, à l'inverse, lorsqu'elles sont négatives, les parents pourraient adopter des conduites intrusives, hostiles ou indifférentes.

A-2 Les caractéristiques des parents

Les auteurs ont mis en évidence l'influence de trois catégories de caractéristiques personnelles des parents qui déterminent la parentalité : l'histoire développementale du parent qui modèle sa personnalité, la manière dont il se sert des modèles parentaux auxquels il a été exposé et la présence de problèmes ou troubles de santé mentale.

A-3 Les caractéristiques sociales et contextuelles

Les caractéristiques sociales et contextuelles sont constituées d'éléments proximaux (ou directs) et d'éléments distaux (ou indirects).

Les éléments qui correspondent aux facteurs sociocontextuels proximaux sont : la relation avec l'autre parent, le soutien social, l'information sur le développement de l'enfant, la conduite parentale et l'expérience vécue dans le milieu de travail. Les facteurs distaux sont évoqués sous le vocable « contexte de vie » et font référence aux influences mésosystémiques, exosystémiques et macrosystémiques du modèle de Bronfenbrenner.

A-3-1- La relation avec l'autre parent

La relation entre les parents est un facteur proximal qui englobe la relation conjugale et l'alliance entre les parents.

A-3-1-1- La relation conjugale

Les difficultés dans la relation conjugale entre les parents peuvent avoir des répercussions sur les conduites parentales à l'égard de l'enfant et notamment lorsque les difficultés aboutissent à la séparation du couple.

A-3-1-1- L'alliance conjugale

L'alliance parentale est la capacité des parents à former une équipe autour du partage des valeurs éducatives, d'attentes, de préoccupations semblables pour l'enfant, de construire une confiance mutuelle et de recevoir des encouragements réciproques). C'est aussi la capacité à se soutenir concrètement l'un et l'autre dans les nombreuses et diverses tâches de soins et d'éducation à prodiguer à leur enfant. Si l'alliance entre les parents est distincte de la qualité de la relation conjugale, elle n'en est pas complètement indépendante.

A-3-2- Le soutien social

Comme le souligne les auteurs, « *le réseau de soutien social d'un parent et la qualité du soutien qu'il génère se révèlent un déterminant significatif de la qualité de l'expérience parentale et de la pratique parentale, en particulier lorsque le parent fait face à des défis qui placent sous tension la relation qu'il entretient avec son enfant.* » (Ibid., p. 14-15).

Les principales formes de soutien sont le soutien informatif/cognitif, affectif, relationnel, matériel et économique.

Le soutien social peut-être informel ou formel. Il est informel lorsqu'il est dispensé par des personnes avec qui le parent a des interactions régulières et soutenues et pour lesquelles il peut aussi être une figure de soutien social (par exemple, des membres de la famille élargie, d'autres parents, des collègues de travail, des voisins). Le réseau de soutien est formel lorsqu'il est dispensé par des personnes qui offrent une aide habituellement pas réciproque et plus ou moins ponctuelle (des professionnels de la santé, des services sociaux...). Le soutien formel est souvent contractualisé et organisé en fonction d'objectifs spécifiques. De plus, la dimension

culturelle doit être prise en compte car elle conditionne en partie les demandes d'aide formelle et informelle. D'après les auteurs, « *L'exercice des responsabilités parentales dans les sociétés occidentales constitue une tâche complexe qui nécessite une quantité et une qualité importantes de soutien social sous formes variées* » (Ibid., p. 14).

Ainsi, le support social dans un moment de changement dans la famille, comme l'arrivée d'un bébé, est très important à comprendre dans le modèle écologique. Il est important pour la mère, les parents, de se constituer un réseau d'aide pour leur permettre de trouver des aides concrètes au niveau de la pratique du maternage mais aussi pour le partage d'expériences avec d'autres personnes vivant la même situation, ainsi que pour l'état physique de la femme après l'accouchement.

A-3-3- Information sur le développement de l'enfant et la conduite parentale

Les auteurs ont décidé de distinguer ce facteur du soutien social dans le modèle conceptuel tant il a pris de l'ampleur dans le domaine de la parentalité.

A-3-3-1- Professionnel

En proposant « *une large panoplie de "produits informationnels"* » (Ibid., p. 16), les institutions, les organisations participent activement au relais et à la transmission des informations à l'égard des parents pour les accompagner dans la compréhension de leur enfant et de les soutenir dans les ajustements nécessaires à leur conduite parentale.

A-3-3-2- Les médias et les réseaux sociaux

Les médias (quotidiens, magazines, radio, télévision) et les réseaux sociaux, plus récemment, ont été identifiés comme source potentielle d'information sur la parentalité. L'utilisation des réseaux sociaux « *élargit considérablement les sources d'information dont un parent peut disposer pour répondre à ses questions et ses préoccupations ainsi qu'il augmente les moyens*

interactifs (par exemple, à travers des forums de discussion) pour traiter et donner du sens aux informations qu'on lui propose. » (Ibid., p. 17).

Si cette multiplication des sources potentielles d'information facilite leur accès, elle n'est pas toujours aidante pour les parents qui peuvent avoir du mal à faire le tri : « *On ne peut saisir l'intensité et l'étendue du contenu informationnel auquel sont exposés quotidiennement les parents. [...] Les parents y rencontrent une surabondance d'information, qui affirme souvent tout et son contraire, ce qui exige d'eux une capacité d'analyse et de réflexion leur permettant de circuler en évitant les écueils.* » (Ibid., p. 16-17).

La capacité de faire ce tri et de ne pas être fragilisé par la surabondance d'informations dépend, selon les auteurs, des caractéristiques personnelles du parent (par exemple, son niveau d'éducation, sa personnalité, ses habiletés cognitives) et des caractéristiques de son environnement dans lequel il évolue (par exemple, la présence d'un réseau d'entraide, l'accès à Internet, l'existence de relations avec des professionnels en qui il a confiance).

A-3-4- L'expérience vécue dans le milieu du travail

Le modèle écosystémique de la parentalité donne une place importante à l'expérience vécue dans le milieu du travail.

L'arrivée relativement récente des femmes sur le marché du travail et la bi-activité des couples qui en découle ont nécessité de repenser la nouvelle organisation de la vie de famille et de la vie professionnelle. Des nouveaux acteurs (état providence par exemple) se sont impliqués pour proposer des conditions favorables à la conciliation de ces deux sphères. Comme l'indiquent les auteurs, « la conciliation famille-travail continue d'être une source importante de préoccupations individuelles des parents de jeunes enfants et de préoccupations sociales pour les instances gouvernementales et les organisations de services. » (Ibid.). La profession ainsi que les conditions dans laquelle celle-ci s'exerce impacte la parentalité. La profession « fournit notamment l'accès à un type d'environnement de vie, un réseau social particulier et une forme de reconnaissance ou de prestige social qui conditionnent l'expérience que cette personne vit dans son rôle parental et la pratique qu'il exerce auprès de son enfant. » (Ibid., p. 18).

A-3-5- Le contexte de vie des parents

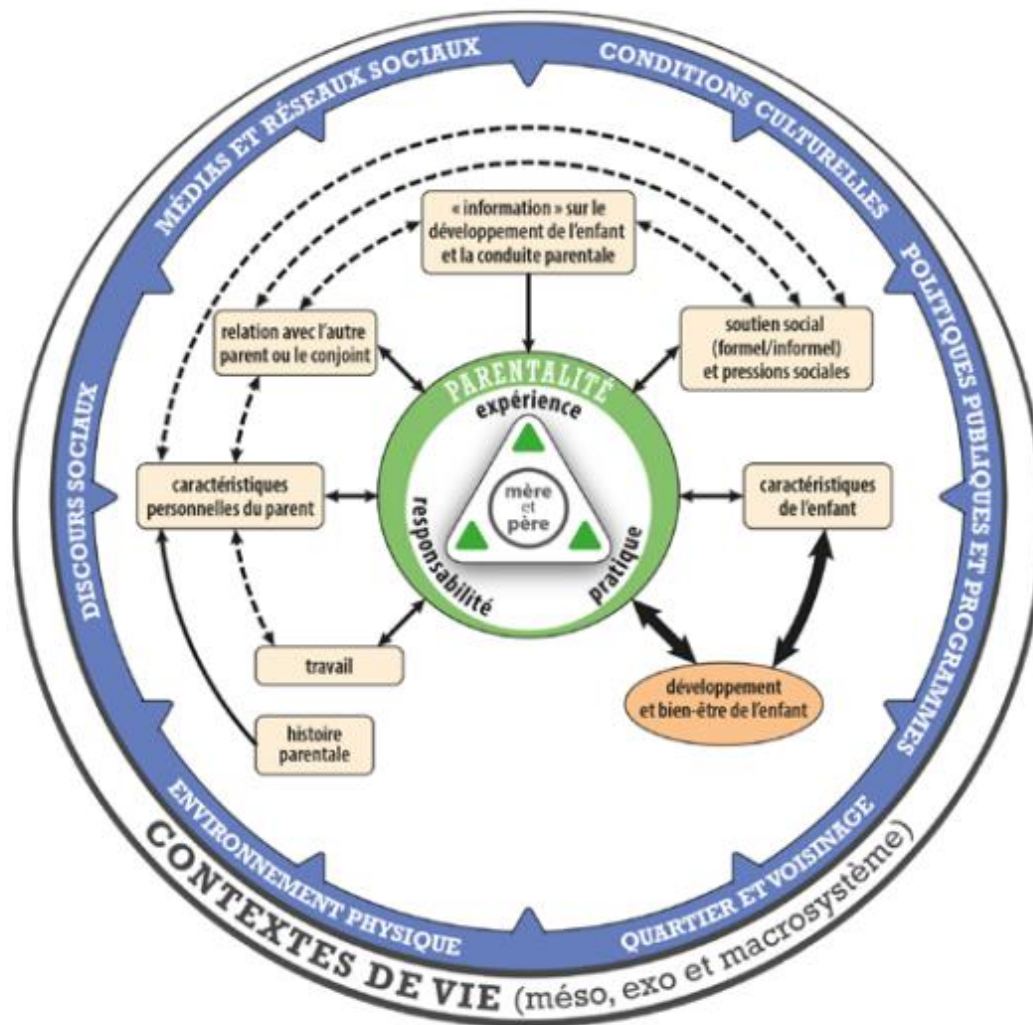
Le contexte de vie des parents est un ensemble d'éléments qui exerce une influence indirecte sur la parentalité en agissant sur l'histoire de vie et la personnalité du parent, sur les caractéristiques personnelles de l'enfant, sur la qualité du soutien social et sur la relation avec l'autre parent, sur l'expérience vécue dans le milieu du travail et sur la nature de l'information proposée. La théorie écosystémique simplifie la conception de ces influences potentielles indirectes en distinguant et répartissant ces éléments en trois grandes catégories ou niveaux systémiques.

Figure 2 : les influences indirectes regroupées en trois catégories ⁹

- 1 le **mésosystème** qui repose sur les formes de relation entre les différents milieux dans lesquels évolue une personne (par exemple, les relations qui existent entre la famille et la belle-famille d'un père ou d'une mère relèvent de ce type d'influence; les relations de voisinage entrent aussi dans cette catégorie de même que les relations au sein des réseaux sociaux qui s'établissent par l'entremise d'outils tels que *Facebook*);
- 2 l'**exosystème** qui englobe l'environnement physique dans lequel une famille organise son quotidien ainsi que l'ensemble des structures et institutions sociales qui charpentent la vie quotidienne des personnes (par exemple, la sécurité du quartier et son enclavement; les services publics auxquels les parents ont accès; les lois et les politiques qui régissent les responsabilités parentales; les divers types de médias de masse auxquels les parents ont accès; le marché du travail et les opportunités d'emploi; les organisations sociales de revendication de droits);
- 3 le **macrosystème** qui recouvre les croyances, les représentations et les discours sociaux portant sur l'enfance, la parentalité et la vie familiale.

⁹ Source : Lacharité, C., Pierce, T., Baker, M., Calille, S., & Pronovost, M. (2015). *Penser la parentalité au Québec: un modèle théorique et un cadre conceptuel pour l'initiative Perspectives parents*. Les éditions CEIDF.

Figure 3 : Théorie et cadre conceptuel écosystémiques de la parentalité¹⁰



¹⁰ Source : Lacharité, C., Pierce, T., Baker, M., Calille, S., & Pronovost, M. (2015). *Penser la parentalité au Québec: un modèle théorique et un cadre conceptuel pour l'initiative Perspectives parents*. Les éditions CEIDF.

IV] Synthèse du deuxième chapitre

Nous avons vu dans ce deuxième chapitre les apports de trois courants épistémologiques sur les notions d'étayage et de soutien. Les travaux de ces trois courants ont mis en évidence le rôle crucial de l'étayage et du soutien réels dans le devenir mère ainsi que l'influence des variables contextuelles et sociales.

En psychanalyse, nous avons vu que même si l'étayage externe a été constaté par les travaux psychanalytiques, il a fait l'objet de résistances et de polémiques.

Alors que c'est Freud lui-même qui, aux prémices de la psychanalyse avait souligné l'importance vitale de la mère dans la survie du bébé, la notion d'étayage dans l'œuvre freudienne a été principalement associée à la théorie des pulsions et l'objet externe a été délaissé au profit de l'objet interne (qui offre un étayage par l'introjection des expériences passées). L'objet interne lorsqu'il est bon est un appui pour supporter et dépasser des situations de crise et de détresse.

Du fait de la guerre et des conséquences contextuelles, les successeurs de Freud ont progressivement reconnu et accordé une place décisive à l'environnement et à la fonction structurante des relations d'objet réciproques des sujets. Ce sont les théories de la relation d'objet. Dans un premier temps, les théories des relations d'objet ont été opposées à la théorie des pulsions (qui se centre sur le besoin qu'éprouve le sujet de réduire la tension instinctuelle). Récemment, certains auteurs ont pris le parti de ne plus les opposer et de souligner leurs complémentarités.

L'étayage des objets externes a été spécifiquement mis en évidence dans les incidences de leur absence dans les relations précoces. L'objet externe par excellence est la mère, non plus exclusivement interne mais réelle et externe, qui assure la survie du bébé et lui offre les conditions d'un développement harmonieux.

Or en étudiant les écueils de la relation mère-bébé, les auteurs ont mis en évidence qu'une mère ne pouvait offrir les conditions favorables à son bébé sans qu'elle puisse elle-même bénéficier de conditions favorables au développement de son identité et fonction maternelles. Alors que les travaux en psychanalyse reconnaissaient une place primordiale à l'objet interne, certains

auteurs ont défendu l'idée selon laquelle l'étayage externe avait, au même titre que l'étayage interne, toute son importance.

Selon Racamier, l'étayage dans la réalité détermine, au même titre que les facteurs psychiques et historiques (les éléments et processus intra-psychiques) le devenir de la maternalité. Ils ont un effet bénéfique et protecteur pour la nouvelle mère. L'étayage externe opère tant sur le plan psychique que sur le plan de la réalité. Les soutiens offerts par l'entourage, conjugal, maternel, social et médical favorisent, soutiennent les processus psychiques inhérents et toujours fragilisants de la maternalité.

Si Winnicott a souligné l'importance de l'entourage dans son ensemble dans l'accès à la maternité, il a principalement mis en évidence l'importance du père auprès de la devenant ou devenue mère. Le père de l'enfant a un rôle considérable dans l'émergence et le maintien de l'état psychique de la préoccupation maternelle primaire. Winnicott utilise l'expression « *couverture protectrice* » pour rendre compte de cette fonction de soutien. Cette place et fonction spécifique de soutien ont été par la suite relevées par différents auteurs (Ciccone, Stern, Soulé, Resnik, Golse, ...).

Kaës a lui aussi mis en évidence la place du père de l'enfant mais aussi de tout l'ensemble groupal. Le groupe permet de trouver des objets et des voies de régulations. Selon cet auteur, les voies de régulations ne fonctionnent pas en vase clos. Les régulations supplétives ont un double aspect : un aspect psychique et un aspect psychosocial. L'aspect psychique correspond au processus de mentalisation. Or selon Kaës, pour que le travail de mentalisation et le recours à l'espace de représentation interne puissent être effectifs, il est essentiel que le groupe psychosocial du dehors assure les fonctions de conteneurs et de cadre. Ces fonctions assurant : « *la continuité du dehors, et le dépôt de ce qui ne peut être toléré dedans, et la transformation préalable, pré-digérée, de ce qui ne peut être assimilé dedans.* » (Kaës, 1980, p.257).

Stern a démontré que lorsqu'une femme devient mère, « *un nouveau triangle prend le centre de la scène, qui est la mère, sa propre mère et le bébé.* » (Stern, 2012, p.47-48). La mère a besoin d'une matrice de soutien féminin : « *une ou des femmes en général plus âgées ou plus expérimentées comme mères, qui ont la légitimité d'une mère.* » : Selon lui « *la mère a besoin de se sentir entourée et soutenue, accompagnée, valorisée, appréciée, instruite, aidée à des degrés divers* » (Stern, 1997, p.232). Deux types de soutien sont identifiés par l'auteur, le soutien psychique qui correspond à la possibilité de recevoir une validation, un encouragement,

un avis et le soutien qui ne peut être assuré que par un entourage féminin et le soutien physique et pratique assuré par le père de l'enfant.

Les récents prolongements théoriques réalisés notamment par les auteurs de l'approche psychanalytique groupale familiale en périnatalité ont le mérite d'ouvrir une autre perspective de compréhension du devenir mère et de ses écueils. Pour ces auteurs, le devenir mère ne peut pas être appréhendé indépendamment de son contexte : des liens intersubjectifs développés avec son bébé, avec son conjoint, père et amant, mais aussi avec tous les membres de sa famille et la société en général (méta-cadres, Kaës, 2004). Les travaux de Mellier ont permis de mettre en évidence la dialectique nécessaire de la fonction contenante familiale et sa présence dans la réalité dans l'immédiat post-partum.

Même si notre inscription épistémologique est principalement psychanalytique, nous avons pris le parti de nous intéresser aux travaux en psychologie de la santé, qui ont ces quarante dernières années exploré le soutien dans la réalité, et aux apports du modèle écosystémique de la parentalité.

L'étayage en psychologie de la santé a été conceptualisé sous la notion de soutien. Le soutien a été décliné selon sa nature (soutien émotionnel, pratique, informatif...) et ses sources. Les auteurs ont permis de dégager des indices permettant d'évaluer le soutien. Nous avons vu que l'efficacité et l'effet bénéfique du soutien dépendent de la source, du type du soutien et de l'adéquation avec la situation, les attentes et les besoins du sujet.

Les recherches dans ce domaine ont permis d'objectiver l'importance de l'étayage externe en général et durant la période périnatale, notamment dans les situations où il fait défaut. Selon ces études, le soutien qui a le plus d'impact sur l'état psychique maternel est le soutien émotionnel provenant de la sphère privée de la mère : le conjoint et les membres de sa famille. Dans les études, les mères qui n'ont pas bénéficié de soutien de leur sphère privée sont plus nombreuses à présenter des troubles psychopathologiques anxieux et dépressifs que les autres mères.

Enfin, le modèle écosystémique de la parentalité (Lacharité et coll., 2015), inspiré des travaux de Bronfenbrenner (1979, 2001), a permis de mettre en évidence l'intrication dynamique des différents facteurs impliqués. La parentalité s'articule autour de trois axes principaux : l'expérience, la pratique et la responsabilité parentale, qui sont eux même en étroite interaction

avec des facteurs proximaux et distaux. Ce modèle invite à prendre en considération la parentalité d'une mère ou d'un père « en contexte, c'est-à-dire en interrelation avec l'autre parent, leur entourage, les autres acteurs de son environnement socioculturel.

DEUXIÈME PARTIE : PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES

I] Synthèse de la revue de la littérature et problématique

La revue de la littérature nous a permis de mettre en évidence plusieurs éléments que nous proposons de reprendre ici de manière très synthétique et qui nous mèneront à notre problématique et à nos hypothèses.

Premièrement, nous avons vu, dans le premier chapitre que le devenir mère convoque obligatoirement un ensemble de processus dynamiques, multiples et intriqués, tant intrapsychiques qu'intersubjectifs, et oblige la femme devenant mère à une reprise consciente et inconsciente de son passé. Les processus du devenir mère s'inscrivent bien en amont dans le développement psychosexuel de la petite fille et imposent à la nouvelle mère de revivre les conflits infantiles des phases précédentes de son développement, les premières relations et identifications avec ses propres parents, via, notamment, les phénomènes de transparence psychique.

Devenir mère c'est aussi rencontrer un autre, son bébé, de supporter sa réalité et ses besoins et se mettre dans une disposition psychique et relationnelle bien spécifique pour assurer sa survie. Devenir mère, c'est être exposée à la passivité des changements physiques, un corps qui se transforme par la grossesse, l'accouchement et qui doit se mettre au service de la survie du bébé (allaitement). Rencontrer son bébé c'est aussi se rencontrer soi en tant que mère et induit des retrouvailles avec sa mère des premiers soins, celle qui a été à l'origine de son sentiment continu d'exister, celle par qui s'est constitué son objet interne, bon ou défaillant. Rencontrer son bébé, c'est aussi retrouver le bébé qu'elle a été ou croit avoir été. Nous avons vu que ces retrouvailles ne sont pas sans écueil et peuvent être source d'angoisse, de culpabilité et d'agressivité.

Devenir mère c'est aussi rencontrer le père de son bébé, celui qu'elle a connu comme amant et construire avec lui, un couple parental tout en restant un couple conjugal. Cela se révèle être un véritable enjeu, voire une épreuve, pour un certain nombre de parents.

Devenir mère c'est faire face à des pulsions anciennes et inédites, positives et tendres, au service de l'établissement des nouvelles relations, mère-bébé, père-bébé, père-mère, mère-bébé-père, et aussi des motions hostiles : rivalité, ambivalence, agressivité voire haine à l'encontre du

nourrisson et du partenaire, en tant que père et en tant qu'amant. Ces motions hostiles sont classiques et inhérentes aux processus maternels, mais plus ou moins intenses, notamment en fonction de l'histoire singulière de chaque sujet. Celles-ci peuvent renforcer la vulnérabilité spécifique chez la mère, et peuvent occasionner de la culpabilité et de la détresse psychique.

Nous avons également mis en évidence que le devenir mère s'accompagne d'une crise intersubjective au niveau familial. En effet, en devenant mère, la femme fait devenir grands-parents ses propres parents, ses frères et sœurs, des oncles et des tantes et tous les membres de la famille sont ainsi dotés de nouvelles identités et fonctions.

La crise périnatale opère à plusieurs niveaux : au niveau individuel, conjugal, triadique et familial. Les différents niveaux de crise fonctionnent les uns par rapport aux autres.

Pour toutes ces raisons, les exigences de la maternité et de l'immédiat post-partum constituent une véritable crise qui expose la femme devenant mère à une expérience de chaos et la rend particulièrement vulnérable. Une crise est définie ainsi : « *Situation de trouble, due à une rupture d'équilibre et dont l'issue est déterminante pour l'individu* ». ». Nous avons proposé de reprendre ici la métaphore de Bick pour illustrer cette vulnérabilité intrinsèque de la maternité en général et de l'immédiat post-partum en particulier : la femme devenant mère est propulsée dans un nouvel environnement comme un cosmonaute projeté dans l'espace sans combinaison.

Dans l'immédiat post-partum, cet état de vulnérabilité est la plupart du temps transitoire et spécifique. C'est le baby-blues, dépression légère et passagère. Dans certaines situations, cet état de vulnérabilité s'installe dans le temps, s'aggrave et fait le lit d'une psychopathologie maternelle (dépression et anxiété postnatales) pouvant avoir des répercussions sur le développement du bébé.

Nous avons vu dans le deuxième chapitre les apports de trois courants épistémologiques sur les notions d'étayage et de soutien. Les travaux de ces trois courants ont mis en évidence le rôle crucial de l'étayage et du soutien réels dans le devenir mère et l'intrication des facteurs intrapsychiques et intersubjectifs, environnementaux et sociétaux.

Dans la théorie psychanalytique, l'étayage a dans un premier temps été travaillé dans sa dimension intrapsychique notamment à travers le concept du bon objet interne. Le sujet s'appuie sur un bon objet interne pour supporter et dépasser des situations de crise et de détresse.

Or progressivement, une place décisive a été reconnue et accordée à l'environnement et à la fonction structurante des relations d'objet réciproques des sujets. Ce sont les théories de la relation d'objet. L'importance de l'étayage des objets externes a été spécifiquement mise en évidence via les incidences de leur absence dans les relations précoces. L'objet externe par excellence est la mère, non plus exclusivement interne mais réelle et externe qui assure la survie du bébé et lui offre les conditions d'un développement harmonieux. En s'intéressant aux causes des écueils de la relation mère-bébé, les auteurs ont mis en évidence que la mère peut offrir les conditions favorables à son bébé si elle-même peut bénéficier de conditions favorables au développement de son identité et fonction maternelles. Alors que les travaux en psychanalyse reconnaissaient une place primordiale à l'objet interne, certains auteurs ont défendu l'idée selon laquelle l'étayage externe avait, au même titre que l'étayage interne, toute son importance.

Selon ces auteurs, les personnes qui ont cette fonction d'étayage auprès de la mère sont en premier lieu le conjoint et la mère de la mère et tous les personnages féminins, puis le groupe et la société dans son ensemble. Les travaux en psychanalyse groupale et familiale ont mis en évidence la dialectique entre l'étayage interne, la contenance familiale et la présence dans la réalité.

Les recherches en psychologie de la santé ont permis d'objectiver l'importance de l'étayage externe en général et dans le domaine de la périnatalité, notamment dans les situations où il fait défaut. En psychologie de la santé, l'étayage a été conceptualisé sous le terme de soutien et il a été décliné selon sa nature (soutien émotionnel, pratique, informatif...) et ses sources. Selon ces études, le soutien qui a le plus d'impact sur l'état psychique maternel est le soutien émotionnel provenant de la sphère privée de la mère : son conjoint et les membres de sa famille. Dans les études, les mères qui n'ont pas bénéficié de soutien de leur sphère privée sont plus nombreuses à présenter des troubles psychopathologiques anxieux et dépressifs que les autres mères. L'ensemble des recherches menées sur le soutien de la sphère privée se sont portées exclusivement sur le soutien du conjoint ou sur la sphère privée conjoint-famille sans distinction. À ce jour, aucune étude ne s'est spécifiquement intéressée à la fonction de soutien de la sphère familiale sur l'accès à la maternité.

Enfin, le modèle écosystémique de la parentalité (Lacharité et coll., 2015), inspiré des travaux de Bronfenbrenner (1979, 2001), a permis de mettre en évidence l'intrication dynamique des différents facteurs impliqués dans la parentalité.

Alors que la sphère privée est identifiée par les mères comme première source de soutien, plusieurs études font état d'un affaiblissement du support social de la sphère privée dans la période post-natale, phénomène qui contribue à l'émergence d'un sentiment de solitude très prégnant (Belot, Vennat, Moissenet, Bluon-Vanier, Herse, De Montigny, Lacharité, Mellier, 2013 ; Capponi et Horbacz, 2005, 2007 ; Capponi et coll., 2013 ; Caron et Guay, 2005 ; Castelain-Meunier, 1998 ; Giampino, 2006 ; Gjerdingen, Chaloner, 1994 ; Hung, Chung, 2001 ; Leahy Warren, 2005 ; Lussier, David, Ouimet, 1996 ; Mellier et Rosenblum, 2013 Tagawa, 2012). Et d'autres études relèvent que le soutien à la parentalité serait plus important avant la naissance (Kearns, Neuwelt, Hitchman, Lennan, 1997) et qu'il diminuerait aussi à mesure que l'effet de nouveauté de la naissance s'atténue (Cronin, 2003). Gjerdingen, Chaloner (1994), ont montré que le soutien reçu de la part du réseau privé décline de façon significative au-delà du premier mois. Ce phénomène a aussi été observé par Capponi et coll. (2013) qui ont montré l'existence d'un faible soutien affectif en fin de grossesse qui s'accroît trois mois après l'accouchement.

Au regard des enjeux individuels et intersubjectifs liés à l'accès à la maternité, quels impacts pourrait avoir un défaut d'étayage familial dans l'immédiat post-partum sur l'état psychique maternel, sur l'établissement des capacités de préoccupation maternelle primaire et de rêverie maternelle et sur les relations mère-bébé, mère-père et mère-père et bébé ?

Ainsi, notre recherche s'inscrit dans la continuité des travaux déjà réalisés, en cherchant à préciser l'impact d'une faiblesse voire d'une absence d'étayage familial externe dans l'immédiat post-partum sur le devenir mère.

III Hypothèses

A) Hypothèse principale

Le défaut d'étayage familial externe dans l'immédiat post-partum accentue et fait perdurer l'état de crise inhérent aux processus intrapsychiques et intersubjectifs de la maternalité.

Afin de tester cette hypothèse, nous la déclinons en plusieurs hypothèses secondaires.

B) Hypothèses secondaires

1) Le défaut d'étayage familial externe dans l'immédiat post-partum accentue et fait perdurer la vulnérabilité maternelle.

2) Le défaut d'étayage familial externe dans l'immédiat post-partum entrave les processus de maternalité au niveau de la préoccupation maternelle primaire (la qualité du holding, les capacités d'identification au bébé) et la rêverie maternelle (défaillance de la fonction alpha) et au niveau des devenirs des motions hostiles (agressivité, haine, envie) de la mère vis-à-vis de son bébé.

3) Le défaut d'étayage familial externe dans l'immédiat post-partum va rendre plus difficile la gestion des motions hostiles (agressivité, haine, envie) de la mère vis-à-vis de son conjoint, en tant que père et amant.

3-1) Le défaut d'étayage familial externe dans l'immédiat post-partum a un effet négatif sur les relations conjugales.

3-2) Le défaut d'étayage familial externe dans l'immédiat post-partum a un effet négatif sur les relations parentales.

TROISIÈME PARTIE : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

I] Cadre de la recherche

La présente recherche s'inscrit dans une recherche de plus grande envergure dirigée par le professeur Denis Mellier. Elle est portée par une équipe pluridisciplinaire composée de deux enseignants-chercheurs et psychologues cliniciens, une doctorante-psychologue clinicienne, une psychologue clinicienne, un service d'hospitalisation à domicile (HAD) composé lui-même de sages-femmes, d'une sage-femme coordinatrice et d'une psychologue clinicienne. Des étudiants de la licence au master 2 ont été ponctuellement associés à cette recherche (visites à domicile et/ou retranscriptions).

Cette recherche s'intitule Parasol, qui est la contraction des mots parents et solitude. Il s'agit d'une recherche-action qui vise à évaluer l'impact de la solitude des nouveaux parents sur l'état psychique de la nouvelle mère et du nouveau père, sur le couple conjugal, le couple parental, sur les relations dyadiques et triadiques et enfin sur le développement du bébé. Ce projet a pris naissance dans la clinique et plus particulièrement dans l'écoute de souffrances familiales. Deux constats ont été faits. Premièrement, les professionnels constatent un nombre important d'enfants qui consultent pour des troubles du comportement et de l'hyperactivité. Le deuxième constat clinique porte sur un nouveau type de souffrance, qui se verbalise souvent dans l'après-coup, qui est due à un sentiment de solitude parentale. Dans leurs discours, les parents associent cette solitude à un manque spécifique d'étayage familial. Ainsi une question a émergé : Existe-t-il un lien entre le défaut d'étayage familial dans les tous premiers instants, c'est-à-dire au moment de l'immédiat post-partum et l'émergence psychopathologique chez l'enfant lorsque celui-ci gagne en autonomie et que les premières séparations symboliques et réelles adviennent ?

Dans l'objectif de répondre à cette question, nous avons rejoint l'équipe en septembre 2011 et débuté un recueil de données sur l'ensemble des dimensions citées précédemment à partir de novembre 2011.

Au fur et à mesure du recueil de données, notre objet de recherche a émergé naturellement. Sans que cela soit prédéfini, nous nous sommes plus particulièrement intéressée aux répercussions

du défaut d'étayage familial sur l'état psychique maternel, et plus globalement sur le devenir mère. Même si notre travail de recherche s'est centré sur les femmes devenues mères, nous avons porté attention à l'ensemble de la famille, au père et au bébé. Les données recueillies auprès des pères et des bébés ne font pas l'objet ici d'une analyse, néanmoins ces différents matériels seront traités dans un travail ultérieur.

III Population

Notre échantillon est composé de 35 femmes.

A) Critères d'inclusion

Concernant les critères d'inclusion, les femmes retenues pour la recherche devaient :

- être primipare ;
- être âgée entre 18 et 40 ans ;
- vivre avec le père de l'enfant ;
- vivre dans l'agglomération de Besançon ;
- parler français ;
- avoir eu recours au service d'Hospitalisation À Domicile Maternité (HAD.M).

A-1- L'HAD Maternité

L'HAD Maternité est un service qui permet de poursuivre la prise en charge médicale des patientes et de leur bébé à l'extérieur d'une structure hospitalière classique avec hébergement. Les motifs de prise en charge sont variés : retour précoce (~9 %), mise en place de l'allaitement, pathologie somatique maternelle ou du bébé (infection néonatale, ictère), accompagnement suite à une interruption médicale de grossesse, ou décès du bébé in utéro ou dans les suites immédiates de la naissance. Une prise en charge en anténatal a été récemment développée (menace d'accouchement prématuré, diabète, hypertension...). Depuis quelques années, l'équipe travaille en partenariat avec les équipes hospitalières sur des prises en charge

psychologiques et/ou sociales (accompagnement de la relation, risque de dépression, situation de « vulnérabilité » : monoparentalité, addictions...). La durée moyenne de prise en charge est de 6-7 jours.

Les demandes émanent des deux maternités de Besançon (CHU et Polyclinique de Franche-Comté). Les services demandeurs sont les services de suites de naissance, mais aussi les services de néonatalogie qui sollicitent le service HAD maternité pour des bébés dont l'hospitalisation a été plus ou moins longue. Enfin, les mères peuvent aussi demander une prise en charge HAD maternité demande qui doit être validée par l'équipe de la maternité.

L'équipe de l'HAD maternité est constituée de quatre sages-femmes, une sage-femme coordinatrice, une secrétaire et une psychologue. Les sages-femmes visitent, en binôme, en moyenne 8 à 10 patientes par jour. La psychologue travaille à 30 % et intervient directement au domicile des familles jusqu'à 3 mois après la naissance. Un travail de partenariat est assuré avec une assistante sociale à la demande des mères. Un travail important de relais est réalisé avec les différents intervenants de la ville.

B) Critères de non-inclusion

Concernant les critères de non-inclusion, les femmes qui n'ont pas été intégrées à la recherche présentaient :

- des troubles psychiatriques actuels ;
- une grande prématurité du bébé.

III] Procédure

A) Recrutement

Ce sont les sages-femmes du service d'hospitalisation à domicile maternité (HAD) de la région, qui lors de leur visite, en moyenne 15 jours après l'accouchement, ont proposé aux mères rencontrées de participer à la recherche sur la base du volontariat (les participantes n'ont pas été rémunérées). Toutes les femmes ayant bénéficié du suivi HAD ont été sollicitées.

Lors de leur visite, les sages-femmes du service présentaient le thème principal de la recherche : « *L'environnement familial des parents et de leur bébé* » et expliquaient le déroulement, le protocole ainsi que les outils utilisés. Une note d'information avec les objectifs de la recherche et coordonnées des différents intervenants leur était remise (documents en annexe). Les sages-femmes précisait également que les données recueillies étaient anonymisées, qu'elles avaient la liberté de refuser de participer et qu'à tout moment elles pouvaient décider librement d'interrompre leur participation. La recherche était souvent présentée seulement à la mère, car la plupart du temps leur conjoint travaillait. Dans cette configuration, les sages-femmes proposaient aux mères d'en discuter avec leur conjoint. Si les parents acceptaient, ils signaient un document de consentement de participation. Puis, la cadre sage-femme du service HAD nous transmettait leurs coordonnées et nous contactions les parents pour organiser la première visite.

B) Déroulement

Il s'agit d'une recherche longitudinale composée de huit temps : la première visite a lieu aux 2 semaines du bébé, puis aux 6 semaines, 3 mois, 6 mois, 9 mois, 12 mois, 15 mois et 18 mois du bébé (voir p.163).

La première visite (T1-2 semaines) a été réalisée par les sages-femmes du service HAD, puis les suivantes ont été menées, dès que cela était possible, en binôme (chercheure universitaire-psychologue clinicienne et psychologue clinicienne, ou chercheuses universitaires-psychologues cliniciennes, ou encore chercheure universitaire-psychologue clinicienne et étudiant en master 1 de psychologie).

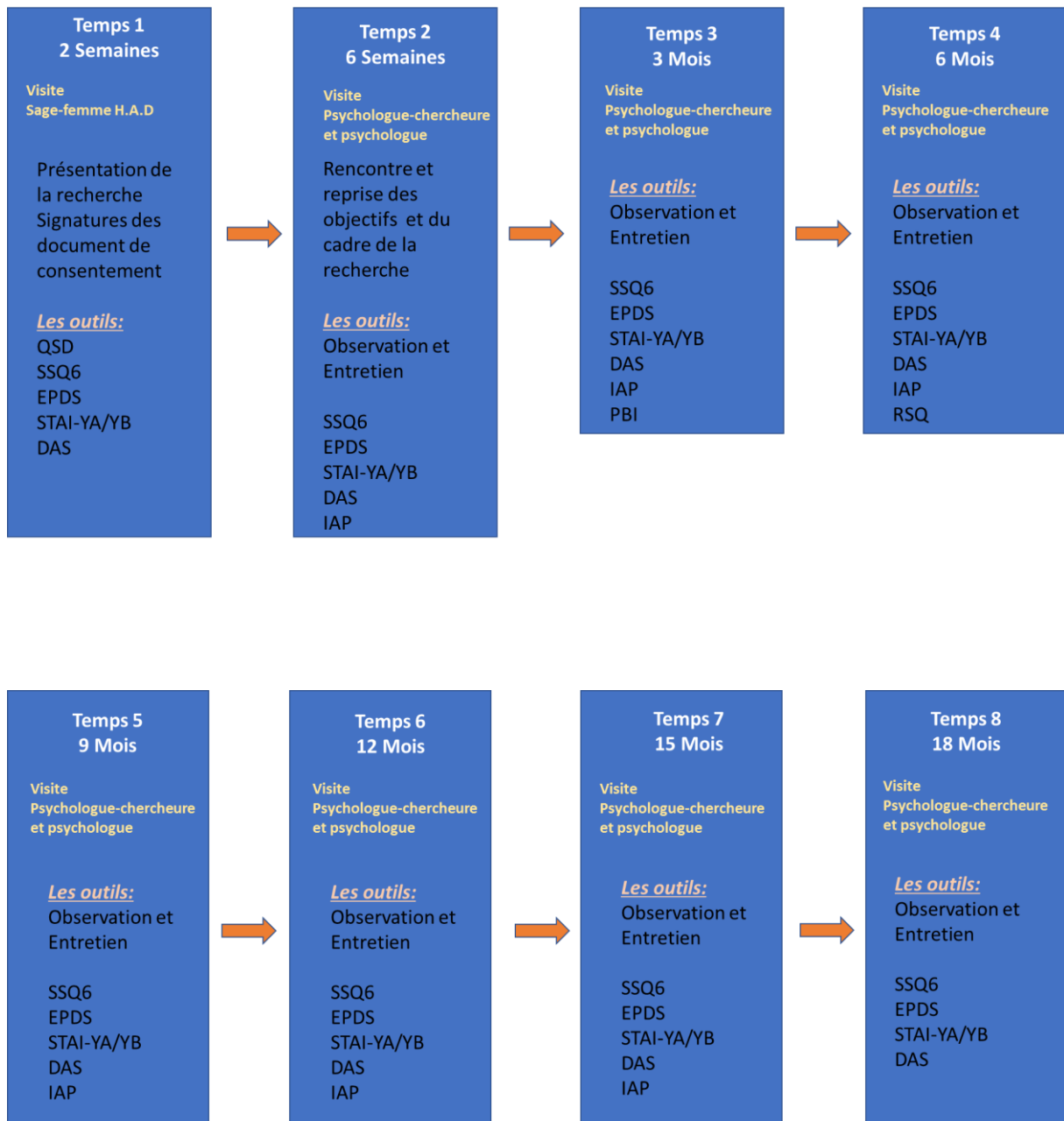
Lors de la première rencontre, nous reprenions les objectifs de la recherche, le protocole, la durée et nous répondions aux questions des parents. Sans que cela soit une obligation, nous invitons les parents à être tous les deux disponibles lors des visites. Sauf exception, ce sont les mêmes personnes qui ont réalisé les visites pour une même famille.

À chaque visite, nous menions des temps d'observations et des entretiens semi-directifs et nous remettions aux parents deux livrets, composés d'auto-questionnaires, un pour le père et un pour la mère (à l'exception du T1, seule la mère remplit le livret avec la sage-femme). Nous demandions aux parents de remplir séparément les livrets et de nous les renvoyer sous cinq

jours (deux enveloppes pré timbrées fournies pour un envoi sous pli individuel). Cette méthodologie est vue dans le détail ci-après.

Les données ont été collectées entre octobre 2011 et décembre 2014.

Figure 4 : Déroulement de la recherche



C) Considérations éthiques

Chaque femme a été rencontrée à son domicile à l'occasion de la visite d'une sage-femme du service HAD maternité. La sage-femme expliquait le principe de la recherche et la proposait à la mère, qui si elle acceptait, donnait son consentement par écrit avant de remplir l'ensemble des questionnaires et échelles. Les femmes étaient informées qu'elles avaient le droit de refuser de participer à la recherche, cela n'ayant pas de conséquences sur leur suivi HAD.

Cette recherche est non interventionnelle et menée dans le respect des indications de la CNIL (lettre de consentement, garantie du caractère confidentiel des réponses, données anonymisées, et liberté de quitter le protocole sans condition).

D'autre part, nous avons été à l'initiative de la rencontre et nous avons sollicité les femmes pour participer à la recherche. Nous avons donc considéré les possibles effets de notre intervention sur les participantes, que nos visites n'aient pas pour elles un caractère traumatisant.

Nous avons anticipé la possibilité de passer le relais à des collègues en institution si nous sentions que nous étions dans une position thérapeutique plus que de recherche.

C1) Encadrement des psychologues chercheurs

Nous avons bénéficié d'une supervision régulière par le responsable de l'étude et de certains membres de l'équipe pluridisciplinaire. L'objectif étant de garantir les exigences éthiques de la recherche, de vérifier le déroulement du protocole et la cohérence du recueil des données.

IV| Outils

La méthode que nous utilisons allie les approches qualitative et quantitative.

A) Outils qualitatifs

A-1- Psychanalyse et méthode d'observation d'Esther Bick

« Pouvoir être à l'écoute de l'autre, être au contact du monde interne, sans s'agripper immédiatement de façon défensive à une quelconque grille préétablie, à une théorisation déjà là est l'état d'esprit que doit constamment rechercher l'analyste ». (Ciccone, 2001, p.9)

Même si nous n'étions pas dans un cadre thérapeutique et que nous ne sommes pas psychanalystes, le positionnement que nous avons adopté durant cette recherche est proche de celui décrit ci-dessus par Ciccone. Il est aussi proche du positionnement de l'observateur qui utilise la méthode d'observation Esther Bick. Cette méthode observe deux règles fondamentales : la première est celle de la « *tabula rasa* » : qui consiste à tenter de mettre de côté tous les a priori théoriques, à observer sans chercher à théoriser ni interpréter, ce qui permet d'être vraiment présent et attentif à la situation. La deuxième règle consiste à observer une attitude particulière : être présent en retrait. Ciccone décrit ainsi : « *l'observateur, qui est "participant", soit seulement un receveur, qu'il ne demande jamais un changement quel qu'il soit, qu'il n'interfère pas dans la situation, qu'il respecte la relation parents/enfants, qu'il ne s'immisce pas de façon intrusive au sein d'une relation sensible et vulnérable* » (Ciccone, 2001, p.48). Même si le dispositif et les objectifs de la recherche ne permettaient pas d'utiliser la méthode Esther Bick stricto sensu, nous avons tenté de garder ce cadre intérieur dans la rencontre avec les familles. La méthode Esther Bick a également considérablement influencé notre manière d'utiliser les outils cliniques : l'observation et l'entretien.

A-2- Observation et entretien clinique au service de la rencontre intersubjective

A-2-1- Observation clinique

Notre premier outil est l'observation, car le travail clinique est dans son essence un travail d'observation. Observer ne consiste pas seulement à voir. Observer, c'est avant tout considérer avec attention des choses, des êtres, des événements. Comme l'écrit Mellier, l'observation est avant tout un travail d'attention : « il s'agit de se rendre disponible à ses émotions, à ce qu'il pourrait ressentir, penser [...] être à l'écoute de l'autre, d'être attentif à la vie psychique de l'autre, à sa présence. Tous les sens sont ici importants : ce qui est dit, entendu, comme ce qui est vu, touché, senti, ressenti. » (Mellier, 2001, p.8-10). Le travail d'observation est donc un travail d'observation de l'autre, mais aussi des effets que cela induit chez l'observateur : « L'observateur travaille sur ses propres projections et capacité psychique de réception de ce qui se transfère alors sur lui. » » (Mellier, 2015, p.20).

L'observation est un outil, mais il est aussi un positionnement spécifique vis-à-vis de ce qui est observé. Ciccone le décrit ainsi, l'observateur psychanalytique est « *inclus dans la situation observée, (il) sera sensible aux effets subjectifs des échanges conscients et inconscients, verbaux et infraverbaux, dans lequel il est lui-même parti pris et partie prenante. Le but du psychanalyste n'est pas d'expliquer objectivement les données de la psychanalyse, mais d'entrer subjectivement en résonance avec les fantasmes les plus intimes du patient, avec la subjectivité du patient. Cependant, l'observateur psychanalytique cherchera à objectiver les processus subjectifs.* » (Ciccone, 1998, p.29).

Être au plus près de l'expérience vécue, des interactions comportementales affectives et fantasmatiques, des émotions, des affects de l'autre, mais aussi de soi-même. « *C'est une attention double simultanée, à la fois à l'autre ou à la situation observée, à ses propres réactions, aux effets sur lui-même de l'impact de la rencontre avec la situation observée ; il doit enfin, en conséquence analyser ces effets, c'est-à-dire ce qu'on appelle le contre-transfert.* » (Ciccone, 1998, p.37).

Dans cet objectif, nous avons donc été particulièrement attentives à prendre des notes de nos propres ressentis après chaque entretien et à tenter de comprendre ce qui nous a parfois amenés à ne pas en prendre. Les visites en binôme ont été une ressource inestimable pour faire ce travail. Nous prenions un temps à deux, après la rencontre, pour échanger et parfois écrire tous les

éléments que nous avons observés chez la mère, le père, le bébé, en nous-mêmes, et sur les interactions de ces différents niveaux.

A-2-2- Entretien clinique de recherche semi-directif

Le deuxième outil principal que nous avons utilisé dans notre recherche est l'entretien clinique. Les entretiens cliniques ont été menés dans une visée exploratoire avec l'objectif que les nouveaux parents puissent se raconter et que l'on puisse avoir accès à leur vécu singulier, aux processus psychiques à l'œuvre en lien avec les thèmes de la recherche principale : le devenir mère, père, les relations conjugales, les relations parentales, les relations dyadiques et triadiques, le développement du bébé et l'étayage familial. Des sous-thèmes ont été aussi abordés en fonction de la visite, de l'âge et des principales acquisitions cognitives, émotionnelles et relationnelles du bébé et des incidences sur les parents et leurs relations (sevrage, angoisse du 8^e mois, l'apparition du langage, du non, ...). Nous avons aussi abordé les changements singuliers dans la vie des parents (le congé maternel, la reprise du travail pour la mère, le congé paternel...).

Même si les thèmes étaient prédéfinis, nous n'avons pas souhaité utiliser de grille d'entretien. En effet, il nous a semblé que l'utilisation d'une grille aurait pu à la fois contraindre les processus élaboratifs et associatifs à l'œuvre chez les parents et aussi chez nous et entraver notre qualité d'écoute.

Nous avons voulu laisser une place importante à l'imprévu, à l'*inattendu* (Ciccone, 2008). Cela nous a permis d'observer si les parents abordaient ou non par eux même certains sujets, mais aussi, cela nous a permis de voir la manière avec laquelle les parents se racontaient. Par exemple, lors de la première visite, c'est-à-dire au deuxième temps de la recherche (6 semaines) nous leur posions fréquemment la question : « *alors, racontez-nous, quelle est l'histoire de votre bébé ?* » Les parents n'ont presque jamais répondu de la même manière. Certains évoquaient l'histoire de leur bébé, d'autres abordaient leur histoire de couple, leurs difficultés rencontrées (parcours PMA), l'accouchement, et même parfois une histoire d'abus sexuel. Cela nous donnait des éléments très riches sur les représentations associées au bébé, la place qu'il avait dans l'économie psychique de ses parents. Dans un deuxième temps, et si cela était possible, nous revenions sur des sujets précis, comme par exemple, lors de notre première visite,

nous revenions sur la préhistoire de leur enfant et de leur couple, leur rencontre, leur désir d'enfant, la grossesse, l'accouchement, la naissance et leur première rencontre et leur retour chez eux.

De plus, compte tenu de la problématique de notre recherche et conscientes de l'impact psychologique que celle-ci pouvait engendrer nous avons privilégié un cadre de recherche souple et flexible, contenant et soutenant l'élaboration et l'expression des affects. Dans cet objectif, nous avons privilégié le cadre de recherche écologique des visites à domicile. Ce cadre singulier a permis d'une part que ces rencontres soient le moins possible anxiogènes ni pour le bébé ni pour les parents et d'autre part, cela nous a permis d'avoir une perception de l'environnement familial et social (état de l'appartement, espace consacré au bébé...).

Les entretiens nous ont permis d'avoir accès à une partie du fonctionnement psychique des femmes qui ont accepté de participer à la recherche. Comme le soulignent Chahraoui et Bénony, le discours n'est qu'une partie de la vie psychique du sujet : *« Ce serait une illusion de considérer que la personne est donnée d'emblée dans sa totalité. En effet, quel clinicien aurait l'audace de dire qu'il connaît complètement et globalement les sujets avec qui il travaille parfois même après des années de psychothérapie ? Il ne connaît que ce que le sujet veut bien lui dire dans un espace-temps et de lieu délimité et il lui est impossible de comprendre l'homme dans son exhaustivité. Et même cela est -il plutôt rassurant qu'une part de cette intimité soit préservée [...] »* (Chahraoui & Bénony, 2003).

Nous avons observé et adopté une position humble concernant cette impossibilité d'appréhender dans leur entièreté le fonctionnement psychique de chaque femme rencontrée.

Au début de la recherche, nous avons tenté de suivre les règles de la méthode Esther Bick durant nos visites, c'est-à-dire sans enregistrer et sans prendre de note. Or, nous avons rapidement senti les limites de ce dispositif. Premièrement, les visites duraient en moyenne 1h30, il nous est arrivé fréquemment de rester plus de 2h30 à domicile et le matériel était conséquent à contenir. Deuxièmement, arrivée au tiers du protocole, il arrivait fréquemment que nous ayons deux visites par jour. Le temps entre les visites était trop court pour élaborer et écrire le compte rendu et les matériels devenaient confus. Nous avons donc pris la décision, en accord avec l'équipe, d'enregistrer les entretiens avec l'autorisation des parents. Si nous avons continué de réaliser des comptes rendus d'entretien après chaque visite, l'enregistrement nous a permis d'être vraiment présentes durant les visites dans notre écoute et notre travail d'observation. Il

nous a aussi permis de reprendre précisément le matériel brut pour l'analyse des entretiens qui ont été retranscrits dans leur intégralité par nos soins, mais aussi avec l'aide d'étudiants.

A-3- Méthode d'analyse des données cliniques des observations et des entretiens :

L'analyse des entretiens et des temps d'observation a été réalisée en associant le matériel des comptes rendus au matériel brut des entretiens retranscrits et aux données relatives à notre contre-transfert. Ces données contre-transférentielles ont été le fruit d'un travail personnel, mais aussi grâce à de nombreux moments de reprise clinique directement après les visites, mais aussi en équipe lors de réunions de recherche.

Les données ont été ensuite traitées selon une analyse qualitative fidèle à la théorie psychodynamique sur à la fois le contenu des entretiens (« ce qui est dit »), mais nous avons été aussi attentives aux procédés discursifs (« le comment c'est dit » : intonations, lapsus, récurrences, ...).

Les outils qualitatifs ont été complétés par une méthodologie plus standardisée, constituée de questionnaires.

B) Les outils quantitatifs

Afin de répondre à notre objectif de recherche nous avons utilisé huit questionnaires.

B-1- Les objectifs

Les outils quantitatifs nous ont permis :

d'obtenir :

- des informations précises sur les participantes et leur entourage : QSD

d'évaluer :

- L'état psychique maternelle : EPDS et STAI-YA/YB
- Les relations conjugales et parentales : EAD et IAP

- Étayage familial : SSQ6

Et de **contrôler** l'implication :

- Le type d'attachement : RSQ
- Les qualités des relations passées mère-parents lorsque les mères étaient enfant : PBI.

Le PBI et le RSQ feront l'objet d'une analyse statistique : comparaison des types d'attachement et des catégories de lien entre les mères des deux groupes (soutenu vs non-soutenu). Les résultats obtenus nous permettront d'étayer nos résultats qualitatifs.

Tous les outils cités sont consultables en annexe.

B-1-1- Questionnaire Socio-Démographique

Ce questionnaire a été spécialement construit pour la recherche et a permis d'investiguer l'âge, l'origine culturelle, la situation maritale, le niveau d'étude et l'emploi occupé par la mère et le père. Le terme de la grossesse, le nombre de grossesses précédentes, l'accouchement, le projet de congé maternité, l'allaitement ou non et sa durée envisagée. Enfin, des questions étaient posées concernant la famille élargie, leur lieu d'habitation, la proximité relationnelle de la mère vis-à-vis de ses parents, beaux-parents et ses frères et sœurs. Le questionnaire est consultable en annexe.

B-1-2- Edinburgh Postnatal Depression Scale

La dépression postnatale a été évaluée par l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS, J. Cox et coll. 1987). Cet outil, spécifique pour le repérage des symptômes dépressifs en période périnatale, a été traduit et validé par Guedeney et coll. 1995. Il est composé de dix items cotés de 0 à 3 sur une échelle de Likert. Un score ≥ 12 a été retenu comme valeur seuil en accord avec la littérature internationale (O'Hara et Swain, 1996). Un score de 12 ou plus indique la présence probable d'un trouble dépressif cliniquement significatif. Ce questionnaire a été

largement utilisé en clinique et en recherche, spécifiquement dans des études visant à déterminer l'impact de la dépression post-partum sur les relations précoces. Le questionnaire est consultable en annexe.

B-1-3- State Trait Anxiety Inventory

L'anxiété maternelle a été évaluée par la State Trait Anxiety Inventory (STAI-Y) de Spielberger (Spielberger et coll., 1983), adaptée pour la population française (Bruchon-Schweitzer, Paulhan, 1993). Cet outil est très largement employé dans la recherche, y compris dans le champ périnatal (Capponi, 2011 ; Faisal-Cury, Menezes, 2007 ; Glazier et coll., 2004 ; Grant, McMahon, Austin, 2008). Chaque échelle comporte 20 items. Les scores bruts sont étalonnés en notes T et permettent d'obtenir deux scores bruts qui varient 20 à 80 pour chaque échelle : un pour l'Anxiété-Trait (propension à l'anxiété), l'autre pour l'anxiété état (anxiété transitoire). L'Anxiété-Trait est définie comme une disposition comportementale, acquise au cours de sa propre histoire ; elle est considérée comme stable au cours de la vie adulte, alors que l'Anxiété-État est conceptualisée comme un état émotionnel temporaire, caractérisé par des sentiments de tension et d'appréhension. L'Anxiété-État existe à un moment donné et à un niveau d'intensité particulier, en fonction des événements ponctuels. Ces scores sont divisés en 5 niveaux. Pour un score inférieur à 35, l'anxiété est considérée comme très faible. Entre 36 et 45, l'anxiété est faible. Entre 46 et 55 elle est moyenne, puis forte entre 56 et 65, et enfin très forte pour des scores strictement supérieurs à 65. Du fait de la petite taille de notre échantillon, nous avons regroupé les 5 niveaux (très faible, faible, moyen, élevé, très élevé) en trois niveaux (faible : < 45, moyen : 46-55, élevé : > 56). Le score de 56, correspondant à la catégorie élevée, nous a servi de seuil.

La version française a une consistance interne globalement satisfaisante, au regard des coefficients d'homogénéité (= .78 pour A-État, ainsi que pour A-Trait, chez les femmes ; Bruchon-Schweitzer, Paulhan, 1993, p. 45). Le questionnaire est consultable en annexe.

B-1-4- Social Support Questionnaire 6 items

Dans le cadre de notre recherche, nous avons utilisé le Social Support Questionnaire 6 items (SSQ6) de Sarason et coll. (1983), traduit et adapté en français par Bruchon-Schweitzer et coll. (2003).

Le questionnaire est en fait composé de 12 items. 6 items pour lesquels le sujet doit citer dans le détail les personnes sur qui il peut compter (mère, père, conjoint(e)...). Ces items permettent d'obtenir un score de disponibilité (D). Il est obtenu en additionnant le nombre de personnes citées par le sujet à chaque item. À chaque item de disponibilité est associé un item de satisfaction. Après avoir cité dans le détail les personnes sur qui le sujet peut compter, il est invité à évaluer le degré de satisfaction global vis-à-vis du soutien obtenu sur une échelle de Likert allant de 1 à 6 (1=très insatisfait, 3=plutôt insatisfait, 4=plutôt satisfait 6=très satisfait). Un score de satisfaction (S) est ainsi obtenu, il correspond à l'addition des scores de satisfaction obtenus à chaque item.

Dans le cadre de notre recherche, le SSQ6 a fait l'objet d'une utilisation libre.

Premièrement, ce questionnaire nous a permis de répartir les participantes de notre recherche en deux groupes en fonction de la variable indépendante : soutien familial. La variable *soutien familial* a été définie par le nombre d'occurrences faisant strictement référence à la famille de la participante (parents, beaux-parents, fratrie, grands-parents, oncle-tante, cousins...), en dehors de son conjoint, dans les questionnaires des T1-2 semaines et du T2-6 semaines. On cotait « 1 » à l'item dès lors qu'au moins un membre de la famille de la participante avait été cité. Puis on a additionné les scores obtenus à chaque item. Le score total varie de 0 à 6. Une mère est considérée comme non soutenue lorsque le score global est égal ou inférieur à 3, et soutenue lorsqu'il est supérieur à 3. Ainsi, deux groupes ont été créés : Groupe soutenu et Groupe non soutenu.

Deuxièmement, nous avons utilisé le questionnaire dans sa version originale, mais nous devons apporter certaines modifications pour répondre aux objectifs de notre recherche. En effet, dans notre recherche, nous nous intéressons strictement au soutien familial. Nous avons donc retiré toutes les personnes citées qui ne faisaient pas partie de la famille de la participante, conjoint compris. De cette manière, nous pouvions avoir une idée précise du nombre de personnes disponibles appartenant strictement à leur sphère familiale que les participantes identifient

comme source potentielle de soutien. Nous avons été ensuite contraintes de modifier la présentation des items de satisfaction. En effet, dans sa version originale, le score de satisfaction est commun à toutes les personnes citées. Or, nous voulions une mesure précise de la satisfaction associée au soutien familial. Nous avons donc changé la forme de présentation, sans changer les objectifs du questionnaire. Les deux versions sont consultables en annexe.

Le SSQ6 est utilisé dans de nombreuses recherches dans divers domaines (psychologie de la santé, périnatalité...). Dans sa version originale, le SSQ6 a été validé auprès d'un échantillon de 602 étudiants. Les coefficients test-retest étaient de 0,90 pour la disponibilité du soutien perçu et de 0,83 pour la satisfaction du soutien perçu. Dans la version française, le SSQ6 a été validé auprès de 869 adultes, de bonnes qualités psychométriques ont été également trouvées.

B-1-5- Échelle d'Ajustement Dyadique – 16 items

L'Échelle d'Ajustement Dyadique est une version française abrégée et validée comportant 16 items (Antoine, Christophe et Nandrinon ; 2008) de la version anglaise originale de Spanier (Dyadic Adjustment Scale ; 1976). Cette échelle permet d'évaluer la qualité des relations conjugales et notamment le degré d'accord entre les différentes dimensions d'un couple (les marques d'affection, les relations sexuelles, l'entourage amical, les projets communs...). Les participants sont invités à répondre aux items sur une échelle de Likert allant de 1 à 6. Certains items sont inversés (items 8-9-10-11-12-13-14-15). Le score total de 0 à 96 est utilisé comme mesure de l'ajustement dyadique. Plus le score est élevé plus la qualité de la relation conjugale est bonne. Un score seuil de 54 désigne selon Antoine, Christophe et Nandrinon (2008) une situation de détresse conjugale. Enfin, le coefficient α de Cronbach est d'un niveau satisfaisant : 0,89.

B-1-6- Inventaire de l'Alliance Parentale

L'Inventaire de l'Alliance Parentale est la version française du « *Parental Alliance Inventory* », développée par Abidin et Brunner en 1988, traduit et adapté par Lacharité en 1996. Le concept d'alliance parentale (Abidin & Brunner, 1995) renvoie à la manière dont les parents forment une équipe pour remplir les diverses fonctions parentales.

L'IAP est composé de 20 items cotés de 0 à 5 sur une échelle de Likert. Ces items permettent d'évaluer jusqu'à quel degré le parent perçoit avoir une bonne relation avec l'autre parent vis-à-vis des responsabilités liées aux soins et à l'éducation dispensés à leur enfant (Ex. L'autre parent et moi communiquons bien ensemble lorsque la conversation concerne notre enfant).

Cet instrument fournit un score global d'alliance parentale de 0 à 100. Plus la note obtenue est élevée, plus le parent a une perception positive de former une équipe avec son partenaire pour remplir les diverses fonctions parentales (Lacharité et coll., 1999). Le score de 84 nous servira de score seuil. Il correspond au score moyen pour les couples mariés obtenu par Abidin & Brunner (1995).

La version originale de l'instrument présente un coefficient alpha de 0,97, ce qui démontre un niveau élevé de consistance interne (Abidin & Brunner, 1995). La version française présente également une excellente consistance interne avec un alpha de Cronbach de 0,90 pour les mères et de 0,89 pour les pères (de Montigny, 2002). Les résultats à l'inventaire sur l'alliance parentale, version originale (PAI), mis en relation avec les résultats au « Revised Marital Adjustment Test (RMAT) » sont significativement corrélés pour les mères ($r = .20, p = .05$) et les pères ($r = .44, p = .001$), ce qui tend à confirmer la validité concomitante du PAI (Abidin & Brunner, 1995).

B-1-7- Parental Bonding Instrument

Le Parental Bonding Instrument (PBI) est un auto-questionnaire créé par Parker, Tupling, Brown (1979). Son objectif est d'obtenir une évaluation rétrospective d'un adulte ou un adolescent (âgé de plus de 16 ans) des liens qu'il a eu avec ses parents dans le passé lorsqu'il était enfant. Il est composé de 50 items, répartis en deux volets, un premier volet de 25 items évaluant les relations passées entre le sujet et sa mère et un deuxième volet de 25 items évaluant les relations passées entre le sujet et son père. Les items des deux volets sont identiques.

Le PBI évalue deux dimensions, la première évalue la chaleur et l'affection manifestées par chacun des parents à l'attention du sujet (« Votre mère/père paraissait comprendre vos problèmes et inquiétudes »). Cette dimension est évaluée par 12 items. Les items 1-5-6-11-12-17 sont cotés de 3 à 0 (« c'était vraiment comme ça » à « ce n'était pas du tout comme ça ») et

les items 2-4-14-16-18-24 sont cotés à l'inverse de 0 à 3 (« ce n'était vraiment pas comme ça » à vraiment comme moi). L'autre dimension évalue dans quelle mesure les parents du sujet ont favorisé le développement de son indépendance et de son autonomie ou l'ont au contraire surprotégé (« Votre mère/père croyait que vous pourriez vous débrouiller seul sans elle/lui »). Cette dimension comporte 13 items. Les items 9-10-13-19-20-23 sont cotés de 3 à 0 (« c'était vraiment comme ça » à « ce n'était pas du tout comme ça ») et les items 3-7-8-15-21-22-25 sont cotés à l'inverse de 0 à 3 (« ce n'était vraiment pas comme ça » à vraiment comme moi).

Les items des deux dimensions sont additionnés ce qui permet d'obtenir deux scores, un score pour la dimension chaleur et affection (soins) et un score pour la dimension indépendance et autonomie (sur-protection).

Concernant le score de la dimension chaleur et affection (soins) : le score s'étend de 0 à 36, avec un score seuil de 27 pour le volet mère et un score de 24 pour le volet père. Plus le score obtenu était élevé meilleure était la qualité des soins parentaux.

Concernant le score de la dimension indépendance et autonomie (sur-protection) : le score s'étend de 0 à 39, avec un score seuil de 13,5 pour le volet mère et un score de 12,5 pour le volet père. Plus le score est faible plus le soutien à l'autonomie et à l'indépendance est élevé.

Ainsi, quatre catégories de lien ont été distinguées qui correspondent aux quatre combinaisons possibles.

- Lien optimal : score élevé à la dimension soin et faible score à la dimension protection ;
- Lien contrôle affectueux : score élevé à la dimension soin et score élevé à la dimension protection ;
- Lien contrôle peu affectueux : score faible à la dimension soin et score élevé à la dimension protection ;
- Lien faible, voire absent : score faible à la dimension soin et score faible à la dimension protection.

Le parental Bonding Instrument a été traduit et adapté en français par Mohr et coll. (1998).

B-1-8- Relationship Scale Questionnaire

Le RSQ a été élaboré par Griffin et Bartholomew (1994), sur la base des travaux de la théorie de l'attachement (Bowlby, 1984), à partir du Relationship Questionnaire (RQ-2) et de l'Adult Attachment Scale (AAS).

Il est composé de 30 items. Le sujet répond aux différents items à partir d'une échelle de Likert allant de 1 (« *pas du tout comme moi* ») à 5 (« *tout à fait comme moi* »).

Notons que seuls 17 items sont utilisés pour la cotation. Ils sont regroupés en 4 sous-échelles correspondant aux quatre prototypes d'attachement :

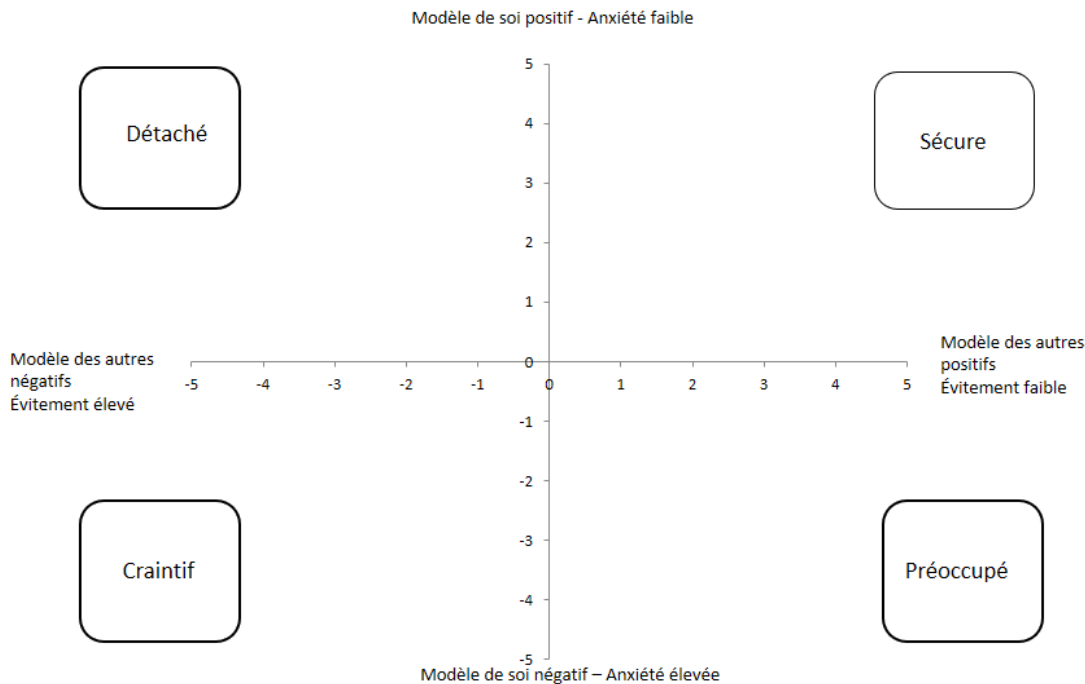
- Prototype sécure : items 3, 9 (inversé), 10, 15, 28 (inversé).
- Prototype préoccupé : items 6 (inversé), 8, 16, 25.
- Prototype craintif : items 1, 5, 12, 24.
- Prototype détaché : items 2, 6, 19, 22, 26.

Une moyenne est calculée pour les scores obtenus à chaque prototype. Ces quatre moyennes sont ensuite utilisées pour calculer le modèle de soi et le modèle des autres :

- Calcul du modèle de soi = sécure + détaché – préoccupé – craintif.
- Calcul du modèle des autres = sécure + préoccupé – détaché – craintif.

Il est ensuite possible de réaliser un cadran sur lequel seront reportées les valeurs du modèle de soi et du modèle des autres, nous permettant ainsi de visualiser dans quel prototype la participante interrogée semble se situer.

Figure 5 : Cadran déterminant le type d'attachement



Ainsi, quatre prototypes d'attachement ont été distingués qui correspondent aux quatre combinaisons possibles du *modèle de soi* positif ou négatif et du *modèle de l'autre* positif ou négatif.

- Les sujets sécures : ont un « modèle de soi » et un « modèle des autres positif ». Ils présentent une juste dépendance, une autonomie par rapport à autrui et une estime de soi de bonne qualité. D'autre part, ils sont à l'aise dans l'intimité et ont confiance dans les autres.
- Les sujets détachés : ont un « modèle de soi » positif, mais un « modèle des autres négatif ». Ils évitent l'intimité et valorisent l'indépendance ainsi que la réussite, ont un sentiment d'invulnérabilité et manifestent peu d'intérêt pour les liens affectifs.
- Les sujets préoccupés : ont un « modèle de soi » négatif et un « modèle des autres » positif. Les relations interpersonnelles sont source d'anxiété, ils manquent de confiance en eux, cherchent à être approuvés par les autres. Ils présentent une dépendance élevée aux autres, souffrent de solitude et idéalisent autrui.
- Les sujets désorganisés (ou craintifs) : ont un « modèle de soi » et un « modèle des autres » négatifs. Ils présentent une faible estime de soi et manquent de confiance dans les autres qu'ils

perçoivent comme indisponibles. Ils ont d'ailleurs peur d'être rejetés et ressentent une grande insécurité personnelle.

L'étude de validation en français de ce questionnaire a porté sur des sujets de 18 à 45 ans recrutés dans un service social polyvalent, et a montré des qualités psychométriques faisant de ce questionnaire un outil valide pour l'utilisation française.

B-2- Méthode d'analyse des données des outils quantitatifs. Analyses statistiques

B-2-1- Logiciel

Les données ont été analysées avec le logiciel SPSS version 20.0 (IBM Corp, 2011).

B-2-2- les variables sociodémographiques

Les variables sociodémographiques ont été décrites entre les 2 groupes (groupe soutenu/groupe non soutenu) par la moyenne, écart-type pour les variables quantitatives et par les fréquences et proportions pour les variables catégorielles. Les variables quantitatives ont été comparées par le test de Wilcoxon-Mann-Whitney et les variables catégorielles par le test de Fisher.

B-2-3- Les auto-questionnaires

B-2-3-1 Prévalence

Nous avons souhaité évaluer et comparer les taux de prévalence de dépression et d'anxiété postnatales des participantes, sans distinction puis en fonction de leur groupe (groupe soutenu – groupe non soutenu). Les mères obtenant un score supérieur ou égal au score seuil (retenu pour les auto-questionnaires EPDS, STAI-YA, STAI-YB) ont été comparées aux mères ayant un score inférieur au score seuil, à l'aide du test *t* de Student pour les variables quantitatives ou du test du Chi2 (ou Test exact de Fisher) pour les variables catégorielles.

B-2-3-2 Analyses longitudinales

Des ANOVAs à mesures répétées ont permis d'évaluer les effets des variables : groupe (soutenu vs non-soutenu) et la variable temps (Temps1-2 semaines, Temps 2-6 semaines, Temps 3-3 mois, Temps 4-6 mois) ainsi que leur interaction.

Les tests ont été comparés à un seuil de significativité à $p = .05$.

VI Opérationnalisation des hypothèses

Nous avons formulé l'hypothèse générale suivante : « **Le défaut d'étayage familial externe dans l'immédiat post-partum accentue et fait perdurer l'état de crise inhérent aux processus intrapsychiques et intersubjectifs de la maternité.** ». Afin de tester cette hypothèse, nous l'avons déclinée en plusieurs hypothèses secondaires que nous reprenons ici.

Hypothèse secondaire 1- Le défaut d'étayage familial externe dans l'immédiat post-partum fait perdurer la vulnérabilité maternelle.

Sous-hypothèse secondaire - 1A Le défaut d'étayage familial majore le risque de dépression postnatale

Hypothèses opérationnelles :

1- Prévalence dépression

Nous attendons que les mères des deux groupes présentent des taux de prévalence semblables aux deux premiers temps de mesures correspondant à l'immédiat post-partum, puis que la prévalence de dépression soit plus importante chez les mères du groupe non-soutenu, par rapport au groupe des mères soutenues, pour tous les temps de mesure, à partir du temps 3.

2- Niveau de dépression

Nous attendons que le niveau de dépression soit plus important chez les mères du groupe non-soutenu par rapport au groupe des mères soutenues, pour tous les temps de mesure, à partir du T3-3 mois.

Sous-hypothèse secondaire – 1B Le défaut d'étayage familial va majorer le risque d'anxiété postnatale.

Hypothèses opérationnelles :

1- Prévalence anxiété-état :

Nous attendons que les mères des deux groupes présentent des taux de prévalence d'état anxieux élevé (\geq à 56) semblables aux deux premiers temps de mesures correspondant à l'immédiat post-partum, puis nous attendons que la prévalence d'anxiété état soit plus importante chez les mères du groupe non-soutenu, par rapport au groupe des mères soutenues, pour tous les temps de mesure, à partir du temps 3.

2- Niveau d'anxiété-état :

Nous attendons que le niveau d'anxiété état soit plus important chez les mères du groupe non-soutenu par rapport au groupe des mères soutenues, pour tous les temps de mesure, à partir du T3-3 mois.

3- Niveau d'anxiété-trait :

Le trait anxieux est défini comme une disposition comportementale acquise et stable au cours de la vie adulte. Nous nous attendons à observer une stabilité des scores au cours du temps, quel que soit le groupe.

Hypothèse secondaire 2- Le défaut d'étayage familial externe dans l'immédiat post-partum entrave les processus de maternalité :

- au niveau des devenir des motions hostiles (agressivité, haine, envie) de la mère vis-à-vis de son bébé.

- au niveau de la préoccupation maternelle primaire (la qualité du holding, les capacités d'identification au bébé) et la rêverie maternelle (défaillance de la fonction alpha)

Sous-hypothèse secondaire 2A- Le défaut d'étayage familial externe dans l'immédiat post-partum entrave la relation mère-bébé.

Hypothèse clinique :

Nous nous attendons à repérer dans les entretiens la présence de motions hostiles : agressivité, haine, envie chez la mère vis-à-vis de son bébé.

Nous repérerons dans les entretiens des difficultés chez la mère :

- dans les capacités de holding,
- sur les capacités d'identification au bébé,
- défaillance de la fonction alpha.

Ces difficultés vont transparaître au cours des visites dans les difficultés chez la mère de parler à son bébé, de traduire ses éprouvés en mots, de supporter et de répondre aux besoins de celui-ci.

Hypothèse secondaire 3- Le défaut d'étayage familial externe dans l'immédiat post-partum rend plus difficile la gestion des motions hostiles (agressivité, haine, envie) de la mère vis-à-vis de son conjoint, en tant que père et amant.

Sous-hypothèse secondaire 2-B- Le défaut d'étayage familial externe dans l'immédiat post-partum a un effet négatif sur les relations conjugales.

Hypothèses opérationnelles :

- Nous nous attendons à repérer dans les entretiens la présence de conflits conjugaux et la présence de pulsions hostiles : agressivité, haine, envie chez la mère vis-à-vis de son conjoint.
- Nous nous attendons à ce que les mères du groupe non soutenu obtiennent des scores plus faibles à l'échelle d'Ajustement Dyadique (EAD) comparé aux mères du groupe soutenu à chaque temps de mesure et que leurs scores baissent dans le temps. À l'inverse, les scores à l'échelle d'Ajustement Dyadique (EAD) des mères du groupe soutenu sont stables dans le temps.

Sous-hypothèse secondaire 2-C - Le défaut d'étayage familial externe dans l'immédiat post-partum a un effet négatif sur l'alliance parentale.

Hypothèses opérationnelles :

- Nous nous attendons à repérer dans les entretiens la présence de pulsions hostiles : agressivité, haine, envie chez la mère vis-à-vis de son conjoint dans sa fonction paternelle.
- Nous nous attendons à ce que les mères du groupe non soutenu obtiennent des scores plus faibles à l'Inventaire de l'alliance Parentale (IAP) comparé aux mères du groupe soutenu et que leurs scores baissent dans le temps. À l'inverse, les scores à l'Inventaire de l'alliance Parentale (IAP) des mères du groupe soutenu sont stables dans le temps.

QUATRIÈME PARTIE : RÉSULTATS

Notre quatrième partie de résultats est composée de deux sous-parties.

Une première partie est consacrée aux résultats quantitatifs. Elle est composée de trois sous-parties : une première sous-partie dans laquelle nous présentons les caractéristiques sociodémographiques des deux groupes de l'échantillon de notre recherche (soutenu et non soutenu). La deuxième sous-partie expose la participation des sujets. Et la troisième sous-partie présente les résultats aux auto-questionnaires.

La deuxième partie est consacrée aux résultats qualitatifs dans laquelle nous présentons trois cas cliniques approfondis de trois mères du groupe non-soutenu. L'analyse de ces trois cas et leur confrontation nous permettront d'approcher l'évolution et les conséquences singulières de l'impact du défaut d'étayage familial sur leur devenir mère.

RÉSULTATS QUANTITATIFS

I] Description de la population

Nous présentons ici les caractéristiques sociodémographiques de notre population. Pour chaque caractéristique investiguée, nous obtenons trois résultats. Celui de notre échantillon, sans distinction de groupe, puis celui des mères du groupe soutenu et enfin celui des mères du groupe non soutenu. Plusieurs types d'indicateurs sont retenus : la moyenne, l'écart-type, la médiane, intervalle interquartile (q1-q3), minimum et maximum pour les variables continues et par les fréquences et proportions pour les variables catégorielles. Les données ont été analysées par le test de Wilcoxon-Mann-Whitney pour comparer les variables continues et les variables catégorielles ont été comparées par le test de Fisher.

Lorsque qu'il n'y a pas de différence significative, seuls les moyennes et écarts-types ou les fréquences et proportions de l'échantillon global sont citées. En revanche, s'il y a une différence significative ($p > .05$) entre les deux groupes, nous détaillerons les résultats.

A) Les participantes

Tableau 2 : Description de la population : les participantes

Description des participantes	Population Totale	Groupe Soutenu	Groupe Non-Soutenu	pvalue
Âge				0,4514
Moyenne	30,74	31,8	29,95	
Écart type	5,57	5,28	5,78	
Médiane	31	31	31	
q1-q3	27-34	29-34	26-34	
min-max	19-43	22-43	19-41	
Lieu de naissance				0,6058
France	26 (74,29%)	11 (73,33%)	15 (75%)	
25	13 (50%)	7 (63,64%)	6 (40%)	
hors 25	13 (50%)	4 (36,36%)	9 (60%)	
Hors France	9 (25,71%)	4 (26,67%)	5 (25%)	
Algérie	1 (11,11%)	0 (0)	1 (20%)	
Allemagne	1 (11,11%)	1 (25%)	0 (0)	
Chine	1 (11,11%)	0 (0)	1 (20%)	
Inde	1 (11,11%)	1 (11,11%)	0 (0)	
Pérou	1 (11,11%)	1 (11,11%)	0 (0)	
Russie	3 (33,33%)	1 (25%)	2 (40%)	
Tunisie	1 (11,11%)	0 (0)	1 (20%)	
Langue maternelle				0,7851
Français	29 (82,86%)	12 (80%)	17 (85%)	
Hors français	6 (17,14%)	3 (20%)	3 (15%)	
Allemand	1 (16,67%)	1 (33,33%)	0 (0)	
Chinois	1 (16,67%)	0 (0)	1 (33,33%)	
Espagnol	1 (16,67%)	1 (33,33%)	0 (0)	
Russe	2 (33,33%)	1 (33,33%)	1 (33,33%)	
Arabe	1 (16,67%)	0 (0)	1 (33,33%)	
Antécédents psychiatriques				0,496
Niveau d'étude				0,308
BEPC	2 (5,71%)	1 (6,67%)	1 (5%)	
CAP	3 (8,57%)	1 (6,67%)	2 (10%)	
BAC	1 (2,86%)	0 (0)	1 (5%)	
BAC+2	4 (11,43%)	0 (0)	4 (20%)	
BAC+3 et +	25 (71,43%)	13 (86,67%)	12 (60%)	
Catégorie socio-pro				0,7076
Cadre	7 (20%)	3 (20%)	4 (20%)	
Profession libérale	1 (2,86%)	0 (0)	1 (5%)	
Profession intermédiaire	1 (2,86%)	1 (6,67%)	0 (0)	
Employé	12 (34,29%)	6 (40%)	6 (30%)	
Étudiant/étudiant en activité	5 (14,29%)	1 (6,67%)	4 (20%)	
Chômage-sans activité	9 (25,71%)	4 (26,67%)	5 (25%)	
Temps de travail (%)				1
100	19 (86,36)	9 (90%)	10 (83,33%)	
60	1 (4,55)	0 (0)	1 (8,33%)	
50	1 (4,55)	1 (10%)	0 (0)	
40	0 (0)	1 (8,33%)	1 (4,55%)	

Les participantes ont en moyenne 31 ans ($s = 5,57$; [19-43]). Elles sont majoritairement nées en France (74 %). De celles qui sont nées à l'étranger, trois sont nées en Russie, une en Allemagne, une en Inde, une au Pérou, une en Algérie, une en Chine et une en Tunisie. La majorité des participantes (82,86 %) ont le français comme langue maternelle, 6 participantes ont une langue maternelle étrangère (Allemand, espagnol, russe, chinois, et arabe).

Seules deux participantes ont des antécédents psychiatriques de dépression.

La majorité des participantes (71,43 %) ont un niveau d'étude Bac+3. Elles sont 11,43 % à avoir le niveau Bac +2, 2,86 % a le niveau BAC et 14,28 % à avoir un niveau BEPC-CAP. Dans la population générale, 12 participantes (34,29 %) sont employées, 7 (20 %) sont cadres, 5 (14,29 %) sont étudiantes, et 9 (25,71 %) sont au chômage. Une participante est en profession libérale et une est en profession intermédiaire. En ce qui concerne leur temps de travail, la grande majorité (86,36 %) des participantes travaillent à temps complet. Elles sont trois à travailler à mi-temps (40 % ; 50 % ; 60 %). Enfin, plus de la moitié des participantes 57,14 % ont été en contact avec des bébés en ayant fait du baby-sitting ou simplement en ayant des frères et sœurs. (Cf Tableau 2 : Description de la population : les participantes).

B) Les conjoints des participantes

Les conjoints des participantes ont en moyenne 32,8 ans ($s = 7,6$; [21-52]). Ils sont majoritairement nés en France (88,57 %) et leur langue maternelle est à 85,71 % le français. Un est né en Algérie, un en Italie, un en chine et un au Maroc. Trois conjoints des participantes ont une langue maternelle étrangère. Concernant le niveau d'étude, ils sont 48,57 % à avoir un niveau Bac +3 et +, 1,29 % à avoir un bac +2, 14,29 % à avoir le niveau Bac, 14,29 % à avoir le niveau CAP et 8,57 % à avoir le BEPC. Concernant la catégorie socioprofessionnelle : 37,14 % sont cadres, 37,14 % sont employés, 11,43 % sont artisans, 11,43 % sont au chômage et 2,86 % sont ouvriers. Ils sont majoritairement à temps complet dans leur activité professionnelle (83,87 %). Les pères ayant été en contact avec des bébés par le biais du baby-sitting ou simplement en ayant des frères et sœurs sont plus nombreux dans le groupe MNS¹¹ que dans le groupe MS (50 % vs 13,33 % $p = .02$). Notons que 94,29 % des conjoints de nos

¹¹ MNS : mères non-soutenues / MS : mères soutenues

participantes sont primipares. (Cf Tableau 3 : Description de la population : les conjoints des participantes).

Tableau 3 : Description de la population : les conjoints des participantes

Description des conjoints	Population Totale	Groupe Soutenu	Groupe Non-Soutenu	pvalue
Âge				0,9069
Moyenne	32,8	32,13	33,3	
Écart type	7,6	6,28	8,59	
Médiane	31	31	31	
q1-q3	27-39	28-33	27-40	
min-max	21-52	25-46	21-52	
Lieu de naissance				0,1186
France	31 (88,57%)	15 (100%)	16 (80%)	
25	14 (45,16%)	9 (60%)	5 (31,25%)	
hors 25	17 (54,84%)	6 (40%)	11 (68,75%)	
Hors France	4 (11,43%)	0 (0)	4 (20%)	
Algérie	1 (25%)	0 (0)	1 (25%)	
Italie	1 (25%)	0 (0)	1 (25%)	
Maroc	1 (25%)	0 (0)	1 (25%)	
Chine	1 (25%)	0 (0)	1 (25%)	
Langue maternelle				0,9522
Français	30 (85,71%)	14 (93,33%)	16 (80%)	
Français et arabe	1 (2,86%)	0 (0)	1 (5%)	
Français et portugais	1 (2,86%)	1 (6,67%)	0 (0)	
Hors français	3 (8,75%)	0 (0)	3 (15%)	
Chinois	1 (33,33%)	0 (0)	1 (33,33%)	
Arabe	1 (33,33%)	0 (0)	1 (33,33%)	
Italien	1 (33,33%)	0 (0)	1 (33,33%)	
Niveau d'étude				1
BEPC	3 (8,57%)	1 (6,67%)	2 (10%)	
CAP	5 (14,29%)	2 (13,33%)	3 (15%)	
BAC	5 (14,29%)	2 (13,33%)	3 (15%)	
BAC+2	5 (14,29%)	2 (13,33%)	3 (15%)	
BAC+3 et +	17 (48,57%)	8 (53,33%)	9 (45%)	
Catégorie socio-pro				0,8892
Cadre	13 (37,14%)	7 (46,67%)	6 (30%)	
Artisan	4 (11,43%)	1 (6,67%)	3 (15%)	
Ouvrier	1 (2,86%)	0 (0)	1 (5%)	
Employé	13 (37,14%)	5 (33,33%)	8 (40%)	
Chômage-sans activité	4 (11,43%)	2 (13,33%)	2 (10%)	
Temps de travail (%)				0,156
100	26 (83,87%)	10 (76,92%)	16 (88,89%)	
80	2 (6,45%)	2 (15,38%)	0 (0)	
75	1 (3,23%)	1 (7,69%)	0 (0)	
60	1 (3,23%)	0 (0)	1 (5,56%)	
50	1 (3,23%)	0 (0)	1 (5,56%)	

C) Le couple

Tableau 4 : Description de la population : le couple

Description du couple	Population Totale	Groupe Soutenu	Groupe Non-Soutenu	pvalue
Situation familiale				0,4259
Mariés	13 (37,14%)	4 (26,67%)	9 (45%)	
Pacsés	8 (22,86%)	5 (33,33%)	3 (15%)	
Union libre	14 (40%)	6 (40%)	8 (40%)	
Durée de la relation (année)				0,8268
Moyenne	5,04	4,83	5,2	
Écart type	3,44	2,82	3,91	
Médiane	4	5	4	
q1-q3	3-6	2-7	3-5	
min-max	1 - 17	1 - 10	1 - 17	
Revenu du couple (€)				0,1242
840-1300	3 (8,57%)	1 (6,67%)	2 (10%)	
1300-2520	14 (40%)	3 (20%)	11 (55%)	
2520-4000	12 (34,29%)	8 (53,33%)	4 (20%)	
>4000	6 (17,14%)	3 (20%)	3 (20%)	
Perception de la situation économique				0,2661
À l'aise	10 (28,57%)	6 (40%)	4 (20%)	
Suffisant	24 (68,57%)	9 (60%)	15 (75%)	
Pauvre	1 (2,86%)	0 (0)	1 (5%)	

Dans notre population, 40 % des couples sont en union libre, 37,14 % sont mariés et 22,86 % sont pacsés. En moyenne, cela fait 5,04 ans ($s = 3,44$; [1-17]) qu'ils sont en couple.

En ce qui concerne les revenus du couple, 8,57 % ont entre 840-1300^E, 40 % ont un revenu entre 1300-2520^E, 34,29 % ont 2520-4000^E et sont 17,14 % à avoir plus de 4000^E. 68,57 % des participantes considèrent leurs revenus comme suffisants, 28,57 % se considèrent à l'aise et une seule participante (groupe MNS) se considère pauvre. (Tableau 4 : Description de la population : le couple).

D) Configurations familiales des participantes

D-1-Les grands parents

D-1-1- Maternels

Tableau 5 : Description de la population : les grands-parents maternels

GRANDS-PARENTS MATERNELS	Population Totale	Groupe Soutenu	Groupe Non-Soutenu	pvalue
Âge grand-mère maternelle				0,2561
Moyenne	57,97	59,21	55,94	
Écart type	6,38	5,68	6,9	
Médiane	58	60	57	
q1-q3	55-63	55-63	54-60	
min-max	40-72	48-70	40-72	
Décédée	2 (6,06%)	0 (0)	2 (10,53%)	0,4962
Données manquantes	2	1	1	
Âge grand-père maternel				0,1778
Moyenne	59,33	60,64	57,92	
Écart type	5,7	3,91	7,05	
Médiane	60	60,5	59	
q1-q3	57-63	60-63	55-60	
min-max	40-68	50-66	40-68	
Décédée	5 (15,15%)	0 (0)	5 (27,78%)	0,0525
Données manquantes	3	1	2	
Lieu de résidence grand-mère				0,2828
France	23 (69,70%)	12 (80%)	11 (61,11%)	
Doubs	11 (47,83%)	7 (58,33%)	4 (36,36%)	
hors Doubs	12 (52,17%)	5 (41,67%)	7 (63,64%)	
Étranger	10 (30,30%)	3 (20%)	7 (38,89%)	
Lieu de résidence grand-père				1
France	22 (73,33%)	11 (73,33%)	11 (73,33%)	
Doubs	10 (45,45%)	5 (45,45%)	5 (45,45%)	
hors Doubs	12 (54,55%)	6 (54,55%)	6 (54,55%)	
Étranger	8 (26,67%)	4 (26,67%)	4 (26,67%)	
Données manquantes	3	0	5	
Grands-parents toujours en couple	23 (76,67%)	13 (86,67%)	10 (66,67%)	0,3898

Les grands-mères maternelles ont en moyenne 57,97 ans ($s = 6,38$; [40-72]) et les grands-pères maternels ont en moyenne 59,33 ans ($s = 5,7$; [40-68]). Il y a deux grands-mères et cinq grands-pères maternels décédés dans le groupe MNS et aucun dans le groupe MS.

69 % des grands-mères maternelles habitent en France, mais elles sont plus nombreuses à vivre en dehors du département que dans le même département que leur fille (52,17 % vs 47,83 %). 22 (73,33 %) grands-pères maternels habitent en France, contre 8 à l'étranger. Ils sont plus nombreux à vivre en dehors du département de leur fille que dans le même département 54,55 % vs 45,45 %. Notons qu'il y a 5 participantes pour lesquelles les données sont manquantes.

Plus des trois quarts des grands-parents maternels (76,67 %) vivent en couple.

(Cf Tableau 5 : Description de la population : les grands-parents maternels).

D-1-2- Paternels

Les grands-mères paternelles ont en moyenne 60,82 ans ($s = 7,8$; [50-80]) et les grands-pères, ont 62,67 ans en moyenne ($s = 8,14$; [50-80]). Notons que 11 données sont manquantes.

Il y a deux grands-mères paternelles décédées dans le groupe MNS, et il y a un grand-père paternel décédé dans chaque groupe.

71,43 % des grands-mères paternelles de notre échantillon habitent en France. Mais les proportions sont différentes en fonction des groupes. En effet, il y a une différence significative entre les deux groupes ($p = .03$). 92,31 % des grands-mères paternelles du groupe MS habitent en France contre 53,33 % dans le groupe MNS. Et 7,69 % des grands-mères paternelles du groupe MS habitent à l'étranger contre 46,67 % dans le groupe MNS.

65,38 % des grands-pères paternels résident en France. Même si la différence n'est pas significative, relevons que les grands paternels du groupe MS sont plus nombreux à habiter en France. En effet, chez les grands-pères du groupe MS 83,33 % habitent en France contre 16,67 % à l'étranger, et chez les grands-pères du groupe MNS, ils habitent en proportion égale en France et à l'étranger (50% vs. 50%).

41,67 % des grands-parents paternels vivent toujours en couple.

Notons qu'il y a 7 participantes pour lesquelles les données sont manquantes.

Tableau 6 : Description de la population : les grands-parents paternels

GRANDS-PARENTS PATERNELS	Population Totale	Groupe Soutenu	Groupe Non-Soutenu	pvalue
Age grand-mère paternelle				0,2911
Moyenne	60,82	62	59,64	
écart type	7,8	5,59	9,68	
médiane	60	60	58	
q1-q3	55-64	58-64	50-65	
min-max	50-80	55-75	50-80	
Décédée	2 (8,33%)	0 (0)	2 (15,38%)	0,4819
Données manquantes	11	4	7	
Age grand-père paternel				0,6972
Moyenne	62,67	61,9	63,36	
écart type	8,14	6,12	9,89	
médiane	60	60	62	
q1-q3	58-68	58-65	54-71	
min-max	50-80	54-75	50-80	
Décédé	2 (8,70%)	1 (9,09%)	1 (8,33%)	1
Données manquantes	12	4	8	
Lieu de résidence grand-mère				0,0377
France	20 (71,43%)	12 (92,31%)	8 (53,33%)	
Doubs	9 (45%)	6 (50%)	3 (37,50%)	
Hors Doubs	11 (55%)	6 (50%)	5 (62,50%)	
Étranger	8 (28,57%)	1 (7,69%)	7 (46,67%)	
Données manquantes	5	2	3	
Lieu de résidence grand-père				0,11
France	17 (65,38%)	10 (83,33%)	7 (50%)	
Doubs	8 (47,06%)	6 (60%)	2 (28,57%)	
Hors Doubs	9 (52,94%)	4 (40%)	5 (71,43%)	
Étranger	9 (34,62%)	2 (16,67%)	7 (50%)	
Données manquantes	7	2	5	
Grands-parents toujours en couple				0,4076
oui	10 (41,67)	6 (50,0)	4 (33,33)	
Manquant	7	2	5	

D-2- Les fratries

D-2-1- Maternelle

La composition de la fratrie maternelle ne diffère pas entre les deux groupes et il n'y a pas de différence significative concernant le lieu de résidence de celles-ci. Retenons que 64 % des participantes ont l'ensemble de leur fratrie vivant en dehors de leur commune d'habitation (MS-58,33 % vs MNS-68,75%).

D'autre part, même si la différence n'est pas significative ($p = 0,34$), soulignons que, les participantes du groupe soutenu sont plus nombreuses à avoir leur fratrie à proximité géographique (MS-41,67 % vs 18,75 % — MNS) et que 68,75 % des participantes du groupe MNS ont la totalité de leur fratrie vivant en-dehors de la ville d'habitation contre 58,33 % dans le GS. (Cf Tableau 7 : Description de la population : la fratrie maternelle).

Tableau 7 : Description de la population : la fratrie maternelle

FRATRIE MATERNELLE	Population Totale	Groupe Soutenu	Groupe Non-Soutenu	pvalue
Nombre de frères-sœurs				0,2123
0	4 (11,76%)	2 (13,33%)	2 (10,53%)	
1	12 (35,29%)	8 (53,33%)	4 (21,05%)	
2	8 (23,53%)	2 (13,33%)	6 (31,58%)	
>=3	10 (29,41%)	3 (20%)	7 (36,84%)	
Manquant	1	0	1	
Lieu résidence fratrie				0,3444
Tous à Besançon et alentours	8 (28,57%)	5 (41,67%)	3 (18,75%)	
Tous en dehors de Besançon	18 (64,29%)	7 (58,33%)	11 (68,75%)	
Une partie à Besançon	2 (7,14%)	0 (0)	2 (12,50%)	
Manquant	3	1	2	

D-2-2-Paternelle

Du côté du conjoint de la participante, nous relevons qu'il y a plus de familles nombreuses dans le groupe MNS que dans le groupe MS, la différence est significative ($p = 0,003$). 60 % des conjoints des participantes du groupe MS ont qu'un frère ou une sœur vs 5,26 % dans le groupe

MNS, et dans le groupe MNS, 84,21 % ont deux ou trois frères-sœurs vs 40 % dans le groupe MS.

En ce qui concerne le lieu d'habitation de la fratrie paternelle, seules 34 % des participantes de notre échantillon vivent dans la même commune que l'ensemble de la fratrie de leur conjoint. 50 % des participantes dans les deux groupes ont la totalité de leur fratrie par alliance vivant en dehors de la ville d'habitation. Même si la différence n'est pas significative retenons que les participantes du groupe MNS sont moins nombreuses à vivre à proximité de la fratrie de leur conjoint (MS-41,37 % vs MNS-28,57 %). Notons qu'il manque 7 données. (Cf Tableau 8 : Description de la population : la fratrie paternelle).

Tableau 8 : Description de la population : la fratrie paternelle

FRATRIE PATERNELLE	Population Totale	Groupe Soutenu	Groupe Non-Soutenu	pvalue
Nombre de frères-sœurs				0,0035
0	2 (5,88%)	0 (0)	2 (10,53%)	
1	10 (29,41%)	9 (60%)	1 (5,26%)	
2	9 (26,47%)	3 (20%)	6 (31,58%)	
>=3	13 (38,24%)	3 (20%)	10 (52,63%)	
Manquant	1	0	1	
Lieu résidence fratrie				0,7649
Tous à Besançon et alentours	9 (34,62%)	5 (41,37%)	4 (28,57%)	
Tous en dehors de Besançon	13 (50%)	6 (50%)	7 (50%)	
Une partie à Besançon	4 (15,38%)	1 (8,33%)	3 (21,43%)	
Manquant	7	3	4	

E) La grossesse et accouchement

Tableau 9 : Description de la population : grossesse et accouchement

Grossesse et Accouchement	Population Totale	Groupe Soutenu	Groupe Non-Soutenu	pvalue
La grossesse				
Première grossesse				1
Oui	26 (74,29%)	11 (73,33%)	15 (75%)	
Non	9 (25,71%)	4 (26,67%)	5 (25%)	
Grossesse spontanée	33 (94,29%)	14 (93,33%)	19 (95%)	1
Expérience de fausse couche	4 (44,44%)	1 (25%)	3 (60%)	
IVG	5 (55,56%)	3 (75%)	2 (40%)	
Hospitalisation pendant grossesse	4 (11,43%)	3 (20%)	1 (5%)	0,2924
Accouchement				
Terme (semaines)				0,3622
Moyenne	38,97	38,77	39,13	
Écart type	1,2	1,4	1,04	
Médiane	39	39	39	
q1-q3	38-40	38-40	39-39,75	
min-max	37-42	37-42	37-41	
Type d'Accouchement				0,4258
Voie basse	19 (54,29%)	9 (60%)	10 (50%)	
Césarienne programmée	2 (5,71%)	1 (6,67%)	1 (5%)	
Césarienne au cours du travail	5 (14,29%)	3 (20%)	2 (10%)	
Ventouse ou forceps	3 (8,57%)	0 (0)	3 (15%)	
Voie basse +ventouse	5 (14,29%)	1 (6,67%)	4 (20%)	
Césarienne + ventouse	1 (2,86%)	1 (6,67%)	0 (0)	
Degré satisfaction accouchement	p/r			0,7619
1-2	3 (8,57%)	1 (6,67%)	2 (10%)	
3-4	9 (25,71%)	5 (33,33%)	4 (20%)	
5-6	23 (65,71%)	9 (60%)	14 (70%)	
Poids du bébé (kg)				0,8675
Moyenne	3,037	3,042	3,034	
Écart type	0,414	0,415	0,424	
Médiane	3,15	3,165	3,13	
q1-q3	2,87-3,34	2,6-3,29	2,91-3,35	
min-max	1,9-3,80	2,33-3,80	1,9-3,61	
Père a assisté à l'accouchement	33 (94,29%)	14 (93,33%)	19 (95%)	1
Visite de la famille à la maternité	26 (74,29%)	12 (80%)	14 (70%)	0,7003
Visite de la belle-famille à la maternité	28 (80%)	9 (60%)	19 (95%)	0,027

Pour la majorité des participantes (74,29%), leur grossesse est la première et c'est une grossesse spontanée (94,29%). Dans le passé, 44% ont fait l'expérience d'une fausse couche et 55,56% ont eu recours à l'IVG. 11,43% des participantes ont été hospitalisées pendant leur grossesse (MS-20% vs. GNS-5%).

En moyenne, les participantes ont accouché à 38,97 semaines ($s = 1,2$; [37-42]). Elles sont 77,15% à avoir accouché par voie basse, 14,29% ont eu une césarienne en cours de travail et pour 5,71% d'entre elles, la césarienne programmée. 65% des participantes sont très satisfaites¹² de leur accouchement, 25,71% sont moyennement satisfaites et 8,57% ne sont pas ou peu satisfaites de leur accouchement. En moyenne le poids du bébé est de 3 kg ($ET = 0,41$; [1,9-3,8]). La quasi-totalité des conjoints des participantes (94,29%) a assisté à l'accouchement de leur conjointe.

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes concernant la visite à la maternité de la famille de la parturiente (74,29% des mères de notre échantillon ont eu la visite de leur famille). En revanche, il existe une différence significative entre les deux groupes ($p = 0,02$) en ce qui concerne la visite de la belle-famille, qui sont plus nombreuses à être venues à la maternité dans le groupe MNS (95%) que dans le groupe MS (60%). (Cf Tableau 9 : Description de la grossesse et l'accouchement).

F) L'après naissance

Lors du premier entretien, la quasi-totalité des participantes (93,55 %) a prévu d'allaiter son bébé. 32,26 % des participantes ont prévu un allaitement d'une durée de 1 à 3 mois ; 48,39 % ont prévu un allaitement d'une durée comprise entre 3 et 6 mois et 12 % ont prévu une durée d'allaitement supérieure à 6 mois. Notons qu'il manque 4 données.

Lors du premier entretien, 53,33 % des participantes envisagent de reprendre leur travail après leur congé maternité, 46,67 % souhaitent retarder, sans précision de durée, le retour au travail. Notons qu'il manque 5 données.

¹² Les participantes ont évalué leur satisfaction de leur accouchement sur une échelle de Likert à six niveaux. Pour les analyses statistiques nous avons regroupé les 6 niveaux en 3 catégories : 1-2 : pas-peu satisfaite ; 3-4 : moyennement satisfaite ; 5-6 très satisfaite.

40 % (28,6% vs. 50%) des participantes envisagent de prendre un congé parental dans la suite du congé maternité. (Cf Tableau 10 : Description de la population : l'après-naissance).

Tableau 10 : Description de la population : l'après naissance

L'après-naissance	Population Totale	Groupe Soutenu	Groupe Non-Soutenu	pvalue
Durée allaitement				0,6411
1-3 mois	10 (32,26%)	3 (23,08%)	7 (38,89%)	
3-6mois	15 (48,39%)	8 (61,54%)	7 (38,89%)	
>6 mois	4 (12,90%)	1 (7,69%)	3 (16,67%)	
Pas d'allaitement	2 (6,45%)	1 (7,69%)	1 (5,56%)	
Manquant	4	2	2	
Congé parental	12 (40%)	4 (28,6%)	8 (50%)	0,232
Manquant	5	1	4	
Durée du congé maternité				1
Congé mat	16 (53,33%)	5 (33,33%)	11 (73,33%)	
> congé mat	14 (46,67%)	10 (66,67%)	4 (26,67%)	
Manquant	5	0	5	

G) L'Hospitalisation à domicile Maternité (HAD)

Les participantes¹³ ont majoritairement eu recours aux services de l'HAD pour un accompagnement à la mise en place de l'allaitement (indication unique : G=27,71% ; 26,67% vs. 25%) ; ce motif est d'ailleurs convoqué dans 81,98% des indications. Pour 28,57% de notre échantillon (6,67% vs. 15%), l'indication a été posée pour accompagner la relation mère enfant. Cette indication est couplée à la mise en place de l'allaitement pour 17,14% de notre

¹³ En ce qui concerne les indications de l'HAD, rappelons qu'elles sont soit d'ordre médical (surveillance périnée, ictère, cicatrisation, hypotrophie du bébé, courbe de poids) soit relationnel (accompagnement relation mère-enfant), soit d'ordre psychologique (antécédents ou risque de dépression) soit parce que le couple a souhaité une sortie précoce. Les indications peuvent être uniques ou multiples.

échantillon (26,67 vs. 10%). Enfin, 20% des participantes ont bénéficié d'un suivi psychologique. (Cf Tableau 11 : Description de la population : Hospitalisation à domicile).

Tableau 11 : Description de la population : l'hospitalisation à domicile (HAD)

Indications Hospitalisation à domicile (HAD)	Population Totale	Groupe Soutenu	Groupe Non-Soutenu	pvalue
Indications				0,669
Accompagnement relation mère enfant	4 (11,43%)	1 (6,67%)	3 (15%)	
Mise en place allaitement (MEPA)	9 (25,71%)	4 (26,67%)	5 (25%)	
Sortie précoce	2 (5,71%)	1 (6,67%)	1 (5%)	
MEPA + hypotrophie bébé	1 (2,86%)	1 (6,67%)	0 (0)	
MEPA + surveillance TA	1 (2,86%)	1 (6,67%)	0 (0)	
MEPA + accompagnement relation mère enfant	6 (17,14%)	4 (26,67%)	2 (10%)	
MEPA + surveillance périnée	2 (5,71%)	0 (0)	2 (10%)	
MEPA + risque de dépression	2 (5,71%)	1 (6,67%)	1 (5%)	
MEPA + antécédents dépression	2 (5,71%)	0 (0)	2 (10%)	
MEPA + problème de cicatrisation	1 (2,86%)	0 (0)	1 (5%)	
MEPA + suivi césarienne	2 (5,71%)	0 (0)	2 (10%)	
MEPA + Surveillance ictère + courbe poids	2 (5,71%)	1 (6,67%)	1 (5%)	
Surveillance TA + hypotrophie bébé	1 (2,86%)	1 (6,67%)	0 (0)	
Suivie Psychologique HAD	7 (20%)	4 (26,67%)	3 (15%)	0,8993

H) Synthèse

Les analyses ont fait ressortir des différences entre les deux groupes, que nous proposons de reprendre ici.

1 ° Dans le groupe des mères soutenues, aucun grand-père maternel (du bébé) n'est décédé, contre 5 (27 %) chez les non-soutenues ($p = 0,05$).

2 ° La fratrie des conjoints des mères du groupe MNS est plus grande (50 % avec plus de 3 frères dans le groupe MNS, et 20 % dans le groupe MS, $p = 0,003$).

3 ° Dans le groupe MS, la proportion de grands-mères paternelles résidant en France est plus importante (92 % vs 53 %, $p = 0.03$).

4 ° Les pères ayant fait du babysitting sont plus nombreux dans le groupe MNS (10 [50 %] vs 2 [13 %] $p = 0.0237$).

5 ° Enfin, 95 % des mères du groupe MNS ont reçu la visite de la famille du conjoint à la maternité contre 60 % dans le groupe MS ($p = 0.0274$).

D'autre part, même si les différences ne sont pas significatives, relevons des tendances qui tendent à distinguer nos deux groupes en ce qui concerne leur configuration familiale.

Il semble que les mères du groupe MS bénéficient de plus de proximité géographique et plus spécifiquement en ce qui concerne leur mère et leur fratrie. Et leurs parents sont plus nombreux à être encore en couple en comparaison des mères du groupe MNS.

III] Participation

Sur 35 participantes, 22 ont suivi le protocole dans sa totalité, ce qui correspond à deux tiers de notre échantillon (63%, MS-66% vs. MNS-60%).

On a constaté un assez bon investissement des participantes dans la recherche. Les phénomènes d'attrition peuvent être expliqués par des raisons concrètes et verbalisées par les participants (déménagement - reprise d'un protocole d'AMP - difficulté de trouver un temps commun- refus d'être filmés 14) et parfois non (injoignables).

Par exemple, trois participantes ont quitté le protocole car elles étaient injoignables ou indisponibles, et ce malgré nos tentatives et efforts d'adaptation. L'une d'entre elles nous a recontactés pour participer à la recherche, mais nous ne pouvions plus l'inclure car les entretiens, les auto-questionnaires et les observations aux T2-6 semaines et T3-3 mois n'avaient pas pu être réalisés.

Il est arrivé que certaines participantes loupent une visite, sans pour autant que cela remette en question leur participation. Les raisons évoquées : maladie, rendez-vous oublié, déménagement. Il est arrivé que cela soit très difficile de trouver un temps commun, sans que soit verbalisé un désir de sortir du protocole. Lorsque cela se produisait, nous rappelions aux participantes qu'elles pouvaient arrêter à n'importe quel moment, sans obligation de nous donner la raison. Nous insistions dans une démarche protocolisée. Trois appels avec messages vocaux, textos puis courrier dans lequel nous rappelions les objectifs de la recherche et en exprimant que nous étions disponibles pour en parler. Nous nous sommes la plupart du temps adaptée aux changements des familles, notamment lorsqu'elles déménageaient, certaines en-dehors de Besançon.

D'autre part, nous constatons que les entretiens ont été légèrement plus investis que les questionnaires, notamment aux T6-12 mois, T7-15 mois et T8-18 mois.

¹⁴ Non préparés à cette situation, et parce que nous considérons que cela entravait notre recueil de données, nous arrêtons le protocole avec ces familles. Puis, par la suite, nous avons fait le choix de poursuivre avec les nouvelles familles même si elles ne souhaitaient pas être filmées.

III] Analyses statistiques des auto-questionnaires et échelles

Comme nous l'avons indiqué dans notre partie méthodologie (partie 3) les analyses statistiques ont été réalisées afin d'obtenir trois indices.

Premièrement nous avons souhaité obtenir et comparer les taux de prévalence de dépression et d'anxiété postnatales des participantes (STAI-YA, état), sans distinction puis en fonction de leur groupe (groupe soutenu – groupe non soutenu). Les mères obtenant un score supérieur ou égal au score seuil (retenu pour les auto-questionnaires EPDS, STAI-YA et STAI-YB) ont été comparées aux mères ayant un score inférieur au score seuil, à l'aide du test du Chi² (ou Test exact de Fisher).

Deuxièmement, nous avons conduit des comparaisons de moyennes entre les deux groupes à chaque temps de mesure pour les questionnaires EPDS, STAI YA-YB, DAS, PAI. Ces analyses ont été réalisées par le test de Wilcoxon-Mann-Whitney.

Troisièmement, nous avons réalisé des comparaisons de moyennes en évaluant les effets de la variable groupe (soutenu vs non-soutenu), de la variable temps (Temps1-2 semaines, Temps 2-6 semaines, Temps 3-3 mois, Temps 4-6 mois) ainsi que leur interaction. Dans cet objectif, nous avons réalisé des ANOVA à mesures répétées.

À la différence des comparaisons de moyennes entre les deux groupes à chaque temps de mesure, seuls les quatre premiers temps de mesures ont été pris en compte pour ces analyses. Ce choix a été motivé par le fait que les ANOVA à mesures répétées utilisent uniquement les scores des mères ayant répondu à tous les temps de mesures. Or nous observons un phénomène d'attrition concernant le retour des questionnaires au cours du temps. Afin de garantir une puissance statistique, nous avons décidé de réaliser les analyses longitudinales sur les 4 premiers temps de mesure pour lesquels 27 mères ont participé.

Enfin, les données nominales du questionnaire PBI ont été réalisées par le test exact de Fisher.

Les tests ont été comparés à un seuil de significativité de 5 %.

Les résultats statistiques sont présentés en fonction des différentes échelles.

A) Dépression du post-partum, l'EPDS

A-1- Taux de prévalence de la dépression post-natale :

Le taux de prévalence moyen de notre échantillon sur les huit temps de mesure est de 21,7% avec un score ≥ 12 . 13,1% des mères du groupe soutenu présentent un score supérieur ou égal à 12, alors qu'elles sont 29,4% dans le groupe non-soutenu (les taux de prévalence moyens ont été obtenu en faisant la moyenne des taux des huit temps de mesure)

(Cf Tableau 12 : Proportions de scores de dépression (\leq ou \geq à 12) en fonction du groupe et du temps [Dépression du post-partum : EPDS (Edinburg Postnatal Depression Scale)])

A-2- Proportion de scores de dépression \geq à 12 en fonction du groupe et du temps

Les comparaisons des proportions ont été réalisées à l'aide du Test exact de Fisher en fonction du groupe (non soutenu vs soutenu) et en fonction du score de dépression (< 12 ou ≥ 12).

Même si ces différences ne sont pas significatives (temps 2 : test exact de Fisher $p = .344$; temps 3 : test exact de Fisher $p = 0,106$; temps 4 : test exact de Fisher $p = 0,102$; temps 5 : test exact de Fisher $p = 0,19$; temps 6 : test exact de Fisher $p = 0,1$; temps 7 : test exact de Fisher $p = 0,635$ et temps 8 : test exact de Fisher $p = 0,183$), les taux de score de dépression supérieur à 12 sont plus élevés dans le groupe des mères non-soutenues que chez les mères du groupe soutenu au T2-6 semaines [MNS¹⁵ : 23,5 % vs MS : 7,1 %], au T3-3 mois [MNS : 26,7 % vs MS : 0 %], au T7-15 mois [MNS : 26,7 % vs MS : 0 %] et au T8-18 mois [MNS : 25 % vs MS : 0 %].

À l'inverse, les proportions sont sensiblement identiques entre les deux groupes au T1-2 semaines [MS : 53,3 % vs MNS : 46,7 %] et au T6-12 mois [MS : 15,4 % vs MNS : 14,3 %].

(Cf Tableau 12 : Proportions de scores de dépression (\leq ou \geq à 12) en fonction du groupe et du temps) [Dépression du post-partum : EPDS (Edinburg Postnatal Depression Scale)])

¹⁵ MS : Mères soutenues / MNS : Mères non soutenues

Tableau 12 : Proportions de scores de dépression (\leq ou \geq à 12) en fonction du groupe et du temps [Dépression du post-partum : EPDS (Edinburg Postnatal Depression Scale)]

		EPDS		Total	p
		< 12	\geq 12		
T1 - 2 semaines	Groupe Soutenu	7 (46,7%)	8 (53,3%)	15	0,738
	Groupe non-soutenu	11 (55%)	9 (45%)	20	
	Total	18(51,4%)	17 (48,6%)	35	
T2 - 6 semaines	Groupe Soutenu	13 (92,9%)	1 (7,1%)	14	0,344
	Groupe non-soutenu	13 (76,5%)	4 (23,5%)	17	
	Total	26 (83,9%)	5 (16,1%)	31	
T3 - 3 mois	Groupe Soutenu	12 (100%)	0	12	0,106
	Groupe non-soutenu	11(73,3%)	4 (26,7%)	15	
	Total	23 (85,2%)	4 (14,8%)	27	
T4 - 6 mois	Groupe Soutenu	13 (100%)	0	13	0,102
	Groupe non-soutenu	11 (73,3%)	4 (26,7%)	15	
	Total	24 (85,7%)	4 (14,3%)	28	
T5 - 9 mois	Groupe Soutenu	9 (90%)	1 (10%)	10	0,19
	Groupe non-soutenu	10 (62,5%)	6 (37,5%)	16	
	Total	19 (73,1%)	7 (26,9%)	26	
T6 - 12 mois	Groupe Soutenu	11 (84,6%)	2 (15,4%)	13	1
	Groupe non-soutenu	12 (85,7%)	2 (14,3%)	14	
	Total	23 (85,2%)	4 (14,8%)	27	
T7 - 15 mois	Groupe Soutenu	9 (81,8%)	2 (18,2%)	11	0,635
	Groupe non-soutenu	7 (63,6%)	4 (36,4%)	11	
	Total	16 (72,7%)	6 (27,3%)	22	
T8 - 18 mois	Groupe Soutenu	10 (100%)	0	10	0,183
	Groupe non-soutenu	6 (75%)	2 (25%)	8	
	Total	16 (88,9%)	2 (11,1%)	18	
Moyenne sur les 8 temps	Groupe Soutenu	86,90%	13,10%	100%	
	Groupe non-soutenu	70,60%	29,40%	100%	
	Total	78,26%	21,73%	100%	

A-3- Comparaisons des scores moyens de dépression (EPDS) :

Comme l'indique le tableau 13, nous observons une différence significative entre les deux groupes au T3-3 mois (MS : $M = 3,17$, $ET = 2,92$ vs MNS : $M = 8,27$, $ET = 5,64$, $p = 0,01$) et un effet tendanciel au T4-6 mois (MS : $M=3,46$, $ET = 3,10$ vs MNS : $M = 8,53$, $ET = 7,70$, $p = 0,057$).

Les mères du groupe non-soutenu ont un niveau de dépression plus élevé que les mères du groupe soutenu aux T3-3 mois et T4-6 mois.

Des différences non significatives mais importantes sont observées au T5-9 mois (MS : $M = 5,6$, $ET = 6,72$ vs MNS : $M = 9$, $ET = 9,28$, $p = 0,67$), au T7-15 mois (MS : $M = 5,55$, $ET = 4,72$ vs MNS : $M = 8,64$, $ET = 7,63$, $p = 0,44$) et au T8-18 mois (MS : $M = 4,9$, $ET = 4,2$ vs MNS : $M = 10,13$, $ET = 7,92$, $p = 0,6$).

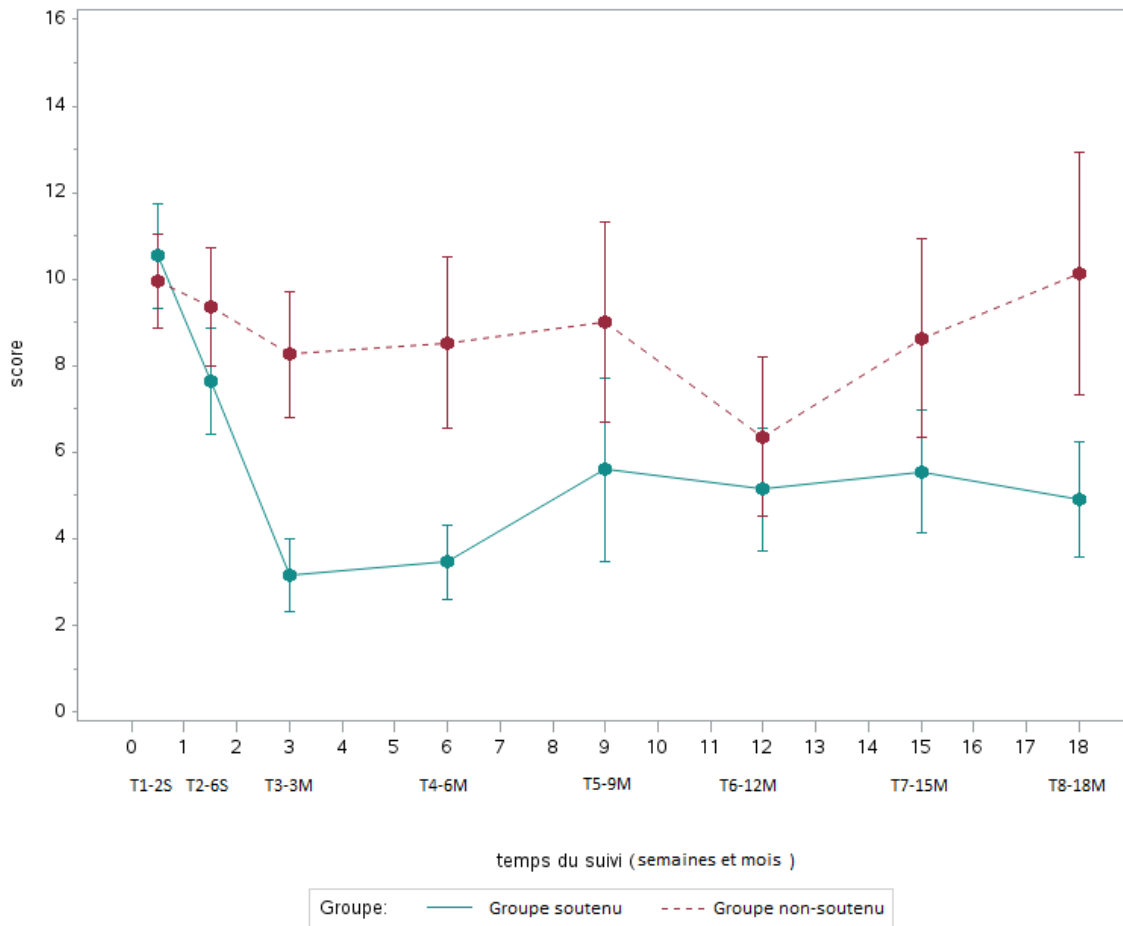
Les écarts importants mais non significatifs peuvent être imputés à la forte variabilité entre les participantes dans les deux groupes et encore plus au sein du groupe non-soutenu.

(Cf Tableau 13 : Comparaison de moyennes : Dépression du post-partum : EPDS (Edinburg Postnatal Depression Scale).

Tableau 13 : Comparaison de moyennes : [Dépression du post-partum : EPDS (Edinburg Postnatal Depression Scale)]

	Population Totale (N=35)	Groupe Soutenu (N=15)	Groupe Non-Soutenu (N=20)	p
T1 - 2 Semaines				0,7629
N	35	15	20	
Moyenne (écart-type)	10,2 (7.73)	10,53 (4.66)	9,95 (4.88)	
T2 - 6 Semaines				0,4708
N	31	14	17	
Moyenne (écart-type)	8,58 (5.16)	7,64 (4.56)	9,35 (5.6)	
T3 - 3 Mois				0,0174 *
N	27	12	15	
Moyenne (écart-type)	6 (5.23)	3,17 (2.92)	8,27 (5.64)	
T4 - 6 Mois				0,0576
N	28	13	15	
Moyenne (écart-type)	6,18 (6.45)	3,46 (3.1)	8,53 (7.7)	
T5 - 9 Mois				0,6714
N	26	10	16	
Moyenne (écart-type)	7,69 (8.41)	5,6 (6.72)	9 (9.28)	
T6 - 12 Mois				0,6432
N	27	13	14	
Moyenne (écart-type)	5,78 (6.01)	5,15 (5.11)	6,36 (6.88)	
T7 - 15 Mois				0,4486
N	22	11	11	
Moyenne (écart-type)	7,09 (6.39)	5,55 (4.72)	8,64 (7.63)	
T8 - 18 Mois				0,1645
N	18	10	8	
Moyenne (écart-type)	7,22 (6.5)	4,9 (4.2)	10,13 (7.92)	

Figure 6 : Moyenne et écart type des scores EPDS (Edinburg Postnatal Depression Scale) en fonction du groupe et du temps :



Les ANOVA à mesures répétées montrent un effet significatif du Temps : $F(3,59) = 4,73$; $p = 0,009$ $\eta^2p = .16$, un effet significatif du Groupe : $F(1,25) = 5,35$; $p < 0,03$ $\eta^2p = .17$ et un effet tendanciel d'interaction Temps*Groupe : $F(2,58) = 2,88$; $p = 0,056$ $\eta^2p = .10$.

Alors que nous n'observons pas d'effet du groupe aux T1-2 semaines et T2-6 semaines, les comparaisons planifiées montrent un effet du groupe pour le T3-3 mois : $F[1,25] = 8,05$; $p = 0,009$, $\eta^2p = .24$ et au T4-6 mois : $F[1,25] = 5,154$; $p = 0,032$, $\eta^2p = .17$.

Les mères ayant bénéficié de soutien familial ont des scores qui chutent à partir du T3-3 mois ($M = 3,17$; $ET = 2,91$) jusqu'au T4-6 mois ($M = 3,17$, $ET = 3,04$) par rapport aux mères du groupe non soutenu ($M = 8,27$, $ET = 5,63$) et au Temps 4 ($M = 8,53$, $ET = 7,69$).

Cette chute des scores est confirmée par les comparaisons planifiées qui montrent chez les mères du groupe soutenu un effet significatif du Temps, $F(3,23) = 5,012$; $p = 0,008$, $\eta^2p = .395$, indiquant des différences significatives à $p = 0,001$ entre le T1-2 semaines ($M = 10,75$, $ET = 5,06$) et les T3-3 mois ($M = 3,17$; $ET = 2,91$) et T4-6 mois ($M = 3,17$, $ET = 3,04$) et un effet tendanciel entre le T1-2 semaines ($M = 10,75$, $ET = 5,06$) et le T2- 6 semaines ($M = 7,08$, $ET = 4,738$) à $p = 0,079$.

En revanche, nous n'observons pas d'effet du temps chez le groupe des mères non soutenues.

B) Anxiété état et anxiété trait, STAI-YA et YB

B-1- Prévalence de l'anxiété état et trait

Les taux de prévalence ont été obtenus en faisant la moyenne des taux aux huit temps de mesure.

B-1-1- Prévalence de l'anxiété état

En fonction des critères retenus (≥ 56 à la STAI), le taux de prévalence moyen d'anxiété état de notre échantillon sur les huit temps de mesure est de 28,7 %. On retrouve un taux moyen sur les huit temps de mesure plus élevé chez les mères du groupe non soutenu (38,2 %) que chez les mères du groupe soutenu (16,8%).

(Cf Tableau 14 : Prévalences et comparaison des proportions de scores de l'état anxieux : niveaux Faible-Moyen ($\leq 45-55$) vs Élevé (≥ 56) en fonction du groupe et du temps. Anxiété État : STAI-YA [State Trait Anxiety Inventory]).

B-1-2- Prévalence de l'anxiété trait

En ce qui concerne l'anxiété trait, le taux de prévalence moyen de notre échantillon sur les huit temps de mesure de mères ayant un trait anxieux de niveau élevé (≥ 56) est de 24,25 %. Il est

de 12,94 % chez les mères du groupe soutenu et de 33,94 % chez les mères du groupe non soutenu.

(Tableau 15] Prévalences et comparaison des proportions de scores du trait anxieux : niveaux Faible-Moyen ($\leq 45-55$) vs Élevé (≥ 56) en fonction du groupe et du temps. Anxiété Trait : STAI-YB [State Trait Anxiety Inventory]).

B-2- Proportions en fonction du niveau d'anxiété (faible-moyen vs élevé) et du groupe à chaque temps de mesure

Les comparaisons des proportions ont été réalisées à l'aide du Test exact de Fisher en fonction du groupe [non soutenu vs soutenu], du temps et en fonction du niveau d'anxiété [faible-moyen : $<45-55$; élevée : ≥ 56].

– STAI-YA : Si aucune différence significative n'est observée, il existe des écarts de proportions importants entre les mères des deux groupes. Les proportions de mères du groupe non soutenu ayant un score d'anxiété état élevé [≥ 56] sont nettement plus élevées que celles des mères du groupe soutenu au T2-6 semaines [MS : 21,42 % vs MNS : 47,05 %], au T3-3 mois [MS : 8,33 % vs MNS : 31,2 %], au T4-6 mois [MS : 15,4 % vs MNS : 40 %], au T5-9 mois [MS : 10 % vs MNS : 37,5 %], au T7- 15 mois [MS : 18,2% vs MNS : 36,4 %] et T8-18 mois [MS : 11,1 % vs MNS : 50 %].

À l'inverse, les proportions sont sensiblement identiques entre les deux groupes au T1-2 semaines [MS : 26,7 % vs MNS : 35 %] et au T6-12 mois [MS : 23,1 % vs MNS : 28,6 %].

– STAI-YB :

Si aucune différence significative n'est observée, il existe des écarts de proportions importants entre les mères des deux groupes. Les proportions de mères du groupe non soutenu ayant un score d'anxiété trait élevé [≥ 56] sont nettement plus élevées dans le groupe des mères non-soutenues que chez les mères du groupe soutenu au T1- 2 semaines [MS : 26,7% vs MNS : 50 %], T3-3 mois [MS : 8,33 % vs 18,8 %], au T4-6 mois [MS : 7,7 % vs MNS : 33,3 %], au T5-9 mois [MS : 0% vs MNS : 37,5 %], au T7- 15 mois [MS : 9,1 % vs MNS : 36,4 %] et au T8-18 mois [MS : 0 % vs 37,5 %].

À l'inverse, les proportions sont sensiblement identiques entre les deux groupes au T2-2 semaines [MS : 28,6 % vs MNS : 29,4 %] et au T6- 12 mois [MS : 23,1 % vs MNS : 28,6 %].

Tableau 14 : Prévalences et comparaison des proportions de scores du trait anxieux : niveaux Faible-Moyen ($\leq 45-55$) vs Élevé (≥ 56) en fonction du groupe et du temps. Anxiété État : STAI-YA [State Trait Anxiety Inventory]).

		Score d'anxiété État		
		Faible-Moyen (≤ 55)	Élevé (≥ 56)	p
T1- 2 semaines	Groupe Soutenu	73,33%	26,70%	0,489
	Groupe non-soutenu	65,00%	35,00%	
	Total	68,60%	31,40%	
T2- 6 semaines	Groupe Soutenu	78,57%	21,42%	0,138
	Groupe non-soutenu	52,94%	47,05%	
	Total	32,30%	38,70%	
T3- 3mois	Groupe Soutenu	91,70%	8,33%	0,196
	Groupe non-soutenu	68,80%	31,20%	
	Total	78,60%	21,40%	
T4- 6mois	Groupe Soutenu	84,60%	15,40%	0,221
	Groupe non-soutenu	60,00%	40,00%	
	Total	71,40%	28,60%	
T5 - 9 mois	Groupe Soutenu	90,00%	10,00%	0,19
	Groupe non-soutenu	62,50%	37,50%	
	Total	76,25%	26,90%	
T6 - 12 mois	Groupe Soutenu	76,90%	23,10%	1
	Groupe non-soutenu	71,40%	28,60%	
	Total	74,10%	25,90%	
T7 - 15 mois	Groupe Soutenu	81,80%	18,20%	0,635
	Groupe non-soutenu	63,60%	36,40%	
	Total	72,70%	27,30%	
T8 - 18 mois	Groupe Soutenu	88,90%	11,10%	0,131
	Groupe non-soutenu	50,00%	50,00%	
	Total	70,60%	29,40%	
Moyenne sur les 8 temps	Groupe Soutenu	83,23%	16,78%	100%
	Groupe non-soutenu	61,78%	38,22%	
	Total	68,07%	28,70%	

Tableau 15 : Prévalences et comparaison des proportions de scores du trait anxieux : niveaux Faible-Moyen (≤ 55) vs Élevé (≥ 56) en fonction du groupe et du temps. Anxiété Trait : STAI-YB [State Trait Anxiety Inventory]

		Score d'anxiété trait		p
		Faible-Moyen (≤ 55)	Élevé (≥ 56)	
T1- 2 semaines	Groupe Soutenu	73,33%	26,70%	0,296
	Groupe non-soutenu	50,00%	50,00%	
	Total	60,00%	40,00%	
T2- 6 semaines	Groupe Soutenu	71,40%	28,60%	0,637
	Groupe non-soutenu	70,60%	29,40%	
	Total	71,00%	29,00%	
T3- 3mois	Groupe Soutenu	91,70%	8,33%	0,613
	Groupe non-soutenu	81,20%	18,80%	
	Total	85,70%	14,30%	
T4- 6mois	Groupe Soutenu	92,30%	7,70%	0,173
	Groupe non-soutenu	66,70%	33,30%	
	Total	78,60%	21,40%	
T5 - 9 mois	Groupe Soutenu	100,00%	0,00%	0,53
	Groupe non-soutenu	62,50%	37,50%	
	Total	76,90%	23,10%	
T6 - 12 mois	Groupe Soutenu	76,90%	23,10%	1
	Groupe non-soutenu	71,40%	28,60%	
	Total	74,10%	25,90%	
T7 - 15 mois	Groupe Soutenu	90,90%	9,10%	0,311
	Groupe non-soutenu	63,60%	36,40%	
	Total	77,30%	22,70%	
T8 - 18 mois	Groupe Soutenu	100,00%	0,00%	0,82
	Groupe non-soutenu	62,50%	37,50%	
	Total	82,40%	17,60%	
Moyenne sur les 8 temps	Groupe Soutenu	87,07%	12,94%	100%
	Groupe non-soutenu	66,06%	33,94%	
	Total	75,75%	24,25%	

B-3- Comparaisons de moyennes :

- STAI-YA

S'il existe des écarts importants, à tous les temps de mesure (T2-6 semaines - MS : $M = 50$ ET = 8,86 vs MNS : $M = 56$ ET = 13,41, $p = 0,17$; T4-6 mois - MS : $M = 45,92$, ET = 10,87 vs MNS : $M = 53,47$, ET = 14,73, $p = 0,21$; T5-9 mois - MS : $M = 48$, ET = 13,75 vs MNS : M

= 54,75 , $ET = 16,36$, $p = 0,21$; T6-12 mois – MS : $M = 48,92$, $ET = 10,97$ vs MNS : $M = 51,64$, $ET = 12,55$, $p = 0,56$; T7-15 mois – MS : $M = 47,09$, $ET = 8,94$ vs MNS : $M = 53,9$, $ET = 17,92$, $p = 0,62$; T8-18 mois – MS : $M = 44,1$, $ET = 9,23$ vs MNS : $M = 55,4$, $ET = 14,81$, $p = 0,09$), seul un effet tendanciel est observé entre les deux groupes au T3-3 mois (MS : $M = 43,67$, $ET = 7,24$ vs MNS : $M = 51,8$, $ET = 11,31$ $p = 0,053$).

Ces écarts ne sont pas significatifs probablement parce qu'il existe une forte variabilité entre les participantes dans les deux groupes et encore plus dans le groupe non-soutenu.

(Cf : Tableau 16] : Comparaison de moyennes entre les groupes à chaque temps : Anxiété État : STAI-YA (State Trait Anxiety Inventory).

- STAI-YB

Seul un effet tendanciel est observé entre les deux groupes au T3-3 mois (MS : $M = 43,67$, $ET = 7,24$ vs MNS : $M = 51,8$, $ET = 11,31$ $p = 0,053$).

Pourtant, nous constatons des écarts importants aux T4-6 mois - MS : $M = 39,38$, $ET = 7,65$ vs MNS : $M = 57,73$, $ET = 14,86$, $p = 0,21$; T5-9 mois – MS : $M = 37,1$, $ET = 7,06$ vs MNS : $M = 48,9$, $ET = 17,73$, $p = 0,13$; T6-12 mois – MS : $M = 41,46$, $ET = 11,42$ vs MNS : $M = 47,86$, $ET = 16,37$, $p = 0,36$; T7-15 mois – MS : $M = 41,18$, $ET = 10$ vs MNS : $M = 49,27$, $ET = 14,51$, $p = 0,26$; T8-18 mois – MS : $M = 39$, $ET = 5,81$ vs MNS : $M = 51,9$, $ET = 15,84$, $p = 0,08$.

Ces écarts ne sont pas significatifs probablement parce qu'il existe une forte variabilité entre les participantes dans les deux groupes et encore plus dans le groupe non-soutenu.

À l'exception des T1-2 semaines (MS : $M = 46,8$, $ET = 11,49$ vs MNS : $M = 47,5$, $ET = 11,47$, $p = 0,62$) et T2-6 semaines (MS : $M = 45,43$, $ET = 10,9$ vs MNS : $M = 47,76$, $ET = 10,24$, $p = 0,53$), les mères du groupe non-soutenu ont de score d'anxiété état toujours supérieurs à ceux des mères du groupe soutenu. (Cf : Tableau 17 : Comparaison de moyennes entre les groupes à chaque temps : Anxiété Trait : STAI-YB (State Trait Anxiety Inventory).

Tableau 16 : Comparaison de moyennes entre les groupes à chaque temps : Anxiété État : STAY-A (State Trait Anxiety Inventory)

	Population Totale (N=35)	Groupe Soutenu (N=15)	Groupe Non-Soutenu (N=20)	p
T1 - 2 Semaines				0,4427
N	35	15	20	
Moyenne (écart-type)	49,4 (8,59)	50,6 (7,67)	48,5 (9,32)	
T2 - 6 Semaines				0,1761
N	31	14	17	
Moyenne (écart-type)	53,29 (11,79)	50 (8,86)	56 (13,41)	
T3 - 3 Mois				0,0535
N	27	12	15	
Moyenne (écart-type)	48,19 (10,39)	43,67 (7,24)	51,8 (11,31)	
T4 - 6 Mois				0,2128
N	28	13	15	
Moyenne (écart-type)	49,96 (13,4)	45,92 (10,87)	53,47 (14,73)	
T5 - 9 Mois				0,3839
N	26	10	16	
Moyenne (écart-type)	52,15 (15,49)	48 (13,75)	54,75 (16,36)	
T6 - 12 Mois				0,5602
N	27	13	14	
Moyenne (écart-type)	50,33 (11,67)	48,92 (10,97)	51,64 (12,55)	
T7 - 15 Mois				0,6216
N	22	11	11	
Moyenne (écart-type)	50,5 (14,26)	47,09 (8,94)	53,91 (17,92)	
T8 - 18 Mois				0,0985
N	18	10	8	
Moyenne (écart-type)	49,11 (12,99)	44,1 (9,23)	55,38 (14,81)	

Tableau 17 : Comparaison de moyennes entre les groupes à chaque temps : Anxiété Trait : STAI-YB (State Trait Anxiety Inventory)

	Population Totale (N=35)	Groupe Soutenu (N=15)	Groupe Non-Soutenu (N=20)	p
T1 - 2 Semaines				0,6284
N	35	15	20	
Moyenne (écart-type)	47,34 (11,32)	46,8 (11,49)	47,5 (11,47)	
T2 - 6 Semaines				0,5374
N	31	14	17	
Moyenne (écart-type)	46,71 (10,42)	45,43 (10,87)	47,76 (10,24)	
T3 - 3 Mois				0,0633
N	27	12	15	
Moyenne (écart-type)	43 (11,53)	37,75 (7,31)	47,2 (12,74)	
T4 - 6 Mois				0,2131
N	28	13	15	
Moyenne (écart-type)	43,86 (12,59)	39,38 (7,65)	57,73 (14,86)	
T5 - 9 Mois				0,1382
N	26	10	16	
Moyenne (écart-type)	44,35 (15,52)	37,1 (7,06)	48,88 (17,73)	
T6 - 12 Mois				0,3689
N	27	13	14	
Moyenne (écart-type)	44,78 (14,31)	41,46 (11,42)	47,86 (16,37)	
T7 - 15 Mois				0,2635
N	33	11	11	
Moyenne (écart-type)	45,23 (12,85)	41,18 (10)	49,27 (14,51)	
T8 - 18 Mois				0,0824
N	18	10	8	
Moyenne (écart-type)	44,72 (12,83)	39 (5,81)	51,88 (15,84)	

Figure 7 : Moyenne et écart type des scores STAI-YA (State Trait Anxiety Inventory) en fonction du groupe et du temps :

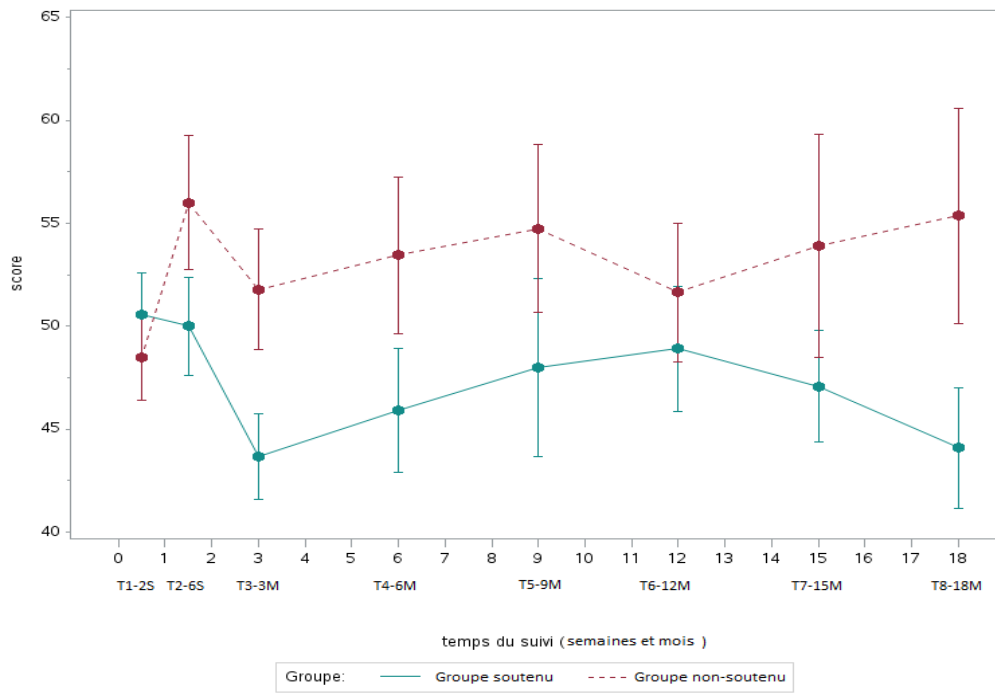
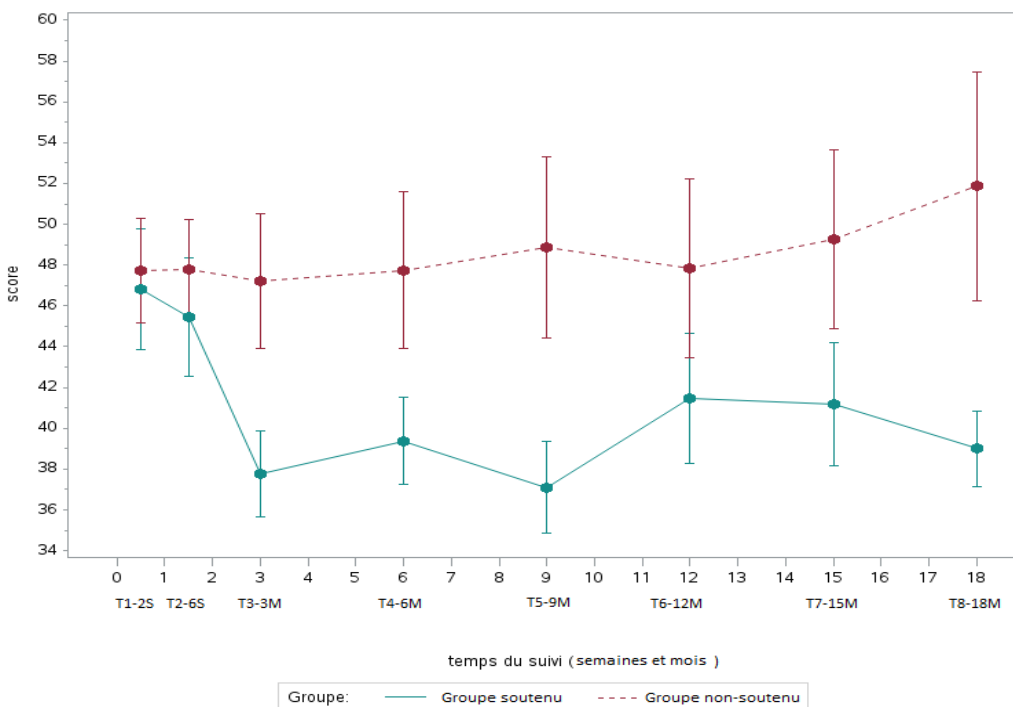


Figure 8 : Moyenne et écart type des scores STAI-YB (State Trait Anxiety Inventory) en fonction du groupe et du temps :



- STAI-YA

Les ANOVA à mesure répétées ne font ressortir aucune différence significative sur les scores d'anxiété-état.

Néanmoins, les comparaisons planifiées mettent en évidence des différences entre les groupes. Alors que nous n'observons pas d'effet du groupe au T1-2 semaines et au T2-6 semaines, les comparaisons planifiées montrent un effet du groupe pour le T3-3mois : $F(1,25) = 4,658$; $p = .041$, $\eta^2p = .16$). Les mères du groupe soutenu qui bénéficient de soutien familial ont des scores d'anxiété qui chutent au Temps 3 ($M = 43,67$; $ET = 7,24$) par rapport aux mères du groupe non-soutenu ($M = 51,80$; $ET = 11,31$).

- STAI-YB

Les analyses ne font ressortir un effet principal du temps $F(3,65) = 3,215$; $p = 0,03$ ($\eta^2p = 0,11$), un effet tendanciel du groupe $F(1,25) = 2,93$; $p = 0,09$ ($\eta^2p = 0,10$) et un effet d'interaction tendanciel temps*groupe $F(3,65) = 2,462$; $p = 0,08$ ($\eta^2p = 0,09$).

Alors que nous n'observons pas d'effet du groupe au T1-2 semaines et au T2-6 semaines, les comparaisons planifiées montrent un effet significatif du groupe pour le temps 3 (à 3 mois ; $F(1,25) = 5,203$; $p = 0,031$, $\eta^2p = .17$) et un effet tendanciel pour le temps 4 (à 6 mois ; $F(1,25) = 3,687$; $p = 0,066$, $\eta^2p = .13$). De plus, les comparaisons planifiées montrent chez les mères du groupe soutenu un effet significatif du temps, $F(3,23) = 3,456$; $p = 0,033$, $\eta^2p = 0,31$), et plus précisément entre le T1-2 semaines ($M = 44,92$; $ET = 9,91$) et les T3-3 mois ($M = 37,75$; $ET = 7,31$) et 4 ($M = 38,67$; $ET = 7,52$) et entre le T2-6 semaines ($M = 43$; $ET = 9,64$) et le T3-3 mois ($M = 37,75$; $ET = 7,31$). En revanche, nous n'observons pas d'effet du temps chez le groupe des mères non-soutenues. Les scores d'anxiété-trait des mères du groupe soutenu chutent au temps 3 ($M = 37,75$; $ET = 7,31$) et 4 ($M = 38,67$; $ET = 7,52$) alors que ceux des mères du groupe non-soutenu sont stables au cours du temps ($M_1 = 47,47$; $ET_1 = 11,89$; $M_2 = 48,60$; $ET_2 = 10,61$; $M_3 = 47,20$; $ET_3 = 12,74$; $M_4 = 47,73$; $ET_4 = 14,86$).

C) Échelle d'Ajustement dyadique, EAD

Sur l'ensemble des temps, les mères de notre échantillon obtiennent un score moyen de 73,4 ($ET = 16,49$), les mères du groupe soutenu ont un score moyen de 74,54 ($ET = 14,95$) et les mères du groupe non soutenu ont un score moyen de 72,49 ($ET = 18,02$). Les comparaisons de moyennes entre les groupes à chaque temps de mesure ne font ressortir aucune différence entre les deux groupes. (Cf : Tableau 18 : Comparaison de moyennes entre les groupes à chaque temps. Qualité des relations dyadiques : EAD (Échelle d'Ajustement Dyadique]).

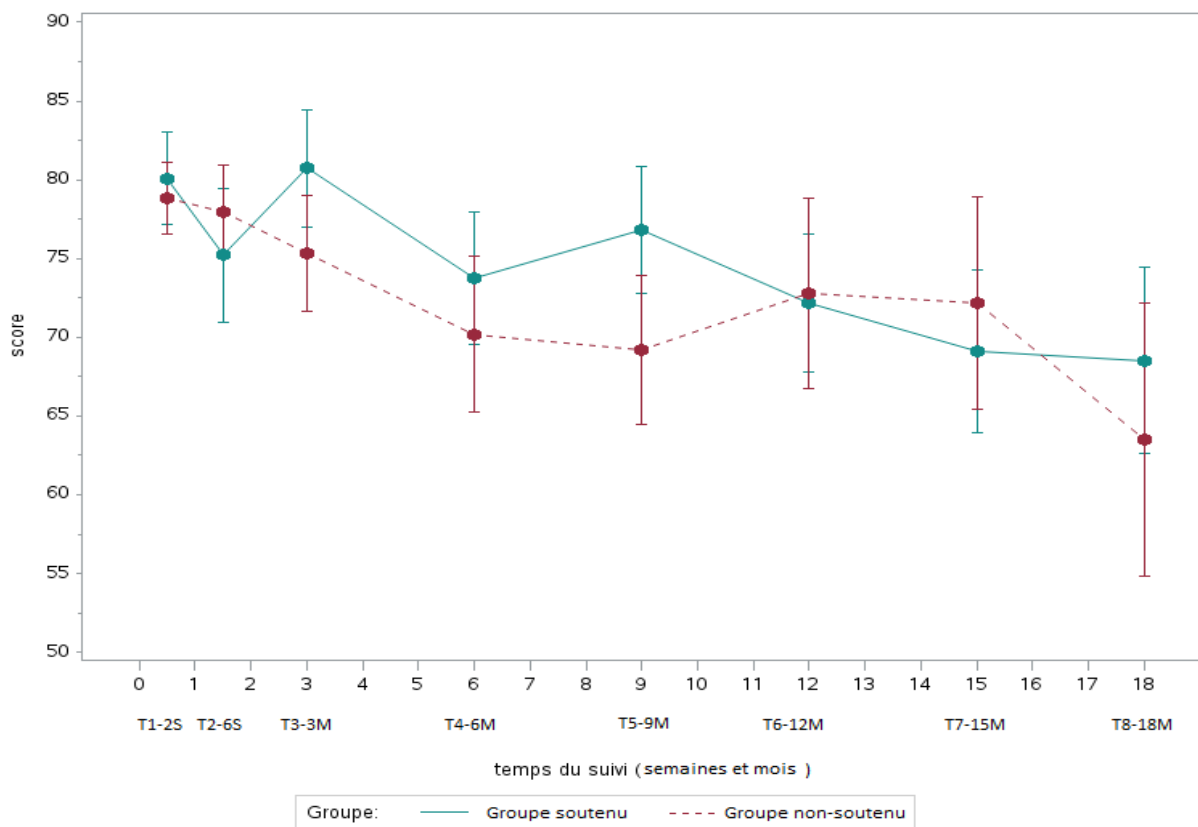
Tableau 18 : Comparaison de moyennes entre les groupes à chaque temps. Qualité des relations dyadiques : EAD (Échelle d'Adjustment Dyadique)

	Population Totale (N=35)	Groupe Soutenu (N=15)	Groupe Non-Soutenu (N=20)	p
T1 - 2 Semaines				0,5934
N	35	15	20	
Moyenne (écart-type)	79,37 (10,61)	80,07 (11,39)	78,85 (10,25)	
T2 - 6 Semaines				0,8115
N	31	14	17	
Moyenne (écart-type)	76,71 (13,88)	75,21 (15,93)	77,94 (12,3)	
T3 - 3 Mois				0,3284
N	27	12	15	
Moyenne (écart-type)	77,74 (13,62)	80,75 (12,9)	75,33 (14,13)	
T4 - 6 Mois				0,6951
N	28	13	15	
Moyenne (écart-type)	71,86 (17,17)	73,77 (15,11)	70,2 (19,15)	
T5 - 9 Mois				0,4137
N	26	10	16	
Moyenne (écart-type)	72,12 (16,98)	76,8 (12,67)	69,19 (18,98)	
T6 - 12 Mois				0,4512
N	27	13	14	
Moyenne (écart-type)	72,48 (19,27)	72,15 (15,76)	72,79 (22,26)	
T7 - 15 Mois				0,449
N	22	11	11	
Moyenne (écart-type)	70,64 (19,49)	69,09 (17,19)	72,18 (22,28)	
T8 - 18 Mois				0,722
N	18	10	8	
Moyenne (écart-type)	66,28 (20,91)	68,5 (18,69)	63,5 (24,42)	

Les ANOVAs à mesure répétées font ressortir un effet principal du temps $F(3,70) = 4,58 ; p = 0,007$ ($\eta^2p = 0,155$) sur les scores d'ajustement dyadique. En revanche, aucun effet du groupe ni d'effet d'interaction n'est relevé.

Ces résultats indiquent une baisse de la qualité des relations conjugales au cours du temps quel que soit le groupe.

Figure 9 : Moyenne et écart type des scores EAD (Échelle d'Ajustement Dyadique) en fonction du groupe et du temps :



D) Inventaire d'alliance parentale, IAP

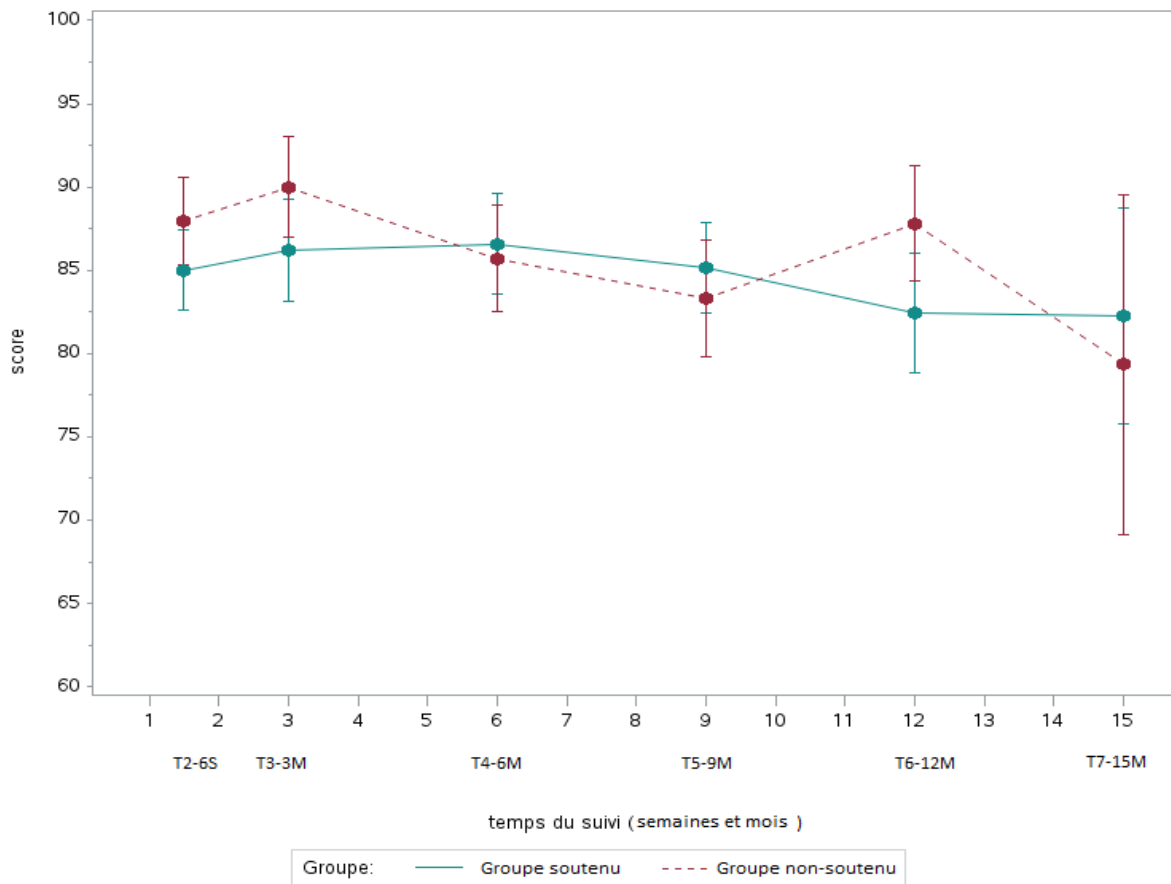
Sur l'ensemble de notre échantillon, les mères obtiennent un score moyen de 86,99 (ET : 11,48) sur les 6 temps de mesure (T2-6 semaines, T3-3 mois, T4-6 mois, T5-9 mois, T6-12 Mois et T7-15 mois). Les mères du groupe soutenu ont un score moyen de 84,59 (ET = 9,94) et les mères du groupe non-soutenu : 85,68 (ET = 12,9). Les comparaisons de moyennes entre les groupes à chaque temps de mesure ne font ressortir aucune différence entre les deux groupes (Cf Tableau 19) : Comparaison de moyennes entre les groupes à chaque temps. Alliance Parentale : IAP (Inventaire d'alliance Parentale).

Tableau 19 : Comparaison de moyennes entre les groupes à chaque temps. Alliance Parentale : IAP (Inventaire d'Alliance Parentale)

	Population Totale (N=35)	Groupe Soutenu (N=15)	Groupe Non-Soutenu (N=20)	p
T2 - 6 Semaines				0,3707
N	31	14	17	
Moyenne (écart-type)	86,81 (10,11)	85 (9,11)	87,94 (10,97)	
T3 - 3 Mois				0,3345
N	16	5	11	
Moyenne (écart-type)	88,81 (9,07)	86,2 (6,94)	90 (9,96)	
T4 - 6 Mois				0,8975
N	26	12	14	
Moyenne (écart-type)	86,12 (11)	86,58 (10,45)	85,71 (11,84)	
T5 - 9 Mois				0,9755
N	24	8	16	
Moyenne (écart-type)	83,92 (12,15)	85,13 (7,64)	83,31 (14,07)	
T6 - 12 Mois				0,2244
N	26	12	14	
Moyenne (écart-type)	85,31 (12,78)	82,42 (12,51)	87,79 (12,94)	
T7 - 15 Mois				1
N	7	4	3	
Moyenne (écart-type)	91 (13,8)	82,25 (13)	79,33 (17,62)	

Les ANOVAs à mesure répétées font ressortir aucun effet significatif, ce qui indique une stabilité de l'alliance conjugale au cours du temps pour les deux groupes.

Figure 10 : Moyenne et écart type des scores IAP (Inventaire d'Alliance Parentale) en fonction du groupe et du temps :



E) Parental Bonding Instrument, le PBI

Rappelons que les variables catégorielles du PBI ont été analysées par le test de Fisher.

Nous observons une différence significative entre les mères du groupe soutenu et non soutenu en ce qui concerne la qualité des relations passées avec leur propre mère $p = 0,02$. Deux tiers des mères du groupe non-soutenu rapportent un lien faible voire absent ou contrôle peu affectueux avec leur mère dans le passé, alors qu'une seule mère du groupe soutenu rapporte ce type de lien. Plus de la moitié des mères du groupe soutenu (58,33 %) considèrent avoir eu un lien optimal avec leur mère dans le passé.

En revanche, il n'y a aucune différence entre les deux groupes en ce qui concerne la qualité des relations passées avec leur père (Cf : Tableau 20 : La qualité des relations passées enfant-parents de la participante PBI [Parental Bonding Instrument]).

Tableau 20 : La qualité des relations passées enfant-parents de la participante ; PBI (Parental Bonding Instrument)

	Population totale (n=35)	Groupe Soutenu (n=15)	Groupe non-soutenu (n=20)	p
PBI père				0,9442
lien optimal	11 (40,74%)	5 (41,67%)	6 (40%)	
lien contrôle affectueux	5 (18,52%)	2 (16,67%)	3 (20%)	
contrôle peu affectueux	8 (29,63%)	3 (25,0%)	5 (33,33%)	
lien absent ou faible	3 (11,11%)	2 (16,67%)	1 (6,67%)	
manquant	8	3	5	
PBI mère				0,0214
lien optimal	10 (37,04)	7 (58,33%)	3 (20%)	
lien contrôle affectueux	6 (22,22)	4 (33,33%)	2 (13,33%)	
contrôle peu affectueux	6 (22,22)	1 (8,33%)	5 (33,33%)	
lien absent ou faible	5 (18,52)	0 (0)	5 (33,33%)	
manquant	8	3	5	

F) Le type d'attachement, le RSQ

Aucune différence significative n'a été relevée entre les deux groupes. Il y a autant de mères sécures et insécures dans les deux groupes (Pourcentage de mères avec type d'attachement sécure : GNS : 38,46% vs 40% GS). Notons néanmoins que 26,67 % des mères du groupe non-soutenu présentent un type d'attachement craintif alors qu'elles sont seulement 7,69 % dans le groupe soutenu. (Cf : Tableau 21 : le type d'attachement, RSQ (Relationship Questionnaire)).

Tableau 21 : le type d'attachement : RSQ (Relationship Questionnaire) :

	Population totale (n=35)	Groupe soutenu (n=15)	Groupe non-soutenu (n=20)	p
TYPES				0,6202
Détaché	9 (32,14%)	5 (38,46%)	4 (26,67%)	
Préoccupé	3 (10,71%)	2 (15,38%)	1 (6,67%)	
Sécure	11 (39,29%)	5 (38,46%)	6 (40%)	
Crainitif	5 (17,86%)	1 (7,69%)	4 (26,67%)	
<i>Manquant</i>	7	2	5	

Des résultats quantitatifs aux résultats qualitatifs, du général au singulier

Les analyses statistiques nous ont permis de mettre en évidence des différences entre les deux groupes. Si elles ne sont pas toujours significatives, nous constatons que les mères du groupe non-soutenu sont plus nombreuses à présenter des risques de souffrance psychique (anxiété et dépression) et ces risques tendent à perdurer dans le temps.

Pour autant, toutes les mères du groupe non-soutenu n'évoluent pas de façon identique et nous constatons une variabilité importante au sein de leur groupe.

L'analyse approfondie du matériel clinique recueilli lors de nos visites à domicile va nous permettre d'identifier certaines causes de cette variabilité à travers trois situations de devenants mères.

Plus globalement, les trois situations cliniques nous permettront d'appréhender les différentes conséquences du défaut d'étayage familial dans l'immédiat post-partum sur le devenir mère (état psychique maternel, préoccupation maternelle primaire, holding, capacité de rêverie maternelle) en prenant en considération les dimensions impliquées : le devenir père, la conjugalité, la parentalité, le développement du bébé, les interactions dyadiques et triadiques. Nous tenterons également d'identifier les ressources internes et externes mobilisées pour y faire face.

RÉSULTATS QUALITATIFS

Afin d'illustrer la variété des fonctionnements familiaux et dégager les variations individuelles et les traits communs du devenir mère en l'absence d'étayage familial, trois situations différentes et contrastées vont être présentées.

Ces trois situations sont développées à partir d'une compilation de matériels (observation, films, compte-rendu d'entretien et retranscription) recueillis lors de nos visites à domicile.

Les noms ainsi que certains détails ont été modifiés afin de garantir l'anonymat.

La première situation est un cas princeps. Les deux autres situations ont été choisies en tant que situation de comparaison.

Le cas princeps de la famille Claudel est développé en respectant la chronologie de nos visites. Une analyse de notre contre-attitude et des éprouvés est proposée après chaque visite. Ces analyses nous ont permis d'obtenir des éléments supplémentaires à la compréhension de la situation de la famille Claudel. Enfin, une synthèse globale a été réalisée. Elle reprend les différents thèmes majeurs (devenir mère et état psychique maternel, étayage familial, devenir père, conjugalité et parentalité, développement du bébé) en les faisant dialoguer avec les résultats aux auto-questionnaires.

Les deux autres situations sont présentées en fonction des thèmes principaux de notre recherche tout en respectant l'ordre chronologiques de nos visites.

Dans l'objectif de faciliter la lecture, nous avons utilisé pour le cas princeps :

- un alinéa à droite pour le déroulement de la visite ;
- un alinéa et des crochets pour nos pensées et éprouvés que nous avons eus lors de la visite ;
- des guillemets pour les verbatims des parents ;
- ni alinéa, ni crochets pour les remarques, questionnements et analyses formulés à postériori (après la visite).
- Certains éléments que nous avons jugé pertinent de mettre en évidence ont été mis en gras.

Exemple :

Je reviens sur l'absence de V. et Mme Claudel comprend, cela aurait pu être en janvier, mais dit : « ça faisait un peu tard... ».

Que veut-elle signifier ? Est-elle préoccupée par le cadre de la recherche et des exigences de celle-ci ? Ou est-elle en attente de nous revoir, de parler et que l'on lui accorde notre l'attention ?

Mme Claudel apporte le petit déjeuner à son compagnon.

[Je me sens un peu mal à l'aise d'être spectatrice d'une scène de la vie quotidienne et de leur intimité familiale.]

La totalité des entretiens des cas cliniques Claudel et Staie a été retranscrite et consultable en annexe. À l'inverse, les entretiens du cas clinique Monet n'ont pas été retranscrits car ils ont été réalisés avant que nous prenions la décision d'enregistrer les entretiens.

FAMILLE CLAUDEL

I] FAMILLE CLAUDEL

Tableau 22 : Tableau récapitulatif des scores de Mme Claudel aux auto-questionnaires

	Valeurs Seuils	T1 2 semaines	T2 6 semaines	T3 3 mois	T4 6 mois	T5 9 mois	T6 12 mois	T7 15 mois	T8 18 mois
EPDS	≥ 12	9	4	22	27	27	X	X	22
STAI-YA	55-65 : élevé ≥ 66 : très élevé	59 *	53	60 *	80 **	89 **	X	X	75 **
STAI-YB	55-65 : élevé ≥ 66 : très élevé	66 **	57 *	69 **	75 **	77 **	X	X	69 **
EAD	≤ 54	73	69	56	56	51	X	X	49
IAP	≤ 84	99	95	91	85	X	X		
ADBB	≥ 5			7	6	3	1		3
PBI		PBI Mère : Lien faible voire absent		PBI Père : Lien optimal					
RSQ		Crainitif							

Les scores en gras sont les scores au-dessus du seuil (≥ 12 pour la dépression ; ≥ 5 pour l'ADBB) ou en dessous du score seuil (≤ 54 pour l'EAD, ≤ 84 pour l'IAP). Les scores en gras avec un astérisque correspondent au niveau anxiété élevée (entre 56 et 65) et les scores en gras avec deux astérisques correspondent au niveau anxiété très élevée (> 66).

EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale ; Le score total varie de 0 à 33. Le score ≥ 12 seuil indique la présence probable d'un trouble dépressif cliniquement significatif.

STAI-YA : State Trait Anxiety Inventory État ; Pour un score inférieur à 35, l'anxiété est considérée comme très faible. Entre 36 et 45, l'anxiété est faible. Entre 46 et 55 elle est moyenne, puis forte entre 56 et 65, et enfin très forte pour des scores strictement supérieurs à 65.

STAI-YB : State Trait Anxiety Inventory Trait ; Pour un score inférieur à 35, l'anxiété est considérée comme très faible. Entre 36 et 45, l'anxiété est faible. Entre 46 et 55 elle est moyenne, puis forte entre 56 et 65, et enfin très forte pour des scores strictement supérieurs à 65.

EAD : Échelle d'Ajustement Dyadique ; Le score total varie de 0 à 96, est utilisé comme mesure de l'ajustement dyadique. Plus le score est élevé plus la qualité de la relation conjugale est bonne. Un score seuil de 54 désigne une situation de détresse conjugale.

IAP : Inventaire d'alliance familiale ; Cet instrument fournit un score global d'alliance parentale de 0 à 100. Plus la note obtenue est élevée, plus le parent a une perception positive de former une équipe avec son partenaire pour remplir les diverses fonctions parentales. Le score de 84 représente la moyenne pour les couples mariés.

ADBB : L'échelle Alarme Détresse Bébé (ADBB) a été conçue pour évaluer le comportement de retrait relationnel durable chez des enfants âgés de 2 à 24 mois (Guédeney et Fermanian, 2001). Les comportements sont décrits en 8 items : 1) Expression faciale ; 2) Contact visuel ; 3) Niveau général d'activité ; 4) Gestes d'autostimulation ; 5) Vocalisations ; 6) Vivacité de la réponse à la stimulation ; 7) Capacité de mise en relation avec autrui ; et 8) Attractivité (effort que doit faire l'observateur pour garder son attention centrée sur le bébé). Les items sont cotés de 0 à 4, allant de l'absence de comportement anormal (0) à un comportement nettement ou massivement anormal (4). Un score total entre 0 et 4 montre un enfant sans retrait relationnel, un score entre 5 et 10 montre un enfant légèrement en retrait, et au-dessus de 10, un enfant ayant un retrait manifeste.

PBI : Parental Bonding Instrument est une évaluation rétrospective réalisée par un adulte des liens qu'il a eu avec ses parents dans le passé lorsqu'il était enfant. Cet outil évalue deux dimensions, la première évalue la chaleur et l'affection manifestées par chacun des parents à l'attention du sujet, la deuxième évalue dans quelle mesure les parents du sujet ont favorisé le développement de son indépendance et de son autonomie ou l'ont au contraire surprotégé. quatre catégories de lien ont été distinguées : Lien optimal : score élevé à la dimension soin et faible score à la dimension protection ; Lien contrôle affectueux : score élevé à la dimension soin et score élevé à la dimension protection ; Lien contrôle peu affectueux : score faible à la dimension soin et score élevé à la dimension protection ; Lien faible, voire absent : score faible à la dimension soin et score faible à la dimension protection.

RSQ : Relationship Scale Questionnaire permet d'obtenir le type d'attachement du sujet. Quatre prototypes d'attachement ont été distingués qui correspondent aux quatre combinaisons possibles du *modèle de soi* positif ou négatif et du *modèle de l'autre* positif ou négatif.

- Les sujets sécures : ont un « modèle de soi » et un « modèle des autres positif ». Ils présentent une juste dépendance, une autonomie par rapport à autrui et une estime de soi de bonne qualité. D'autre part, ils - sont à l'aise dans l'intimité et ont confiance dans les autres.

- Les sujets détachés : ont un « modèle de soi » positif, mais un « modèle des autres négatif ». Ils évitent l'intimité et valorisent l'indépendance ainsi que la réussite, ont un sentiment d'invulnérabilité et manifestent peu d'intérêt pour les liens affectifs.

- Les sujets préoccupés : ont un « modèle de soi » négatif et un « modèle des autres » positif. Les relations interpersonnelles sont source d'anxiété, ils manquent de confiance en eux, cherchent à être approuvés par les autres. Ils présentent une dépendance élevée aux autres, souffrent de solitude et idéalisent autrui.

- Les sujets désorganisés (ou craintifs) : ont un « modèle de soi » et un « modèle des autres » négatifs. Ils présentent une faible estime de soi et manquent de confiance dans les autres qu'ils perçoivent comme indisponibles. Ils ont d'ailleurs peur d'être rejetés et ressentent une grande insécurité personnelle.

Description des résultats aux auto-questionnaires et échelles :

Les deux livrets de questionnaires des T6-12 mois et T7-15 mois n'ont pas été remplis par Mme Claudel.

Les données obtenues aux auto-questionnaires indiquent que Mme Claudel est dès le premier temps de mesure dans un état de vulnérabilité qui s'aggrave au cours du temps. À l'exception du T2-6 semaines durant lequel elle obtient un score faible à l'EPDS (4) et un score moyen à l'échelle d'anxiété état (STAI-YA : 53), les indices de détresse psychique sont tous présents et extrêmement élevés et ce jusqu'au dernier temps de mesure (T8-18 mois). Nous observons un pic des niveaux de dépression et d'anxiété aux T4-6 mois (27 : EPDS / 80 : STAI-YA) et T5-9 mois (27 : EPDS / 89 : STAI-YA). Les scores baissent au dernier temps de mesure mais restent néanmoins très élevés (22 : EPDS / 75 : STAI-YA). Les résultats à l'échelle d'anxiété trait (STAI-YB) sont élevés à très élevés, avec un pic aux T4-6 mois (75 : STAI-YB) et T5-9 mois (77 : STAI-YB). Malgré une baisse du score au T8-18 mois, il reste très élevé (69 : STAI-YB). Nous pourrions interpréter cette stabilité des scores comme un indice d'un trait anxieux chez Mme Claudel, mais l'absence de données en anténatal ne nous permet pas de l'affirmer. Les scores à l'échelle d'ajustement dyadique (EAD) et d'inventaire d'alliance parentale (IAP) baissent au cours du temps. Malgré la baisse observée des scores à l'IAP, ils sont toujours au-dessus du seuil (84) ce qui indique que Mme Claudel a le sentiment de former une équipe avec son compagnon dans la réalisation des tâches liées à leurs fonctions parentales. En revanche, la baisse des scores à l'échelle d'ajustement dyadique (EAD) est plus alarmante. Les scores chutent nettement à partir du T3-3 mois (T1-2 semaines : 73 / T2-6 semaines : 69 / T3-3 mois : 56 / T4-6 mois : 56) et se rapprochent du score seuil (54), qui indique une détresse conjugale. Aux T5-9 mois et T8-18 mois (49), les scores sont en dessous du score seuil (T5-9 mois : 51 / T8-18 mois : 49). Les scores à l'alarme Distress Bébé (ADBB) sont au-dessus du score seuil (≥ 5) aux T3-3mois (7) et T4-6 mois (6) mais pas aux T5-9mois (3), T6-12 mois (1) et T8-18mois (3). Les données issues du PBI (Parental Bonding Instrument) indiquent que Mme Claudel a eu un lien faible voire absent avec sa mère et un lien optimal avec son père dans le passé. Enfin, les données du RSQ indiquent que Mme Claudel a un type d'attachement craintif caractérisé par un « modèle de soi » et un « modèle des autres » négatifs.

Présentation

(...)

Partie clinique non diffusée dans cette version en ligne dans l'optique de protéger la confidentialité des données.

Éléments d'analyse

Cette première rencontre fait apparaître plusieurs éléments que nous proposons de reprendre ici.

Les propos de Mme Claudel sur la rencontre avec sa fille lors de la naissance qu'elle décrit comme « magique » et les qualificatifs qu'elle emploie au sujet de son bébé : « la plus belle, la plus éveillée, la plus mignonne » semblent illustrer le fait que Mme Claudel ait réussi à surmonter les épreuves de sa grossesse et de l'accouchement. Alors que Mme Claudel rapporte un sentiment de complétude vis-à-vis de la naissance et de sa fille, nous repérons chez elle une vulnérabilité importante qui pourrait avoir débuté en amont de la naissance de Pauline.

La connaissance tardive de sa grossesse au 3^{ème} mois (a-t-elle fait l'objet d'un déni ?), les ressentis persécuteurs et intrusifs des troubles classiques durant la grossesse, (« un enfer », « j'ai tout eu »), semblent témoigner des difficultés à supporter la grossesse ainsi qu'à accepter les modifications corporelles liées à cet état. Nous nous interrogeons sur les capacités chez Mme Claudel à accepter la régression (liées certainement à son désir de maîtrise et de contrôle) et aussi de manière plus globale sur la nature de son désir d'enfant. Le désir d'enfant a-t-il été un désir narcissique : devenir mère ? Ou un désir objectal : avoir un enfant ?

Six semaines après l'accouchement, l'état de vulnérabilité est toujours actuel et prégnant. Durant la visite, elle s'autorise progressivement à verbaliser des sentiments d'épuisement, d'incomplétude, de solitude vis-à-vis de sa famille et pleure à plusieurs reprises. Elle rapporte également une irritabilité importante qu'elle associe à son sentiment d'insatisfaction à l'égard

de son conjoint. Elle est consciente de « demander beaucoup », mais selon elle, il ne fait pas assez et pas comme elle le souhaiterait.

Nous constatons un décalage entre les plaintes et les reproches que Mme Claudel adresse à son compagnon, et l'attitude soutenance et participative de Mr Claudel. En effet, nous repérons chez lui durant cette visite, une sollicitude à son égard (tente de la faire relativiser, légitime ses difficultés et reconnaît avec humour ses manquements). Il montre aussi une capacité d'investissement affectif et des compétences de nursing (participation dans les soins, bain, biberon). Il apparaît alors que l'attention (investissement et soins) que Mr Claudel donne à leur fille fait vivre à Mme Claudel un sentiment de perte d'attention et d'amour et laisse entrevoir une rivalité naissante à l'égard de sa fille.

Nous pouvons faire l'hypothèse que ces différents éléments (vulnérabilité maternelle, solitude, perte d'attention et rivalité) font partie des causes des mésententes conjugales rapportées par Mme Claudel.

Concernant Mr Claudel malgré des jeux qui sont à certains moments inadaptés (jeux moteurs trop précoces), il montre de bonnes capacités d'identification lui permettant de se réajuster au développement moteur de sa fille tout en lui apportant un réconfort chaleureux et sécurisant.

Cette première visite nous inquiète. Mme Claudel présente un tableau clinique de signes de dépression. Signes d'autant plus préoccupants, en l'absence d'étayage familial et amical auprès d'elle.

Deuxième visite, Pauline a 4 mois : conflits de couple, épuisement maternel, reprise du travail, désillusion, blessure et déchirure.

Lors de cette deuxième visite, nous allons au domicile de la famille Claudel en binôme, V. et moi.

(...)

Partie clinique non diffusée dans cette version en ligne dans l'optique de protéger la confidentialité des données.

Contre-attitude et analyse des éprouvés

Nous sortons de cet entretien avec un sentiment d'épuisement. L'analyse de ce sentiment fait émerger de multiples éprouvés contradictoires : de la fatigue, de l'agacement, de l'impuissance, de l'agressivité, un sentiment d'avoir été engloutie, aspirée et vidée. Mais aussi, nous ressentons une empathie, une bienveillance et de l'inquiétude à l'égard de Mme Claudel, dont la détresse et la souffrance sont intenses, massives et envahissantes.

Ces éprouvés que je repère en moi sont semblables à ceux rapportés par Mme Claudel durant la visite. Est-ce le résultat d'un mécanisme de projection d'une part, des éprouvés de détresse et de souffrance et d'autre part, des éléments toxiques de Mme Claudel qui n'ont pas pu être contenus et transformés ni par elle, ni par son compagnon et ni par son groupe familial ? **Il semble que Mme Claudel nous a « convoquées » à une place de tiers et de témoin assurant une fonction alpha et de pare-excitation.**

L'inquiétude que je ressens est liée à l'aggravation de l'état psychique de Mme Claudel. En effet, la vulnérabilité maternelle et les signes précurseurs de **dépression** que nous avons repérés lors de la première visite se sont confirmés. Perte d'estime de soi, pleurs intenses et répétitifs (**les pleurs apparaissent fréquemment lors de l'évocation des membres absents de sa famille**), troubles de l'humeur, pessimisme, perte de motivation (« **Je me laisse démotiver par tout** »), absence de libido et logorrhées.

L'inquiétude est aussi liée aux conséquences de la détresse de Mme Claudel sur **ses relations de couple qui se sont détériorées et les conflits intensifiés**. Mais également sur **Pauline**, seulement âgée de quatre mois, qui est le témoin de disputes récurrentes de ses parents et qui par sa présence active (propos de Mr Claudel) **assure une fonction de tiers et de régulation des tensions conjugales**. Mr et Mme Claudel interrompent leurs disputes lorsqu'ils réalisent que Pauline est là et les observe.

D'autre part, notre inquiétude est liée au fait que Pauline doive s'adapter au rythme de ses parents (Heures de bureau irrégulières, travaux de la maison...), mais aussi aux **manques de ressources et de capacité d'identification maternelle**. Durant la visite, nous observons une certaine forme de discontinuité du lien mère-fille, dû aux absences psychiques peu nombreuses, mais présentes de Mme Claudel et à des alternances d'attitudes chaleureuses et froides. Durant la passation du Brunet Lézine, nous observons que Mme Claudel arrive à mobiliser des capacités de préoccupation maternelle à l'égard de sa fille. Néanmoins, nous constatons simultanément des moments où le visage de Mme Claudel se fige, ses traits se durcissent et les émotions la bouleversent. Lorsque Pauline est dans les bras de sa mère, elle cherche peu son regard et répond rarement aux sollicitations de Mme Claudel (tourne la tête et regard évitant). Avec nous, Pauline est en interaction, mais il semble que nous devons déployer une certaine énergie pour capter son attention. L'expression de Pauline est grave et elle sourit peu. Est-ce dû à la fatigue ? Car nous avons commencé le temps d'interaction 1 h 30 après notre arrivée. Ou est-ce dû à une forme réactionnelle vis-à-vis de son environnement maternel peu attentif à ses états internes et ses besoins (besoin de tendresse, de sécurité, de réconfort, de repères et d'anticipation...).

D'autre part, la mise en échec des propositions de soutien et d'aide, les très fortes demandes d'attention, le besoin d'exclusivité, le peu de place fait à Pauline et à Mr Claudel, objet de ses attaques, son intrusivité (lit les réponses de son compagnon aux questionnaires) induisent chez nous l'émergence de sentiment d'impuissance, d'agacement, d'exaspération et fait naître une certaine forme d'agressivité.

Enfin, le sentiment d'avoir été vidées correspond à l'échec de nos tentatives d'aide, de réassurance et de restauration narcissique et objectale. Elle se sent vide et nous a vidées. Mais n'est pas pour autant restaurée.

Ce sentiment d'avoir été vidées, les attaques à l'encontre de son conjoint, mais aussi vis-à-vis

de la recherche (lit les réponses de son conjoint aux questionnaires, « tout votre discours, là c'est dur... »...), ses sentiments naissants de persécution, son avidité à être écoutée, à être au centre de l'attention, ses difficultés à éprouver de la gratitude vis-à-vis de son conjoint sont des signes qui laissent transparaître la prévalence d'une position schizoparanoïde chez Mme Claudel.

Enfin, le sentiment d'être « sous emprise » est lié à notre difficulté à supporter la logorrhée de Mme Claudel et à mettre un terme à la visite.

Concernant Mr Claudel, nous sommes également dans une alternance de sollicitude et d'agacement à son égard. La sollicitude est liée à ses tentatives d'être en identification à sa compagne, en empathie vis-à-vis de ses difficultés et de sa souffrance. Mais aussi à ses multiples tentatives de contenir et de désamorcer les pulsions hostiles de sa compagne, notamment par l'humour, les démonstrations de tendresse. Il est durant l'entretien dans une position de retrait et en lien avec sa fille (joue avec elle, lui parle, la prend dans ses bras, répond aux sollicitations de Pauline). À l'inverse, l'agacement que l'on ressent à son égard est lié à certains traits maniaques qui le rendent par moment inadapté à la situation ou à l'expression de souffrance de Mme Claudel (Rires inadaptés, banalisation). Sont-ils une défense maniaque vis-à-vis de la dépression de sa compagne ? Ou simplement une forme d'immaturité ? D'autre part, l'injonction de Mr Claudel à l'égard de sa compagne lors de l'item du miroir laisse transparaître une certaine agressivité qui peut être comprise comme une réaction à une atteinte de ses limites (« Maman, il faut que tu t'en ailles ») et peut-être d'un processus d'identification à l'agresseur.

Nous pouvons nous poser la question de savoir jusqu'à quand Mr Claudel va pouvoir se contenir et continuer de tenter de contenir sa compagne.

Troisième visite, Pauline a 6 mois : K.O, prise de conscience, traitement médicamenteux, démarche thérapeutique, position dépressive de la mère et retrait de Pauline

(...)

Partie clinique non diffusée dans cette version en ligne dans l'optique de protéger la confidentialité des données.

Contre-attitude et analyse des éprouvés

Je sors de cet entretien avec des éprouvés opposés. Je me sens à la fois soulagée par la prise de conscience de Mme Claudel sur la gravité de sa souffrance et des possibles répercussions que celle-ci peut avoir sur sa fille. Et également par le fait que Mme Claudel ait pu solliciter son généraliste qui lui a prescrit un traitement et a appuyé notre conseil d'orientation dans un lieu thérapeutique. Même si Mme Claudel n'y est pas encore allée, elle formule progressivement et avec plus de conviction son projet de s'y rendre.

Mme Claudel montre des capacités d'élaboration et d'introspection. Elle reprend les éléments de son passé et tente de les relier à ce qu'elle vit et éprouve au présent dans sa relation avec sa fille et son compagnon.

Le soulagement est aussi en lien avec le fait que je repère chez Mme Claudel un accès progressif à la position dépressive et donc à l'ambivalence dans sa relation à ses parents et plus spécifiquement à sa mère. Les difficultés dans son accès à la maternité l'amènent à reconnaître les difficultés par lesquelles sa propre mère a dû passer. Cela la fait relativiser. Pour autant, elle ne semble pas s'autoriser à échanger à ce propos avec sa mère. Les raisons n'ont pas été abordées, mais j'ai formulé des hypothèses que je reprends ici : a-t-elle peur de ne pas trouver en sa propre mère un étayage empathique et bienveillant ? Ou est-il possible que sa propre mère eut les mêmes difficultés ? Et enfin, est-elle inquiète de ce que sa mère pourrait lui révéler ?

D'autre part, je ressens une forme de soulagement à percevoir un apaisement dans les relations de couple de Mr et Mme Claudel durant cette visite. Mme Claudel, à l'inverse des précédentes, manifeste moins d'agressivité et d'hostilité à l'égard de son compagnon.

De plus, je suis soulagée, car Mr et Mme Claudel ont investi de manière très positive le lieu de garde de Pauline. Lieu dans lequel ils semblent trouver en partie l'étayage familial manquant : conseils, attention conjointe, empathie et bienveillance auprès d'une équipe multigénérationnelle qui favorise des transferts familiaux et notamment sororal et maternel.

Même si Mme Claudel continue de souffrir de l'éloignement de sa famille, l'isolement constaté durant les premières visites semble moins prégnant. Mr a repris une activité dans laquelle il recrée des liens amicaux. Et Mme Claudel s'ouvre à de nouvelles relations amicales.

Leur organisation très chronométrée de la période des fêtes de Noël, témoigne de leur souhait de retrouver leurs familles respectives et d'y inscrire leur fille pour ce premier Noël. Mr et Mme Claudel semblent enthousiastes à l'idée de passer du temps en famille, mais je perçois chez Mme Claudel une anxiété qui est selon ses propos liée à l'organisation.

Concernant Pauline, il semble qu'elle trouve du plaisir au sein de la crèche et a investi une peluche comme objet transitionnel.

Néanmoins, ces éléments à l'origine du soulagement sont coexistants d'éprouvés inverses, inquiétude, vulnérabilité et impuissance.

En effet, nous repérons que l'hostilité maternelle identifiée lors de la précédente visite semble toujours à l'œuvre (demandes d'autonomie trop précoces sous la forme de contrainte, préoccupation maternelle limitée, manque de rituels et de repères sécurisants...). Cette hostilité donne une autre lecture aux difficultés de séparation évoquées par Mme Claudel. Ne sont-elles pas finalement le signe d'une culpabilité consciente ou inconsciente à vouloir s'en séparer réellement ?

Ce qui m'inquiète d'autant plus, c'est que le père de Pauline, qui faisait tiers protecteur, a semble-t-il, fait temporairement alliance avec sa compagne au détriment de Pauline.

Le défaut de repérage ou plutôt le manque de soins donnés à leur fille dans la situation de maladie est préoccupant. Préoccupant au point d'évoquer des risques de négligences parentales.

Je suis à de nombreuses reprises sidérée, impuissante et vulnérable d'une part par leur manque de capacité d'identification à la douleur de leur fille et d'autre part à la solitude à laquelle Pauline doit faire face dans ses moments de vulnérabilité.

Je m'interroge alors sur l'alliance des parents, Pauline serait-elle sacrifiée au bénéfice du couple ?

Les inquiétudes concernant l'état psychique maternel de Mme Claudel ont été partagées et confirmées par le généraliste qui a reçu Mme Claudel en consultation. Il lui a prescrit un traitement médicamenteux et lui a conseillé d'aller fréquenter le lieu d'accueil parents-bébé.

Les signes de retrait repérés chez Pauline lors de la précédente visite sont de nouveau identifiés, notamment à travers la séquence d'interaction. Je me suis posée la question de la fatigue de Pauline, mais le contact, que cela soit avec sa mère ou avec moi, est difficile à nouer et je ne repère pas de différenciation notable lorsqu'elle est avec sa mère.

Est-il possible que ce retrait soit la conséquence de la dépression maternelle, d'une défaillance de holding et de handling maternels ?

Face à mes nombreuses inquiétudes et malgré l'alliance négative que l'on peut espérer que ponctuelle avec sa compagne vis-à-vis des épisodes de maladie de Pauline, nous repérons que Mr Claudel reste une personne fiable pour sa compagne et pour Pauline. Il est fier de sa fille et de son développement psychomoteur qui peut faire écho à son propre développement moteur et même au-delà, à sa famille en général. Il est durant la deuxième partie de l'entretien attentif, bienveillant, contenant, apaisant et assure les soins portés à Pauline. D'ailleurs, les soins qu'il porte à sa fille, les moments d'échanges et de partage sont une source de plaisir authentique. La fonction contenante qu'il assure auprès de sa fille est aussi repérable et active auprès de sa compagne.

L'émotion que j'ai ressentie et l'image du radeau précaire associée à cette émotion témoignent de leurs vulnérabilités respectives.

Néanmoins, le soulagement prévaut sur mes inquiétudes. La prise de conscience de Mme Claudel de ses vulnérabilités, son traitement et son projet de fréquenter le lieu thérapeutique me permettent de penser que progressivement la famille Claudel pourra trouver un équilibre plus serein. Cela dépendra selon nous, de l'engagement de Mme Claudel dans son travail thérapeutique et des réponses qu'elle pourra trouver auprès de sa mère.

Quatrième visite, Pauline a 9 mois : effondrement maternel, solitude, lieu d'accueil parents-enfant¹⁶

(...)

Partie clinique non diffusée dans cette version en ligne dans l'optique de protéger la confidentialité des données.

Contre-attitude et analyse des éprouvés

En arrivant au domicile de la famille Claudel, nous repérons très rapidement chez nous un sentiment d'étouffement qui ne nous quittera pas. Ce sentiment d'étouffement est accompagné de consternation, d'impuissance, d'inquiétude, d'effarement, de découragement et d'épuisement.

Le sentiment de consternation est lié à l'aggravation de l'état de Mme Claudel, que nous avons quittée avec l'espoir que son état s'améliore. Notons que l'état de Mme Claudel s'est dégradé depuis la dernière visite, et précisément depuis mi-janvier. **Cette aggravation serait-elle liée à la séparation de sa famille et de son retour à sa solitude ?**

De plus, le décalage perçu entre les jeux très stimulants, voire excitants, de Mr Claudel avec sa fille qui passe des rires aux larmes, que nous entendons par le biais du baby-phone et l'état de souffrance et d'effondrement de Mme Claudel créé chez nous un état d'effarement, une impression de malaise, d'incohérence et d'étrangeté.

L'effarement, la consternation et l'inquiétude sont aussi liés au passage à l'acte de Mme Claudel sur Pauline. Peut-on considérer que ce comportement est un signe de motions hostiles agies ? L'état de souffrance de Mme Claudel a semble-t-il impacté sa bienveillance, sa tolérance et sa patience vis-à-vis de son enfant (exploration, curiosité...).

¹⁶ Cette visite a été réalisée en binôme avec V.

Les inquiétudes que nous avons eues lors des précédentes visites semblent se confirmer.

Malgré les tentatives d'étayage (crèche, relations amicales et connaissances), cela ne suffit pas à Mme Claudel pour qu'elle puisse se ressourcer. Elle verbalise son manque de sa famille, et notamment de ses parents. Lorsque Mme Claudel évoque le manque de sa famille et le sentiment de perte, elle pleure abondamment et par identification, cela nous a d'ailleurs beaucoup émues.

Néanmoins, nous sommes rassurées, car elle fréquente le lieu d'accueil parents enfant et son état de détresse a été repéré par la psychologue de ce lieu. De plus, sur ses conseils, Mme Claudel entame une démarche thérapeutique individuelle.

Concernant Mr Claudel, malgré le sentiment de malaise au début de la visite (jeux très voire trop stimulants avec sa fille) il est durant l'entretien présent et prévenant à l'égard de sa fille, et continue d'assurer la plupart de ses soins. Si les relations de couple semblent moins conflictuelles (émergence de gratitude de Mme Claudel à son égard), nous repérons chez lui une défense maniaque et une forme d'agacement à l'encontre de sa compagne, qui met en échec les solutions qu'il lui propose. Nous identifions durant cette visite que **leur alliance parentale est mise à mal**. Ils adoptent fréquemment des **positionnements éducatifs opposés** et **lorsque Mme Claudel est en difficulté avec leur fille, il ne la rassure plus, voire même la disqualifie**.

Enfin, concernant Pauline, elle présente un développement moteur harmonieux, mais continue à présenter des signes de retrait. De même, nous nous interrogeons sur la faiblesse de réaction de Pauline à notre présence (angoisse du 8^e mois) et à son manque d'intérêt à la recherche de l'objet caché (permanence de l'objet). Ces différents éléments continuent de nous préoccuper.

Cinquième visite, Pauline a 12 mois : rencontres mère-filles, bénéfiques et pertes de la maternité, défenses contre la dépression

(...)

Partie clinique non diffusée dans cette version en ligne dans l'optique de protéger la confidentialité des données.

Sixième et Septième visites : Pauline a 18 mois : Conflits de couple et séparation, solitude et retrouvailles familiales

(...)

Partie clinique non diffusée dans cette version en ligne dans l'optique de protéger la confidentialité des données.

SYNTHÈSE

Nous proposons ici de faire une synthèse des éléments principaux repérés en lien avec notre hypothèse générale : « **Le défaut d'étayage familial externe dans l'immédiat post-partum accentue l'état de crise inhérent aux processus intrapsychiques et interpsychiques de la maternalité** » et des indices : devenir mère, état psychique maternel, alliance parentale, ajustement dyadique, préoccupation maternelle primaire et capacité de rêverie maternelle.

Devenir mère et état psychique maternel

Alors que Mme Claudel a réussi à surmonter une grossesse et un accouchement difficiles et qu'elle rapporte un sentiment de complétude lors de notre première visite, l'intensité de sa détresse et de sa souffrance psychique vont entraver ses capacités maternelles : préoccupation maternelle primaire et capacité de rêverie maternelle (identification au bébé, attention, bienveillance, sollicitude, holding et handling, fonction alpha...).

En effet, plus la dépression et l'anxiété se sont installées et moins Mme Claudel a été capable d'identifier les besoins de son bébé et d'y répondre. Nous avons constaté que les capacités de préoccupation primaire et la rêverie ont été principalement assurées par Mr Claudel parfois à la demande de Mme Claudel ou spontanément.

Or la détresse de Mme Claudel, sa difficulté à identifier les besoins de son bébé et la culpabilité sous-jacente ont été à l'origine d'un sentiment de ne pas être une mère suffisamment bonne et de l'émergence de pulsions hostiles à l'égard de sa fille et de son compagnon, le père de leur fille.

En effet, en difficulté pour identifier et répondre aux besoins de sa fille, ceux-ci ont été progressivement vécus comme persécutants. D'autre part, l'attention et la tendresse données par Mr Claudel à leur fille lui ont fait éprouver de l'envie, de l'hostilité à l'égard de sa fille qu'elle vit comme rivale.

De plus, Mme Claudel va éprouver de la jalousie, de l'envie, de la rivalité, de l'hostilité à l'égard de son compagnon reconnu par elle comme suffisamment bon père.

Nous pensons que ces pulsions hostiles sont à l'origine des conflits qui vont se dérouler sur la scène conjugale, peut-être pour préserver un père ressenti comme fiable.

État psychique maternel

La vulnérabilité psychique de Mme Claudel repérée lors de la première visite s'est rapidement aggravée lors de notre deuxième visite en évoluant jusqu'aux 18 mois en dépression du post-partum (perte d'estime de soi, troubles l'humeur, perte de motivation, troubles de la libido, épuisement, logorrhées, culpabilité, pleurs intenses, évitement vis-à-vis de l'enfant) et un état anxieux massif.

Au regard de ses résultats aux échelles de dépression et d'anxiété¹⁷, nous formulons l'hypothèse selon laquelle l'état anxieux élevé non contenu a engendré un état dépressif qui s'est aggravé au cours du temps.

Même si les symptômes dépressifs et anxieux perdurent jusqu'aux 18 mois, nous avons repéré une stabilisation de l'état psychique de Mme Claudel à partir du 12^{ème} mois, due en partie à une prise en charge médicamenteuse, thérapeutique et à la fréquentation d'un lieu d'accueil parents-enfants. Mais également grâce aux retrouvailles avec sa mère et sa sœur qui ont pu être les témoins tardifs de son devenir mère.

Ces éléments sont corroborés aux résultats quantitatifs à l'EPDS et à la STAI-A présentés dans le tableau récapitulatif.

¹⁷ Mme Claudel obtient des scores en dessous du seuil à l'EPDS aux deux premiers temps de mesure (T1-2 semaines : 9 et T2-6 semaines : 4), en revanche elle présente un état anxieux élevé (T1-2 semaines : 59 et T2-6 semaines : 53).

Étayage familial

De notre première visite à la dernière, Mme Claudel a exprimé son sentiment très intense de solitude et le manque de sa famille auprès d'elle. L'absence de proximité géographique a entravé la fonction d'étayage (aide pratique, informative, émotionnelle) de sa famille sur son devenir mère (reconnaissance de son identité et fonction maternelles). Mme Claudel a fait à plusieurs reprises le lien entre sa détresse et sa souffrance psychiques et l'absence de sa famille et de son étayage. Elle a fait l'hypothèse que son état psychique aurait été différent si sa famille avait été à proximité et plus précisément sa mère et sa sœur.

Les seuls moments où elle rapporte des sentiments positifs sont ceux passés avec sa famille et plus précisément avec sa mère et sa sœur.

La naissance de Pauline a été l'occasion de retrouvailles familiales et de restaurations des liens. Les retrouvailles familiales dans la réalité ont permis à Mme Claudel de reprendre l'image interne de sa mère qui était peu fiable et infaillible. En devenant mère, Mme Claudel a fait face à des difficultés qui lui ont permis de reprendre ses théories infantiles et notamment changer son regard sur sa mère.

Contrairement à Mme Claudel, Mr Claudel évoque rarement le manque de sa famille excepté lors de notre dernière visite au moment de leur séparation temporaire.

Conjugalité et Parentalité

Conjugalité

Les mésententes conjugales exprimées lors de la première visite ont évolué vers de réels conflits conjugaux et même à la séparation temporaire du couple 18 mois après la naissance de leur fille. Les conflits conjugaux ont d'ailleurs été un des principaux sujets abordés durant nos visites.

Les attentes de la première visite de Mme Claudel à l'égard de son compagnon se sont transformées en exigences persécutrices empreintes d'hostilité et de rivalité. Ne bénéficiant pas d'étayage de sa famille, toutes les attentes légitimes de Mme Claudel se sont dirigées vers son

compagnon. Impossibles à satisfaire, elles deviennent persécutrices et source de conflits de couple et de séparation transitoire.

Mr Claudel a verbalisé durant les visites qu'il n'avait toujours pas retrouvé la femme qu'il a connue avant la naissance de leur fille. Mme Claudel est la mère de Pauline avant tout. Les modifications de la personnalité et les transformations physiques de sa compagne liées au devenir mère ont impactées leurs relations conjugales au point que Mr Claudel dit ne plus reconnaître sa compagne.

Les résultats à l'échelle d'Ajustement Dyadique confirment nos observations. En effet, les scores à cette échelle montrent une baisse importante de la qualité des relations conjugales au cours du temps jusqu'à obtenir des scores en dessous du seuil correspondant à la détresse conjugale au T5-9 mois (51) et au T8-18 mois (49).

Selon les propos de Mr et Mme Claudel, Pauline a eu, auprès de ses parents une fonction de médiateur lors de leurs disputes (T3-3 mois).

Parentalité

Malgré des relations conjugales chaotiques Mr et Mme Claudel ont tenté de construire une alliance parentale. Si nous avons repéré qu'ils pouvaient s'appuyer l'un sur l'autre dans l'exercice de leur fonction, à d'autres moments, nous avons identifié des tensions, des oppositions et de la rivalité. La répartition des soins donnés à leur fille ainsi que toutes les tâches reliées à ces soins ont été réalisées de manière spontanée, mais sans concertation et ajustement commun. Nous nous sommes interrogée sur les conséquences des fluctuations de ces repères chez Pauline. Lors des visites à domicile, nous avons constaté que par moment l'alliance parentale avait été préservée au détriment de leur fille.

Mme Claudel a rencontré des difficultés dans l'établissement de sa fonction maternelle et c'est Mr Claudel qui a assumé une grande partie des soins de Pauline (handling, holding et identification au bébé). En assurant ces fonctions maternelles, Mr Claudel s'est substitué à Mme Claudel. Cela a renforcé son sentiment de ne pas être une mère suffisamment bonne.

Nos observations sont corroborées aux résultats à l'auto questionnaire de l'Inventaire d'Alliance Parentale qui indiquent une baisse de l'alliance parentale au cours du temps (T1-99 ; T2-95 ; T3-91 ; T4-85).

Développement du bébé

Pauline est un bébé qui présente un développement moteur harmonieux. Elle montre très rapidement des capacités d'adaptation voire de sur-adaptation à son environnement, certainement en lien avec les demandes précoces d'autonomie de ses parents.

Cette sur-adaptation est aussi repérée dans le développement psychoaffectif de Pauline qui semble mettre parfois ses besoins en sourdine.

Sur le plan affectif, Pauline présente des signes de retrait observables dès la deuxième visite jusqu'à la quatrième visite (9 mois). En situation de proximité physique (dans les bras, sur les genoux), j'ai dû fortement la solliciter pour arriver à la mobiliser. Lorsque nous étions en interaction, elle détournait le regard et parfois se mettait dos à nous, mettait des objets et ses doigts en permanence dans la bouche (9 mois). Dans les bras de sa mère, peu d'échanges visuels et affectifs ont été observés. Lors de la cinquième visite (12 mois) et la dernière visite (18 mois), malgré des signes de retrait moins nombreux, mais toujours présents, Pauline a été plus disponible et plus ouverte à l'interaction, s'est montrée souriante, m'a regardée et sollicitée à plusieurs reprises. Au cours de ces deux séquences, elle a réagi aux encouragements et aux manifestations de plaisir de ses parents en y répondant par des sourires et des répétitions. Elle a d'elle-même initié des jeux collectifs durant lesquels ses parents, elle et moi étions en interaction.

Nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle la sur-adaptation et le retrait de Pauline observés jusqu'à la dernière visite ont été réactionnels à l'état de détresse psychique de Mme Claudel. Nous ne pouvons pas confirmer avec certitude cette hypothèse, car les signes de retrait les plus importants ont été observés alors que Pauline était malade et présentait des signes de fatigue. Nous nous sommes par ailleurs interrogée sur la vulnérabilité somatique de Pauline qui était malade lors des quatre premières visites.

Enfin, nous avons repéré au cours de ces visites que Pauline babillait peu en interaction avec nous. Lors de la dernière visite, aux 18 mois de Pauline, nous avons constaté que le langage avait été très peu développé. Le seul mot intelligible qu'elle a prononcé durant la séquence d'interaction est le « non » qu'elle a prononcé qu'une seule fois.

La présence ou l'absence des signes de retrait observés durant les différentes visites sont corroborées aux scores obtenus à l'échelle Alarme Détresse Bébé¹⁸ à tous les temps à l'exception du T5-9 mois. (T3-7 mois : 7 ; T4-6 mois : 6 ; T5-9 mois : 3 ; T6-12 mois ; T8- 18 mois : 3). La chercheuse qui a assuré la cotation des vidéos a relevé « des différences entre les moments d'interactions libres et les moments de passation ».

Fonctions des chercheurs

Lors de ces temps à domicile, autour du bébé, et certainement parce qu'ils n'avaient personne de leur entourage proche, nous avons été convoquées par Mr et Mme Claudel à une place de témoin de leur vie de famille, de leurs difficultés, mais aussi des aspects plus positifs comme le développement de leur bébé. Nous avons assuré une fonction contenant et de pare-excitation, de la souffrance de Mme Claudel. Nous avons tenté de lui permettre de lier les pulsions de mort intenses et répétitives à l'œuvre. Cette fonction a été sous-tendue par un travail de réceptivité et de narrativité, permettant de lier et de soutenir les processus de subjectivation et d'historicisation. Ce qui a ensuite permis à Mme Claudel d'amorcer un questionnement qu'elle a pu poursuivre ensuite dans un cadre thérapeutique adapté que nous avons proposé et appuyé.

Le cadre de la recherche-action a permis de soutenir les transformations des dynamiques individuelles, conjugale, parentale et familiale liées en partie à la naissance de leur fille comme aurait pu l'assurer les parents de Mr et Mme Claudel dans une fonction grand parentale.

¹⁸ L'échelle Alarme Détresse Bébé (ADBB) a été conçue pour évaluer le comportement de retrait relationnel durable chez des enfants âgés de 2 à 24 mois (Guédeney et Fermanian, 2001). Les comportements sont décrits en 8 items : 1) Expression faciale ; 2) Contact visuel ; 3) Niveau général d'activité ; 4) Gestes d'autostimulation ; 5) Vocalisations ; 6) Vivacité de la réponse à la stimulation ; 7) Capacité de mise en relation avec autrui ; et 8) Attractivité (effort que doit faire l'observateur pour garder son attention centrée sur le bébé). Les items sont cotés de 0 à 4, allant de l'absence de comportement anormal (0) à un comportement nettement ou massivement anormal (4). Un score total entre 0 et 4 montre un enfant sans retrait relationnel, un score entre 5 et 10 montre un enfant légèrement en retrait, et au-dessus de 10, un enfant ayant un retrait manifeste. Cet outil a été utilisé dans la recherche Parasol. Seuls les résultats de Pauline sont présentés. Le reste des données recueillies feront l'objet d'un travail ultérieur. La cotation a été réalisée en double aveugle par une chercheuse accréditée.

Bien que cela ne soit pas l'objectif de la recherche, nous avons été amenées à exercer une fonction thérapeutique auprès de Mme Claudel, dans les dynamiques conjugale, parentale et familiale.

FAMILLE SATIE

III FAMILLE SATIE

Tableau 23 : Tableau récapitulatif des scores de Mme Satie aux auto-questionnaires

		T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8
	Valeurs Seuils	2 semaines	6 semaines	3 mois	6 mois	9 mois	12 mois	15 mois	18 mois
EPDS	≥ 12	2	23	1	3	2	4	2	2
STAI-YA	55-65 : élevé ≥ 66 : très élevé	40	85 **	38	37	46	48	37	38
STAI-YB	55-65 : élevé ≥ 66 : très élevé	51	53	45	39	41	43	47	43
EAD	≤ 54	81	86	87	91	87	91	92	86
IAP	≤ 84		97	96	96	99	100		
ADBB	≥ 5			0	1	2	0	2	6
PBI		PBI Mère : Lien optimal			PBI Père : Lien contrôle peu affectueux				
RSQ		Détaché							

Les scores en gras sont les scores au-dessus du seuil (≥ 12 pour la dépression ; ≥ 5 pour l'ADBB) ou en dessous du score seuil (≤ 54 pour l'EAD, ≤ 84 pour l'IAP). Les scores en gras avec un astérisque correspondent au niveau anxiété élevée (entre 56 et 65) et les scores en gras avec deux astérisques correspondent au niveau anxiété très élevée (> 66).

EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale ; Le score total varie de 0 à 33. Le score ≥ 12 seuil indique la présence probable d'un trouble dépressif cliniquement significatif.

STAI-YA : State Trait Anxiety Inventory État ; Pour un score inférieur à 35, l'anxiété est considérée comme très faible. Entre 36 et 45, l'anxiété est faible. Entre 46 et 55 elle est moyenne, puis forte entre 56 et 65, et enfin très forte pour des scores strictement supérieurs à 65.

STAI-YB : State Trait Anxiety Inventory Trait ; Pour un score inférieur à 35, l'anxiété est considérée comme très faible. Entre 36 et 45, l'anxiété est faible. Entre 46 et 55 elle est moyenne, puis forte entre 56 et 65, et enfin très forte pour des scores strictement supérieurs à 65.

EAD : Échelle d'Ajustement Dyadique ; Le score total varie de 0 à 96, est utilisé comme mesure de l'ajustement dyadique. Plus le score est élevé plus la qualité de la relation conjugale est bonne. Un score seuil de 54 désigne une situation de détresse conjugale.

IAP : Inventaire d'alliance familiale ; Cet instrument fournit un score global d'alliance parentale de 0 à 100. Plus la note obtenue est élevée, plus le parent a une perception positive de former une équipe avec son partenaire pour remplir les diverses fonctions parentales. Le score de 84 représente la moyenne pour les couples mariés.

ADBB : L'échelle Alarme Détresse Bébé (ADBB) a été conçue pour évaluer le comportement de retrait relationnel durable chez des enfants âgés de 2 à 24 mois (Guédény et Fermanian, 2001). Les comportements sont décrits en 8 items : 1) Expression faciale ; 2) Contact visuel ; 3) Niveau général d'activité ; 4) Gestes d'autostimulation ; 5) Vocalisations ; 6) Vivacité de la réponse à la stimulation ; 7) Capacité de mise en relation avec autrui ; et 8) Attractivité (effort que doit faire l'observateur pour garder son attention centrée sur le bébé). Les items sont cotés de 0 à 4, allant de l'absence de comportement anormal (0) à un comportement nettement ou massivement anormal (4). Un score total entre 0 et 4 montre un enfant sans retrait relationnel, un score entre 5 et 10 montre un enfant légèrement en retrait, et au-dessus de 10, un enfant ayant un retrait manifeste.

PBI : Parental Bonding Instrument est une évaluation rétrospective d'un adulte des liens qu'il a eu avec ses parents dans le passé lorsqu'il était enfant. Il évalue deux dimensions, la première évalue la chaleur et l'affection manifestées par chacun des parents à l'attention du sujet, la deuxième évalue dans quelle mesure les parents du sujet ont favorisé le développement de son indépendance et de son autonomie ou l'ont au contraire surprotégé. Quatre catégories de lien ont été distinguées : **Lien optimal** : score élevé à la dimension soin et faible score à la dimension protection ; **Lien contrôle affectueux** : score élevé à la dimension soin et score élevé à la dimension protection ; **Lien contrôle peu affectueux** : score faible à la dimension soin et score élevé à la dimension protection ; **Lien faible, voire absent** : score faible à la dimension soin et score faible à la dimension protection.

RSQ : Relationship Scale Questionnaire permet d'obtenir le type d'attachement du sujet. Quatre prototypes d'attachement ont été distingués qui correspondent aux quatre combinaisons possibles du *modèle de soi* positif ou négatif et du *modèle de l'autre* positif ou négatif.

- Les sujets sécures : ont un « modèle de soi » et un « modèle des autres positif ». Ils présentent une juste dépendance, une autonomie par rapport à autrui et une estime de soi de bonne qualité. D'autre part, ils - sont à l'aise dans l'intimité et ont confiance dans les autres.
- Les sujets détachés : ont un « modèle de soi » positif, mais un « modèle des autres négatif ». Ils évitent l'intimité et valorisent l'indépendance ainsi que la réussite, ont un sentiment d'invulnérabilité et manifestent peu d'intérêt pour les liens affectifs.
- Les sujets préoccupés : ont un « modèle de soi » négatif et un « modèle des autres » positif. Les relations interpersonnelles sont source d'anxiété, ils manquent de confiance en eux, cherchent à être approuvés par les autres. Ils présentent une dépendance élevée aux autres, souffrent de solitude et idéalisent autrui.
- Les sujets désorganisés (ou craintifs) : ont un « modèle de soi » et un « modèle des autres » négatifs. Ils présentent une faible estime de soi et manquent de confiance dans les autres qu'ils perçoivent comme indisponibles. Ils ont d'ailleurs peur d'être rejetés et ressentent une grande insécurité personnelle.

Description des résultats aux auto-questionnaires et échelles :

Les données obtenues aux auto-questionnaires mettent en évidence une stabilité des résultats au cours du temps à l'exception du T2-6 semaines pour lequel Mme Satie obtient des scores extrêmement élevés à l'EPDS (23) et à l'échelle d'anxiété état (85) qui indiquent un niveau très élevé d'anxiété et la présence alarmante de symptômes dépressifs. Ces scores chutent à partir du T3-3 mois et se stabilisent jusqu'au T8-18 mois. En dehors du T2-6 semaines, Mme Satie ne présente aucun signe de détresse psychique. Les scores d'anxiété trait sont moyens (entre 46 et 55) aux deux premiers temps de mesure (T1-2 semaines : 51 et T2-6 semaines : 53) puis baissent et se stabilisent à un niveau faible (entre 36 et 45) jusqu'au T8-18 mois. Les scores obtenus aux échelles d'ajustement dyadique (EAD) et d'alliance parentale (IAP) indiquent que Mme Satie considère avoir des relations conjugales satisfaisantes et a le sentiment de former, avec son compagnon, une équipe pour remplir les diverses fonctions parentales. Les scores de l'ADBB indiquent que Raphaël ne présente pas de signe de retrait à l'exception du T8-18 mois (6). Les données issues du PBI (Parental Bonding Instrument) témoignent que, selon Mme Satie, elle a eu dans le passé un « lien optimal » avec sa mère et un lien caractérisé par un « contrôle peu affectueux » avec son père. Enfin, les données du RSQ (Relationship Questionnaire) indiquent que Mme Satie a un type d'attachement détaché caractérisé par un « modèle de soi » positif et un « modèle des autres » négatif.

Présentation:

(...)

Partie clinique non diffusée dans cette version en ligne dans l'optique de protéger la confidentialité des données.

SYNTHÈSE

L'accès à la maternité pour Mme Satie a débuté dans l'épreuve de deux fausses-couches qui ont certainement impacté son sentiment de confiance et compétence maternelle et aussi l'investissement affectif de son bébé.

Si elle a pu trouver du réconfort et du soutien auprès de sa tante maternelle concernant ses fausses couches, les angoisses de perte et de mort subite ont plané au-dessus du berceau jusqu'au 1 an de son fils.

C'est seulement à partir de la quatrième visite (T5-9 mois) que nous avons pu mettre en lien ses angoisses de mort avec son histoire et que nous avons pu mettre du sens sur les aléas de son devenir mère et de son organisation psychique.

Le récit de son histoire familiale laisse entrevoir la répétition des scénarii de perte et de mort à travers les générations. Comme Mme Satie, sa mère est devenue mère sans ses propres parents, décédés avant la naissance de Mme Satie. Et comme elle, sa mère a fait deux fausses couches avant que Mme Satie naisse.

Spontanément, lors de notre troisième visite, Mme Satie évoque sa prise de conscience sur le défaut de récit familial entre les générations au sein de sa propre famille. Après avoir regardé un documentaire sur la fonction des grands-parents dans la transmission intergénérationnelle, Mme Satie constate que, ses grands-parents maternels décédés avant sa naissance, sa mère n'a pas pu bénéficier de ce récit sur le bébé et l'enfant que sa propre mère a été et qu'elle sait peu de choses sur elle. Si Mme Satie ne fait pas le lien avec sa propre situation lors de cette visite, elle poursuit ses réflexions durant la quatrième visite. N'ayant pas pu, elle-même, profiter du récit grand-parental maternel, elle aurait aimé pouvoir s'adresser à sa mère. Si elle avait été toujours en vie, Mme Satie lui aurait demandé quel bébé et enfant elle a été (« je lui aurais demandé beaucoup de choses sur moi, au même âge que ce que je vois de Raphaël, et puis moi j'étais comment »).

Nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle, l'absence de récit intergénérationnel familial porté par ses grands-parents et sa propre mère sur les bébés et les enfants qu'elles ont été, ont pu constituer une entrave à son devenir mère : développement de la capacité à s'identifier à son fils, réduction du sentiment d'étrangeté et capacité de répondre aux besoins de celui-ci.

Si Mme Satie n'a pas pu profiter de la présence et de l'étayage de sa mère dans la réalité, elle n'a pas non plus pu s'appuyer sur un imago maternelle étayant son accès à la maternité. Son imago maternelle est faible et associée au sacrifice et à la dépression.

Les remaniements psychiques liés à l'accès à la maternité n'ont pas été étayés par son groupe familial ni sur la scène psychique ni dans la réalité.

Au manque d'étayage psychique, s'est ajouté le manque d'étayage dans la réalité qui a été tout autant préjudiciable pour Mme Satie. Après avoir pu profiter de la présence rassurante et contenante de son compagnon durant les premières semaines après son accouchement (Mr Satie a cumulé ses deux semaines de congés paternité avec deux semaines de congés payés), Mme Satie s'est retrouvée seule avec son bébé. Si la présence de son compagnon au quotidien semble lui avoir permis de maintenir un état psychique stable durant les deux premières semaines après l'accouchement, Mme Satie présente à 6 semaines des niveaux très élevés de dépression et d'anxiété (état). C'est à ce moment que nous l'avons rencontrée, épuisée psychiquement et physiquement, son bébé, tout autant épuisé et difficilement consolable et Mr Satie, très présent et soutenant mais inquiet.

Le récit après-coup de cette période, lors de notre dernière visite (T8-18 mois), met en évidence l'état de chaos dans lequel elle était. Cet état a été majoré par l'absence d'aide pratique (préparation des repas, relais auprès de son bébé pour qu'elle puisse prendre soin d'elle) et d'étayage émotionnel et psychique pour subvenir aux besoins de son bébé (traduction et mise en sens des besoins de son bébé). Or ce manque d'aides pratique, émotionnelle et psychique semblent avoir entravé en partie l'accès à la maternité de Mme Satie (préoccupation maternelle primaire et capacité de rêverie) et l'établissement de relations précoces de qualité avec son bébé, que Mme Satie a rapidement perçu comme persécuteur et rival.

Si Mme Satie a pu bénéficier d'un soutien important de la part de son compagnon, la préservant d'un effondrement psychique persistant, mais aussi du soutien de la part de sa pédiatre et de son assistante maternelle, en revanche, l'absence de sa mère comme « répondant contenant réflexif féminin maternel » dans l'immédiat post-partum, sans que cette absence soit le seul facteur en cause, a exposé Raphaël à l'ambivalence et aux motions hostiles de sa mère jusqu'aux 18 mois de celui-ci.

Enfin, l'analyse couplée des entretiens et de nos éprouvés et contre-attitudes nous a amené à nous questionner sur l'origine des attaques répétées à notre rencontre, mais aussi vis-à-vis de son bébé, de son compagnon et des personnes de son entourage. Nous nous sommes questionnée sur l'origine et la nature de ces attaques : étaient-elles réactionnelles à un manque de sécurité concernant ses compétences maternelles, de ne pas être unique objet d'amour ni pour son bébé et ni pour son compagnon ou étaient-elles plus structurelles, un reliquat de reviviscences d'une position schizo-paranoïde pas suffisamment dépassée ? Si nous ne pouvons pas valider nos hypothèses, les attaques répétées, la présence d'angoisses de perte et de persécution de type schizo-paranoïde nous amènent à faire l'hypothèse que cette fixation à la position schizo-paranoïde puisse être en partie due à la rencontre de Mme Satie bébé avec une mère dépressive.

FAMILLE MONET

III] FAMILLE MONET

Résultats aux auto-questionnaires

Tableau 24 : Tableau récapitulatif des scores de Mme Monet aux auto-questionnaires

	Valeurs Seuils	T1 2 semaines	T2 6 semaines	T3 3 mois	T4 6 mois	T5 9 mois	T6 12 mois	T7 15 mois	T8 18 mois
EPDS	≥ 12	9	6	13	16	5	5	17	11
STAI-YA	55-65 : élevé ≥ 66 : très élevé	49	41	63 *	74 **	50	54	77 **	56 *
STAI-YB	55-65 : élevé ≥ 66 : très élevé	59 *	59 *	45	66 **	65 *	69 **	65 *	66 **
EAD	≤ 54	63	65	61	40	45	47	51	55
IAP	≤ 84		73		70	63	67		
ADBB	≥ 5			0			1	2	2
PBI		PBI Mère : Contrôle peu affectueux / PBI Père : contrôle peu affectueux							
RSQ		Craintif							

Les scores en gras sont les scores au-dessus du seuil (≥ 12 pour la dépression ; ≥ 5 pour l'ADBB) ou en dessous du score seuil (≤ 54 pour l'EAD, ≤ 84 pour l'IAP). Les scores en gras avec un astérisque correspondent au niveau anxiété élevée (entre 56 et 65) et les scores en gras avec deux astérisques correspondent au niveau anxiété très élevée (> 66).

EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale ; Le score total varie de 0 à 33. Le score ≥ 12 seuil indique la présence probable d'un trouble dépressif cliniquement significatif.

STAI-YA : State Trait Anxiety Inventory État ; Pour un score inférieur à 35, l'anxiété est considérée comme très faible. Entre 36 et 45, l'anxiété est faible. Entre 46 et 55 elle est moyenne, puis forte entre 56 et 65, et enfin très forte pour des scores strictement supérieurs à 65.

STAI-YB : State Trait Anxiety Inventory Trait ; Pour un score inférieur à 35, l'anxiété est considérée comme très faible. Entre 36 et 45, l'anxiété est faible. Entre 46 et 55 elle est moyenne, puis forte entre 56 et 65, et enfin très forte pour des scores strictement supérieurs à 65.

EAD : Échelle d'Ajustement Dyadique ; Le score total varie de 0 à 96, est utilisé comme mesure de l'ajustement dyadique. Plus le score est élevé plus la qualité de la relation conjugale est bonne. Un score seuil de 54 désigne une situation de détresse conjugale.

IAP : Inventaire d'alliance familiale ; Cet instrument fournit un score global d'alliance parentale de 0 à 100. Plus la note obtenue est élevée, plus le parent a une perception positive de former une équipe avec son partenaire pour remplir les diverses fonctions parentales. Le score de 84 représente la moyenne pour les couples mariés.

ADBB : L'échelle Alarme Détresse Bébé (ADBB) a été conçue pour évaluer le comportement de retrait relationnel durable chez des enfants âgés de 2 à 24 mois (Guédény et Fermanian, 2001). Les comportements sont décrits en 8 items : 1) Expression faciale ; 2) Contact visuel ; 3) Niveau général d'activité ; 4) Gestes d'autostimulation ; 5) Vocalisations ; 6) Vivacité de la réponse à la stimulation ; 7) Capacité de mise en relation avec autrui ; et 8) Attractivité (effort que doit faire l'observateur pour garder son attention centrée sur le bébé). Les items sont cotés de 0 à 4, allant de l'absence de comportement anormal (0) à un comportement nettement ou massivement anormal (4). Un score total entre 0 et 4 montre un enfant sans retrait relationnel, un score entre 5 et 10 montre un enfant légèrement en retrait, et au-dessus de 10, un enfant ayant un retrait manifeste.

PBI : Parental Bonding Instrument est une évaluation rétrospective d'un adulte des liens qu'il a eu avec ses parents dans le passé lorsqu'il était enfant. Il évalue deux dimensions, la première évalue la chaleur et l'affection manifestées par chacun des parents à l'attention du sujet, la deuxième évalue dans quelle mesure les parents du sujet ont favorisé le développement de son indépendance et de son autonomie ou l'ont au contraire surprotégé. Quatre catégories de lien ont été distinguées : **Lien optimal** : score élevé à la dimension soin et faible score à la dimension protection ; **Lien contrôle affectueux** : score élevé à la dimension soin et score élevé à la dimension protection ; **Lien contrôle peu affectueux** : score faible à la dimension soin et score élevé à la dimension protection ; **Lien faible, voire absent** : score faible à la dimension soin et score faible à la dimension protection.

RSQ : Relationship Scale Questionnaire permet d'obtenir le type d'attachement du sujet. Quatre prototypes d'attachement ont été distingués qui correspondent aux quatre combinaisons possibles du *modèle de soi* positif ou négatif et du *modèle de l'autre* positif ou négatif.

- Les sujets sécures : ont un « modèle de soi » et un « modèle des autres positif ». Ils présentent une juste dépendance, une autonomie par rapport à autrui et une estime de soi de bonne qualité. D'autre part, ils - sont à l'aise dans l'intimité et ont confiance dans les autres.

- Les sujets détachés : ont un « modèle de soi » positif, mais un « modèle des autres négatif ». Ils évitent l'intimité et valorisent l'indépendance ainsi que la réussite, ont un sentiment d'invulnérabilité et manifestent peu d'intérêt pour les liens affectifs.

- Les sujets préoccupés : ont un « modèle de soi » négatif et un « modèle des autres » positif. Les relations interpersonnelles sont source d'anxiété, ils manquent de confiance en eux, cherchent à être approuvés par les autres. Ils présentent une dépendance élevée aux autres, souffrent de solitude et idéalisent autrui.

- Les sujets désorganisés (ou craintifs) : ont un « modèle de soi » et un « modèle des autres » négatifs. Ils présentent une faible estime de soi et manquent de confiance dans les autres qu'ils perçoivent comme indisponibles. Ils ont d'ailleurs peur d'être rejetés et ressentent une grande insécurité personnelle.

Description des résultats aux auto-questionnaires et échelles

Les résultats de la plupart des auto-questionnaires mettent en évidence une fluctuation des scores au cours du temps avec une majoration des difficultés au T4-6 mois (à l'exception des scores ADBB - retrait du bébé).

Mme Monet obtient des résultats élevés aux T3-3 mois, T4-6 mois, T7-15 mois et T8-18 mois à l'EPDS (dépression post-partum) et à la STAI-YA (anxiété état). Les scores obtenus témoignent de la présence d'un niveau clinique de dépression (≥ 12) et d'un état anxieux fort (entre 56-65) à très fort (et ≥ 66) lors de ces deux périodes. Les résultats obtenus à la STAI-YB sont élevés à très élevés à tous les temps à l'exception du T3-3 mois durant lequel Mme Monet obtient un score de niveau faible (45). La stabilité des résultats obtenus à l'échelle d'anxiété-trait semblent indiquer que Mme Monet présente un trait anxieux qui s'est aggravé à partir du T4-6 mois et qui tend à s'inscrire durablement dans le temps. Il est possible que ce trait anxieux ait été présent avant la naissance de son enfant. Néanmoins, l'absence de mesure en anténatal nous invitent à considérer les interprétations de ces résultats avec prudence. Nous observons également une variation des résultats à l'échelle d'ajustement dyadique (EAD) avec une baisse notable du niveau de la qualité des relations conjugales du T4-6 mois au T7-15 mois. Les scores obtenus sont inférieurs à 54, score seuil indiquant une détresse conjugale. Les scores à l'échelle d'alliance parentale mettent en évidence que du point de vue de Mme Monet, ils ne forment pas, elle et son compagnon une équipe pour remplir les diverses fonctions parentales. Enfin, les scores de l'ADBB indiquent que Liam ne présente pas de signe de retrait (tous les scores sont inférieurs à 5). Les données issues du PBI (Parental Bonding Instrument) indiquent que, selon Mme Monet, les relations passées étaient caractérisées par un contrôle peu affectueux avec ses deux parents. Enfin, les données du RSQ indiquent que Mme Monet a un type d'attachement craintif caractérisé par un « modèle de soi » et un « modèle des autres » négatifs.

Présentation

(...)

Partie clinique non diffusée dans cette version en ligne dans l'optique de protéger la confidentialité des données.

SYNTHÈSE

Nous avons repéré durant nos visites des signes latents de fragilité chez Mme Monet qui ont été confirmés par ses résultats aux auto-questionnaires. Les résultats à l'échelle de dépression permettent de mettre en évidence deux périodes durant lesquelles elle obtient des scores élevés (T3-3 mois : 13 ; T4-6 mois : 16 et T7-15 mois : 17 et T8-18 mois : 11¹⁹). Les résultats aux échelles d'anxiété révèlent également des niveaux fluctuants d'anxiété qui sont le plus souvent élevés à très élevés (état et trait). Il est possible que cet état de fragilité ait débuté en amont de la maternité de Mme Monet, même si aucun antécédent n'est inscrit dans son dossier (HAD). Si cet état de détresse a été prégnant durant les visites, il a été très peu verbalisé par Mme Monet. Il semble que l'évitement a été un mécanisme de défense suffisamment efficace pour que cet état de fragilité ne soit pas facilement repérable et repéré. La répétition des visites ont permis de les identifier (mécanisme de défense et état de fragilité).

Si l'évitement lui a permis de ne pas s'effondrer, il a contribué à la persistance des niveaux de dépression et d'anxiété élevés. Non élaborés, ils n'ont pas été métabolisés et transformés. Lors de notre dernière visite nous avons quitté cette famille inquiètes, d'autant que Mr Monet ne semblait pas s'alerter de l'état de fragilité de sa compagne et nous avons supposé qu'il ait été lui-même dans une forme d'évitement. Cet évitement semble avoir eu une fonction de protection pour sa compagne et pour leur couple au détriment de leur fils. Car, si Liam a pu profiter de la préoccupation primaire de sa mère durant ses premiers mois, ce qui a favorisé un niveau de développement psycho-moteur et affectif harmonieux et des compétences multiples sur le plan cognitif, certains des signes repérés peuvent être en partie dus à un défaut de capacité

¹⁹ Voir tableau des résultats aux échelles de Mme Monet page 393

de rêverie maternelle chez Mme Monet en lien avec son défaut de mentalisation. La difficulté de Liam d'accéder au langage (peu de mots parlés), la présence d'une agressivité mal contenue par lui et ses parents (morsures des bords du lit, pince, mord et tape ses parents), ses troubles persistants du sommeil, sa courbe pondérale (en dessous de la moyenne) et sa poussée d'eczéma (visite 18 mois) pourraient aussi être les symptômes de l'isolement dans lequel ils évoluent (absence de sortie, enfermement) et de l'état de fragilité psychologique de sa mère (narcissisme primaire fragile, fonctionnement opératoire, difficultés dans la reconnaissance et l'expression des émotions, manque d'espoir, envie, désir, manque de soin apporté à elle-même et à son domicile, manque de relations sociales...). Nous avons également repéré que Liam semblait être le réservoir pulsionnel de Mme Monet. Si cela a pu contribuer au développement du narcissisme primaire de son fils, nous nous sommes questionné sur les conséquences qu'il pourrait y avoir sur l'évolution du développement de Liam, sur sa capacité à se séparer et se subjectiver.

Malgré la proximité géographique de sa famille, Mme Monet est isolée. Elle a peu, voire pas obtenu de soutien émotionnel dans sa transition à la maternité. Ses questionnements et inquiétudes n'ont pas trouvé de répondant. Ni son compagnon, ni sa mère ni sa sœur n'ont pu la soutenir. De plus, cette solitude dans l'accès à la maternité a été majorée par une absence de répondant de la part des professionnels, malgré ses tentatives de recherche d'aide, de soutien et de conseils.

À l'exception de la sortie hebdomadaire avec sa mère pour faire les courses, Mme Monet n'a pas d'activité extérieure pour elle. La semaine, ils sont en tête à tête avec Liam, restent au domicile, exceptées quelques sorties au parc. Son compagnon, qui semblait être un partenaire parental « suffisamment bon » durant nos visites se révèle être insatisfaisant à travers les réponses de Mme Monet au questionnaire d'alliance parentale. Même si Mme Monet a verbalisé certains points de désaccords concernant l'éducation de Liam et l'investissement de son compagnon auprès de leur fils, les résultats au questionnaire révèlent une insatisfaction plus importante. Il est possible que ces éléments d'insatisfaction aient fait l'objet d'un évitement, à l'instar des éléments dépressifs et anxieux. De même, les relations conjugales qui paraissaient de bonne qualité, se révèlent être insatisfaisantes (détresse conjugale). Les résultats à l'échelle d'ajustement dyadique ont conforté nos impressions de bien-être, de complicité et d'entente de façade. Le couple conjugal de Mr et Mme Monet évolue en huit-clos. Ils n'ont pas d'activité extérieure (balade, cinéma, restaurant...) seul ou en couple et pas de réseau amical de proximité.

Les seules relations amicales entretenues sont celles que Mme Monet a développées sur internet. Mr a parfois des activités à l'extérieur du domicile mais celles-ci sont en lien avec son travail. Liam semble être le trait d'union entre l'intérieur et l'extérieur et une possible ouverture sociale pour Mme Monet. D'ailleurs, Mme Monet nous a dit que cette recherche lui avait permis d'avoir des visites, ce qu'elle a apprécié.

Pour autant, même si Mme Monet a très peu bénéficié de soutien émotionnel, elle a pu bénéficier progressivement d'un soutien familial de sa mère dans les aspects matériels (ménage, courses, gardes de son fils) et avoir été, d'après Mme Monet, l'objet de sa préoccupation concernant sa santé, ses études et sa vie professionnelle. De même, la présence physique de sa mère a permis à Mme Monet d'avoir des espaces de répit, que se développe progressivement un investissement affectif entre sa mère et son fils et que ce dernier puisse bénéficier d'une ouverture vers l'extérieur. Ainsi, Mme Monet a pu constater que sa mère avait des compétences grand-maternelles. Nous pensons que ce constat a participé à une certaine restauration narcissique de Mme Monet. En l'absence de la mère de Mme Monet, nos inquiétudes auraient été majorées.

Malgré ces évolutions positives, nous restons préoccupées lorsque nous quittons la famille Monet aux 18 mois de Liam car la situation d'isolement de Mme Monet a peu évolué. Elle n'a toujours pas d'interlocuteur de proximité : son compagnon est fatigué le soir et assez taiseux et elle n'a pas développé de réseau amical. Si les relations avec sa mère se sont progressivement améliorées, cette dernière s'est essentiellement investie auprès de son petit-fils et n'est pas devenue un interlocuteur privilégié pour Mme Monet. Sa sœur, qui avait été identifiée comme personne soutenant les premiers mois, a été mise à distance suite à des déceptions concernant son manque de soutien. Enfin, Mme Monet ne s'est pas saisie de nos propositions de fréquentation de lieu d'accueil et de garde. L'ensemble de ces éléments ont participé à notre inquiétude concernant l'état psychique de Mme Monet et des incidences sur le développement de Liam.

CINQUIÈME PARTIE : DISCUSSION

Rappel de l'objectif de la recherche :

Cette recherche a été menée dans l'objectif d'évaluer le défaut d'étayage familial externe dans l'immédiat post-partum sur le devenir mère.

Dans cet objectif, nous avons formulé l'hypothèse générale suivante :

« Le défaut d'étayage familial externe dans l'immédiat post-partum accentue et fait perdurer l'état de crise inhérent aux processus intrapsychiques et intersubjectifs de la maternité. ».

Afin de tester cette hypothèse, nous l'avons déclinée en plusieurs hypothèses secondaires que nous reprenons ici. Leurs validités ou leurs infirmités nous permettront dans un second temps de valider notre hypothèse générale.

H1 - Hypothèse secondaire 1

Le défaut d'étayage familial dans l'immédiat post-partum accentue et fait perdurer la vulnérabilité maternelle.

H1A - Le défaut d'étayage familial majore le risque de dépression postnatale.

Hypothèses opérationnelles

1- Prévalence de la dépression (EPDS)

Rappel de l'hypothèse : *Les mères des deux groupes présentent des taux de prévalence de dépression (EPDS) semblables aux deux premiers temps de mesures correspondant à l'immédiat post-partum, puis la prévalence de dépression est plus importante chez les mères du groupe non-soutenu, par rapport aux mères du groupe soutenu, pour tous les temps de mesure, à partir du T3- 3 mois jusqu'au T8-18 mois.*

Cette hypothèse n'est pas validée.

Néanmoins, si aucune différence n'est significative, les taux de score de dépression supérieur à 12 sont plus élevés chez les mères du groupe non-soutenu que chez les mères du groupe soutenu aux T2-6 semaines, T3-3 mois, T4-6 mois, T5-9 mois, T7-15 mois et au T8-18 mois. À l'inverse, les taux de dépression (EPDS) sont sensiblement identiques entre les deux groupes (soutenu vs non-soutenu) aux T1-2 semaines et T6-12 mois.

De plus, nous retenons un résultat important.

Dans notre échantillon de femmes françaises, plus d'une femme sur cinq (21,7 %) manifeste un niveau de dépression clinique (score ≥ 12). Ce taux de prévalence de dépression²⁰, bien que légèrement supérieur, est conforme aux taux de la littérature internationale dans laquelle on retrouve un taux pour la dépression post-natale de 10 et 20 % (Cohn et coll., 1990 ; Carro et coll., 1993 ; O'Hara & Swain, 1996 ; Manzano et coll., 1997).

Le taux de notre échantillon est cependant très inégalement partagé selon les deux groupes. Il y a un taux plus élevé chez les mères du groupe non-soutenu. Près d'un tiers d'entre elles (29,2 %) manifestent un niveau de dépression clinique (score ≥ 12). À l'inverse, les mères du groupe soutenu sont 13,1% à obtenir un score supérieur ou égal à 12. Ce taux correspond au taux de la littérature internationale (10 et 20 % : Cohn et coll., 1990 ; Carro et coll., 1993 ; O'Hara & Swain, 1996 ; Manzano et coll., 1997).

2- Niveau de dépression (EPDS)

Rappel de l'hypothèse : *le niveau de dépression est plus important chez les mères du groupe non-soutenu comparé aux mères groupe soutenu, pour tous les temps de mesure, à partir du T3-3 mois jusqu'au T8-18 mois.*

Notre hypothèse est en partie validée.

²⁰ Taux moyen sur les huit temps de mesure.

En effet, si aucune différence n'est observée aux deux premiers temps de mesure (T1-2 semaines et T2-6 semaines), les comparaisons de moyennes des deux groupes (soutenu vs non-soutenu) à chaque temps de mesure ont mis en évidence une différence significative ($p < .05$) entre les deux groupes (soutenu vs non-soutenu) au T3-3 mois et un effet tendanciel au T4-6 mois mais pas aux temps suivants malgré des écarts importants aux T5-9 mois, T7-15 mois et T8-18 mois.

Les ANOVAs à mesures répétées ont mis en évidence une différence significative d'évolution des scores de dépression. Les mères qui ont bénéficié de soutien familial ont des scores qui chutent à partir du T3-3 mois jusqu'au T4-6 mois. À l'inverse, les mères du groupe non soutenu continuent de présenter le même niveau de dépression. La chute des scores a été confirmée par les comparaisons planifiées.

H1B - Le défaut d'étayage familial majore le risque d'anxiété postnatale.

Hypothèses opérationnelles

1- Prévalence anxiété-état

Rappel de l'hypothèse : *Les mères des deux groupes (soutenu vs non-soutenu) présentent des taux de prévalence d'état anxieux élevé (≥ 56) semblables aux deux premiers temps de mesures (T1-2 semaines et T2-6 semaines) correspondant à l'immédiat post-partum, puis la prévalence d'anxiété état est plus importante chez les mères du groupe non-soutenu, comparé au mères groupe soutenu, pour tous les temps de mesure, à partir du temps 3 jusqu'au T8-18 mois.*

Cette hypothèse n'est pas validée.

Malgré des écarts de proportions importants entre les mères des deux groupes, aucune différence significative n'est observée. Nous constatons néanmoins que les proportions de mères du groupe non soutenu qui ont un score d'anxiété état élevé [≥ 56] sont plus élevées que celles des mères du groupe soutenu du T1-2 semaines au T8-18 mois, avec des écarts moins importants aux T1-2 semaines et T6-12 mois, durant lesquels, les taux d'anxiété-état sont sensiblement identiques entre les deux groupes (groupe soutenu vs non-soutenu).

Un résultat important retient notre attention.

Dans notre échantillon total (groupes soutenu et non-soutenu), une participante sur trois (28,7 %) présente un état anxieux élevé (taux moyen sur les huit temps de mesure avec un score ≥ 56). Ce taux de prévalence est supérieur aux taux de la littérature internationale dans laquelle on retrouve un taux de prévalence à l'anxiété état de 18 à 20 % (Figueiredo & Conde, 2011; Grant, Mahon, Austin, 2008 ; Kessler et coll., 2005; Robertson et coll., 2004).

Ce taux est plus élevé chez les mères du groupe non-soutenu, puisque 40 % d'entre elles présentent une anxiété état élevée (score ≥ 56). À l'inverse, les mères du groupe soutenu présentent un taux d'anxiété-état légèrement en dessous des taux normatifs (16,8 % vs 18 à 20 %).

2- Niveau d'anxiété-état

Rappel de l'hypothèse : *Le niveau d'anxiété état est plus important chez les mères du groupe non-soutenu par rapport aux mères du groupe soutenu, pour tous les temps de mesure, à partir du T3-3 mois jusqu'au T8-18 mois.*

Cette hypothèse est en partie validée.

Si un seul effet tendanciel entre les deux groupes est observé au T3-3 mois, nous relevons des écarts importants (mais non significatifs) à tous les temps de mesure à l'exception du T6-12 mois (pour lequel il n'y a pas d'écart).

L'effet tendanciel entre les deux groupes au T3-3 mois est confirmé par les comparaisons planifiées (ANOVAs). Elles ont mis en évidence une différence d'évolution entre les groupes au cours du temps. Les mères du groupe soutenu ont des scores d'anxiété qui chutent au T3-3 mois. À l'inverse, aucune différence n'est observée chez les mères du groupe non-soutenu qui garde un même niveau d'anxiété-état. Ce qui laisse supposer une persistance du niveau d'anxiété au cours du temps.

Ces résultats mettent en évidence une instabilité de l'anxiété état dans le temps du post-partum, à l'inverse des nombreuses études menées sur ce sujet (Austin, 2004 ; Grant et coll., 2008 ;

Keeton, Perry-Jenkins, Sayer, 2008). De plus, ces résultats nous invitent à être plus précis dans l'identification des phases de vulnérabilité afin de mettre en place des actions de prévention efficaces et pertinentes.

3- Niveau d'anxiété-trait

Rappel de l'hypothèse : *Le trait anxieux est défini comme une disposition comportementale acquise et stable au cours de la vie adulte. Nous pensions observer une stabilité des scores au cours du temps T1-2 semaines à T8-18 mois), quel que soit le groupe (soutenu et non-soutenu).*

L'hypothèse n'est pas validée.

Alors que nous nous attendions à une stabilité des résultats à l'échelle anxiété-trait, nous observons la même chute des scores à partir du T3-3 mois chez les mères du groupe soutenu. Ce résultat laisse supposer que le trait anxieux est relativement labile durant cette période. Ce phénomène, en contradiction avec les nombreux travaux menés sur l'anxiété trait, a également été repéré dans l'étude de Robert et coll. (2008).

Nous pourrions faire l'hypothèse que l'évènement de la naissance et les quelques semaines après la naissance viennent modifier, de manière transitoire, l'organisation psychique de la parturiente. Les résultats de cette étude nous conduisent à penser que l'étayage familial permettrait de dépasser la crise de l'immédiat post-partum.

Le manque d'étayage familial dans l'immédiat post-partum serait ainsi d'autant plus préjudiciable qu'il aurait un impact sur l'organisation psychique (plus durable) des mères n'ayant pas bénéficié de ce type de soutien. Dix-huit mois après la naissance de leur enfant, les mères du groupe non soutenu continuent de présenter un trait anxieux moyen à élevé (un pic au T4-6 mois).

La maternité serait un événement anxiogène susceptible d'influencer, non pas seulement transitoirement mais de manière plus durable, l'organisation psychique des femmes devenues mères. Le défaut de soutien familial entraverait la métabolisation des éléments anxieux du post-partum immédiat par les mères. Non métabolisés, ces éléments anxieux pourraient s'inscrire dans la personnalité des mères du groupe non-soutenu. Il serait judicieux de poursuivre cette

recherche au-delà de 18 mois pour confirmer cette hypothèse.

Ce résultat peut être interprété différemment. Il est possible que les mères du groupe non-soutenu aient déjà, en anténatal et avant la grossesse, un trait anxieux. Celui-ci a perduré en post-natal.

Si le taux de prévalence de notre échantillon total (24,25 % pour un trait anxieux élevé supérieur à 56) ne diffère pas de celui de la population générale, qui est d'environ 30% (Kessler et coll., 2005), rappelons que le taux moyen d'anxiété trait (sur les huit temps de mesure) pour les mères du groupe non-soutenu est plus élevé (33,94 %) que celui des mères du groupe soutenu (12,94 %).

Discussion clinique de l'hypothèse secondaire - 1

Le défaut d'étayage familial externe dans l'immédiat post-partum fait perdurer la vulnérabilité maternelle.

Les analyses statistiques ont mis en évidence que **les scores des mères des deux groupes sont globalement semblables lors des deux premiers temps de mesure**, ce qui semble témoigner d'un état de fragilité « normal » dans l'immédiat post-partum et ainsi corroborer les résultats des études précédentes qui reconnaissent la période du post-partum comme une période de vulnérabilité (Bibring, 1959 ; Dugnat, 2002 ; Kurtz Landy, Sword, & Ciliska, 2008 ; Lessick et coll., 1992 ; Racamier, 1978 ; Rogers, 1997).

Les différences émergent à partir du deuxième et du troisième temps de mesure, soit six semaines à trois mois après la naissance. **Les mères qui n'ont pas bénéficié d'étayage familial ou qui n'ont pas pu compter sur cet étayage présentent une persistance des signes de détresse au-delà des trois mois du bébé (jusqu'à ses 6 mois), alors que les mères ayant bénéficié d'étayage familial ont des scores qui chutent à partir de 3 mois.** Ces résultats vont dans le sens de notre hypothèse (le défaut d'étayage familial externe dans l'immédiat post-partum fait perdurer la vulnérabilité maternelle). L'étayage familial dans l'immédiat post-partum pourrait permettre de passer cette zone de turbulence repérée après la naissance sans que les effets délétères de la maternité ne se cristallisent au niveau de l'organisation psychique de la mère.

Cette hypothèse est en partie validée.

Absence de différence significative, taille de l'échantillon et variabilité inter et intra-groupe :

Alors que des écarts importants existent aux deux auto-questionnaires (EPDS, STAI-YA, STAI-YB), nous n'avons pas trouvé de différence significative au-delà des six mois. Nous

pensons que l'absence de significativité peut être imputée à la fois à un manque de puissance statistique liée à la taille de notre échantillon qui diminue au cours du temps (35 mères en T1-2 semaines, 18 mères en T8-18 mois) ainsi qu'à une forte variabilité entre les participantes dans les deux groupes, et plus spécifiquement au sein du groupe non-soutenu.

Nous allons nous intéresser spécifiquement aux facteurs impliqués de cette variabilité.

Certaines mères du groupe non-soutenu, après avoir présenté des signes de souffrance psychique aux T1-2 semaines et T2-6 semaines, ont retrouvé un état psychique « normal » (non clinique). D'autres mères ne présentaient pas de signe de détresse aux deux premiers temps de mesure, puis aux temps suivants, elles présentaient des niveaux très élevés de dépression et d'anxiété. De même, si des mères du groupe non soutenu présentent un profil assez similaire, nous repérons qu'elles évoluent différemment.

Ainsi, il existe autant de situations et d'évolutions que de mères. Cela nous conduit à considérer l'implication d'autres facteurs qui ont aggravé ou au contraire modéré les effets du défaut d'étayage familial.

L'analyse des trois situations cliniques contrastées nous a permis de formuler des hypothèses explicatives sur l'existence et l'implication de **facteurs fragilisants ou protecteurs au niveau personnel et intrapsychique** (type d'attachement, relations passées mère-fille, qualité de l'objet interne et de l'imgo maternelle, antécédents psychiatriques et parcours anténatal) et au **niveau social et intersubjectif** (étayage familial, qualité des relations conjugales, alliance parentale, normes sociales).

L'implication dynamique de ces différents facteurs a été mise en exergue à travers les trois situations cliniques développées.

Implication dynamique des facteurs fragilisants ou protecteurs

Mme Claudel

Mme Claudel cumule plusieurs facteurs fragilisants au niveau personnel et intrapsychique : attachement insécuritaire craintif, relations passées mère-fille de mauvaise qualité, objet interne peu

fiable, imago maternelle infaillible et persécutante, antécédents de dépression. Et également au niveau social et intersubjectif : éloignement géographique de sa famille, relations conjugales peu satisfaisantes en anté et post-natal, retour précoce au travail.

L'ensemble de ces facteurs a contribué à l'émergence de détresses psychiques dans son devenir mère.

Vulnérabilité en amont de la maternité

Mme Claudel a des antécédents dépressifs (nous ignorons la période exacte et les motifs) qui ont certainement participé à l'émergence et à la persistance de son état de vulnérabilité 18 mois après son accouchement. Comme l'ont démontré de nombreuses études, les femmes qui ont des antécédents personnels de dépression ont un risque augmenté de présenter une dépression post-natale (Beck, 1996, 2001 ; Johnstone et coll., 2001 ; Josefsson et coll., 2002; O'Hara & Swain, 1996 ; Pope, 2000 ; Robertson et coll., 2004). De même, la stabilité des niveaux d'anxiété trait au cours du temps nous a conduit à faire l'hypothèse que le trait anxieux élevé s'est développé en amont de l'accès à la maternité.

Nous pensons que la vulnérabilité psychique repérée en post-partum existait avant la naissance de sa fille ainsi que la dépression et l'anxiété post-natales sont en partie dues à l'histoire infantile de Mme Claudel.

Lors de notre visite au 15 mois (T7), Mme Claudel nous a livré une partie de sa « théorie infantile ». Elle s'imaginait ne pas avoir comblé sa mère et devait répondre à l'injonction maternelle, réelle ou fantasmée, de se débrouiller par elle-même. Faire appel à sa mère était donc difficile voire impossible lorsqu'elle était en difficulté. Ainsi, Mme Claudel s'est construite avec l'idée qu'elle n'était pas assez aimable (participant à une mauvaise estime d'elle-même) et qu'elle devait se débrouiller seule, c'est-à-dire compter sur personne d'autre qu'elle-même. Dans cette situation, sa mère n'a pas été une base de sécurité lui permettant de se construire un sentiment de sécurité interne.

Type d'attachement inséculaire craintif

Mme Claudel a un attachement inséculaire de type craintif. Ce type d'attachement est caractérisé par un « modèle de soi » et un « modèle des autres » négatifs. Rappelons que les sujets craintifs présentent une faible estime de soi, manquent de confiance dans les autres qu'ils perçoivent comme indisponibles, ils ont fréquemment peur d'être rejetés et ressentent une grande inséculaire personnelle. Nous pensons que ce type d'attachement a contribué à une fragilité psychique exposant Mme Claudel à des émergences d'anxiété et de dépression post-natales.

De nombreuses études ont démontré l'association entre la dépression et l'attachement inséculaire : les sujets ayant un type d'attachement inséculaire ont été identifiés comme les plus à risque en ce qui concerne la dépression (Bifulco et coll. 2002 ; Bifulco et coll. 2003). Au sein même des sujets inséculaires, ceux qui ont un type d'attachement craintif-désorganisé seraient le plus à risque de développer des symptômes dépressifs. Dans leur étude, Murphy et Bates (1997) ont repéré dans un groupe de sujets déprimés les proportions suivantes : 47 % des sujets désorganisés-craintifs, 35 % des sujets préoccupés, 13 % des sujets détachés et seulement 7 % des sujets sécurés.

Absence de bon objet interne, imago maternelle infaillible et perséculatrice

Mme Claudel n'a pas pu s'étayer sur un bon objet interne et l'absence de proximité géographique de sa mère et de sa sœur l'ont contraint à être exposée, dans la solitude, au retour involontaire des éléments inconscients et refoulés de son histoire infantile, des fantasmes, angoisses archaïques et pulsions attenantes. Nous avons fait l'hypothèse que le manque de proximité géographique avec sa mère et sa sœur, a entravé les processus psychiques de la maternité et notamment l'acceptation des atteintes narcissiques de la maternité. Mme Claudel a perdu une peau et nous avons eu le sentiment qu'elle a été en difficulté pour s'en construire une nouvelle. Personne, à l'exception de son conjoint, ne l'a soutenue dans la négociation de ses pertes narcissiques et objectales au profit des gains. La présence d'un témoin féminin maternel lui a fait cruellement défaut. L'absence de ce témoin n'a pas été sans conséquence sur son état psychique et sur ses relations de couple et avec sa fille.

Nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle l'accès à la maternité a renforcé la vulnérabilité

psychique intrinsèque de Mme Claudel et l'absence d'étayage familial a accentué et fait perdurer cette vulnérabilité jusqu'au 18 mois de sa fille (T8).

De notre première visite à la dernière, Mme Claudel a exprimé son sentiment très intense de solitude et le manque de sa famille auprès d'elle. À plusieurs reprises, elle a fait le lien entre sa détresse, sa souffrance psychiques et l'absence de sa famille à ses côtés. Selon elle, son état psychique aurait été différent si sa famille avait été à proximité et plus précisément sa mère et sa sœur. Si les moments de retrouvailles avec sa mère n'ont pas toujours été faciles, nous avons repéré qu'ils procuraient d'authentiques sentiments positifs à Mme Claudel (visite des 12 mois, formation professionnelle dans la ville de sa mère où elle s'est rendue avec sa fille).

Éloignement géographique, un frein à l'étayage

Mme Claudel a été contrainte de faire face dans la solitude à tous les remaniements psychiques narcissiques et objectaux du devenir mère mais aussi à tous les aspects plus concrets induits par l'arrivée d'un bébé. Si sa sœur et sa mère sont venues lui rendre visite après son accouchement, leurs responsabilités professionnelles les ont rapidement contraintes à rentrer chez elles. L'évocation de la distance géographique qui sépare Mme Claudel de sa mère provoque toujours des pleurs intenses. Selon Mme Claudel, l'éloignement géographique : « *n'aide pas* » et elle aurait aimé que sa mère soit près d'elle et avec elle : « *de temps en temps ça ferait du bien.* ». Mme Claudel aurait aimé pouvoir compter sur sa mère ou sur sa sœur pour avoir une **présence soutenance dans la proximité et la continuité**, notamment dans la **dimension émotionnelle**²¹. La distance géographique, cumulée à sa personnalité (volonté d'y arriver seule et sans aide) ont entravé sa capacité à solliciter et à obtenir un soutien émotionnel. Si sa mère avait été plus proche géographiquement, Mme Claudel ne sait pas si elle aurait pu se confier à elle. Cependant, la proximité géographique aurait favorisé l'expression de ses difficultés²². Enfin, si

²¹ (« *Avant le téléphone ça allait bien, mais aujourd'hui je pense que j'aimerais bien pouvoir dire " ben viens boire un thé j'ai envie de pleurer " » ; « Oh ben c'était super de toute manière, avec la petite et tout c'était que du bonheur [...] le problème voilà c'est que maintenant les gens viennent nous rendre visite, ils viennent 3 jours pour voir la petite. C'est un peu ça. Moi je voudrais ce que je voudrais, pas forcément me voir moi, c'est quelqu'un qui ne soit pas loin dise "attends je suis dans le coin, je vais passer" même pour voir la petite* »).

²² (« *De temps en temps je lui dis, là je suis un peu fatiguée, je sais pas comment tu faisais, toi t'en as eu quatre, machin machin... mais bon voilà, c'est pas euh... je minimise. J'essaie un peu de temps en temps de prendre des trucs et astuces de récupérer quand même un peu d'infos de... mais non, non, puis elle est trop loin, on n'a pas, on n'a plus cette proximité, enfin, quand on vit proche, y'a une proximité qui se fait, on peut plus facilement parler*

sa mère avait été près d'elle, elle aurait pu avoir un lieu où se « réfugier » dans les moments de tensions, et leur proximité lui aurait permis de lui confier sa fille et avoir du temps pour elle et pour son couple. Cela met en évidence le besoin d'être étayée dans les aspects émotionnel et pratique-logistique.

Relations conjugales et alliance parentale

Les relations conjugales ont été instables et conflictuelles de l'anténatal au 18 mois de Pauline. Si Mme Claudel a pu par moment s'appuyer sur son compagnon, les difficultés conjugales ont principalement fragilisé Mme Claudel et entravé son devenir mère. Ces résultats sont en accord avec les études précédentes qui ont mis en évidence le lien significatif entre un soutien insatisfaisant de la part du conjoint (ou une relation maritale insatisfaisante) et la dépression du post-partum (Ballinger et coll., 1979, Braverman & Roux, 1978 ; Kumar & Robson, 1978; O'Hara, Rehm, & Campbell, 1983 ; Saucier, Bermazzani, Borgeat, & David, 1995 ; Guedeney, Jacquemain, & Glangeaud-Freudenthal, 2000 ; Christophe, 2003). Cette association se révèle significative non seulement lorsque la relation maritale ou le soutien du conjoint ont été mesurés pendant la grossesse (Collins et coll., 1993 ; Kumar & Robson, 1984 ; O'Hara, 1986 ; Watson, Elliott, Rugg, & Brough, 1984), mais également lorsqu'ils sont évalués en postpartum (Cox et coll., 1982 ; O'Hara et coll., 1983 ; Paykel et coll., 1980).

En l'absence d'étayage familial, Mr Claudel a eu la responsabilité de jouer tous les rôles et notamment celui de témoin féminin maternel. Les attentes de Mme Claudel à l'égard de son conjoint, bien que légitimes, étaient importantes et difficiles voire impossibles à satisfaire. Elles ont été source de déceptions pour Mme Claudel, persécutrices pour son compagnon et donc à l'origine des conflits du couple.

Si Mr Claudel a tenté de soutenir sa compagne, de la comprendre, être en empathie et contenir sa détresse, il a progressivement montré ses limites. Cible des reproches et des attaques répétées de sa compagne, nous avons assisté à l'aggravation des conflits de couple jusqu'à la séparation

du quotidien. Le quotidien on n'en parle plus quand les gens ne sont pas là, on parle que des faits ponctuels, exceptionnels. [...] Oui, donc non, j'ai pas ce genre de complicité aujourd'hui qui fait que je pourrais lui raconter mon quotidien tel qu'il est réellement. Ça, elle pourrait le voir que si elle venait. ».

transitoire aux 18 mois de leur fille.

Reprise du travail après le congé maternité

Nous pouvons aussi souligner les variables sociétales qui impactent le devenir mère et plus particulièrement la reprise du travail après le congé maternité.

La reprise du travail pour Mme Claudel a amplifié sa détresse psychique. Mme Claudel pensait qu'elle allait mieux le vivre car elle attendait sa reprise comme un moyen de mettre fin à son isolement et à son sentiment de solitude durant son congé maternité. Or, la reprise a été source de déception et de culpabilité. Épuisée physiquement, elle est devenue irritable et sa détresse psychique s'est aggravée. Elle a exprimé son regret de ne pas bénéficier, au même titre que sa fille, d'un mois d'adaptation pour son retour au travail. Selon elle, cela lui aurait permis de vivre moins douloureusement la séparation avec son bébé. Avoir un mois d'adaptation, a illustré un **besoin d'être aussi l'objet de sollicitude et de préoccupation.**

Dans quelle mesure cette reprise trop précoce (alors que son bébé est âgé de 10 semaines²³), vis-à-vis des enjeux psychologiques pour la mère, le père et le bébé, a pu participer à l'aggravation des troubles anxio-dépressifs de Mme Claudel ?

Capacité de solliciter et d'accepter l'aide des professionnels

Malgré son caractère à vouloir tout maîtriser et contrôler et un attachement craintif, Mme Claudel a, sur nos indications, fréquenté un lieu de soin et d'accueil parents-enfants. Dans ce lieu, elle a pu avoir accès à un dispositif groupal, à des consultations en individuel et parfois en couple et enfin une prise en charge médicamenteuse.

²³ La durée du congé maternité en France est de 16 semaines (6 en prénatal et 10 en post-natal, répartition modulable dans la limite de 2 semaines) pour la mère et 2 semaines pour le congé paternité en post-natal (dans les quatre mois qui suivent la naissance du bébé).

Mme Satie

Les résultats aux auto-questionnaires ont mis en évidence une seule période très « sensible et critique » au T2-6 semaines à laquelle Mme Satie obtient des scores très élevés à l'échelle de dépression et d'anxiété-état. En dehors de cette période, tous les scores aux auto-questionnaires de dépression et d'anxiété des autres temps de mesure sont bas. Si elle a pu bénéficier de la présence de son conjoint jusqu'au 1 mois de son fils (2 semaines de congé paternité plus 2 semaines de congés-payés), la période des 6 semaines correspond à la reprise du travail de Mr Satie et donc à l'épreuve de la solitude pour Mme Satie avec son bébé. Lors de notre première visite (T2-6 semaines) Mme Satie a très rapidement exprimé ses difficultés à être seule avec son bébé. Passés les trois premiers mois, elle a ensuite retrouvé un état psychique stable.

Or, si les résultats aux auto-questionnaires indiquent que Mme Satie retrouve un état psychique apparemment sans conflit aux trois mois après la naissance de son bébé, les entretiens menés dans le cadre de nos visites à domicile mettent en évidence une persistance des conflits psychiques (qui ne transparaissent pas dans les auto-questionnaires) jusqu'à la dernière visite, notamment avec son fils. Nous le verrons.

Nous avons repéré des facteurs qui ont fragilisé son état psychique et d'autres qui lui ont permis de sortir de l'état de chaos. Nous allons les développer.

Contexte de la grossesse et de la naissance

La grossesse et la naissance de Raphaël se sont déployées dans un contexte particulièrement anxiogène pour Mme Satie. En cause, les deux expériences de fausses couches qui ont été de véritables épreuves pour elle. Alors que la grossesse est arrivée au terme et que son bébé est né en bonne santé, l'anxiété a perduré jusqu'au 1 an de Raphaël sous la forme d'une angoisse de mort subite. Si elle a pu se confier à sa tante et trouver auprès d'elle du réconfort concernant ses fausses couches, Mme Satie a été seule pour faire face à ses angoisses, évoquées par elle au dernier entretien (T8-18 mois).

Si l'avortement spontané est un événement très fréquent qui concerne 12 à 24% des grossesses (Carter, Misri et Tomfohr, 2007) soit environ une femme sur quatre, de nombreux auteurs considèrent que la perte de la grossesse lors d'une fausse couche peut être vécue comme un

deuil (Wallerstedt et Higgins, 1995 ; Hanus, 2001) et avoir des répercussions psychopathologiques. Comme le souligne Nezelof, aucun terme n'existe pour parler de ces parents « désenfantés » (Nezelof, 2005, p. 6), « *Les hésitations sémantiques concernant ces accidents (accouchement ? expulsion ? opération ? extraction ?), et les modifications récentes, mais encore imparfaites, des textes de loi concernant le statut juridique du fœtus témoignent des difficultés sociales et médicales de représentation de cet évènement et entrent en résonnance avec les éventuelles difficultés psychologiques des femmes confrontées à cette "naissance-mort" particulière.* » (Nezelof, 2005, p. 5). Athey et Spielvogel (2000) ont mis en évidence qu'environ la moitié des femmes ayant vécu une fausse couche aura un risque de présenter des symptômes anxieux, dépressifs ou de stress traumatique. Une étude française a estimé que 51% des femmes présentaient une dépression selon les critères du DSM-III, trois mois après la fausse couche (Garel, Blondel, Lelong, *et coll.*, 1992).

Ainsi, les deux fausses couches ont pu contribuer à une fragilisation de l'état psychique de Mme Satie.

Absence d'étayage familial dans l'immédiat post-partum

Nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle la détresse psychique de Mme Satie est en partie due au manque d'étayage familial dans la réalité, à la fois dans la dimension psychique et émotionnel et dans les aspects plus logistiques et pratiques. En dehors de celui de son compagnon, Mme Satie n'a reçu aucun étayage pour métaboliser ses inquiétudes et angoisses liées à la rencontre classique avec un bébé et au devenir mère, mais aussi les angoisses très intenses de mort subite du nourrisson (actives jusqu'au 12 mois de son bébé). Le champ lexical de la guerre (au même titre que Mme Claudel) qu'elle a emprunté pour décrire l'immédiat post-partum témoigne de cet état de chaos et de *no man's land* identifié par de nombreux auteurs et notamment par Rochette (2009). Cet état de chaos n'est pas simplement lié aux remaniements psychiques. Cet état a été majoré par l'absence d'aide pratique (préparation des repas, relais auprès de son bébé pour qu'elle puisse prendre soin d'elle) et d'étayage émotionnel et psychique pour subvenir aux besoins de son bébé (traduction et mise en sens des besoins de son bébé) et contenir ses anxiétés pour réduire son hypervigilance et son hypersensibilité à l'égard de son bébé. L'absence d'étayage concret, qui lui aurait permis d'obtenir une aide pratique, un étayage émotionnel et psychique, semble avoir contribué à la détresse de Mme Satie et par voie de

conséquence, entravé en partie l'accès à la maternité de Mme Satie (préoccupation maternelle primaire et capacité de rêverie) et l'établissement de relations précoces de qualité avec son bébé, que Mme Satie a rapidement perçu comme persécuteur et rival. Nous y reviendrons.

Ainsi, si ses angoisses avaient été contenues par son groupe familial et notamment par sa mère et si Mme Satie avait pu bénéficier d'un soutien dans les aspects pratiques lorsque son conjoint a repris le travail, elle aurait certainement mieux supporté les besoins de son bébé, les remaniements psychiques de la maternalité et ainsi aurait été plus disposée à être dans une préoccupation maternelle équilibrée, nous le verrons. Enfin, la présence physique de sa mère à ses côtés lui aurait permis d'avoir accès à son histoire et au récit du bébé et de l'enfant qu'elle a été. Nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle ce défaut de récit a entravé le devenir mère de Mme Satie, et plus spécifiquement dans sa capacité à réduire le sentiment d'étrangeté dans la rencontre avec son bébé.

L'influence de son histoire infantile

Si cela a été si compliqué et difficile pour Mme Satie de s'occuper de Raphaël, petit être vulnérable, c'est que cela la renvoyait inconsciemment à une époque de sa vie, durant laquelle, elle a dû précocement s'occuper de sa propre mère, qui était elle-même très vulnérable. Précocement contrainte à occuper une fonction de pourvoyeur de soins à l'égard de sa mère dépressive, la vulnérabilité de son bébé, les soins psychiques et physiques à lui prodiguer (holding et handling) ont réveillé d'anciennes motions violentes qui se sont réactualisées dans le lien à son bébé. Si nous nous référons à la distinction de la violence et agressivité proposée par Bergeret (2002), les motions hostiles repérées dans sa relation à Raphaël ne sont pas agressives, c'est-à-dire avec la volonté de nuire, mais plutôt une réaction de défense à un sentiment de menace.

À l'inverse de Mme Claudel, Mme Satie est rapidement sortie de cet état de chaos, 3 mois après la naissance de son fils. Nous avons identifié plusieurs facteurs ayant contribué à la sortie de ce chaos. Nous allons les développer.

Ressources internes

Les relations passées entre Mme Satie et sa mère étaient de qualité (données du PBI indiquent que, selon Mme Satie, elle a eu dans le passé un lien optimal avec sa mère), ce qui a certainement contribué à la construction d'un objet interne suffisamment bon et a un narcissisme primaire suffisamment solide. En revanche l'exposition à la détresse de sa mère lorsqu'elle était adolescente a certainement participé une représentation maternelle dépréciée et par conséquent, à la création d'un imago maternelle faible et non enviable. Ces différents éléments ont été à l'origine d'un attachement détaché, caractérisé par un « modèle de soi » positif et un « modèle des autres » négatif. Ainsi, Mme Satie, à l'inverse de Mme Claudel, était plus « armée » narcissiquement pour faire face au chaos du post-partum immédiat.

Raphaël, tempérament et interactions

Selon Mme Satie, l'évolution positive de son état psychique a été favorisée par son bébé. À 3 mois, Raphaël est un bébé joyeux et sociable qui a développé des compétences interactives. Cela a participé à la réassurance progressive de Mme Satie sur ses compétences maternelles.

Ce résultat est en accord avec les différentes études démontrant l'influence de l'enfant, notamment lorsqu'il présente des comportements « difficiles », des pleurs excessifs ou encore des difficultés liées au sommeil sur l'émergence de symptômes dépressifs maternels postnataux (Cutrona & Troutman, 1986 ; Dennis & Ross, 2005 ; Eastwood et coll., 2012 ; Radesky et coll., 2013 ; Vik et coll., 2009 ; Whiffen & Gotlib, 1989).

Les relations conjugales et l'alliance parentale

À l'inverse de Mme Claudel, Mme Satie a bénéficié d'un étayage important de la part de son compagnon. Cet étayage correspond à la fois à la présence réelle de son compagnon auprès d'elle dans les soins à donner à leur bébé, sans prendre sa place, sans lui adresser de critique et intervenant sans jamais la faire culpabiliser ou lui faire ressentir qu'elle est incompetente. Lorsque Mme Satie tenait des propos négatifs à propos de leur fils, Mr Satie, avec délicatesse,

l'amenait à relativiser, ce qui permettait à Mme Satie de modifier son regard sur son bébé sans se sentir disqualifiée et mauvaise mère.

Ces différents éléments nous ont conduit à formuler l'hypothèse selon laquelle Mr Satie a assuré une fonction contenante pour sa compagne. Ainsi, il a participé activement au devenir mère de Mme Satie et a contribué à la préserver d'un effondrement psychique persistant.

Reprise du travail après le congé maternité

La reprise à temps partiel a permis, à Mme Satie, de pouvoir à la fois préserver sa vie professionnelle et ses temps avec son fils.

Mme Monet

Concernant l'état psychique de Mme Monet, nous avons identifiés une fluctuation des scores de dépression et d'anxiété au cours du temps. Les scores sont élevés à très élevés aux T3-3 mois, T4-6 mois, T7-15 mois et T8-18 mois. En revanche, les scores sont en dessous des seuils cliniques aux T1-2 semaines, T2-6 semaines, T5-9 mois et T6-12 mois.

Malgré nos difficultés à avoir accès à la vie psychique de Mme Monet, nous avons formulé des hypothèses explicatives à cette fluctuation des scores et à l'implication de différents facteurs.

Vulnérabilité en amont de la maternité

Si nous ne pouvons faire uniquement des hypothèses par manque de données en anténatal, l'association à la fois des éléments du discours de Mme Monet, les observations que nous avons réalisées (difficultés de prendre soin de son corps, de s'investir dans ses études et une vie professionnelle stable, à rencontrer et se lier d'amitié avec des personnes réelles), mais aussi les indices obtenus via les auto-questionnaires (scores élevés à très élevés à l'échelle d'anxiété trait à tous les temps de mesure, à l'exception du T4-6 mois ; type d'attachement craintif et relations passées avec sa mère, caractérisées par un lien « contrôle peu affectueux ») nous ont

amené à faire l'hypothèse que la vulnérabilité psychique de Mme Monet repérée en post-partum était certainement présente en amont de l'accès à la maternité.

Si nous avons fait l'hypothèse que la maternité a renforcé un narcissisme primaire fragile et réparer des éléments de son histoire (allaitement, elle s'occupe à 100% de son fils alors qu'elle dit avoir souffert d'un manque de présence de ses parents durant son enfance), le contexte social et familial a contribué à un renforcement de son état de vulnérabilité psychique.

D'un étayage familial défaillant à un étayage familial opérant, l'influence de la proximité géographique :

Mme Monet a manqué d'étayage familial au niveau émotionnel et informatif. Ni sa mère, ni sa sœur ne l'ont étayée dans ces deux dimensions. Les questions, les demandes de conseils, les inquiétudes n'ont pas trouvé de répondant familial étayant et bienveillant. Au contraire, Mme Monet s'est sentie jugée, ses besoins et désirs peu considérés.

Si Mme Monet s'est peu confiée à sa propre mère, leur proximité géographique a permis à Mme Monet de bénéficier de soutien pratique (courses, ménage) et que se développe progressivement un investissement affectif entre sa mère et son fils. Ainsi, Mme Monet a pu confier son fils à sa mère et avoir des temps de répit pour se reposer, avoir du temps pour elle et pour son couple. Ce qui a manqué à Mme Satie et Mme Claudel. De même, alors que Mme Monet a rapporté avoir eu dans le passé des relations peu chaleureuses avec sa mère, leur proximité géographique lui a permis de constater que sa mère avait des compétences grand-maternelles. Nous pensons que ce constat a participé à une certaine restauration narcissique de Mme Monet. Nous avons fait l'hypothèse que la proximité géographique entre Mme Monet et sa mère l'a protégée d'un effondrement dépressif et anxieux, tel que nous avons pu observer chez Mme Claudel.

Isolement social et relations conjugales insatisfaisantes :

Passé les premiers mois, Mme Monet a pu exprimer sa difficulté à être seule et de ne pas avoir de relations sociales. Ce sentiment d'isolement a été majoré par les relations conjugales peu satisfaisantes qui se sont détériorées au cours du temps.

Étayage professionnel source de déception :

L'absence de répondant familial au niveau émotionnel et informatif a amené Mme Monet à solliciter les professionnels spécialisés (pédiatre, PMI, conseillères en lactation). Mais cette recherche d'aide s'est toujours soldée par une déception. Soit elle s'est sentie jugée dans ses compétences maternelles et disqualifiée, soit les délais d'attente pour obtenir des renseignements et des conseils étaient trop longs, soit les professionnels banalisaient ses difficultés.

Nous allons maintenant nous intéresser à l'impact du défaut d'étayage familial sur les processus maternels (préoccupation maternelle primaire et rêverie maternelle) et sur la qualité des relations précoces mère-bébé.

H2 - Hypothèse secondaire 2

Le défaut d'étayage familial externe dans l'immédiat post-partum entrave les processus de maternalité :

- au niveau des devenir des motions hostiles (agressivité, haine, envie) de la mère vis-à-vis de son bébé.

- au niveau de la préoccupation maternelle primaire (la qualité du holding, les capacités d'identification au bébé) et la rêverie maternelle (défaillance de la fonction alpha).

Hypothèse clinique :

Rappel de l'hypothèse : Nous nous attendions à repérer dans les entretiens :

- la présence de motions hostiles : agressivité, haine, envie chez la mère à l'égard de son bébé.

- des difficultés chez la mère : dans les capacités de holding, sur les capacités d'identification au bébé, défaillance de la fonction alpha.

Ces difficultés vont transparaître au cours des visites dans les difficultés chez la mère de parler à son bébé, de traduire ses éprouvés en mots, de supporter et de répondre aux besoins de celui-ci.

Cette hypothèse est en partie validée.

Nous avons vu précédemment que les motions hostiles de la mère à l'égard de son bébé sont classiques (Bergeret, 2002 ; Ciccone, 2007 ; Cramer et Palacio Espasa, 1993 ; Le Guen, 1999 ; Winnicott, 1947). Notre travail de thèse a permis de mettre en évidence les liens existants entre une faiblesse d'étayage familial et l'émergence des motions hostiles ainsi que leurs évolutions et leurs impacts sur les processus de la maternalité et par voie de conséquence sur la relation mère-bébé.

Les trois cas permettent de mettre en évidence des dialectiques singulières.

Mme Claudel

Dans la situation de Mme Claudel, si Pauline était, dans le discours maternel, aux deux premiers temps de mesure (T2-6 semaines et T3-3 mois), « *la plus belle, la plus éveillée, la plus mignonne* » et « *un rayon de soleil !* », les premières motions hostiles ont émergé lorsqu'elle a eu le sentiment de perdre l'attention et l'amour de son conjoint au bénéfice de leur bébé et en conséquence, a fait naître un sentiment de rivalité à son égard, qui s'est amplifié au cours du temps.

L'absence d'étayage familial a amené Mme Claudel à diriger toutes ses attentes et besoins d'étayage et de contenance au niveau émotionnel et pratique en direction de son conjoint ²⁴. Mme Claudel a donné la responsabilité à son conjoint de lui dire lorsqu'elle exagère et surtout de faire pare-excitation de ses mouvements hostiles ²⁵. Or, si nous avons repéré des capacités d'empathie et de compréhension chez Mr Claudel, il a rapidement montré des limites à contenir sa compagne. Face à l'intensité de sa détresse, Mr Claudel semblait démuni et immature : il réagissait fréquemment par une attitude maniaque ou tentait de relativiser les difficultés, la détresse et la souffrance de sa compagne en les banalisant dans l'objectif de la rassurer. Cette attitude, certainement défensive, était en dissonance avec les éprouvés de Mme Claudel. Ses attentes et besoins légitimes, non satisfaits ont été source de déceptions pour elle, persécutrices pour son compagnon et donc à l'origine de conflits conjugaux et de séparation transitoire. C'est dans ce contexte, que les premiers symptômes dépressifs et anxieux de Mme Claudel ont émergé. Or, plus la dépression et l'anxiété se sont installées et moins Mme Claudel a été capable d'identifier et de répondre aux besoins de son bébé, besoins qui sont devenus progressivement persécutants et tyranniques (fantasmes de vampirisation).

Lors de notre cinquième visite (T5- 9 mois), Mme Claudel a décrit une situation de guerre et de chaos. Elle était épuisée psychiquement et physiquement et n'avait plus de ressources ni d'énergie. Alors que dans les précédentes visites, elle mettait en cause son travail et son compagnon, elle a exprimé indirectement que la cause de l'aggravation de son état était Pauline et les transformations liées à la maternité. Nous avons assisté à une forme d'implosion, un effondrement, témoin de l'aggravation de la dépression dans le temps.

²⁴ « *Je mets tout sur lui, ça, je le sais* » « *T'as une pression sur les épaules mon chéri* » « *je ne peux compter que sur toi. Et si les jours où tu défailles ça veut dire que je ne peux pas compter sur toi, ça veut dire que je suis toute seule.* »

²⁵ : « *Oui c'est-à-dire que lui à être vigilant, qu'il puisse me dire de temps en temps "là tu exagères"* ».

En réaction aux difficultés de sa compagne, Mr Claudel a prodigué en grande partie les soins à leur bébé : préoccupation primaire, holding, handling et capacités de rêverie. Cette situation, si elle l'a soulagée par moment, a également fait naître chez Mme Claudel un fort sentiment de culpabilité de ne pas être une mère compétente et suffisamment bonne.

Devenir mère pour Mme Claudel a été progressivement synonyme de pertes narcissiques et objectales. La maternité semble l'avoir transformée en négatif au point qu'elle ne se reconnaissait plus. Ce sentiment a été partagé par son compagnon ²⁶, ce qui a renforcé sa souffrance et sa détresse. Si elle a reconnu être anxieuse, son anxiété s'est intensifiée en devenant mère : « *Quand Pauline est née, je lui ai tout donné, et tout le vide, on l'a rempli par de l'inquiétude. Et j'en suis encore là, je lui ai donné tout mon rayon de soleil et c'est notre rayon de soleil, je sais d'où ça vient. Elle a tout pompé. Et moi je suis juste hyper inquiète, je suis une boule d'inquiétude envers elle* ». Nous avons fait l'hypothèse que l'absence de sa famille a contribué à ce fantasme de vampirisation de Pauline à l'égard de sa mère. Personne ne s'est préoccupé d'elle et personne n'a contenu son inquiétude. Elle est une enveloppe déformée et vide.

Les pertes ont concerné également son apparence physique. Les transformations corporelles l'ont complexée et ont impacté l'image qu'elle avait d'elle-même, sa féminité et sa sexualité. Personne n'a aidé Mme Claudel à relativiser ses pertes narcissiques et objectales au profit des gains. Dans cette configuration, Pauline a été progressivement identifiée par Mme Claudel comme l'agent de ses pertes et est devenue l'objet de nouvelles motions hostiles.

La fonction d'étayage familial au profit des processus maternels et de la relation mère-bébé a été également mise en évidence lorsque Mme Claudel a passé un séjour auprès de sa mère et de sa sœur (T6-12 mois). La présence réelle et la sollicitude de ces deux figures féminines significatives ont accordé à Mme Claudel la reconnaissance de sa nouvelle identité et fonction maternelles. Elle lui ont permis de se restaurer narcissiquement et ont contribué à l'inscription filiale de sa fille et ont participé à transformer la perception maternelle sur Pauline. Pauline, qui était une petite fille remuante et sujet de l'épuisement maternel lors des précédentes visites, est alors devenue une petite fille adorable. Mais, cet étayage, non inscrit dans la continuité, n'a pas permis à ce que perdurent ces changements positifs.

²⁶ « *oui et puis je vais te dire moi, je ne t'ai pas connue comme ça hein il y a quatre ans !* »

Les motions hostiles ont été repérées à travers les demandes d'autonomie précoce de Mme Claudel à l'égard de sa fille. Épuisée psychologiquement et physiquement et en l'absence d'étayage auprès d'elle, Mme Claudel a contraint précocement Pauline à trouver en elle-même des ressources. Dès les premières semaines, Pauline reste seule dans son lit le temps que Mme Claudel finisse ses activités le matin. Elle est peu entourée et contenue par ses parents durant ses épisodes de maladie et Mme Claudel attend que sa fille tienne seule son biberon à six mois.²⁷

La détresse et la souffrance psychique de Mme Claudel ont impacté ses capacités maternelles. Pauline ne semble pas avoir suffisamment de place dans l'économie psychique maternelle. Des moments d'indisponibilité (émotions neutres, regard absent) alternent avec des moments de sollicitude anxieuse démesurée (difficulté de séparation). Son état dépressif a également altéré sa bienveillance, sa tolérance et sa patience à l'égard de son enfant (exploration, curiosité...). Les caractéristiques positives qu'elle identifie chez sa fille (éveillée, positive, enthousiaste) sont opposées aux siennes (voit la vie en noir) et semblent être à l'origine d'émergence d'envie kleinienne.

Nous avons repéré que les motions hostiles ont été également agies dans la relation mère-bébé. Mme Claudel relate des épisodes durant lesquels, son état de désaide et l'absence d'étayage ont eu des répercussions directes sur Pauline. Pauline a subi plusieurs expériences de lâchage²⁸ [T3-3 mois]. Lors d'une dispute, Mme Claudel avait Pauline dans les bras et elle s'est sentie la lâcher [T8-18 mois]).

Progressivement, Pauline, qui était une petite fille « *calme* », « *facile* » et « *malléable* » est devenue à 18 mois « *colérique* », « *compliquée* », « *teigneuse* » et « *têtue* » selon ses parents. L'absence de tiers n'a pas régulé leur perception négative.

Nous avons fait l'hypothèse que les signes de retrait observés chez Pauline, les troubles psychosomatiques, la sur-adaptation pouvaient être des mécanismes de défense en réponse aux fluctuations des processus maternels et aux mouvements hostiles à son égard.

Le manque de proximité affective et l'éloignement géographique de sa mère n'ont pas favorisé la résolution des remaniements psychiques de la maternalité. Mme Claudel a été seule face à

²⁷ (Mme Claudel: « *oui être autonome, voilà ! j'attends réellement un geste de sa part : c'est qu'elle tienne son biberon toute seule ! quand elle va tenir son biberon toute seule...* »).

²⁸ (Mme Claudel « *j'ai pris ma gosse, je l'ai posée comme un paquet dans la voiture, je suis arrivée à la crèche je l'ai posée comme un paquet à la crèche* »

ses théories infantiles et à son objet interne pas suffisamment bon. La petite fille qui s'est sentie mal-aimée et non désirée par sa propre mère a été trop présente. Si Mme Claudel a pu reprendre en partie ses théories, nous pensons que l'absence de proximité géographique ne lui a pas permis de s'en libérer suffisamment et ainsi être plus disponible pour sa fille.

Les relations que Mme Claudel a cherché à nouer avec des personnages féminins dans différents lieux (cours de préparation à l'accouchement, crèche, lieu d'accueil parents-enfants, travail...) témoignent de sa quête incessante de témoins significatifs féminins maternels. Si Mme Claudel a pu trouver un étayage de façon ponctuelle auprès de ces personnages féminins, les témoins significatifs féminins maternels restent sa sœur et surtout sa mère.

Mme Satie

Concernant Mme Satie, nous avons repéré, dès notre première visite, des motions hostiles maternelles à l'égard de son bébé. Celles-ci ont perduré jusqu'à notre dernière visite (T8-18 mois). Nous avons identifié des facteurs ayant contribué à l'émergence et à la persistance de ces motions hostiles et d'autres, qui les ont modérées. Nous allons les développer.

Comme nous l'avons déjà souligné, l'accès au devenir mère de Mme Satie s'est déployé sur deux expériences de fausses couches. Puis, elle a dû faire face, durant toute la première année de son fils, à une angoisse de mort subite. Si Mme Satie a pu trouver du réconfort et un apaisement auprès de sa tante maternelle concernant les fausses-couches, l'angoisse persistante de mort-subite n'a pas fait l'objet d'un travail de contenance intersubjectif.

Nous nous sommes questionnée sur les conséquences de ses expériences et angoisses sur la qualité d'investissement affectif de Mme Satie à l'égard de son bébé. Dans quelle mesure pouvait-elle s'autoriser à investir un bébé menacé de mourir ? Un bébé menacé de mourir menace sa mère d'être exposé à l'angoisse de perte et à la perte. Les motions hostiles, sans que nous puissions l'affirmer, ont pu émerger suite aux expériences de fausses couches et à l'angoisse de perte due à la menace de mort subite.

Lorsque son compagnon a repris le travail, Mme Satie s'est retrouvée seule avec son bébé, démunie, découragée, épuisée physiquement et psychiquement. Nous avons supposé que cet état de détresse était en partie dû à la situation de solitude et à l'absence d'étayage auprès d'elle.

Si la maternité est toujours une expérience inédite pour les devenants mères, elle est plus ou moins bien supportée notamment en fonction de leurs assises narcissiques (Ciccone, 2007). Or, pour Mme Satie, qui apprécie avoir une maîtrise et garder le contrôle sur les événements, l'inédit de la maternité l'a surtout fragilisée. Son bébé, à 8 semaines lui était toujours énigmatique (« *Pourquoi ils ne mettent pas la notice avec ?* »). Les pleurs dus aux troubles digestifs et aux troubles du sommeil ont intensifié son étrangeté et la difficulté de Mme Satie à le comprendre et à l'apaiser. Nous nous sommes d'ailleurs interrogé sur l'origine des troubles du sommeil diurnes de Raphaël. Étaient-ils symptomatiques de l'état d'hypervigilance maternelle voire d'une défaillance du système pare-excitation maternelle, notamment en réponse à l'angoisse de mort subite ? Comme l'indique Debray, les troubles psychosomatiques du bébé traduisent « *un état de crise qui affecte le bébé ou le jeune enfant dont le système pare-excitation est en partie débordé, c'est-à-dire insuffisamment contenu dans le système pare-excitation maternel et paternel, qu'il s'agisse d'un état de crise transitoire ou plus durable.* » (Debray, 1987, p.77). Cette hypothèse sur la défaillance du système pare-excitation maternelle a été confortée par l'utilisation d'appareils électro-ménagers (hotte, aspirateur et radio) par Mme Satie pour faire face aux pleurs de son bébé.

Les difficultés que Mme Satie a rencontrées pour prendre soin de son bébé dans les premières semaines post-partum ont contribué à l'émergence de sentiment d'incompétence, de culpabilité et de honte, et par conséquent de motions hostiles.

De plus, la vulnérabilité de son fils, les exigences de soins à lui prodiguer ont été source de violence pour Mme Satie. La répétition des visites nous a permis de lier cette violence aux événements de son histoire. S'occuper d'un autre vulnérable l'a renvoyée inconsciemment aux soins qu'elle a dû dispenser et à la vigilance qu'elle a dû déployer, lorsqu'elle était pré-adolescente, à l'égard de sa propre mère dépressive. La vulnérabilité de son bébé et les soins psychiques et physiques à lui prodiguer (holding et handling), ont réveillé d'anciennes motions hostiles qui se sont réactualisées dans le lien à son bébé. Par conséquent, la mise en place des processus maternels (préoccupation maternelle primaire et de la capacité de rêverie) a été restreinte et moins aisée. Rapidement²⁹, Mme Satie a formulé des attentes d'autonomie et de maîtrise précoce, qui se sont poursuivies jusqu'aux 18 mois de son fils. Ce dernier a été, contraint d'évoluer dans un environnement maîtrisé dans lequel il a peu pu explorer, manipuler et encore moins détruire (jeux de barrières T8-18 mois). Les modifications, les manipulations

²⁹ (Mme Satie : « *tu n'as pas l'intention de nous laisser tranquilles ?* » T2-6 semaines)

ont été vécues, par moments par Mme Satie, comme des destructions³⁰. Il est possible que les jeux de son fils aient fait violemment écho dans son économie psychique. A-t-elle pu s'autoriser à détruire face à sa mère dépressive ? Ressent-elle de l'envie (Klein) à l'égard de son fils qui peut expérimenter ces jeux ? Ou est-ce que les jeux construction-destruction de son fils sont difficilement supportables car ils la renvoient à l'autodestruction de sa propre mère (dépressive et qui ne s'alimentait plus) ? Est-ce que les motions hostiles de Mme Satie, en tant que bébé, ont été insuffisamment contenues par sa propre mère ? Dans cette hypothèse, si elle n'a pas fait suffisamment l'expérience de la capacité de rêverie maternelle de sa propre mère, elle pourrait être en difficulté pour contenir celles de son fils.

La relation qu'elle a nouée avec son bébé semble se déployer sur les mêmes modalités que celles que nous avons repérées dans ses relations avec sa propre mère. Une alternance de mouvements hostiles et de tendresse. Si Mme Satie exprime un soulagement quant à l'absence de sa mère dans son accès à la maternité, elle peut également exprimer le manque de l'avoir auprès d'elle. Et plus particulièrement dans sa fonction narrative. Si elle avait été toujours en vie, Mme Satie lui aurait demandé de lui parler d'elle lorsqu'elle était bébé, ce qui lui aurait permis d'avoir accès à son histoire individuelle et familiale. Nous pensons que l'absence de récit a eu un impact négatif dans la rencontre avec son bébé et à la mise en place des processus maternels. Ce récit aurait permis à Mme Satie de s'identifier plus facilement à son bébé, de mettre en sens ses éprouvés, de réduire le sentiment d'étrangeté, de pouvoir plus facilement accepter sa vulnérabilité et de ne pas interpréter ses besoins comme des injonctions persécutrices. De plus, la présence de sa mère auprès d'elle est difficilement remplaçable. Mme Satie a préféré se priver de l'étayage de sa belle-mère pour ne pas s'exposer à la déception. Car elle sait que cette dernière n'aurait pas fait comme sa mère, et surtout parce qu'elle ne l'était pas³¹. Néanmoins, elle s'imagine pouvoir s'appuyer sur le modèle de sa belle-mère, qui a développé une relation affective de qualité avec son fils, conjoint de Mme Satie et peur de leur bébé.

³⁰ Mme Satie : « *Quel est l'intérêt de l'avoir cassé là pour la remonter là, moi ça me dépasse Raphaël !* » T8-18 mois.

³¹ Mme Satie : « *Oui oui, mais c'est vrai que moi je n'irai pas lui demander. Et en plus, c'est vrai que moi comme je n'ai pas ma maman et quand on n'a pas sa maman, on aurait tendance à attendre des choses d'elle ce qu'on aurait attendue de sa propre mère et puis évidemment la réponse ne sera pas la même et je le sais. Parce qu'elles ne sont pas les mêmes personnes, parce qu'elles n'ont pas le même vécu et que voilà, et puis ce n'est pas ma mère tout simplement. Je vais attendre des choses que Sylvie ne pourrait pas me donner et après j'ai pas envie de me mettre dans une situation où je pourrais lui en vouloir qu'elle m'ait donné un conseil, lui en vouloir de pas avoir ces gestes et tout* »

D'autre part, la situation de Mme Satie, comme celle de Mme Claudel met en évidence le besoin d'étayage pratique et logistique dans l'immédiat post-partum. L'image de l'état de siège qui nous est venue lorsqu'elle nous a décrit cette période est représentative de l'état psychique de Mme Satie, conforte ce besoin d'une présence réelle.

Ainsi, si ses angoisses avaient été contenues par son groupe familial et notamment par sa mère et si Mme Satie avait pu bénéficier d'un soutien dans les aspects pratiques lorsque son conjoint a repris le travail, elle aurait certainement mieux supporté les besoins de son bébé, les remaniements psychiques de la maternalité et ainsi aurait été plus disposée à être dans une préoccupation maternelle primaire équilibrée et être plus disponible pour son bébé.

Nous avons repéré que les premières motions hostiles maternelles à l'égard de Raphaël ont émergé à cause de leurs états respectifs de vulnérabilité. D'autres causes ont été repérées. La maternité a contraint Mme Satie à modérer son investissement au travail. Cela a été source de conflit psychique entre sa vie de femme et son devenir mère.

Progressivement, nous avons repéré que les motions hostiles ont émergé en lien avec son insécurité affective concernant la place singulière qu'elle avait pour son fils et l'amour qu'il lui porte. Si elle a dit qu'elle savait que son fils l'aime, l'absence de témoin (en dehors de son compagnon) de son devenir mère et de la relation mère-bébé, a contribué à cette insécurité et a induit des phénomènes importants de rivalité avec son compagnon et son fils. Insuffisamment rassurée, elle ne pouvait pas réellement se réjouir du lien existant entre Raphaël et son père et de l'investissement affectif de son entourage amical à l'égard de son bébé. À défaut de s'en réjouir, nous avons repéré chez Mme Satie des mouvements hostiles d'envie (Klein).

En l'absence de ces témoins rassurants, Mme Satie a été en quête de gratitude, d'attention, d'amour et de reconnaissance de la part de son bébé, qui bien sûr ne pouvait pas, à lui seul, la combler. Insuffisamment reconnue, identifiée, gratifiée, Mme Satie a attaqué ceux qui l'ont frustrée dans ses attentes, et en première ligne, Raphaël.

Enfin, nous avons constaté que les motions hostiles maternelles étaient en lien avec les pertes ressenties par Mme Satie vis-à-vis de sa vie conjugale. Lors de la dernière visite, Mme Satie a employé le terme de « *mort* » pour répondre à notre question sur les modifications de leur vie de couple. Celle-ci met en évidence la violence de la perte vécue par elle de ce qui existait de leur couple avant l'arrivée de Raphaël.

Ainsi, si nous nous référons à la distinction entre la violence et agressivité proposée par Bergeret (2002), si les motions hostiles repérées dans sa relation à Raphaël sont à la fois agressives, c'est-à-dire avec la volonté de nuire, elles sont principalement une réaction de défense face à un sentiment de menace narcissique et objectale.

Contrairement à Mme Claudel, Mme Satie a pu bénéficier d'un étayage effectif de la part de son conjoint et père de leur bébé, de l'assistante maternelle (« *conseillère bébé* ») et de sa pédiatre, ancienne amie d'école. Mr Satie a assuré une fonction de contenance des motions hostiles de sa compagne à l'égard de son fils et aussi à son encontre de la première à la dernière visite. Il a su être une base de sécurité (par exemple Mme demande à son compagnon de rester auprès d'elle « *au cas où je fais des bêtises* » T4-6 mois) et un réel soutien pour sa compagne face aux difficultés qu'elle a rencontrées. Il n'a jamais formulé de critique à son égard, intervenait sans jamais la faire culpabiliser ou lui faire ressentir qu'elle était incompétente. Lorsque Mme Satie tenait des propos négatifs sur Raphaël, Mr Satie, avec délicatesse, l'amenait à relativiser et cela amenait Mme Satie à modifier son regard sur leur fils. Le regard très positif porté à la fois par son compagnon et aussi par l'assistante maternelle sur Raphaël, mais aussi les débuts progressifs d'autonomie, les échanges et surtout les prémisses de retour sur son investissement affectif, ont certainement participé à un changement de regard de Mme Satie sur son fils et aussi sur sa confiance en elle dans ses compétences maternelles.

À l'inverse de Mr Claudel, Mr Satie a su trouver la juste distance entre étayage et non-empiètement de la fonction maternelle de sa compagne. D'autre part, si Mme Satie a exprimé le sentiment de perte liée à l'arrivée de Raphaël vis-à-vis de leur vie conjugale, nous avons néanmoins repéré une préservation de leur conjugalité (confirmé par les résultats aux auto-questionnaires EAD.). De même, l'absence de plainte concernant les transformations de son corps peut être expliquée par cette préservation de leur conjugalité.

Si les motions hostiles ont perduré jusqu'aux 18 mois de Raphaël, les exigences de la maternité semblent avoir moins impactées Mme Satie que Mme Claudel. Malgré l'impact négatif d'une imago maternelle non enviable, car associée à une représentation de vulnérabilité, Mme Satie a pu, dans son devenir mère, s'appuyer sur un objet interne suffisamment bon, développé via des relations affectives précoces de qualité avec sa mère (confirmé par les données obtenues au PBI-lien optimal). Cela a contribué à la construction d'un narcissisme primaire (maternel) plus solide et moins vulnérable aux aléas de la maternité.

Enfin, nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle, les attitudes d'évitement repérées de Raphaël pourraient être réactionnelles à l'alternance de mouvements tendres et hostiles de sa mère à son égard, mais aussi en réaction aux demandes maternelles précoces d'autonomie, de maîtrise de soi et de respect des règles et des soins parfois prodigués sans douceur. Ces attitudes d'évitement, repérées par Mme Satie ont participé à la persistance des motions hostiles maternelles.

Mme Monet

Contrairement à Mme Claudel et Mme Satie, nous avons au cours des visites repéré moins de motions hostiles manifestes de la part de Mme Monet à l'égard de son fils. Si la mise en place de la préoccupation maternelle primaire a été plus aisée, en revanche, nous avons constaté une faible capacité de rêverie maternelle. Nous avons identifié plusieurs causes que nous allons développer.

Mme Monet a rencontré moins de difficultés dans son accès à la maternité. Au lieu de l'attaquer, devenir mère a participé à une restauration narcissique (sentiment de fierté, d'accomplissement, développement d'une confiance en elle) et objectale (retrouvailles avec sa mère à travers la nouvelle relation entre sa propre mère et son fils). Si la mise en place de la préoccupation maternelle primaire a été aisée, nous pensons que c'est parce qu'elle lui a demandé moins de renoncements sur ses investissements personnels, professionnel et conjugal. Ces différents domaines semblaient peu investis avant sa grossesse.

Ses capacités de régression et d'adaptation ont permis à Mme Monet d'offrir à son bébé un enveloppement sécurisant dans les premiers mois (jusqu'au six mois de Liam), ce qui a favorisé un niveau de développement psychomoteur et affectif harmonieux et des compétences multiples sur le plan cognitif. En revanche, nous avons repéré chez Mme Monet une difficulté à développer une capacité de rêverie maternelle. Nous avons fait l'hypothèse que cette difficulté de rêverie maternelle était en lien avec son défaut de mentalisation et à un mécanisme efficace d'évitement pour se protéger d'un effondrement dépressif. Or si cela l'a protégée, ce défaut de mentalisation a été préjudiciable pour Liam, qui a, par moment, dû faire face seul à des éprouvés positifs mais surtout négatifs. Sans que le défaut de mentalisation et donc de capacité de rêverie maternelle soit le seul facteur en cause, nous avons fait l'hypothèse que Liam a, dans ce

contexte, développé des troubles psychosomatiques (sommeil, eczéma) et a eu un accès au langage tardif.

Le défaut de mentalisation identifié chez Mme Monet donne une autre lecture possible au peu de motions hostiles repérées lors de nos visites. En effet, si la maternité a permis à Mme Monet de se restaurer narcissiquement, il est possible que le peu de motions hostiles manifestes soit en partie dû à son défaut de mentalisation. Dans cette configuration, Mme Monet a été en difficulté pour repérer ses propres motions hostiles ainsi que celles émanant de son fils. Cette absence de travail psychique des motions hostiles maternelles à l'égard de son bébé représente un risque de passage à l'acte hétéro-agressif. Mais aussi comme nous l'avons vu, ce défaut de travail psychique représente un risque sur le développement de Liam dans ses capacités progressives de pouvoir mettre du sens sur les affects et les mouvements de sa mère et de lier et contenir sa propre agressivité.

Si Mme Monet a pu bénéficier d'un soutien de la part de sa mère dans les aspects pratiques, ce qui lui a permis d'avoir des espaces de répit, l'absence d'étayage psychique et émotionnel a participé à la persistance d'un mécanisme de défense d'évitement. Par conséquent, Mme Monet n'a pas pu être étayée dans le développement de sa capacité de rêverie au service de son bébé.

H3 - Hypothèse secondaire 3

Le défaut d'étayage familial externe dans l'immédiat post-partum rend plus difficile la gestion des motions hostiles (agressivité, haine, envie) de la mère vis-à-vis de son conjoint, en tant que père et amant.

Afin d'éviter des répétitions et parce que la satisfaction conjugale et l'alliance parentale sont intimement liées, nous proposons de répondre séparément aux deux sous hypothèses au niveau statistique, puis de développer une discussion clinique commune étayée par nos trois cas.

H3A - Le défaut d'étayage familial externe dans l'immédiat post-partum a un effet négatif sur les relations conjugales.

Rappel de l'hypothèse : *les mères du groupe non soutenu obtiennent des scores plus faibles à l'échelle d'Ajustement Dyadique (EAD) comparé aux mères du groupe soutenu à chaque temps de mesure et leurs scores baissent dans le temps. À l'inverse, les scores à l'échelle d'Ajustement Dyadique (DAS-16) des mères du groupe soutenu sont stables dans le temps.*

Cette hypothèse n'est pas validée.

Les analyses statistiques indiquent une baisse de la qualité des relations conjugales quel que soit le groupe. Ces résultats sont par ailleurs en accord avec les études précédentes qui ont mis en évidence une baisse de la satisfaction maritale chez les couples suite à la naissance de leur enfant (Belsky et coll., 1983 ; Belsky & Isabella, 1985 ; Cowan et Cowan, 1988; Frascarolo et coll., 2009 ; Lawrens et coll., 2008 ; Shapiro et coll., 2000).

H3B - Le défaut d'étayage familial externe dans l'immédiat post-partum a un effet négatif sur l'alliance parentale.

Rappel de l'hypothèse : *les mères du groupe non soutenu obtiennent des scores plus faibles à l'Inventaire de l'alliance Parentale (IAP) que les mères du groupe soutenu et que les scores à l'Inventaire de l'alliance Parentale (IAP) des mères du groupe non soutenu baissent dans le temps. À l'inverse, les scores à l'Inventaire de l'alliance Parentale (IAP) des mères du groupe*

soutenu sont stables dans le temps.

Cette hypothèse n'est pas validée.

Les analyses statistiques n'ont fait ressortir aucun effet significatif entre les deux groupes. Le défaut d'étayage semble ne pas avoir d'effet sur l'alliance parentale. Ce résultat montre par ailleurs la stabilité de l'alliance conjugale au cours du temps quel que soit le groupe. Ce résultat corrobore les résultats de Schoppe-Sullivan et coll. (2004) qui ont indiqué que la qualité de l'alliance parentale tend à être stable au cours de la première année de la parentalité et au-delà.

Discussion clinique de l'hypothèse secondaire - 3

Le défaut d'étayage familial externe dans l'immédiat post-partum va rendre plus difficile la gestion des motions hostiles (agressivité, haine, envie) de la mère vis-à-vis de son conjoint, en tant que père et amant.

Si les analyses statistiques n'ont pas mis en évidence de différence entre les deux groupes sur la satisfaction conjugale et la qualité de l'alliance parentale, nous avons repéré que l'absence d'étayage familial a pu contribuer à une fragilisation des couples au niveau de leurs conjugalités et de leurs alliances parentales et ce, à des degrés différents chez les mères du groupe non-soutenu.

Comme nous l'avons vu, les besoins et attentes des devenants mères sont importants, multiples et diverses. Lorsque le conjoint et père de l'enfant est seul à répondre aux attentes de sa compagne, cette situation a pu mettre en péril leur conjugalité et/ou leur alliance parentale.

Mr et Mme Claudel

Dans la situation du couple de Mr et Mme Claudel, nous avons observé que les attentes de Mme Claudel (aide pratique, partage émotionnel, reconnaissance des atteintes et des pertes narcissiques, valorisation dans sa fonction maternelle) à l'égard de son compagnon n'ont pas pu être satisfaites. Elles ont été source de frustration et de déception pour elle, persécutrices pour son compagnon et donc à l'origine d'émergence de motions hostiles et de nombreux

conflits de couple. **Les mésententes conjugales** exprimées lors de la première visite ont évolué vers de réels conflits conjugaux et même à la séparation temporaire du couple, 18 mois après la naissance de leur fille. Les conflits conjugaux ont d'ailleurs été un des principaux sujets abordés durant nos visites. Si Mme Claudel a pu par moment exprimer sa gratitude, les attaques à l'égard de son conjoint ont été intenses et nombreuses. Lors de nos visites, Mme Claudel lui adressait fréquemment des reproches et critiques, attaquait certains traits de sa personnalité, le disqualifiait et l'infantilisait.

De son côté, Mr Claudel semblait durant nos visites, plutôt attentionné et bienveillant à l'égard de sa compagne, tentant de la faire relativiser ses difficultés vis à vis de ses atteintes narcissiques. Mais cette attitude n'a pas été suffisante pour contenir sa détresse. Il a lui-même pu exprimer ses limites. Ce qui a contribué à l'aggravation de l'état psychique de Mme Claudel. Rapidement, il a exprimé le sentiment de ne pas la reconnaître et cela a majoré la souffrance de Mme Claudel, elle-même en prise avec ses propres atteintes narcissiques et objectales. La maternité a révélé des traits de personnalité, des fonctionnements et des comportements encore inconnus par eux, et plus spécifiquement chez Mme Claudel. Leurs personnalités respectives très différentes : une certaine forme d'immaturation chez lui et des traits de caractère obsessionnel chez elle ont contribué à aggraver l'état de crise.

Face à ce chaos, Mme Claudel a « négligé » son couple ³². Si leur couple était fragile en anténatal, la situation d'isolement a renforcé cette fragilité. Ils ont, l'un et l'autre, souligné l'impact du manque de relais familial auprès d'eux pour confier leur fille et avoir des espaces de répit pour se retrouver et tenter d'atténuer les tensions existantes.

De plus, les motions hostiles adressées à son conjoint sur la scène de la conjugalité ont résulté d'un sentiment de rivalité, de jalousie voire d'envie à l'égard de son compagnon, père reconnu comme suffisamment bon par Mme Claudel et elle, mère pas suffisamment bonne, voire mauvaise mère. Elles pourraient être aussi réactionnelles à une déception de ne pas trouver en son conjoint ce « témoin féminin maternel » tant désiré. Cette hostilité non déguisée, la

³² Mme Claudel : « *Je dis pas que c'est pas du plaisir, mais je peux pas dire "j'y vais pas" ! "tiens, j'ai pas envie j'y vais pas", c'est comme "tiens ce matin je suis pas maman", c'est pas possible, par contre je peux mettre mon couple de côté, clairement, aujourd'hui, ce que je néglige le plus c'est notre relation de couple parce que c'est le plus facile... [...] Et il y a une confiance je sais qu'il sera toujours là, il ne va pas partir... [...] il ne va pas partir dans les six mois parce que [...] je n'ai pas perdu mes kilos de grossesse, voilà toutes ces choses qui font que je ne prends pas le temps de m'occuper de moi comme quand on le fait quand on n'a pas de bébé... ».* (T4-6 mois)

culpabilité, les sentiments de persécution ont affecté violemment leur couple conjugal en l'absence d'un étayage familial.

Malgré des relations conjugales chaotiques, Mr et Mme Claudel ont tenté de construire une **alliance parentale** en se soutenant dans l'exercice de leurs fonctions. La répartition des soins donnés à leur fille a été réalisée de manière spontanée, sans concertation et ajustement. Cela était souvent source de tensions et de conflits. Nous avons envisagé l'impact de cette fluctuation de repères et leurs conséquences dans le développement de Pauline. Malgré les tensions, l'alliance parentale a été plutôt préservée dans ce couple aux relations conjugales chaotiques, parfois au détriment de leur fille. L'absence de transmission familiale sur les pratiques de maternage a contribué à des tâtonnements et à de nombreuses tensions.

Enfin, Mr Claudel, en assumant une grande partie des soins de Pauline (handling, holding et identification au bébé), s'est progressivement substitué à Mme Claudel, ce qui a renforcé le sentiment de sa compagne de ne pas être une mère suffisamment bonne. Si cette attitude a pu soulager Mme Claudel, elle a à d'autres moments participé à l'émergence de motions hostiles (envie et rivalité). Cette configuration fait penser au « baby roque » décrit par Mellier : le père « *met la mère sur la touche [...] se met à la place de l'autre, cherche à l'évincer, trop proche du bébé, ce qui ne sera pas sans source de tension au sein de la famille.* » (Mellier, 2015, p.55). De même, si Mme Claudel avait été l'objet de sollicitude, notamment de sa mère, elle aurait mieux vécu l'émergence de liens affectifs entre sa fille et son conjoint, père de l'enfant, et en retour ils auraient été moins la cible de ses motions hostiles.

Le travail thérapeutique, face aux tensions conjugales et aux désaccords dans l'alliance parentale, a été profitable pour Mme Claudel qui a repéré que lorsqu'elle n'allait pas à ses séances, elle était plus irritable, moins patiente et les problèmes de couple réapparaissaient. Ce travail thérapeutique a été également profitable pour leur fille.

Mr et Mme Satie

À l'inverse de Mr et Mme Claudel, la dimension conjugale a été très peu abordée.

L'arrivée de leur fils a impacté différemment leur conjugalité. Pour Mme Satie il y a un avant et un après, ce qui témoigne d'un remaniement intense voire d'un deuil à réaliser pour elle sur

leur vie de couple avant la naissance, contrairement à Mr Satie, qui s'épanouit dans sa paternité, malgré les changements dans leur couple.

S'ils reconnaissent tous les deux que la présence de Raphaël a modifié leur relation de couple, celle-ci n'a pas été désorganisée. Malgré quelques tensions observées, en partie causées par les difficultés rencontrées par Mme Satie dans son accès à la maternité et son constat que devenir père pour son compagnon est plus aisé et épanouissant, Mr et Mme Satie nous ont apparu complices et être, l'un pour l'autre, des soutiens.

Malgré les difficultés de Mme Satie dans son devenir mère, la solidité de leur couple leur a permis d'accéder l'un et l'autre à la parentalité sans trop de heurts. La préservation de leur conjugalité a contribué à la construction d'une alliance parentale solide. En effet, malgré quelques tensions observées, Mr et Mme Satie nous ont donné l'impression de former une équipe soudée de la première à la dernière visite.

La qualité de leur alliance parentale est vraisemblablement due en grande partie à la personnalité de Mr Satie. Son caractère souple, son écoute, sa bienveillance, son empathie, sa capacité à relativiser les difficultés et à contenir les mouvements hostiles de sa compagne, ne formulant aucune critique et intervenant sans jamais la faire culpabiliser ou lui faire ressentir qu'elle était incompétente, ont contribué à une transition souple à la parentalité. De même, ses interventions positives ont permis à Mme Satie de modifier son regard sur leur fils. De cette manière, Mr Satie a participé activement au devenir mère de sa compagne. *Il a su la soutenir sans prendre sa place* et être présent pour son fils. Cette relation, solide entre eux au regard de leur bébé, a certainement « tempéré » les élans désorganisateur de Mme Satie. Mr Satie a réussi à être légèrement à distance de la relation maternelle, comme un soutien, *une fonction pont* (Ciccione, 2011), un tiers réparateur (Golse, 2006). Nous pouvons faire l'hypothèse que la bisexualité psychique de Mr Satie, une négociation flexible du masculin-féminin et du maternel et paternel a pu contribuer à cet étayage effectif.

Bien qu'il n'y ait pas eu d'étayage familial concret, ce qu'ils ont regretté, l'investissement affectif des membres de la famille de Mr Satie (sœurs et parents) a offert à Mr et Mme Satie une couverture protectrice qui les a soutenus dans leur devenir parent.

Mr et Mme Monet

Les relations conjugales n'ont jamais été abordées spontanément par Mr et Mme Monet et, malgré nos relances, nous avons recueilli peu d'éléments à ce sujet.

Lors des premières visites, nous avons perçu une certaine complicité entre Mr et Mme Monet. Progressivement, leurs relations de couple nous sont apparues fragiles et source d'insatisfaction pour elle. Mr Monet était peu présent, souvent fatigué et selon elle, elle assumait une grande partie des tâches domestiques et des soins prodigués à leur fils. La communication au sein de leur couple était pauvre et leurs capacités d'élaboration étaient faibles. Peu de tensions ont été observées et verbalisées par elle lors de nos visites, malgré des scores indiquant une détresse conjugale chez Mme Monet.

L'étayage concret de la mère de Mme Monet leur a permis d'avoir des espaces de répit, ce qui a vraisemblablement préservé la stabilité de la relation.

Sans mesure en anténatal et en l'absence d'une élaboration à ce sujet par le couple, nous ignorons l'impact réel de l'arrivée de leur fils dans leur relation conjugale.

Si, dans le cadre de nos observations, l'alliance parentale nous a semblé assez satisfaisante, malgré quelques points de désaccords verbalisés par Mme Monet, les scores à l'échelle d'alliance parentale ont de nouveau mis en évidence une insatisfaction importante. Si Mr Monnet a reconnu, à plusieurs reprises, les compétences maternelles de sa compagne, il n'a pas été une source de soutien et de ressources dans leur alliance parentale. En l'absence d'étayage familial, mais aussi de réponse de la part des professionnels, Mme Monet s'est retrouvée seule face aux aspects pratiques de maternage et d'éducation.

SYNTHÈSE GÉNÉRALE

Impact du défaut d'étayage sur l'état psychique maternel et sur les processus maternels

Les analyses statistiques de notre étude corroborent les études précédentes qui reconnaissent la période du post-partum comme une période de vulnérabilité et confirme l'existence d'un état de fragilité « normal » dans l'immédiat post-partum (Bibring, 1959 ; Dugnat, 2002 ; Kurtz Landy, Sword, & Ciliska, 2008 ; Lessick et coll., 1992 ; Racamier, 1978 ; Rogers, 1997).

Alors que nous n'avons pas observé de différence significative entre les deux groupes (soutenu/non-soutenu) aux deux premiers temps de mesure (T1-2 semaines et T2-6 semaines), les analyses ont mis en évidence une évolution différente au cours du temps en fonction du groupe. **Les mères qui n'ont pas bénéficié d'étayage familial ou qui n'ont pas pu compter sur cet étayage présentent une persistance des signes de détresse au-delà des trois mois du bébé (jusqu'à ses 6 mois). À l'inverse, les mères qui ont bénéficié d'étayage familial ou qui ont pu compter sur cet étayage ont des scores qui chutent à partir de 3 mois.** L'étayage familial dans l'immédiat post-partum permettrait de passer cette zone de turbulence repérée après la naissance sans que les effets délétères de la maternité ne se cristallisent au niveau de l'organisation psychique de la mère.

S'il existe des écarts importants entre les deux groupes, aucune différence n'a été relevée au-delà de six mois. Nous avons imputé cette absence de différence significative à la fois à un manque de puissance statistique liée à la taille de notre échantillon qui diminue au cours du temps ainsi qu'à une variabilité importante entre les participantes dans les deux groupes, et plus spécifiquement au sein du groupe non-soutenu. Certaines mères de ce groupe, après avoir présenté des niveaux cliniques à l'échelle de dépression et d'anxiété retrouvaient un état psychique « normal », alors que d'autres mères continuaient d'obtenir des scores alarmants.

Nous avons tenté de donner sens à cette variabilité intra-groupe en nous appuyant sur nos trois cas cliniques. Ceux-ci nous ont permis d'identifier des interactions singulières entre différents facteurs, qui associés au défaut d'étayage familial, majoraient la détresse psychique des mères ou à l'inverse, la minoraient.

Ainsi, le défaut d'étayage n'a pas les mêmes incidences sur l'état psychique maternel en fonction des *facteurs internes* : antécédents de vulnérabilité psychique, qualité des relations passées mère-fille, type d'attachement, objet interne et imago maternelle ; et des *facteurs externes* : proximité géographique, relations actuelles mère-fille, qualité des relations conjugales et de l'alliance parentale, tempérament du bébé, reprise du travail, soutien des professionnels de la petite enfance.

Ainsi, la persistance des signes de détresse chez certaines mères du groupe non-soutenu semble être le résultat d'un cumul de facteurs à la fois internes et externes.

Il serait pertinent dans une future étude de préciser, au niveau statistique, l'implication de chaque variable citée au regard du devenir mère.

Les trois cas cliniques nous ont permis de mettre en exergue la dialectique entre le défaut d'étayage familial dans ses aspects concrets et dans ses dimensions psychiques et émotionnelles, la détresse maternelle, l'émergence et la persistance dans le temps de motions hostiles, les processus maternels.

Préoccupation familiale du devenir mère

Les trois mères (plus spécifiquement Mme Claudel et Mme Satie) ont exprimé *leur besoin d'être l'objet de sollicitude, de bienveillance* et au même titre que leur bébé, *de préoccupation* de leur entourage dans les aspects pratiques (préparation des repas, ménage, courses, garde) et dans la dimension émotionnelle (valorisation, sécurité affective, confiance en soi).

Ces résultats corroborent les études réalisées sur le besoin des devenants mères à être l'objet de sollicitude et de bienveillance de la part de leur entourage (Abriola, 1990 ; Börjesson et coll., 2004 ; Cronin, 2003 ; Doucet et coll., 2012 ; Evans et coll., 2012 ; Hess et coll., 2010 ; Negron et coll., 2012 ; Racamier, 1979 ; Stern, 1997, Winnicott, 1950), de normaliser et de valider l'expérience vécue (Cronin, 2003 ; Darvill et coll., 2010 ; Doucet et coll., 2012 ; Evans et coll., 2012 ; Haga et coll., 2012 ; Letourneau et coll., 2007, 2012 ; Svensson et coll., 2006), qu'elles aient la possibilité d'exprimer des plaintes sans trop de culpabilité (Cronin, 2003), de pouvoir être rassurées sur leurs capacités à s'occuper de leur enfant (Abriola, 1990 ; Darvill et coll., 2010 ; Evans et coll., 2012 ; Hogg & Worth, 2009 ; Letourneau et coll., 2012 ; Razurel et coll.,

2011) et d'être soutenues pour maintenir leur estime d'elles-mêmes (Abriola, 1990; Darvill et coll., 2010; Hogg & Worth, 2009; O'Connor, 2001; Phillips & Pitt, 2011; Razurel et coll., 2011).

Notre étude offre des précisions supplémentaires sur la fonction d'étayage et sur les personnes qui l'assurent.

Si les mères, que nous avons rencontrées, ont eu besoin que leurs conjoints, pères de leurs bébés, participent à une couverture protectrice (Winnicott) et s'ils se sont tous investis auprès de leurs compagnes (même si ces investissements ont été inégaux), nous avons constaté qu'ils n'ont pas pu, à eux seuls, en assumer l'entièreté du rôle et de la fonction.

Nous avons identifié deux causes majeures.

Premièrement, nous avons identifié une cause sociétale. Si leurs conjoints ont pu en partie répondre à ces différents besoins lors de leurs congés paternité, deux des trois mères de nos situations cliniques ont fait l'expérience d'une solitude contrainte, soudaine et brutale lorsqu'ils ont repris leurs activités professionnelles (Mme Satie et Mme Claudel). Nous avons constaté les effets délétères de cette solitude forcée sur leurs états psychiques et/ou sur les processus maternelles et l'investissement de leurs bébés.

Deuxièmement, si les trois mères ont attendu un étayage de la part de leurs conjoints, pères de leurs enfants, nous avons constaté qu'elles ont attendu également un *étayage de la part des membres féminins de leurs familles et plus spécifiquement de leurs mères*. L'importance de ces personnages a été mise en évidence par l'expression verbalisée répétée de leurs manques et/ou par les impacts que leurs absences ou de leurs défaillances ont eues dans les trois cas cliniques sur leurs états psychiques, sur les processus maternels et sur les motions hostiles des devenants mères.

Ces résultats corroborent les travaux Capponi & Horbacz (2007), Lavigueur et coll. (2005) et ceux de Stern sur la constellation maternelle (1997), et plus spécifiquement sur la matrice de soutien dans laquelle les personnages féminins maternels assurent un holding de la fonction maternelle : la grand-mère maternelle, la mère, la/les sœurs, et les tantes maternelles.

« [...] *il faut une matrice pour soutenir le système. Ici, je fais une distinction entre les choses pratiques et physiques où le mari prend le rôle le plus important, et les choses psychiques où*

la mère a besoin d'un holding, d'un environnement dans lequel elle est soutenue plutôt par une ou des femmes en général plus âgées ou plus expérimentées comme mères, qui ont la légitimité d'une mère. C'est quelque chose que la plupart des hommes ne peuvent pas faire pour elle, et surtout pas le mari. [...] Ce que la nouvelle mère désire avant tout, en général au niveau fantasmatique, c'est de recevoir une forme de validation, un encouragement, un avis, le soutien d'une femme plus expérimentée comme mère. Je parle souvent d'un complexe, ou de l'idéal d'une bonne grand-mère qui peut soutenir cette femme pour qu'elle parvienne à trouver un fonctionnement maternel. » (Stern, 2012, p.48).

Si Stern identifie les attentes des mères (« *une forme de validation, un encouragement, un avis, le soutien* »), le holding de la matrice à l'égard de la devenant mère n'a pas été précisément développé par l'auteur. De plus, si selon Stern le conjoint de la devenant mère ne peut pas assurer ce holding, il ne développe pas les causes.

Nous allons nous intéresser à ces deux points.

Espace de récit intergénérationnel, le bébé, la mère et les membres de la famille

Espace de récit dyadique

L'accès au devenir mère induit un retour des éléments passés de son histoire « *Tout se passe donc comme si la naissance et la présence interactive du bébé de chair et d'os réactivaient, par un effet d'après-coup, les expériences passées de l'histoire infantile précoce de la mère, et ceci notamment dans le champ de l'attachement, expériences passées qui – même déformées – vont dès lors infiltrer la nature qualitative du système relationnel que la mère va inconsciemment proposer à son enfant. » (Gosle, 2007, p. 77).*

La convocation de ces premiers chapitres, pour reprendre l'expression de Missonnier, va permettre que s'ouvre un espace de récit entre le bébé et l'adulte qui prend soin de lui.

Selon Golse : « *À chaque fois qu'un adulte s'occupe d'un bébé, s'institue entre les deux un style interactif éminemment spécifique de cette dyade. Le style interactif de l'adulte est en effet la résultante de son histoire personnelle (ce qu'il est aujourd'hui, le bébé que lui-même a été, la nature des interactions précoces qui ont été les siennes) et de la rencontre avec cet enfant*

particulier qui a ses propres caractéristiques interactives – en termes de "modèles internes opérants" (J. Bowlby, I. Bretherton) ou d' "accordage affectif" (D.N. Stern) – et qui occupe une place particulière dans le monde interne représentationnel de cet adulte singulier. Dans le cadre de cette rencontre inédite, chacun va alors "raconter" quelque chose à l'autre. L'adulte à sa manière, raconte au bébé le bébé qu'il a lui-même été, qu'il a cru être ou redouté être, tandis que le bébé à sa manière, "raconte" à l'adulte l'histoire de ses premières rencontres interactives ou interrelationnelles. » (Golse, 2011, p.15).

Espace de récit et d'observation familial dédié aux éléments historiques

Nous avons constaté, à l'appui des trois cas cliniques, que si les mères convoquent leur objet interne, leurs imagos parentales, s'appuient sur leurs représentations consciemment et inconsciemment, pour se raconter à leurs bébés dans un dialogue intérieur, nous avons constaté *qu'elles ont eu besoin, au même titre que leurs bébés, qu'un espace de récit s'ouvre ou se ré-ouvre sur les éléments historiques dans la réalité, à la fois sur le bébé qu'elle ont été et sur les mères qu'elles deviennent pour se subjectiver en tant que mère.* La possibilité d'avoir accès à ces éléments historiques a représenté une occasion de reprendre certains éléments du passé, de participer à une restauration narcissique (Mme Claudel et Mme Monnet). Il apparaît que « cet espace de récit » est d'autant plus important à ouvrir lorsque les objets internes sont insuffisamment bons et étayants, lorsque l'imgo maternelle est soit trop vulnérable ou au contraire trop idéalisée.

Si les mères ont eu besoin de s'adresser dans la réalité à leurs membres familiaux, et principalement aux membres féminins maternels, nous avons constaté qu'elles peuvent également s'adresser à leurs propres pères. Ainsi, Mme Claudel a contacté son père pour vérifier ses théories infantiles (sentiment de ne pas avoir comblé sa mère). Cet espace de récit est d'autant plus important lorsque la devenant mère n'a pas eu accès au récit sur le bébé qu'elle a été avant sa maternité. L'expérience de la maternité est parfois la première occasion pour les mères de reprendre leurs histoires infantiles.

Cet « espace de récit familial » est conditionné en partie par la *proximité relationnelle mère-fille avant et après la naissance, mais aussi par la proximité physique.* Ainsi, nous avons vu que l'éloignement géographique a entravé ce travail de mise en récit (Mme Claudel). Et si

malgré la proximité physique, l'espace de récit avec leurs mères n'est pas aisé à ouvrir dans la réalité, la proximité physique a permis d'avoir la possibilité de constater l'investissement affectif de leurs propres mères à l'égard de leur enfant, et par conséquent a offert une occasion de remanier leurs représentations et ainsi faire évoluer positivement les relations (Mme Monet et Mme Claudel). Nous pourrions nommer ce phénomène « *un espace d'observation* ». L'espace de récit et/ou d'observation en présence du bébé pourrait offrir des retrouvailles progressives et moins conflictuelles entre les devenants mères avec leurs propres mères lorsque dans le passé les relations étaient conflictuelles. Ainsi, si les relations passées mère-fille conditionnent fortement l'évolution de l'état psychique maternel, les relations actuelles peuvent contribuer à son amélioration.

Ce résultat corrobore l'analyse de Mellier concernant les effets de cette vérification sur la transformation des fantasmes sur les parents réels : « *Entre le "parent interne" de la mère et la place réelle que vont prendre ses propres parents autour de la naissance, il y a tout un écart qui peut être très salutaire. La place effective des grands-parents dément les fantasmes sur eux. S'il n'y a plus d'écart, cela peut être sidérant. Leur type de présence autour du bébé vient en quelque sorte confirmer chez le nouveau parent ses propres représentations internes. En fait, toute une dialectique peut se travailler, dans le même temps, où le "devenir parent" se module, se transforme avec le "devenir grand-parent"* » (Mellier, 2015, p.60). Ce résultat corrobore également l'analyse de Soulé (1983) selon laquelle les relations actuelles de la femme avec ses propres parents sont tout autant importantes dans le devenir mère que les relations passées.

Ainsi, cette capacité de la mère à se raconter à son bébé est dépendante de la possibilité d'avoir accès à un espace de récit entre la devenant mère et les membres de sa famille et plus spécifiquement avec sa propre mère dans la réalité.

Nous avons vu que l'absence et/ou la défaillance de la mise en récit, notamment en ce qui concerne le bébé qu'elles ont été, la relation qu'elles ont eu dans le passé avec leurs propres mères ont impacté les processus maternels. Ne pas avoir accès au bébé qu'elles ont été et/ou pensent avoir été, a entravé la réduction *du sentiment d'étrangeté* et les mécanismes d'identification maternelle. En l'absence de ce récit, les mères sont restées connectées à l'étrangeté de leur propre bébé interne, celui qu'elles ont été et par conséquent, ont été peu disponibles pour interpréter les états internes de leurs bébés dans la réalité (Mme Claudel et Mme Satie).

Nous avons également constaté que les mères que nous avons rencontrées ont besoin d'avoir accès à un espace de récit et d'observation non pas seulement sur les éléments historiques, mais aussi sur les éléments actuels de leurs devenir mère. Cet espace de récit et d'observation sur ces éléments actuels a pu, dans certaines situations, impacter favorablement l'état psychique maternel, les processus maternels, la relation mère-bébé et les relations conjugales et parentale.

Un espace de récit et d'observation familial dédié aux éléments actuels

Nous avons vu précédemment que, en devenant mère, la femme s'expose à des vécus de passivité et de perte, à des atteintes narcissiques et objectales importantes.

La devenant mère est amenée à renoncer transitoirement à ses investissements extérieurs au profit du bébé, et notamment, ceux concernant sa vie de femme et d'amante auprès de son mari. Elle peut se sentir contrainte de n'être rien d'autre qu'une mère. Les situations de Mme Claudel et Mme Satie confirment ce phénomène.

Les atteintes et pertes sont aussi physiques : devenir mère expose la devenant mère à un corps qui lui échappe, qui se transforme, qui passe du plein au vide, un corps qui a pu être mutilé durant l'accouchement et qui doit être réparé, des seins qui se gorgent de lait et qui peuvent être douloureux. Les transformations corporelles peuvent induire un sentiment de perte de maîtrise, d'un corps qui ne leur appartient plus. Le corps se transforme, il mue, la devenant mère perd une peau pour en trouver une autre. Ces changements corporels sont en lien avec la vie qu'elle a donnée et qu'elle doit désormais assurer. Nous avons pu constater les effets de ces transformations corporelles sur l'état psychique de Mme Claudel, qui les a identifiées comme une des causes principales de sa détresse psychique. La sollicitation du regard de sa propre mère sur ses changements corporels a démontré l'importance de ce regard, comme *miroir métaphorisant favorisant la constitution d'une nouvelle enveloppe*.

La confrontation de la femme à sa nouvelle identité de mère et un corps qui lui échappe peut être vécu comme une atteinte physique et psychique, venant modifier brutalement sa représentation de soi ainsi que son sentiment continu d'exister. Ces modifications peuvent induire un vacillement identitaire particulièrement intense, contribuer à l'émergence d'angoisses d'effondrement, des sentiments d'irréalité, de dépersonnalisation, participer à

l'émergence d'affects dépressifs et anxieux et à l'émergence de motions hostiles de la mère à l'égard de son bébé et de son conjoint (Le Guen, 1999).

Ainsi la présence physique d'une personne significative comme *témoin* accompagnant ces transformations et ces changements en les inscrivant dans une temporalité est essentielle. Elle légitime l'existence des pertes, des transformations identitaires, psychiques et corporelles, favorise leur acceptation et les valorise aux bénéfices de la maternité. Nous avons pu mesurer l'intensité de ces atteintes et pertes narcissiques et objectales de la maternité et leurs effets en l'absence de témoin sur leurs états psychiques, sur les processus maternels, sur l'émergence et la persistance des motions hostiles et enfin sur leurs relations avec leurs bébés et leurs conjoints.

Comme l'écrit Roussillon (2005), dans les situations extrêmes, *« l'important pour le sujet est qu'il puisse avoir un "témoin" de son état interne, un témoin qui accrédite et qualifie ce qui s'est produit, ce qui se produit en lui. On souligne régulièrement l'importance du tiers dans le processus de symbolisation. La position de "témoin" fait partie de la fonction tierce, c'est à partir d'elle que la configuration de la scène traumatique peut commencer à être représentée »* (Roussillon, 2005, p. 235).

Cet espace de récit et d'observation permis par la présence réelle d'un témoin permettrait aux mères d'exprimer sans culpabilité leurs expériences, de légitimer leurs pertes et atteintes, de les contenir et de les transformer.

Rassurées et valorisées, leurs bébés sont moins identifiés comme agents de leurs pertes objectales et narcissiques. Si selon Cramer et Palacio-Espasa, ce qui va permettre à la mère de supporter ces atteintes, est la relation qui émerge entre elle et son bébé, nous avons vu, au travers des situations de Mme Satie et Mme Claudel, que le *bébé ne peut pas à lui seul restaurer leurs narcissismes blessés et relativiser les pertes. De même, le conjoint, père de l'enfant ne suffit parfois pas*. En l'absence de témoin les reconnaissant et les valorisant dans leur nouvelle identité maternelle, les mères ont eu des attentes de reconnaissance, de valorisation et de gratification de la part de leur conjoint et de leur bébé. Si ces derniers participent activement au devenir mère (Lebovici, 1983), ils ne peuvent pas, à eux seuls, répondre aux attentes, certes légitimes, des devenants mères. Dans les situations de Mme Claudel et Mme Satie, nous avons vu que le manque de reconnaissance de la part de leur famille les a amenées à avoir des attentes excessives vis-à-vis de leur bébé et de leur conjoint, attentes qui n'ont pas pu être satisfaites et qui ont été source de frustration et d'émergence de motions hostiles.

Lorsque l'étayage familial fait défaut, la mère peut attendre de son bébé qu'il remplisse une partie de la fonction de ce témoin. Dans cette configuration, le bébé est chargé inconsciemment ou pas, de rassurer sa mère sur ses compétences maternelles, de la narcissiser, de la réparer et on assiste à une **sollicitude inversée**. Les trois cas cliniques, mettent en évidence que les relations précoces sont en partie impactées par cette attente. Si le bébé présente un tempérament calme et qu'il s'adapte rapidement à son nouvel environnement, il participe à la réassurance de sa mère et les relations précoces se développeront harmonieusement. À l'inverse, si le bébé est hyper-sensible à son environnement et difficile à consoler, il peut devenir un **objet persécuteur**. Le bébé devient persécuteur car, par ses pleurs et/ ou troubles, il renvoie à la mère qu'elle est incompétente. Ce sont des effets de réactions circulaires qui ne peuvent pas s'interrompre sans l'intervention d'un tiers bienveillant qui montre que le bébé peut répondre positivement aux bons soins maternels.

Ce résultat corrobore l'analyse de Houzel qui avait montré que les besoins d'un nouveau-né peuvent parfois être vécus comme persécuteurs lorsque les parents sont vulnérables (Houzel, 1999).

Dans la situation de Mme Satie, les troubles digestifs et du sommeil, les pleurs incessants inconsolables de Raphaël ont accentué sa fragilité. L'état de vigilance de son bébé, n'a pas été perçu par Mme Satie comme un signe de sa vulnérabilité mais comme un moyen de se venger de son indisponibilité. En l'absence d'une personne significative à ses côtés pour l'aider à interpréter les signes de vulnérabilité de son bébé, les fantasmes maternels de persécution ont perduré dans le temps. Ces fantasmes ont accentué son sentiment de culpabilité et de ne pas être une mère suffisamment bonne et en retour ont renforcé les motions hostiles maternelles à l'égard de son bébé. Nous relevons ici une *fonction alpha familiale, ou capacité de rêverie familiale*.

À partir de nos cas cliniques, nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle les troubles psychosomatiques du bébé (eczéma, troubles du sommeil, troubles digestifs, faible développement staturo-pondéral...), pouvaient être en lien avec un défaut d'étayage familial. Comme l'indique Debray, les troubles psychosomatiques du bébé traduisent « *un état de crise qui affecte le bébé ou le jeune enfant dont le système pare-excitation est en partie débordé, c'est-à-dire insuffisamment contenu dans le système pare-excitation maternel et paternel, qu'il s'agisse d'un état de crise transitoire ou plus durable.* » (Debray, 1987, p.77). Nous proposons

de comprendre la défaillance du système pare-excitation maternel par l'absence de contenance d'un système pare-excitation familial. Cette hypothèse sur l'absence ou la défaillance de la fonction contenante du système pare-excitation familial vis-à-vis du pare-excitation maternel a été confortée par le recours dans la réalité à des appareils électro-ménagers (hotte, aspirateur et radio) par Mme Satie pour tenter de contenir les pleurs de son bébé. Les difficultés que Mme Satie a rencontrées pour prendre soin de son bébé, contenir ses états inorganisés dans les premières semaines post-partum ont contribué à l'émergence de sentiments d'incompétence, de culpabilité et de honte, et par conséquent de motions hostiles.

Ainsi par les conséquences de leur absence, nous avons constaté l'importance pour les mères d'avoir à leurs côtés une personne significative dans la réalité. Celle-ci permettrait à la mère d'avoir accès à un traducteur et un commentateur des éprouvés du bébé. Cette personne significative permettrait la mise en sens des éprouvés du bébé pour la mère et pour le bébé lui-même. De cette manière, elle permettrait de reconnaître la vulnérabilité (et ne pas l'interpréter comme une attaque), de réduire le sentiment d'étrangeté et participerait à l'émergence de la sollicitude maternelle. Cette présence protégerait mère et bébé des pulsions hostiles maternelles liées à la vulnérabilité, à l'immaturité, à l'intensité des projections et aux états plutôt désorganisés du bébé (Athanassiou, 1999 ; Aubert-Godard, 1998).

Dans la suite des travaux de Debray, nous proposons que les signes de retrait, les comportements d'opposition, de provocation et d'agitation observés chez les trois enfants soient aussi liés à une défaillance du système pare-excitation maternel et donc au défaut de contenance de pare-excitation familiale. Ainsi les troubles du bébé témoignent de sa souffrance psychique et somatique qui serait en partie réactionnelle au défaut d'étayage familial.

Ces différents constats démontrent l'importance de ces espaces récits autant pour la mère que pour le bébé. Les impacts de cette absence de récit sur le devenir mère ont été spécialement bien mis en évidence par Missonnier dans le chapitre « *Paul Ricoeur, Daniel Stern et Rosemary's baby : de l'identité narrative à l'enveloppe pré-narrative* » (Missonnier, 2011). Dans ce chapitre, Missonnier s'appuie sur le roman d'Ira Levin « *Rosemary's baby* ». Voici ce qu'il écrit : « *Rosemary ne peut narrer son histoire à quiconque. Il lui manque cruellement des interlocuteurs auprès de qui elle pourrait, à travers un échange confiant, mettre en représentation, en intrigue, élaborer ses métamorphoses identitaires. Privée de la purge cathartique de son âme par la pratique du muthos (l'art de la poétique qui transforme les faits*

en système, dirait Aristote), ses angoisses "signal" laissent la place peu à peu à la terreur des angoisses "automatiques", d'agonies primitives, de lâchage social généralisé. [...] En manque d'activité d'énonciation à un tiers allié, la réédition des conflits chez Rosemary reste sauvage et diablement impérialiste. Peu à peu, à l'instar du credo de la secte satanique, son monde se clive. Les forces du mal prennent le pouvoir sur les forces du bien et se vengent. Ici, la "violence fondamentale" n'est pas secondarisée. Il faut perpétuellement guerroyer pour préserver la continuité de son soi en permanence agressé par ce tohu-bohu externe. [...] Sans possibilité de se narrer à autrui, Rosemary ne peut pas plus se raconter à elle-même son existence sous la forme d'un récit qui lie l'hétérogénéité des événements bruts. Plus précisément ses tentatives réitérées et courageuses de se réorganiser seule échouant, elle désespère et se consume. Cette privation de narrativité interne est indissociable de sa face externe. L'assomption de la continuité du soi est muselée par l'absence d'altérité. » (Missonnier, 2011, p. 56-57).

Ce passage rentre en résonance avec les propos de Racamier sur les facteurs contribuant à la réussite de la maternalité. Cette réussite dépendrait en partie de la présence dans la réalité d'un tiers permettant à la mère de se narrer. Comme le souligne Golse, la narrativité a une dimension défensive : « *la narrativité est en effet à mettre au rang des processus de liaison dont on sait bien la fonction antitraumatique. Ne pas pouvoir raconter ou se raconter à soi-même est un traumatisme en soi. Ceux qui s'occupent des effets du traumatisme savent bien l'importance des témoignages pour atténuer l'impact des douleurs et des souffrances. Vivre une catastrophe sans témoin à qui pouvoir le dire et qui puisse le redire, redouble le traumatisme.* » (Golse, 2011, p17).

Un soutien pratique et logistique

Enfin, les trois cas cliniques ont permis de mettre en évidence l'impact du défaut d'étayage dans sa dimension pratique et logistique (préparation des repas, courses, ménage, pouvoir confier leur enfant...) sur l'état psychique maternel, les processus maternels et le destin des motions hostiles. Les mères qui n'ont pas pu bénéficier de cet étayage n'ont pas pu avoir des espaces de répit, qui les auraient protégées d'un épuisement psychique et physique, qui auraient participé à la diminution de leurs motions hostiles et qui par conséquent leur auraient permis d'être plus disponible physiquement et psychiquement pour leur bébé. Leurs absences ont contribué à maintenir et à faire perdurer l'état de crise du post-partum, ont eu des effets sur leur

état psychique (persistance de la détresse) et/ou sur la mise en place des processus maternels et des devenirs des motions hostiles (Mme Monnet, Mme Satie et Mme Claudel).

Cette aide pratique et logistique est, selon nous, un des éléments constitutifs de la couverture protectrice de Winnicott et une des fonctions de la matrice de soutien de Stern. Si dans ce soutien, les personnages féminins maternels sont convoqués en première intention, les autres membres de la famille, même masculins, peuvent assurer ce soutien (le père de Mme Claudel, les frères de Mme Satie).

Impact du défaut d'étayage familial sur la conjugalité et la parentalité

Les *analyses statistiques* n'ont fait ressortir aucune différence significative entre les deux groupes aux échelles d'ajustement dyadique et d'alliance parentale, ce qui nous conduit à penser que le défaut d'étayage familial n'a pas d'effet sur ces deux dimensions. Néanmoins, *les trois cas cliniques* nous ont permis de mettre en évidence des impacts singuliers du défaut d'étayage familial sur les relations conjugales et sur l'alliance parentale.

En l'absence d'étayage familial, les mères ont concentré la plupart de leurs attentes sur leur conjoint. Or, la capacité des conjoints de répondre à ces attentes va dépendre de plusieurs facteurs et notamment de la personnalité de ce dernier et/ou des propres formes de son « devenir père ». L'impact de la personnalité des parents sur la qualité des relations conjugales et parentales a été mis en évidence et notamment par Belsky, Putnam et Crnic (1995), qui ont démontré qu'une personnalité anxieuse de l'un ou des deux parents rend plus difficile la construction d'une alliance parentale de qualité (l'anxiété conduit à l'évitement et à la critique réciproque en cas de stress, un consensus est moins aisé à trouver). Il serait pertinent, dans une prochaine étude, de s'intéresser spécifiquement à la personnalité des conjoints, pères des enfants, mais aussi d'étudier la spécificité du devenir père. Ainsi, pour certains pères, leurs limites à contenir la détresse de leur compagne, de répondre à leurs besoins ont été à l'origine de tensions conjugales et même de séparation transitoire. Si le défaut d'étayage familial a impacté les relations conjugales et l'alliance parentale des devenants parents de nos trois cas, il a eu *d'autant plus d'impact* lorsque le couple conjugal était (ou supposé être) fragile avant la naissance du bébé. Ce résultat corrobore les analyses de Frascarolo, Darwiche et Favez (2009 ;

2013) qui ont identifié que les couples qui étaient déjà vulnérables avant la naissance sont plus exposés à rencontrer des difficultés lorsqu'ils deviennent parents.

À l'issue de nos analyses cliniques, nous avons identifié les fonctions de l'étayage familial sur les relations conjugales et sur l'alliance parentale. Par leur étayage, les membres de la famille offrent aux devenants parents des espaces de répit, tant psychiques que physiques, permet une diffraction des besoins de la devant mère (valorisation, reconnaissance) et ainsi les préserve d'un débordement pulsionnel sur leur conjugalité et leurs capacités de former une équipe dans leurs rôles parentaux.

Enfin, nos analyses peuvent apporter une contribution supplémentaire à la compréhension des causes des séparations des couples, si fréquentes et nombreuses, dans les deux premières années après la naissance de leur enfant. Ces séparations pourraient être, en partie, symptomatiques d'un défaut d'étayage familial.

Fonction de l'étayage familial dans le devenir mère

Sur la base des écrits de Stern sur le holding de la mère à l'égard de son bébé, nous proposons ici une tentative de conceptualisation du holding de la matrice constituée par les membres de la famille et plus spécifiquement, les personnages féminins maternels (sollicités en première intention). Ainsi, *le holding familial et plus spécifiquement féminin maternel, offrirait à la devenant mère tous les moyens qui donnent un support psychique à son moi naissant de mère. La devenant mère s'appuierait au départ sur la présence des membres de sa famille et plus spécifiquement sur les personnages féminins maternels (qui « ont la devenant mère à l'esprit ») et fait ainsi pratiquement partie de leurs fonctionnements psychiques. Le soutien fourni comprend toute la routine des soins quotidiens adaptés à la devenant mère et a fondamentalement un rôle de protection (en tant que pare-excitations) contre les expériences qui pourraient être angoissantes ou traumatisantes. Nous rajouterons que le holding familial des personnages féminins maternels permettrait à la mère de s'inscrire dans la lignée maternelle. Si les personnages significatifs sont essentiellement la mère de la mère, les sœurs, les tantes, les membres masculins de la famille ont pu être sollicités par les devenants-mères. Et donc participent à ce holding. Nous proposons de le nommer *le holding de la matrice familiale*.*

L'étayage familial permettrait d'offrir un environnement protecteur à la devenant mère, contre des expériences qui pourraient être angoissantes ou traumatisantes. Ainsi, il a une fonction de contenance et de pare-excitation au potentiel traumatique de la maternalité.

Le devenir mère et les processus maternels attenants : préoccupation maternelle primaire et capacité de rêverie maternelle, s'ils sont dépendants des *facteurs historiques* de la devenant mère (relations passées à sa propre mère, objet interne, imago maternelle, assises narcissiques), comme cela est classiquement admis dans la littérature, ils sont également dépendants des *facteurs actuels* et notamment de l'étayage des personnages significatifs féminins maternels familiaux qui vont offrir une couverture protectrice familiale. Ainsi, le devenir mère et les processus maternels attenants sont dépendants d'une préoccupation familiale et de rêverie familiale qui n'est pas seulement assurée par le père du bébé, mais par l'entourage familial et plus spécifiquement par des personnes significatives féminins maternels. Nous proposons le terme de **couverture protectrice familiale** pour rendre compte de cette fonction.

Ainsi l'étayage familial modère et atténue l'intensité du travail psychique que les mères doivent réaliser, soutient les processus de maternalité et permet plus aisément la traversée psychique et physique de l'après-naissance, toujours épuisante. On peut penser que si les devenants mères de nos trois cas avaient pu être l'objet d'attention, de sollicitude bienveillante de la part de leur entourage familial et notamment des personnages significatifs maternels féminins, leurs motions hostiles auraient été moins intenses et qu'elles auraient été moins persistantes. De même, ces motions hostiles auraient été l'objet d'un travail psychique de contenance et de transformation.

SIXIÈME PARTIE : LIMITES ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE

« Mieux vaut indiquer que si ces travaux jalonnent une trajectoire, ils ne la terminent point. » Racamier (1979, p. 9)

Ce travail de thèse comporte certaines limites et autant de perspectives de recherche.

En ce qui concerne notre échantillon : sa taille (petit effectif) et ses caractéristiques (bénéficiaires du service H.A.D et primipares) limitent la possibilité de généralisation de nos résultats. Si notre échantillon de mères est selon nous représentatif de la population générale, le recours au service H.A.D est néanmoins une spécificité qui les différencie des mères n'ayant pas bénéficié de ce service.

Ainsi, il serait pertinent à la fois d'augmenter le nombre de participantes et de proposer la recherche aux mères « tout-venant » au sein des services de maternités par exemple.

De même, comme nous l'avons évoqué précédemment, l'absence de mesure en anténatal sur les différentes dimensions explorées (état psychique maternel, relations conjugales, alliance parentale) nous invitent à considérer les conclusions de notre étude avec prudence. Si nous avons eu accès aux données sur les antécédents psychiatriques des participantes via leur dossier médical de la maternité, il est possible que certaines participantes ne les aient pas mentionnés spontanément ou que certains symptômes n'aient pas été repérés par les participantes elles-mêmes. Comme nous l'avons évoqué dans notre discussion, il est donc probable que les signes de détresse psychique que nous avons repérés ne soient pas simplement le fait d'un défaut d'étayage familial mais d'une vulnérabilité en amont de la naissance. Afin de contrôler cette limite, il serait opportun d'utiliser des entretiens structurés à visée diagnostique et de faire passer les auto-questionnaires en anté et en post-natal.

Il est également probable que les signes repérés ne soient pas spécifiquement dus au défaut d'étayage familial de l'immédiat post-partum mais à un défaut d'étayage familial périnatal. Selon Bales (2015) c'est le soutien anténatal (de type émotionnel) qui est le facteur le plus fortement associé de manière directe à l'intensité de la symptomatologie dépressive postnatale. Ainsi, il est possible que l'absence d'étayage familial identifiée chez les mères de notre

échantillon ait débutée en amont de la naissance et que de fait, ce ne soit pas spécifiquement le l'étayage dans l'immédiat post-partum qui prévale sur la détresse maternelle. Il serait opportun de poursuivre cette recherche en comparant les effets de l'étayage familial en anténatal et en post-natal sur le devenir mère.

Concernant l'exploitation des scores d'anxiété (STAI-YA/YB) nous avons utilisé un score seuil qui n'a pas été validé par les études internationales ce qui limite la comparaison. À ce jour, aucune norme pour les femmes en post-partum n'existe. Il serait opportun d'envisager de mener une recherche sur ce point précisément.

D'autre part, nous avons utilisé un auto-questionnaire de psychologie de la santé (le SSQ6) pour différencier nos deux groupes. Premièrement, nous souhaiterions exploiter les données recueillies et approfondir notre compréhension concernant les liens entre la perception du soutien et le type d'attachement. D'autre part, le soutien social perçu est à l'intersection du soutien reçu et du sentiment subjectif de pouvoir compter sur certaines personnes significatives. Dans de futures recherches il serait pertinent d'associer les données du soutien perçu à des données plus objectivantes : fréquence des contacts, type de soutien (informatif, pratique, émotionnel, estime de soi).

Enfin, ce travail de thèse s'est inscrit au sein d'une recherche de plus grande envergure et de nombreuses données restent à exploiter concernant les familles qui ont bénéficié d'étayage et celles qui n'en ont pas bénéficié, les données sur les conjoints et pères (sensiblement le même protocole que les mères), concernant le bébé (l'échelle de Brazelton, le Neonatal Behavioural Assessment Scale, NBAS ; l'Alarme Distress BaBy, ADBB) et les relations dyadiques et triadique (le Lausanne Triadic Play, LTP ; le Coding Index Behaviour, CIB).

Si certains de ces outils ont été utilisés dans une version libre, nous avons l'objectif de poursuivre leurs analyses dans de futures recherches.

Ces perspectives de recherches nous permettront d'affiner davantage nos résultats et d'affirmer les configurations psychiques observées. De même, mieux comprendre l'aspect dynamique de l'accès au devenir mère, père et bébé nous permettrait de dégager des pistes de soutien à destination des familles dans leur totalité.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES THÉRAPEUTIQUES

« Nulle vérité n'est absolue ni finale. Ce qui compte, c'est l'action de penser, de sentir, et la liberté de réfléchir » DW Winnicott.

Ce travail de thèse a eu pour ambition de déterminer l'impact du défaut d'étayage familial externe dans l'immédiat post-partum sur le devenir mère.

Pour répondre à cet objectif, nous avons formulé l'hypothèse générale suivante : *Le défaut d'étayage familial externe dans l'immédiat post-partum accentue et fait perdurer l'état de crise inhérent aux processus intrapsychiques et intersubjectifs de la maternalité.* Cette hypothèse générale, qui nous a servi de fil rouge tout au long de notre recherche, a été déclinée en plusieurs sous-hypothèses. Celles-ci nous ont permis d'explorer les différents processus psychiques du devenir mère dans ses dimensions intra-psychiques et intersubjectives. Ainsi nous avons analysé l'impact du défaut d'étayage familial sur l'état psychique maternel (dépression et anxiété), sur les processus de la maternalité (préoccupation maternelle primaire, capacité de rêverie) et sur la gestion des motions hostiles à l'égard du bébé, du conjoint et père du bébé.

L'utilisation d'une méthodologie mixte (quantitative et clinique) comparative et longitudinale nous a permis de recueillir des données « objectivantes » de 35 primipares, réparties en deux groupes : soutenu / non-soutenu, sur leur état psychique (dépression du post-partum et anxiété), sur leurs relations conjugales, sur leur alliance parentale et sur leurs ressources internes (relations passées avec ses parents, son type d'attachement). La méthodologie clinique, basée sur des entretiens semi-directifs de recherche et des temps d'observation, nous a permis d'avoir accès aux dynamiques singulières intra-psychiques et intersubjectives des devenants mères et également d'affiner nos résultats quantitatifs.

Si le défaut d'étayage familial a eu des impacts singuliers chez les devenants mères de notre recherche, les résultats obtenus ont globalement mis en évidence des impacts à la fois sur l'état psychique maternel, sur les processus maternels et sur le devenir des motions hostiles à l'égard de leur bébé et de leur conjoint.

Nous avons mis en lumière les taux alarmants de dépression et d'anxiété (état) des mères qui n'ont pas bénéficié d'étayage familial. Elles ont été près d'un tiers (29,4 %) à présenter un niveau de dépression clinique (score ≥ 12) et 38,2 % ont manifesté une anxiété état élevée (score ≥ 56). À l'inverse, les mères qui ont bénéficié d'étayage familial ont présenté des taux équivalents aux taux de la littérature internationale³³ (13 % dépression et 16,8 % pour l'anxiété état).

L'observation des évolutions singulières entre les deux groupes concernant leurs niveaux de dépression et d'anxiété nous a permis de relever que les mères qui n'ont pas bénéficié d'étayage familial ou qui n'ont pas pu compter sur cet étayage présentent une persistance des signes de détresse, jusqu'à 6 mois après la naissance de leur enfant. À l'inverse, les scores des mères qui ont bénéficié d'étayage familial ont chuté à partir de 3 mois. Ces résultats sont en accord avec les conclusions des précédentes études portant sur l'impact du support social et qui ont démontré, qu'en périnatalité, l'absence de soutien social fait partie des facteurs de risques principaux dans l'émergence de détresse psychologique maternelle (Capponi & Horbacz, 2007 ; Dennis, 2003 ; O'Hara, 2001 ; Paykel et coll., 1980 ; Reid & Taylor, 2015; Webster et coll., 2011).

Si les mères qui n'ont pas bénéficié d'étayage familial tendent à être plus à risque, nous avons constaté que certaines d'entre elles, après avoir présenté des niveaux cliniques de dépression et d'anxiété aux deux premiers temps de mesure, ont retrouvé un état psychique « normal » (non clinique). L'analyse des trois situations cliniques contrastées nous a permis de formuler des hypothèses explicatives sur l'existence et l'implication de **facteurs fragilisants ou protecteurs au niveau personnel et intrapsychique** (type d'attachement, relations passées mère-fille, qualité de l'objet interne et de l'imaginaire maternelle, antécédents psychiatriques et parcours anténatal) et au **niveau social et intersubjectif** (étayage familial, qualité des relations conjugales, alliance parentale, normes sociales).

³³ Taux de prévalence de la littérature internationale : pour la dépression post-natale à 13 % pour un score ≥ 12 ; (O'Hara et Swain, 1996) et pour l'anxiété état entre 18 et 20 % (Figueredo & Conde, 2011; Grant et coll., 2008; Kessler et coll., 2005; Robertson et coll., 2004).

Ainsi les mères qui sont le plus à risque sont celles qui cumulent les facteurs fragilisants des deux niveaux.

Les hypothèses explicatives sur l'implication de facteurs fragilisants ou protecteurs au niveau personnel et intrapsychique et au niveau social et intersubjectif dans le devenir mère ont été confortées par nos résultats cliniques.

Si les mères convoquent leurs objets internes, leurs imagos parentales (et plus spécifiquement maternelle) et s'appuient sur leurs représentations consciemment et inconsciemment dans leur devenir mère, elles ont convoqué (ou tenté de convoquer) dans la réalité leurs objets externes.

Ainsi, les mères de nos trois cas cliniques ont compté sur *l'étayage provenant de leur conjoints et de leur famille* et plus spécifiquement venant des membres féminins maternels, leur mère et leurs sœurs (quand elles en avaient).

Ces résultats corroborent les études précédentes qui ont montré un lien de corrélation significatif entre une faiblesse du soutien social de la sphère privée/intime et différentes manifestations de détresse maternelle (Bernazzani et coll., 2005 ; Caron et Guay, 2005 ; Capponi, Horbacz, 2007 ; Capponi, et coll., 2013 ; Dennis, 2003 ; Dennis et Ross, 2006 ; Milgrom et coll., 2008 ; O'Hara, 2001 ; Paykel et coll., 1980 ; Tissot et coll. 2011/2 ; Webster et coll. 2011)

Concernant l'étayage des conjoints, nous avons observé que, s'ils se sont tous investis auprès de leur compagne, leur étayage n'a pas toujours suffi à satisfaire les attentes et besoins des devenants mères. Nous avons formulé des hypothèses explicatives concernant ces écarts de satisfaction qui méritent d'être confirmées dans une future recherche. Ainsi, sur la base de nos résultats et sur les résultats d'autres recherches, nous avons évoqué la solidité du couple conjugal et les personnalités des mères et des conjoints.

En outre, nous avons aussi souligné un *facteur sociétal*. Après avoir bénéficié de 11 jours consécutifs de congés paternité, les pères sont contraints de reprendre leur travail et les mères doivent gérer seule la logistique du quotidien, subvenir aux besoins de leur bébés et faire face à de nombreuses interrogations et inquiétudes et parfois à des angoisses. Cette solitude contrainte a pu dans certaines situations être à l'origine d'une détresse maternelle transitoire ou renforcer une détresse pré-existante. La reprise du travail et la possibilité de confier leur bébé

(en crèche ou auprès d'une assistante maternelle) ont été attendues comme des solutions providentielles pour mettre un terme à leur solitude. Or, nous avons observé que si la reprise était espérée, elle pouvait être source de désillusion, de culpabilité et ainsi renforcer la détresse maternelle. Sur la base de ce constat, il apparaît que l'allongement du congé paternité doit être considéré, non pas seulement dans une logique égalitaire dans l'accès à la parentalité, mais bien dans une logique de prévention primaire des troubles maternels et des répercussions délétères sur le couple et le bébé.

Par ailleurs, si les mères, que nous avons rencontrées, ont eu besoin que leur conjoint, père de leur bébé, assurent à leur égard une *couverture protectrice* (Winnicott) nous avons constaté qu'ils ne peuvent pas à eux seuls en assumer l'entièreté du rôle et de la fonction.

Les mères que nous avons rencontrées ont eu besoin de s'adresser, dans la réalité, aux membres de leur famille et plus spécifiquement à leur propre mère à la fois sur les *éléments historiques* et sur les *éléments actuels* liés à leur devenir mère. Elles ont eu besoin, au même titre que leur bébé, qu'un *espace de récit* s'ouvre ou se ré-ouvre dans la réalité, à la fois sur le bébé qu'elles ont été et sur les mères qu'elles deviennent pour se subjectiver en tant que mère. Ainsi, nous avons proposé de prolonger le concept d'espace de récit (Golse, 2007), co-créé par la mère et son bébé, par un « *espace de récit familial* ». Il nous est apparu que cet « espace de récit familial » était d'autant plus important lorsque les objets internes étaient insuffisamment bons et étayants et / ou lorsque l'imaginaire maternelle était soit trop vulnérable ou au contraire trop idéalisée.

Ce volet important de notre travail mériterait d'être poursuivi. Par exemple, nous aimerions voir si cette quête de récit et d'observation est présente chez les mères qui ont bénéficié d'étayage familial, ou si cela est spécifique aux mères qui n'en ont pas bénéficié, et quels en sont les effets.

Nous avons observé que « l'espace de récit familial » est en partie conditionné par la *proximité relationnelle mère-fille avant et après la naissance, mais aussi par la proximité physique*. La proximité physique dans la réalité a permis d'avoir la possibilité de constater l'investissement affectif de leur propre mère à l'égard de leur enfant, et par conséquent a offert une occasion de remanier leurs représentations et ainsi faire évoluer positivement les relations. Nous avons proposé de nommer ce phénomène « *un espace d'observation* ». L'espace de récit et/ou d'observation en présence du bébé pourrait offrir des retrouvailles progressives et moins

conflictuelles entre les devenants mères avec leur propre mère lorsque dans le passé les relations étaient conflictuelles. Ainsi, si les relations passées mère-fille conditionnent fortement l'évolution de l'état psychique maternel, les processus maternels et les relations mère-bébé, les *relations actuelles* déterminent en partie le devenir mère.

Cet espace de récit et d'observation familial semble essentiel dans le devenir mère. Car lorsque les mères n'ont pas pu y avoir accès, nous avons constaté des effets négatifs sur les processus maternels et sur l'état psychique maternel. Ne pas avoir accès au bébé qu'elles ont été et/ou pensaient avoir été, a entravé la réduction *du sentiment d'étrangeté* et les mécanismes d'identification maternelle. En l'absence de ce récit, les mères sont restées connectées à l'étrangeté de leur propre bébé interne et par conséquent, ont été peu disponibles pour interpréter les états internes de leur bébé dans la réalité.

Comme nous l'avons souligné, les mères ont été en quête d'un témoin féminin maternel valorisant les atteintes et les pertes liées à la maternité. L'absence d'espace de récit-d'observation et de témoin féminin maternel dans la réalité a conduit les mères à avoir des attentes de valorisation, de reconnaissance et de gratification de la part leur conjoint et de leur bébé. Si ces derniers participent activement au devenir mère, ils ne peuvent pas, à eux seuls, répondre aux attentes, certes légitimes, des devenants mères. Nous avons proposé l'expression de **sollicitude inversée** lorsque les mères attendent de leur bébé qu'ils les valorisent, les rassurent et les gratifient. Ces configurations exposent les mères à l'insatisfaction et à la frustration et par répercussion, peuvent avoir des répercussions à la fois sur leur état psychique, sur les processus maternels, sur la relation mère-bébé et sur les relations conjugale et parentale.

De plus, nous avons vu que les mères que nous avons rencontrées ont globalement toutes regretté de ne pas avoir pu bénéficier d'étayage familial dans les aspects pratiques et logistiques. Cet étayage comprend l'aide aux tâches domestiques et la possibilité de pouvoir confier leur bébé pour avoir des temps de répit individuel et pour le couple.

Enfin, ce travail de thèse comporte un certain nombre de limites et autant de perspectives de recherche pour la suite.

Participation des mères, contre-transfert et perspectives thérapeutiques

« Voyager sans rencontrer l'autre, ce n'est pas voyager, c'est se déplacer »

Alexandra David-Néel

Le protocole de recherche était conséquent : nombreux questionnaires à remplir tous les trois mois et autant de visites à domicile rythmées par des entretiens, des temps d'observation et des séquences d'interaction filmées. De plus, les rencontres se déroulaient en dehors des murs de l'université, au domicile des familles, dans le temps si spécial du post-partum. Ainsi, nous nous sommes questionné sur les motivations conscientes et inconscientes des mères à accepter de participer à la recherche et d'honorer leur engagement dans le temps (jusqu'aux 18 mois de leur bébé), et également ce que nous pouvions représenter pour elles.

Certaines mères pensaient que nous faisions partie de l'équipe HAD. Participer à la recherche pouvait être un moyen d'inscrire leur prise en charge (et la sollicitude à leur égard) dans la durée et la continuité. Certaines ont verbalisé qu'accepter de participer à la recherche était un juste retour de ce qu'elles avaient reçu de la part de l'équipe HAD, un moyen d'honorer leur dette vis à vis de l'équipe. D'autres mères acceptaient de participer car elles appréciaient l'idée que des professionnelles de la petite enfance « expertes », viennent observer leur bébé et ainsi être rassurées sur leurs compétences. Pour d'autres mères, ce sont leurs conjoints qui les ont incitées à participer, pour qu'elles aient quelqu'un auprès d'elles. Certaines mères ont explicitement verbalisé que participer à la recherche était un moyen d'avoir de la visite et donc représentait une alternative pour rompre leur sentiment de solitude. D'autres mères n'ont pas explicitement verbalisé leurs motivations. L'analyse des entretiens et de notre contre-attitude nous ont permis de formuler des hypothèses explicatives.

Si les mères se sont toutes investies singulièrement, nous avons constaté que globalement, les visites ont été investies au-delà de la recherche. Fréquemment, les mères nous sollicitaient dans notre fonction de psychologue. Elles profitaient du cadre de la recherche pour aborder les éléments actuels de leur devenir mère : leurs inquiétudes, leurs difficultés rencontrées à la fois avec elle-même, notamment concernant les pertes et les atteintes narcissiques et objectales (les transformations corporelles, leur investissement au travail, les transformations de leur vie de couple et de leurs relations conjugales et alliance parentale), avec leur conjoint et avec leur bébé. Par moment, nous étions placée dans une fonction de régulation des conflits conjugaux, une fonction de contenance des motions hostiles qui circulaient au sein de la triade.

Si les mères se sont saisies du cadre de la recherche pour aborder les éléments actuels de leur devenir mère, elles abordaient aussi fréquemment les éléments historiques. En effet, les mères revenaient sur leurs relations familiales passées (spécifiquement avec leur propre mère), le bébé qu'elles ont été ou croyaient avoir été et plus largement sur leurs théories infantiles. D'autre part, les mères étaient souvent satisfaites et rassurées que nous soyons auprès d'elles et que nous ayons un regard attentif sur le développement de leur bébé et aussi sur leur devenir mère en général. Ainsi, nous pouvons penser que nous avons occupé auprès d'elles, à des degrés divers, une fonction de « *tiers répondant réflexif* » dépassant notre fonction de chercheuse. Le cadre de la recherche a permis d'ouvrir des espaces de récit et d'observation, espaces qui leur ont offert la possibilité d'élaborer, de conflictualiser des matériels restés en suspens et d'amorcer des questionnements que certaines ont pu poursuivre dans un cadre thérapeutique adapté. Nous nous sommes fréquemment demandé comment elles auraient négocié la crise de la maternalité et quelles répercussions auraient pu surgir sans nos visites et nos relais auprès d'autres professionnels.

Nous nous sommes également interrogé sur ce que nous pouvions représenter pour elles. Si les modalités transférentielles dépendent principalement des caractéristiques psychiques des femmes que nous avons rencontrées et que le genre ne détermine pas le transfert, le manque des membres féminins maternels associé au fait que nous sommes des femmes, ont certainement contribué à l'émergence d'un transfert de type féminin maternel.

Quelques pistes de réflexion pour le soin

Nous aimerions terminer ce travail en amorçant une réflexion sur des propositions de prise en charge des mères et plus généralement des nouvelles familles dans ce temps singulier de la périnatalité. Ces propositions constituent davantage des réflexions qu'un mode d'emploi ou des injonctions et nous aimerions, dans le futur, pouvoir poursuivre ces réflexions.

Ainsi, sur la base de nos résultats, il nous apparaît primordial que le défaut d'étayage familial soit désormais considéré comme un facteur de risque pour la devenant mère, pour son bébé et son couple et qu'il soit investigué systématiquement par les équipes qui suivent les mères en prénatal. C'est un enjeu de santé publique, primordial pour la mère, pour l'enfant et pour le

père, dans une optique de prévention primaire des troubles précoces mais aussi ceux qui pourraient surgir plus tard.

De plus, nous avons constaté le besoin des devenants mères et spécifiquement les mères qui n'ont pas bénéficié d'étayage familial, d'avoir accès à des espaces de récit et d'observation au sein desquels elles puissent aborder à la fois les éléments historiques et les éléments actuels de leur devenir mère. Le cadre des visites à domicile en prénatal et en post-partum immédiat nous paraît être une excellente modalité de prévention et de soin. De nombreuses mères ont exprimé leur satisfaction à ce que ce soit nous qui nous déplaçons et venions à leur domicile en expliquant que cela était plus confortable pour elles et leur bébé (moins anxiogène). Ce dispositif a d'ailleurs facilité des relais de confiance avec des lieux thérapeutiques adaptés. Certaines mères auraient aimé que la recherche débute en amont de la naissance et ont exprimé que ces visites devraient faire partie intégrante du parcours de soin.

Les résultats de notre recherche et les fonctions que nous avons assurées auprès de ces mères et de leur famille nous confortent dans cette idée. Si les devenants mères sont bien suivies sur le plan somatique, nous plaidons pour une réflexion et une prise en charge interdisciplinaire associant les somaticiens aux psychistes dans une préoccupation d'amélioration de la prévention psychique précoce. Il nous semble fondamental d'inscrire cet accompagnement en binôme somaticien-psychiste dans la continuité, de l'anténatal au post-natal, au sein d'un plus large réseau de professionnels ayant comme préoccupation commune la prévention et le soin. Dans cette configuration, les pouvoirs publics ont aussi un rôle essentiel à jouer.

Cette conclusion légitime et encourage la poursuite des nombreux efforts déployés par les professionnels de la périnatalité. Il semble essentiel de pouvoir offrir aux familles un accompagnement toujours singulier, coutumier préventif tout-venant (Missonnier et Tagawa, 2012), de ritualiser pour contenir cette expérience de groupe vécue trop individuellement.

BIBLIOGRAPHIE

A

- Abidin, R. R., & Brunner, J. F. (1995). Development of a parenting alliance inventory. *Journal of clinical child psychology*, 24(1), 31-40.
- Abriola, D. V. (1990). Mothers' perceptions of a postpartum support group. *Maternal- Child Nursing Journal*, 19(2), 113-134.
- Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale N.J.: Lawrence Erlbaum Ass.
- Akiskal, H.S., Hirschfeld, R.M.A., & Yerevanian, B.I. (1983). The relationship of personality to affective disorders. A critical review. *Arch Gen Psychiatry*, 40 : 801-810.
- Agbokou, C., Ferreri, F., Nuss, P., & Perreti, C. S. (2011). Clinique des dépressions maternelles postnatales. *EMC Psychiatry*, 148(37-170-A-30), 1-8.
- Ammaniti, M., Candelori, C., & Tambelli, R. (1999). Les représentations maternelles pendant la grossesse. Paris : Puf.
- Anan, R. M., & Barnett, D. (1999). Perceived social support mediates between prior attachment and subsequent adjustment: A study of urban African American children. *Developmental Psychology*, 35(5), 1210.
- André, J., & Chabert, C. (2009). *Désirs d'enfant*. Presses Universitaires de France.
- André-Fustier, F., & Aubertel, F. (1997). La transmission psychique familiale en souffrance. A. *Eiguer et coll., Le générationnel, Paris, Dunod*, 107-150.
- Andrews, G., Tennant, C., Hewson, D. M., & Vaillant, G. E. (1978). Life event stress, social support, coping style, and risk of psychological impairment. *Journal of Nervous and Mental Disease*.
- Antoine, P., Christophe, V., Nandrinon, J.L. (2008), « Échelle d'ajustement dyadique : intérêts cliniques d'une révision et d'une validation d'une version abrégée », in l'Encéphale, 34, 38-46
- Anzieu, D. (1974). Le moi-peau. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 9(19), 5-208.
- Anzieu D. (1990), L'épiderme nomade et la peau psychique, Paris, Aspygée
- Anzieu, D., & Kaës, R. (1979). Crise, rupture et dépassement. *Paris, Dunod*.
- Anzieu, D., & Séchaud, E. (1985). *Le moi-peau* (Vol. 1). Paris: Dunod.
- Anzieu, D., Houzel, D., & Missenard, A. (1987). *Les enveloppes psychiques*. Paris: Dunod.

- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The Inventory of Parent and Peer Attachment: individual differences and their relationship to psychological well-being in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 427-454.
- Athanassiou, C. (1999) Crise d'identité précoce, *Dialogue*, 118, p. 14-25.
- Athey, J., & Spielvogel, A. M. (2000). Risk factors and interventions for psychological sequelae in women after miscarriage. *Primary care update for Ob/Gyns*, 7(2), 64-69.
- Aubertel, F. (2007). Censure, idéologie, transmission et liens familiaux. *Lemaire J.-G. et al., L'inconscient dans la famille, Paris, Dunod*, 135-184.
- Aubert-Godard, A. (1998). Entre adulte et bébé, l'étrange désordre de la naissance, dans Mellier (D.), Rochette (J.), *Le bébé, l'intime et l'étrange*, Toulouse, Érès, p. 13-36.
- Aulagnier, P., 1964, Remarques sur la structure psychotique. Ego spéculaire, corps, fantasme et corps partiel, *La psychanalyse*. Paris: P.U.F, T. VIII.
- Aulagnier, P. (1975). Le contrat narcissique. *La violence de l'interprétation: Du pictogramme à l'énoncé*, 182-192.
- Austin, M. P. (2004). Antenatal screening and early intervention for "perinatal" distress, depression and anxiety: where to from here?. *Archives of Women's Mental Health*, 7(1), 1-6.
- Austin, M. P., Kildea, S. V., & Sullivan, E. D. (2007). Maternal mortality and psychiatric morbidity in the perinatal period: challenges and opportunities for prevention in the Australian setting. *Medical Journal of Australia*, 186(7), 364-367.
- Austin, M. P., Frilingos, M., Lumley, J., Hadzi-Pavlovic, D., Roncolato, W., Acland, S., ... & Parker, G. (2008). Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: a randomised controlled trial. *Journal of affective disorders*, 105(1), 35-44.
- Ayissi, L., & Hubin-Gayte, M. (2006). Irritabilité du nouveau-né et dépression maternelle du post-partum. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 54(2), 125-132.

B

- Baker, D., & Taylor, H. (1997). The relationship between condition-specific morbidity, social support and material deprivation in pregnancy and early motherhood. *Social Science & Medicine*, 45(9), 1325-1336.
- Bales, M. (2015) Difficultés psychologiques périnatales : facteurs de risque et développement d'un modèle multifactoriel en population générale. Résultats de l'Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance (ELFE). Psychologie Université de Bordeaux., Français.
- Ballinger, C B, Buckley, D E, Naylor, G J., & Stansfield, D (1979) Emotional disturbance following childbirth Clinical findings and urinary secretion of cyclic AMP *Psychological Medicine*, 9, 293-300.

- Barracot de Pinto, M. Le Maternel et le féminin. *Dialogue*, 2005/3 (no 169).
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American journal of community psychology*, 14(4), 413-445.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61(2), 226.
- Beauregard, L., & Dumont, S. (1996). La mesure du soutien social. *Service social*, 45(3), 55-76.
- Beck, C. T. (1996). A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res*, 45(5), 297-303.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*, 50(5), 275-285.
- Belle, D. E. (1982). The impact of poverty on social networks and supports. *Marriage and the Family Rev.*, 5, 89-103.
- Belle, D., (1990). Poverty and women's mental health, *American Psychologist*, 45, 385-389.
- Belot, R. (2012). Le système pare-excitation parental et ses liens avec l'expression somatique du bébé: Apports théorico-cliniques. *Dialogue*, 197,(3), 19-30.
- Belot, R., Vennat, D., Moissenet, A., Bluon-Vannier, A., Herse, V., de Montigny, F., Lacharité, C. & Mellier, D. (2013). Accès à la parentalité et isolement familial La nouvelle solitude des parents. *Dialogue*, 199,(1), 7-18.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child development*, 83-96.
- Belsky, J., & Isabella, R. A. (1985). Marital and parent-child relationships in family of origin and marital change following the birth of a baby: A retrospective analysis. *Child development*, 342-349.
- Belsky, J., Crnic, K., & Gable, S. (1995). The determinants of coparenting in families with toddler boys: Spousal differences and daily hassles. *Child development*, 66(3), 629-642.
- Belsky J., & Jaffee, S. (2006). The multiple determinants of parenting. Dans D. Cicchetti, & D.J. Cohen (Éds), *Developmental psychopathology*, Vol. 3 : Risk, disorder, and adaptation (2e éd., pp. 38-85). Hoboken, NJ: Wiley
- Benedek, T. F. (1956). Toward the biology of the depressive constellation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4(3), 389-422.
- Benedek, T. (1959). Parenthood as a developmental phase: A contribution to the libido theory. *Journal of the American psychoanalytic Association*, 7(3), 389-417.
- Benhaïm, M. (2012). *L'ambivalence de la mère*. Eres.

- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 103(4), 698-709.
- Bergeret, J. (2002). La mère, l'enfant... et les autres: Violence et agressivité. *Psychothérapies*, vol. 22,(3), 131-141.
- Berman, W. H., & Sperling, M. B. (1991). Parental attachment and emotional distress in the transition to college. *Journal of Youth and Adolescence*, 20(4), 427-440.
- Bernazzani, O., Marks, MN., Bifulco, A., Siddle, K., Asten, P., Conroy, S. (2005) Assessing psychosocial risk in pregnant/postpartum women using the Contextual assessment of maternity experience (CAME), recent life adversity, social support and maternal feelings, *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40, 6, p. 497-508.
- Bhagwanani, S. G., Seagraves, K., Dierker, L. J., & Lax, M. (1997). Relationship between prenatal anxiety and perinatal outcome in nulliparous women: a prospective study. *Journal of the National Medical Association*, 89(2), 93.
- Bibring, G. L. (1959). Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *The psychoanalytic Study of the Child*, 14(1), 113-121.
- Bick E. (1968), L'expérience de la peau dans les relations d'objets précoces, tr. fr. partielle, in D. Meltzer *et al.*, *Exploration du monde de l'autisme*, Paris, Payot, 1980, 240-244.
- Biegel, D. E., Naparstek, A. J., & Khan, M. M. (1982). Social support and mental health in a ethnic neighbourhoods. Biegel, DE and Naparstek, A., eds., *Community Support Systems and Mental Health*, New York, Springer.
- Bifulco, A., Moran, P. M., Ball, C., & Lillie, A. (2002). Adult attachment style. II: Its relationship to psychosocial depressive-vulnerability. *Social Psychiatry and psychiatric epidemiology*, 37(2), 60-67.
- Bifulco, A., Mahon, J., Kwon, J. H., Moran, P. M., & Jacobs, C. (2003). The Vulnerable Attachment Style Questionnaire (VASQ): an interview-based measure of attachment styles that predict depressive disorder. *Psychological Medicine*, 33(6), 1099-1110.
- Bion W.R. (1962). Aux sources de l'expérience, 1962, tr. fr. Paris, puf
- Blain, M., Thompson, J. & Whiffen, V. (1993). Attachment and perceived social support in late adolescence: the interaction between working models of self and others. *Journal of Adolescent Research*, 8, 226-241.
- Börjesson, B., Paperin, C., & Lindell, M. (2004). Maternal support during the first year of infancy. *Journal of Advanced Nursing*, 45(6), 588-594
- Bond, L ; Kearns, A. Mason, P., Tannahill, C, Egan, M., Whitely, E. (2012). Exploring the relationships between housing, neighbourhoods and mental wellbeing for residents of deprived areas. *BMC Public Health*, 12, 48, 1-14

- Bouchart Godard, A. (1979). Un étranger à demeure. *Devenir*, 5(2), 43-60.
- Boukobza, C. (2009). 17. Dispositif d'accueil mère-enfant en journée : le regard du psychanalyste. Dans *Orages à l'aube de la vie* (pp. 209-224). Toulouse: ERES.
- Boukobza, C. (2010). « Le lien mère-bébé et sa pathologie éventuelle », in La naissance, Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui. Sous la direction de R.Frydman, M. Szejer & M. Nobécourt. *Albin Michel. Paris*, 787-8.
- Bowlby, J. (1978). Attachment theory and its therapeutic implications. *Adolescent psychiatry*.
- Bowlby, J. (1984). *Attachement et perte. La perte, tristesse et séparation* (vol 3). Paris: traduction française de Weil, Presses Universitaires de France, le fil rouge.
- Braunschweig, D., & Fain, M. (1975). *La nuit, le jour: essai psychanalytique sur le fonctionnement mental* (Vol. 6). Presses Universitaires de France.
- Braverman, J , & Roux, J F (1978) Screening for the patient at risk for postpartum depression *Obstetrics and Gynecology*. 52, 731-736.
- Brazelton, T. B., & Nugent, J. K. (2001). *Echelle de Brazelton - évaluation du comportement néonatal - 3e édition* (M. Hygiène Ed.): Traduction française de N. Bruscheiler-Stern et D. Candilis-Huisman.
- Brengard, D. (2006). *Les troubles psychiques en centre maternel*. Rapport de Recherche Département de Paris : DASES, 100 .
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. In I. Bretherton and E. Waters (Eds.), Growing points of attachment theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, Serial No. 209(1-2), 3-35.
- Bretherton, I. (1990). Communication patterns, internal working models, and the intergenerational transmission of attachment relationships. *Infant mental health Journal*, 11(3), 237-252.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Harvard university press.
- Bronfenbrenner, U. (2001). Human development, bioecological theory of. In NJ Smelser & B. Baltes (eds.), *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*. pp. 10--6963
- Brouwers, E. P., Van Baar, A. L., & Pop, V. J. (2001). Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development. *Infant Behavior and Development*, 24(1), 95-106.
- Brown, S., & Lumley, J. (2000). Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 107(10), 1194-1201.

- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). Les transactions entre individu et environnement. *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Paris: Dunod, 285-389.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Paulhan, I. (1993). Manuel de l'inventaire d'anxiété état-trait forme Y (STAI-Y). *Adapté par Bruchon-Schweitzer et Paulhan, Paris*.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Rascle, N. (2005). The Sarason Social Support Questionnaire (SSQ6). A French adaptation. *Psychological Report*, 97, 195-202.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, E. (2014). *Psychologie de la santé. Concepts, méthodes et modèles* (2ème édition). Paris: Dunod.
- Brusset, B. (2005). *Les psychothérapies: «Que sais-je?» n° 480*. Presses universitaires de France.
- Buehlman, K. T., Gottman, J. M., & Katz, L. F. (1992). How a couple views their past predicts their future: Predicting divorce from an oral history interview. *Journal of Family Psychology*, 5(3-4), 295.
- Bursztejn, C., & Gras-Vincendon, A. (2001). La théorie de l'esprit: un modèle de développement de l'intersubjectivité?. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 49(1), 35-41.
- Bydlowski, M. (1997). La dette de vie. *Itinéraire psychanalytique de la maternité, Paris, Puf*.
- Bydlowski, M. (2008). *Les enfants du désir*. Paris, Odile Jacob.
- Bydlowski, M., & Golse, B. (2001). De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. *Le Carnet PSY*, 63 (3), 30. doi:10.3917/lcp.063.0030

C

- Caplan, G., Killilea, M., & Abrahams, R. B. (Eds.). (1976). *Support systems and mutual help: Multidisciplinary explorations*. Grune & Stratton.
- Capponi, I., & 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(3), 211-231.
- Capponi, I., & Horbacz, C. (2007). Femmes en transition vers la maternité: sur qui comptent-elles?. *Dialogue*, (1), 115-127.
- Capponi, I. (2011). An innovative approach to explore perinatal anxiety, in Morales (A. S.), *Trait anxiety*, N-Y, Nova science, 2011, p. 53-89.
- Capponi, I. (2013). Perception parentale du soutien social postnatal. *Dialogue*, 199, (1), 43-58.

- Capponi, I., Bacro, F. & Halim Boudoukha, A. (2013). Effets différentiels des types de soutien social sur l'anxiété maternelle périnatale. *Bulletin de psychologie*, 525,(3), 209-224.
- Carel, A. (1989). Transfert et périnatalité psychique. La fonction alpha à l'épreuve de la naissance. *Gruppo*, 4, 49-67.
- Carel, A. (2007). Le travail de la nativité, dans Ciccone (A.), Mellier (D.) *Le temps du bébé*, Paris, Dunod, , p. 75-100.
- Caron, J., & Guay, S. (2005). Social support and mental health: concept, measures, recent studies as well as implications for clinicians. *Sante Ment Que*, 30(2), 15-41.
- Carro M. G., Grant K. E., Gotlib I. H. & Compas B. E. (1993), « Postpartum Depression and Child Development: an Investigation of Mothers and Fathers as Sources of Risk and Resilience », *Development and Psychopathology*, 5, 567-579.
- Carpentier, N., & White, D. (2001). Le soutien social. Mise à jour et raffermissement d'un concept. Dorvil, H., Mayer, R., eds., *Problèmes sociaux. Théories et méthodologies*, Presses de l'université du Québec, Québec, 277-304.
- Carter, D., Misri, S., & Tomfohr, L. (2007). Psychologic aspects of early pregnancy loss. *Clinical obstetrics and gynecology*, 50(1), 154-165.
- Castelain-Meunier, C. (1998). Les transformations de la sphère familiale: Thérapie familiale. *Perspectives psychiatriques*, 37(3), 162-165.
- Chabert, C. (2003). Féminin mélancolique, PUF. Paris, 185p.
- Chabert, C. (2009). Il était une fois... In *Désirs d'enfant* (pp. 15-29). Presses Universitaires de France.
- Chahraoui, K., & Bénony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Dunod.
- Champion, J., Jaser, S., Reeslund, K., Simmons, L., Potts, J., Shears, A. et coll. (2009) Caretaking behaviors by adolescent children of mothers with and without a history of depression », *Journal of Family Psychology*, 23(2), p. 156-166.
- Christophe, V., & Di Giacomo, J. P. (2003). Est-il toujours bénéfique de parler de ses expériences émotionnelles? Rôle du partenaire dans les situations de partage social des émotions. *Revue internationale de psychologie sociale*, 16(2), 99-124.
- Ciccone A. (1998), *L'Observation clinique*, Paris, Dunod.
- Ciccone, A. (1999). La transmission psychique inconsciente. Paris : Dunod.
- Ciccone, A. (2007). Le bébé dans l'économie narcissique des parents, in Sa Majesté, le bébé, sous la direction de Fabien Joly, collection Ères, Toulouse p.79-100

- Ciccone, A. (2014). Chapitre 10-La fonction paternelle: nouvelles perspectives. *Psychismes*, 165-182.
- Cogill, S. R., Caplan, H. L., Alexandra, H., Robson, K. M., & Kumar, R. (1986). Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 292(6529), 1165-1167.
- Cohen, S. et Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull*, 98(2), 310-357.
- Cohn J. F., Campbell S. B., Matias R. & Hopkins J. (1990), « Face-to-Face Interactions of Postpartum Depressed and Non-Depressed Mother-Infant Pairs at 2 Months », *Developmental Psychology*, 26(1), 15-23.
- Collins, N. L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M., & Scrimshaw, S. C. (1993). Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *J Pers Soc Psychol*, 65(6), 1243-1258.
- Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2000). A safe haven: An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of personality and social psychology*, 78(6), 1053.
- Cooper, P. J., & Murray, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *The British Journal of Psychiatry*, 166(2), 191-195.
- Coplan, R. J., O'Neil, K., & Arbeau, K. A. (2005). Maternal anxiety during and after pregnancy and infant temperament at three months of age. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 19 (3), 199.
- Cornwell, E. Y., & Waite, L. J. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of health and social behavior*, 50 (1), 31-48.
- Couchard, F. (1991). *Emprise et violence maternelles: étude d'anthropologie psychanalytique*. Dunod.
- Coventry, W. L., Gillespie, N. A., Heath, A. C. et Martin, N. G. (2004). Perceived social support in a large community sample--age and sex differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39(8), 625-636.
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (1992) : *When partners become parents*. Basic Books, New York.
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (1995). Interventions to ease the transition to parenthood: Why they are needed and what they can do. *Family relations*, 412-423.
- Coyne, J. C., & DeLongis, A. (1986). Going beyond social support: The role of social relationships in adaptation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54(4), 454.

- Cox, J. L., Connor, Y., & Kendell, R. E. (1982). Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *Br J Psychiatry*, 140, 111-117.
- Cox, A. D., Puckering, C., Pound, A., & Mills, M. (1987). The impact of maternal depression in young children. *J Child Psychol Psychiatry*, 28, 917-928.
- Cozzarelli, C., Karafa, J. A., Collins, N. L., & Tagler, M. J. (2003). Stability and change in adult attachment styles: associations with personal vulnerabilities, life events, and global construals of self and others. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22(3), 315-346.
- Cramer, B. (2002). Les dépressions du post-partum : une pathologie de la préoccupation maternelle primaire. *Devenir*, 14(2), 89-99.
- Cramer, B., & Palacio-Espasa, F. (1993). La technique des psychothérapies mère-bébé. *Études cliniques et théoriques, Paris, puf.*
- Creedy, D. K., Shochet, I. M., & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth*, 27(2), 104-111.
- Cronin, C. (2003) First-time mothers: Identifying their needs, perceptions and experiences. *J Clin Nurs.* ;12(2):260-7.
- Cutrona, C. E. (1984). Social support and stress in the transition to parenthood. *J Abnorm Psychol*, 93(4), 378-390.
- Cutrona, C. E. et Troutman, B. R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: a mediational model of postpartum depression. *Child Dev*, 57(6), 1507-1518.
- D**
- Dadds, M. R., Schwartz, S., & Sanders, M. R. (1987). Marital discord and treatment outcome in behavioral treatment of child conduct disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(3), 396.
- Darchis, E. (2005). La crise familiale en périnatalité et ses aléas confusionnels. *Les crises familiales: violence et reconstruction*, 107-141.
- Darchis, E., & Mellier, D. (2007). Place et pratique des TPCF en périnatalité. *Site de l'Association Internationale de Psychanalyse de Couple et de Famille (AIPCF): http://www.aipcf.net/fra/modeles/modeles_2.php.*
- Darvill, R., Skirton, H., & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26, 357-377
- Davis, M. H., Morris, M. M., & Kraus, L. A. (1998). Relationship-specific and global perceptions of social support: Associations with well-being and attachment. *Journal of personality and social psychology*, 74(2), 468.

- Davis, M., Pelsser, R., & Wallbridge, D. (2002). *Winnicott, Introduction à son œuvre*. Presses universitaires de France.
- Dayan, J. (2016). *Les baby blues*. Presses Universitaires de France.
- Debray, R. (1987). *Bébés/mères en révolte: traitements psychanalytiques conjoints des déséquilibres psychosomatiques précoces*. Le Centurion.
- Dean, A., & Ensel, W. M. (1982). Modelling social support, life events, competence, and depression in the context of age and sex. *Journal of Community Psychology*, 10, 392-408
- Dejours, C. (2012). La théorie sociale de Freud. In S.Freud (Eds.), *Psychologie des foules et analyse du moi* (pp.8-15). Paris : Payot et Rivages.
- Dennis, C.L. (2003). Detection, prevention and treatment of postpartum depression. In Stewart, D. E., Robertson, E., Dennis, C. L., Grace, S. L., & Wallington, T. (2003). Detection, prevention and treatment of postpartum depression. *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*, 71.
- Dennis, C. L., & Ross, L. (2005). Relationships among infant sleep patterns, maternal fatigue, and development of depressive symptomatology. *Birth*, 32(3), 187-193.
- Dennis, C. L., & Chung- Lee, L. (2006). Postpartum depression help- seeking barriers and maternal treatment preferences: A qualitative systematic review. *Birth*, 33(4), 323-331.
- Dennis, C. L., & Ross, L. (2006). Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing*, 56(6), 588-599.
- Deutsch, H. (1949), « la grossesse », in *La Psychologie des femmes*, T.2, Maternité, Paris, PUF
- Doucet, S., Letourneau, N., & Blackmore, E. R. (2012). Support needs of mothers who experience postpartum psychosis and their partners. *Journal of Obstetric, Gynecologic & neonatal nursing*, 41(2), 236-245.
- Dugnat, M. (2002). Santé mentale et psychiatrie périnatales : renouveler l'approche de la prévention. *Dialogue*, n° 157,(3), 29-41.
- Dunkel- Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Findings based on patient interviews and their implications. *Journal of Social issues*, 40(4), 77-98.
- Dulude, D., Belanger, C., & Wright, J. (1999). L'adaptation parentale à la venue d'un nouvel enfant: persepectives et prospectives. *Canadian Psychology*, 40(4), 359-370.

E

- Eastwood, J. G., Jalaludin, B. B., Kemp, L. A., Phung, H. N., & Barnett, B. E. (2012). Relationship of postnatal depressive symptoms to infant temperament, maternal

expectations, social support and other potential risk factors: findings from a large Australian cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 12, 148.

Edwards, E., & Timmons, S. (2005). A qualitative study of stigma among women suffering postnatal illness. *Journal of Mental Health*, 14(5), 471-481.

Enatescu V-R, et al. State and trait anxiety as a psychopathological phenomenon correlated with postpartum depression in a Romanian sample: a pilot study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 2014 ; 35, 55–61.

Erikson, E. (1972). *Adolescence et crise* (1968). Paris, Flammarion.

Evans, M., Donelle, L., & Hume-Loveland, L. (2012). Social support and online postpartum depression discussion groups: A content analysis. *Patient education and counseling*, 87(3), 405-410.

F

Faisal-Cury, A., & Menezes, P. R. (2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of women's mental health*, 10(1), 25-32.

Favez, N., Frascarolo-Moutinot, F. & Carneiro, C. (2003). Évolution de l'alliance familiale, de la période prénatale à la première année de vie de l'enfant. Dans *L'enfant dans le lien social* (pp. 70-74). Toulouse: ERES.

Felice, E., Saliba, J., Grech, V., & Cox, J. (2004). Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *Journal of affective disorders*, 82(2), 297-301.

Fericelli, F. (2009). Enjeux pédopsychiatriques anténataux en maternité: prévention et soins précoces. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57(5), 419-428.

Field, T.M. (1984) Early interactions between infants and their postpartum depressed mothers, *Infant Behaviour and Development*, 7, p. 527-537

Field, T. (1997). The treatment of depressed mothers and their infants. *Postpartum depression and child development*, 9, 221-236.

Field, T., Hernandez-Reif, M., & Diego, M. (2006). Risk factors and stress variables that differentiate depressed from nondepressed pregnant women. *Infant Behavior and Development*, 29(2), 169-174.

Figueiredo, B., & Conde, A. (2011). Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. *Archives of women's mental health*, 14(3), 247-255.

Fleming, A. S., Ruble, D. N., Flett, G. L., & Shaul, D. L. (1988). Postpartum adjustment in first-time mothers: relations between mood, maternal attitudes and mother-infant interactions. *Developmental Psychology*, 24(1), 71-81.

- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and psychopathology*, 9(4), 679-700.
- Fraiberg, S. (1989), *Fantômes dans la chambre d'enfants*, Paris, PUF, 1999.
- Frascarolo-Moutinot, F., Darwiche, J. & Favez, N. (2009). Couple conjugal et couple coparental : quelle articulation lors de la transition à la parentalité ?. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 42,(1), 207-229.
- Freud, S. (1895). L'Esquisse, trad. *Susanne Hommel, Palea /Les lettres de l'École freudienne de Paris, Paris*.
- Freud S. ([1895] 1950), *Projet d'une psychologie*, in *Lettres à W. Fliess, 1897-1904*, Paris, Puf, 2006 ; GW, 1987, p. 387-477.
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. In OCP (Vol. VI, pp. 59{183). Paris : Puf.
- Freud, S. (1911a). *Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques*. In OCP (Vol. XI, pp. 11{22). Paris: Puf.
- Freud, S. (1914). *Pour introduire le narcissisme*. In OCP (Vol. XII, pp. 213{245). Paris :Puf.
- Freud, S. (1919). *L'inquiétant*. In OCP (Vol. XV, pp. 147{188). Paris : Puf.
- Freud, S. (1921). *Psychologie des foules et analyse du moi*. Paris : Payot & Rivages (2012).
- Freud, S. (1923). *Le moi et le ca*. In OCP (3e éd., Vol. XVI, Paris : Puf.
- Freud, S. (1923b). « La disparition du complexe d'Œdipe », in *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 1982
- Freud, S. (1925). *La négation*. In *Résultats, idées, problèmes* (Vol. II, pp. 135{139). Paris : Puf.
- Freud, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF, 2005
- Freud, S. (1931). *De la sexualité féminine*. In OCP (Vol. XIX, pp. 7{28). Paris : Puf.
- Freud, S. (1932), « La féminité » in *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, PUF, 1969.
- Freud, S. (1933). *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*. Paris : Gallimard (1984).
- Fuggle, P., Glover, L., Khan, F., & Haydon, K. (2002). Screening for postnatal depression in Bengali women: Preliminary observations from using a translated version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Journal of Reproductive and Infant psychology*, 20(2), 71-82.
- Furukawa, T., Sarason, I.G., Sarason, B.R. Social support and adjustment to a novel social environment *International Journal of Social Psychiatry*, 44 (1) (1998), pp. 56-70

G

- Garel, M., Blondel, B., Lelong, N., Papin, C., Bonenfant, S., & Kaminski, M. (1992). Réactions dépressives après une fausse couche. *Contraception, fertilité, sexualité*, 20(1), 75-81.
- Gaugue-Finot, J., Devouche, E., Wendland, J., Varescon, I. (2010). Repérage de la dépression prénatale dans un échantillon de femmes françaises : liens avec la détresse psychologique, l'anxiété et le soutien social perçu. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* Volume 58, Issue 8, 441-447
- Geberowicz, B. ; Barroux, C. (2005). *Le baby-clash, Le couple à l'épreuve de l'enfant* ; Paris, Albin Michel
- Gentry, W. D. & Kobasa, S. C. (1984). Social and psychological resources mediating stress - illness relationship in humans. In W. D. Gentry (Ed.), *Handbook of Behavioral Medicine* (pp. 87-116). New York: Guilford Press.
- Giampino, S. (2006). Les parents sont aussi un homme et une femme. Ré-interroger les mots et leur portée. *Informations sociales*, (132), 6-12.
- Gjerdingen, D. K., & Chaloner, K. (1994). Mothers' experience with household roles and social support during the first postpartum year. *Women & Health*, 21(4), 57-74.
- Glazier, R. H., Elgar, F. J., Goel, V., & Holzapfel, S. (2004). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 25(3-4), 247-255.
- Golse, B. (2004) La pulsion d'attachement. *La psychiatrie de l'enfant*, 2004, 47(1), 5-25.
- Golse, B. (2006). Le père comme processus. Du père pré-oedipien au père oedipien, de l'espace paternel aux rôles et fonctions du père, de la paternité à la paternalité. *Psychiatrie Française*, 36(3), 7.
- Gordon, R E, Kapostins, E E, & Gordon, K K. (1965) Factors in postpartum emotional adjustment *Obstetrics and Gynecology*. 25. 158-166
- Golse, B. (2006). *L'être-bébé*. Paris: PUF.
- Golse, B. (2007). La mise en récit comme maillon thérapeutique de nos interventions précoces. Dans *Les écueils de la relation précoce mère-bébé* (pp. 063-089). Toulouse, France: ERES.
- Golse, B. (2008). Avant-propos. Dans *Récit, attachement et psychanalyse* (pp 7-18). Toulouse, France: ERES.
- Golse, B., & Missonnier, S. (2011). *Récit, attachement et psychanalyse*. Eres.
- Gottman J.M. (1979) : *Marital interaction : Empirical investigations*. Academic Press, New York

- Gottman, J. M. (1993). The roles of conflict engagement, escalation, and avoidance in marital interaction: a longitudinal view of five types of couples. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(1), 6.
- Grant, K. A., McMahon, C., & Austin, M. P. (2008). Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. *Journal of affective disorders*, 108(1), 101-111.
- Green, A. (1983). La mère morte (1980), 222-253. *Narcissisme de vie, narcissisme de mort (A. Green)*, Les Editions de minuit, Coll.«Critique», Paris.
- Griffin, D. et Bartholomew, K. (1994). Models of the Self and Other: Fundamental Dimensions Underlying Measures of Adult Attachment – *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 67, No. 3, 430-445
- Grossman, K. E., & Grossman, K. (2005). Universality of human social attachment as an adaptive process. *Attachment and bonding: A new synthesis*, 199, 228.
- Guedeney, A., Bungener, C., & Widlöcher, D. (1993). Le " post-partum blues": une revue critique de la littérature. *La Psychiatrie de l'enfant*, 36(1), 329-354.
- Guedeney, N., & Fermanian, J. (1998). Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *European psychiatry*, 13(2), 83-89.
- Guedeney, N., Jacquemain, F., & Glangeaud-Freudenthal, M. C. (2000). Le rôle des facteurs environnementaux, de la vulnérabilité individuelle et du support social dans le risque de survenue des dépressions du post-partum. *Devenir*, 12(4), 13-33.
- Guedeney, N., Guédénay, A., & Fonagy, P. (2015). *L'attachement: approche théorique: du bébé à la personne âgée*. Elsevier Masson.
- Gueguen, C. (2017). Réaménagement du lien conjugal et investissement de l'enfant au moment du devenir parent. Thèse de doctorat en psychologie clinique sous la direction de S.Missonnier. Université de Paris Descartes.
- Guignard, F. (1999), « Maternel ou féminin? Le "roc d'origine" comme gardien du tabou de l'inceste avec la mère », in J. SCHAEFFER, M. COURNUT-JANIN (sous la dir.), *Clés pour le féminin: débats de psychanalyse*, Paris, PUF, p.12-23.

H

- Haga, S. M., Lynne, A., Slinning, K., & Kraft, P. (2012). A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scandinavian journal of caring sciences*, 26(3), 458-466.
- Hamelin-Brabant, L. et coll., (2015) « Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une revue de la littérature », *Santé Publique* 2015/1 (Vol. 27), p. 27-37.
- Hanus M. *Les deuils dans la vie*. Maloine, Paris, 2001.

- Hart, R., & McMahon, C. A. (2006). Mood state and psychological adjustment to pregnancy. *Archives of women's mental health*, 9(6), 329-337.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*, 52(3), 511.
- Hay, D. F., Pawlby, S., Sharp, D., Asten, P., Mills, A., & Kumar, R. (2001). Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *J Child Psychol Psychiatry*, 42(7), 871-889.
- Hays, M. (2004). Le temps du bébé : soutien de l'accordage primaire et prévention de la dépression maternelle précoce du post-partum. *Devenir*, 16(1), 17-44.
- Heh, S. S., Coombes, L., & Bartlett, H. (2004). The association between depressive symptoms and social support in Taiwanese women during the month. *International Journal of Nursing Studies*, 41(5), 573-579.
- Heinicke, C. M., & Guthrie, D. (1996). Prebirth marital interactions and postbirth marital development. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 17(2), 140-151.
- Heiss, G. E., Berman, W. H., & Sperling, M. B. (1996). Five scales in search of a construct: exploring continued attachment to parents in college students. *Journal of Personality Assessment*, 67, 102-115.
- Hess, R. F., Weinland, J. A., & Beebe, K. (2010). "I am not alone": a survey of women with peripartum cardiomyopathy and their participation in an online support group. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 28(4), 215-221.
- Hogg, R., & Worth, A. (2009). What support do parents of young children need? A userfocused study. *Community Practitioner*, 82(1), 31-34.
- Hobfoll S. E., & London, P. (1986). The relationship of self concept and social support to emotional distress among women during war. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 12, 87-100.
- Hostetter, A. L., & Stowe, Z. N. (2002). Postpartum mood disorders. Identification and Treatment. In F. Lewis-Hall, T. S. Williams, J. A. Panetta & J. M. Herrera (Eds.), *Psychiatric Illness in Women. EMerging Treatments and Research*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- House, J. S. (1981). *Work stress and Social Support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Houzel, D. (1991). Le traumatisme de la naissance. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 9, 33-49.
- Houzel, D., & Dayan, J. (1999). *Les enjeux de la parentalité*. érés.
- Houzel, D. (2003). Editorial. « Sexe, sexuel, sexué » *Journal de la psychanalyse de l'enfant* (33).

Hung, C-H., Chung, H-H. (2001) The effects of postpartum stress and social support on postpartum women's health status, *Journal of advanced nursing*, 36, 5, 2001, p. 676-684.

Hurdle, D. E. (2001). Social support: a critical factor in women's health and health promotion. *Health Soc Work*, 26(2), 72-79.

I

Inpes. (2010). Le vécu de la grossesse par les femmes. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3s.pdf>

Irigaray, L. (1974). *Speculum de l'autre femme*. Éditions de minuit.

Van IJzendoorn, M. H. (1990). Developments in cross-cultural research on attachment: Some methodological notes. *Human Development*, 33(1), 3-9.

J

Jeronimus, B. F., Riese, H., Sanderman, R., & Ormel, J. (2014). Mutual reinforcement between neuroticism and life experiences: A five-wave, 16-year study to test reciprocal causation. *Journal of personality and social psychology*, 107(4), 751.

Johnstone, S. J., Boyce, P. M., Hickey, A. R., Morris-Yates, A. D., & Harris, M. G. (2001). Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(1), 69-74.

Josefsson, A., Angelsjö, L., Berg, G., Ekström, C. M., Gunnervik, C., Nordin, C., & Sydsjö, G. (2002). Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstetrics & Gynecology*, 99(2), 223-228.

K

Kaës, R. (1979). Crise, rupture et dépassement. Analyse transitionnelle en psychanalyse groupale et individuelle.

Kaës, R. (1980). *L'idéologie, étude psychanalytique*. Bordas.

Kaës, R. (2012). *Le malêtre*. Dunod.

Kaitz, M., & Maytal, H. (2005). Interactions between anxious mothers and their infants: An integration of theory and research findings. *Infant Mental Health Journal*, 26(6), 570-597.

Kearns, R. A., Neuwelt, P. M., Hitchman, B., & Lennan, M. (1997). Social support and psychological distress before and after childbirth. *Health and Social Care in the Community*, 5(5), 296-308.

- Keeton, C. P., Perry-Jenkins, M., & Sayer, A. G. (2008). Sense of control predicts depressive and anxious symptoms across the transition to parenthood. *Journal of family psychology*, 22(2), 212.
- Kendell, R. E., McGuire, R. J., Connor, Y., & Cox, J. L. (1981). Mood changes in the first three weeks after childbirth. *Journal of affective disorders*, 3(4), 317-326.
- Kessler, R., McLeod, J. et Wethington, E. (1985). The cost of caring. In I. Sarason & B. Sarason (Eds.), *Social support: theory, research and application*. La Hague: Martinus Nijhoff.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kitamura, T., Takauma, F., Tada, K., Yoshida, K., & Nakano, H. (2004). Postnatal depression, social support, and child abuse. *World psychiatry*, 3(2), 100.
- Knierbiehler, Y. (1985). « de la femme grosse à la femme enceinte », in *Fantasmies et masques de grossesse*, sous la direction de J.Clerget. PUF
- Knierbiehler, Y. (2000). *Histoire des mères et de la maternité en Occident*. PUF. P63
- Klein M. (1932), Le retentissement des premières situations anxiogènes sur le développement sexuel de la fille, *La psychanalyse des enfants*, Paris, PUF, 1978, pp. 209-250.
- Klein, M. (1935), « Contribution à la psychogenèse des états maniaco-dépressifs », *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1968, p.311-340.
- Klein, M. (1940). Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs. *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1968, p.341-369.
- Klein, M. (1946). Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. *Développements de la psychanalyse*, 274-300.
- Kobak, R. R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child development*, 135-146.
- Kumar, R , & Robson, K (1978) Neurotic disturbance during pregnancy and the puerperium Preliminary report of a prospective study of 119 primiparae In M Sandier (Ed), *Menial illness in pregnancy and the puerperium* (pp 40-51) Oxford, England Oxford University Press.
- Kumar, R., & Robson, K. M. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry*, 144, 35-47.
- Kurtz Landy, C., Sword, W., & Ciliska, D. (2008). Urban women's socioeconomic status, health service needs and utilization in the four weeks after postpartum hospital discharge: findings of a Canadian cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res*, 8(1-9).

L

- Lacharité, C., Éthier, L. S., & Couture, G. (1999). Sensibilité et spécificité de l'Indice de stress parental face à des situations de mauvais traitements d'enfants. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 31(4), 217.
- Lacharité, C., Pierce, T., Baker, M., Calille, S., & Pronovost, M. (2015). *Penser la parentalité au Québec: un modèle théorique et un cadre conceptuel pour l'initiative Perspectives parents*. Les éditions CEIDF.
- Lacharité, C. & Lafantaisie, V. (2016). Le rôle de la fonction réflexive dans l'intervention auprès de parents en contexte de négligence envers l'enfant. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 159–180.
- Lambert, V., Luissier, Y., Sabourin, S. et Wright, J. (1995). Attachement, solitude et détresse psychologique chez des jeunes adultes. *J Int Psychol*, 30(1), 109-131.
- Lamour, M., & Barraco, M. (1998). *Souffrances autour du berceau: des émotions au soin*. Gaëtan Morin.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1967d). Vocabulaire de la psychanalyse. Paris : puf.
- Laplanche, J. (2002). Entretien avec Jean Laplanche. *Enfances & psy*, (1), 9-16.
- Lavallée, G. (1993). La boucle contenant et subjectivante de la vision. *Anzieu D. et al., Les contenants de pensée, Paris, Dunod*, 87-126.
- Lavigueur, S. ; Coutu, S ; Dubeau, D. ; David, A. ; et Grenon, É. (2005) Le soutien parental offert par les membres du réseau social : le point de vue des mères en situation de vulnérabilité. *Santé mentale au Québec*, vol. 30, n° 2, p. 139-163.)
- Lawrence, E., Rothman, A., Cobb R., Rothman, M., Bradbury, T. (2008) Marital satisfaction across the transition to parenthood, *Journal of family psychology*, 22, 1, p. 41–50.
- Leahy-Warren, P. (2005). First-time mothers: Social support and confidence in infant care, *Journal of advanced nursing*, 50, 5, 2005, p. 479-88.
- Lebovici, S. (en collaboration avec Stoléru), (1983). *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste*. Paris : Le Centurion.
- Lebovici, S., Diatkine, R., & Soulé, M. (1985). *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (Vol. 2). Presses universitaires de France.
- Lebovici, S. (1998). *L'arbre de vie ; éléments de la psychopathologie du bébé*. Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Lee, C. (1997). Social context, depression and the transition to motherhood. *British Journal of Health Psychology*, 2(2), 93-108.

- Lee, D. T., Yip, A. S., Leung, T. Y., & Chung, T. K. (2004). Ethnoepidemiology of postnatal depression: prospective multivariate study of sociocultural risk factors in a Chinese population in Hong Kong. *The British journal of psychiatry*, 184(1), 34-40.
- Le Guen A. (1999), "Le legs des mères", in J. Schaeffer, M.Cournut-Janin (sous la dir.), Clefs pour le féminin, Débats de psychanalyse, Paris, PUF, p. 123-134
- Le Guen, C. (1999). *L'Œdipe originaire*. FeniXX.
- Le Guen, C. (2008). *Dictionnaire freudien*. Presses universitaires de France.
- Leigh, B., & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC psychiatry*, 8(1), 24.
- Lessick, M., Woodring, B. C., Naber, S., & Halstead, L. (1992). Vulnerability: A conceptual model applied to perinatal and neonatal nursing. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 6(3), 1-14.
- Letourneau, N. L., Dennis, C. L., Benzies, K., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Tryphonopoulos, P. D., & Watson, W. (2012). Postpartum depression is a family affair: addressing the impact on mothers, fathers, and children. *Issues in mental health nursing*, 33(7), 445-457.
- Lewin, K. (1951). Field theory in social science.
- Lindahl, V., Pearson, J. L., & Colpe, L. (2005). Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 8(2), 77-87.
- Logsdon, M. C., & McBride, A. B. (1994). Social support and postpartum depression. *Research in nursing & health*, 17(6), 449-457.
- Logsdon, M. C., Cross, R., Williams, B., & Simpson, T. (2004). Prediction of postpartum social support and symptoms of depression in pregnant adolescents: A pilot study. *The Journal of School Nursing*, 20(1), 36-42.
- Logsdon, M. C., Birkimer, J. C., Simpson, T., & Looney, S. (2005). Postpartum depression and social support in adolescents. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(1), 46-54.
- Lonstein, J. S. (2007). Regulation of anxiety during the postpartum period. *Frontiers in neuroendocrinology*, 28(2), 115-141.
- Lussier, V., David, H. & Ouimet, L. (1996). L'entraide maternelle, une réponse à l'isolement pathogène des nouvelles mères. *Santé mentale au Québec*, 21(2), 224-232.
- Lyons-Ruth, K., Easterbrooks, M., Cibelli, C. (1997) Infant attachment strategies, infant mental lag, and maternal depressive symptoms: predictors of internalizing and externalizing problems at age 7. *Developmental Psychology*, 33(4), p. 681-692.

M

- Main, M., & Weston, D. R. (1981). The quality of the toddler's relationship to mother and to father: Related to conflict behavior and the readiness to establish new relationships. *Child development*, 932-940.
- Main, M., & Weston, D. R. (1982). Avoidance of the attachment figure in infancy: Descriptions and interpretations. *The place of attachment in human behavior*, 8(1), 203-217.
- Main, M., Kaplan, K., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representations. In I., Bretherton, & E., Waters. (Eds), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the society for research in child development*, 50 (1-2 serial No. 209), 66-104.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern.
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M.T. Greenberg, D. Cicchetti, & E.M. Cummings, *Attachment during the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 161-182). Chicago: University of Chicago Press.
- Makregiorgos, H., Joubert, L., & Epstein, I. (2013). Maternal mental health: Pathways of care for women experiencing mental health issues during pregnancy. *Social work in health care*, 52(2-3), 258-279.
- Mannoni, M. (1969). L'enfant, sa maladie et les autres, Paris, Le Seuil, coll. « Le champ freudien ».
- Manzano J., Righetti-Veltema M. & Conne Perreard E. (1997), « Le syndrome de dépression du prépartum. Résultat d'une recherche sur les signes précurseurs de la dépression du post-partum », *La Psychiatrie de l'enfant*, 40(2), 533-552.
- Marcus, S. M., Flynn, H. A., Blow, F. C., & Barry, K. L. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of women's health*, 12(4), 373-380.
- Martinez-Schallmoser, L., Telleen, S., & Macmullen, N. J. (2003). The effect of social support and acculturation on postpartum depression in Mexican American women. *Journal of Transcultural Nursing*, 14(4), 329-338.
- Matthey, S., Barnett, B., Howie, P., & Kavanagh, D. J. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety?. *Journal of affective disorders*, 74(2), 139-147.
- Mellier, D. (2005). La fonction contenante, une revue de la littérature. *Perspectives Psy*, vol. 44 (4), 303-310.

- Mellier, D. (2015a). Géographie familiale et risque d'implosion : le berceau psychique familial. Dans *Le bébé et sa famille: Place, identité et transformation* (pp. 21-80). Paris: Dunod.
- Mellier, D. (2015). Bébé contemporain, bébé parfait ?. Dans *Le bébé dans sa famille: Nouvelles solitudes des parents, nouveaux soins* (pp. 91-110). Toulouse, France: ERES.
- Mellier, D. & Rochette-Guglielmi, J. (2009). Les souffrances primitives familiales et leur devenir dans le post-partum immédiat. *Champ psychosomatique*, 56,(4), 113-133.
- Mellier, D. & Rosenblum, O. (2013). Éditorial. *Dialogue*, 199,(1), 3-6.
- Meltzer, D. (1975). Adhesive identification. *Contemporary Psychoanalysis*, 11(3), 289-310.
- Meltzer, D. (2004). The geographic dimension of the mental apparatus. *Psychoanalysis and art: Kleinian perspectives*, 219-222.
- Mijolla-Mellor, S. D. (1998). Penser la psychose. *Une lecture de l'œuvre de Piera Aulagnier*, Paris, Dunod.
- Mikulincer, M., Florian, V., & Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel. *Journal of personality and social psychology*, 64(5), 817.
- Milgrom, J. (2001). Dépistage et traitement de la dépression postnatale (DPN). *Devenir*, 13(3), 27-50.
- Milgrom, J., & Beatrice, G. (2003). Coping with stress of motherhood: cognitive and defense style of women with postnatal depression. *Stress Health*, 19, 281-287.
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., Ericksen, J., Ellwood, D. & Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord*, 108(1-2), 147-157.
- Milgrom, J., Mendelsohn, J., & Gemmill, A. W. (2011). Does postnatal depression screening work? Throwing out the bathwater, keeping the baby. *J Affect Disord*, 132(3), 301-
- Miljkovitch-Heredia, R. (1998). Les modèles internes opérants : Revue de la question. Dans A. Braconnier, J. Sipos, *Le Bébé et les interactions précoces* (pp. 39-78). Paris: Presses Universitaires de France.
- Missonnier, S. (2004). L'enfant du dedans et la relation d'objet virtuel. In *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité* (pp. 119-144). Puf.
- Missonnier, S. (2008). Dépressivité et dépression paternelles périnatales. *Le Carnet PSY*, 129(7), 44-49.
- Missonnier, S. (2008). *La consultation thérapeutique périnatale*. Toulouse, Erès.

Missonnier, S. (2011). Paul Ricœur, Daniel Stern et Rosemary'S Baby : de « l'identité narrative » à « l'enveloppe prénarrative ». Dans *Récit, attachement et psychanalyse* (pp. 47-66). Toulouse: ERES.

Missonnier, S. (2009). Devenir parent, naître humain : la diagonale du virtuel. Paris : Puf.

Missonnier, S., Golse, B., & Soulé, M. (2004). La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Paris : Puf.

Molénat, F. (1992). *Mères vulnérables: les maternités s' interrogent*. Stock.

Murphy, B., & Bates, G. W. (1997). Adult attachment style and vulnerability to depression. *Personality and Individual differences*, 22(6), 835-844.

Murray, L., & Cooper, P. J. (1997). Postpartum depression and child development. *Psychol Med*, 27(2), 253-260.

Murray, L., Cooper, P. J., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the shortand long-term effect of psychological treatment of post-partum depression: 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome. *Br J Psychiatry*, 182, 420-427.

Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R., & Cooper, P. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Dev*, 67(5), 2512-2526.

N

Nierop, A., Wirtz, P. H., Bratsikas, A., Zimmermann, R., & Ehlert, U. (2008). Stress-buffering effects of psychosocial resources on physiological and psychological stress response in pregnant women. *Biological psychology*, 78(3), 261-268.

Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2013). Social support during the postpartum period: mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Maternal and child health journal*, 17(4), 616-623.

Nezelof, S. (2005). Deuil anténatal, une clinique du chagrin maternel. Etude Prospective comparée des troubles psychiques après interruption médicale de grossesse et après arrêt spontanée de la grossesse. (Thèse de doctorat non publiée). Université de Franche-Comté Science de la Vie et de la Santé, Besançon.

Norbeck, JS., Peterson Tilden, V. (1983) Life stress, social support, and emotional disequilibrium in complications of pregnancy : A prospective, multivariate study, *Journal of health and social behavior*, 24, 1, p. 30-46.

O

O'Connor, P. (2001). Supporting mothers: Issues in a community mothers programme. *Community, Work & Family*, 4(1), 63-85. Oakley, A. (1980). *Women confined. Towards a sociology of childbirth*. Oxford: Martin Robertson.

- O'Hara, M., W. (1986). Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch Gen Psychiatry*, 43, 569-573.
- O'Hara, M. W., Rehm, L. P., & Campbell, S. B. (1983). Postpartum depression. A role for social network and life stress variables. *J Nerv Ment Dis*, 171(6), 336-341.
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International review of psychiatry*, 8(1), 37-54.
- O'Hara, M. W. (2001). La dépression du post-partum: Les études de l'Iowa. *Devenir*, 13(3), 7-20.

P

- Paffenbarger Jr, R. S. (1964). Epidemiological aspects of parapatum mental illness. *British journal of preventive & social medicine*, 18(4), 189.
- Parat, H. (2010). Hélène Deutsch, pionnière du féminin. *Revue Française de Psychanalyse*, 74 (3), 807-824.
- Parat, H. (1999). « La fougue du lait. La mère et l'érotique de l'allaitement. » In J. ANDRÉ (sous la dir.) *La féminité autrement* (pp. 1-31). Paris, PUF, p.1-31.
- Parat, H. (2006), *Sein de femme, sein de mère*, Paris, PUF.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British journal of medical psychology*, 52(1), 1-10.
- Payen, F. (2008). Revisiter l'œdipe en couple lors de l'arrivée d'un enfant. In *Le couple : conjoints, amants, parents : actes du colloque de l'AFCCC, 17 novembre 2007, Kremlin-Bicêtre*. Toulouse: Érès.
- Paykel, E. S., Emms, E. M., Fletcher, J., & Rassaby, E. (1980). Life events and social support in puerperal depression. *The British Journal of Psychiatry*, 136(4), 339-346.
- Perard-Cupa, D., Valdes, L., Abadie, I., Pineiro, M., & Lazartigues, A. (1992). Bébé imaginé et interactions précoces. *Devenir*, 4(2), 47-60.
- Perdereau, F., & Atger, F. Evaluation de l'attachement chez l'adulte et l'adolescent. In N. Guedeney, & A. Guedeney, *L'attachement, Concepts et applications* (pp. 93-102). Paris : Masson, collection Les âges de la vie.
- Phillips, S., & Pitt, L. (2011). Maternal mental health: making a difference. *Aotearoa New Zealand Social Work*, 23(3), 31-37.
- Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Sieyes, A., Meister, C., Miljkovitch, R., & Halfon, O. (1996). Les modèles de relations: Développement d'un auto-questionnaire d'attachement pour adultes. *Psychiatrie de l'Enfant*, 1, 161-206.

- Pietromonaco, P. R., & Barrett, L. F. (2000). The internal working models concept: What do we really know about the self in relation to others? *Review of General Psychology*, 4, 155- 175.
- Pines, D. (1972, décembre). Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality. *British Journal of Medical Psychology*, 45 (4), 333-343. doi: 10.1111/j.2044-8341.1972.tb02216.x
- Pines, D. (1982). The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion. *The International journal of psycho-analysis*, 63, 311.
- Pope, S. (2000). Postnatal Depression: a systematic review of published scientific literature to 1999. Canberra: NHMRC.
- Presme, N. Psychopathologie psychanalytique de la parentalité en période périnatale : approche clinique d'une pédopsychiatre en maternité. In S. Missonnier, M. Blazy, N. Boige, N. Presme, O. Tagawa, & C. Jaillardon (Eds.), (2012). *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité*. (pp.167-227). Paris: Elsevier Masson.
- Priel, B., & Shamai, D. (1995). Attachment style and perceived social support: Effects on affect regulation. *Personality and Individual Differences*, 19(2), 235-241.
- Procidano, M. E., & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American journal of community psychology*, 11(1), 1-24.

R

- Racamier, P. C., Sens, C., & Carretier, L. (1961). La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. *L'évolution psychiatrique*, 26(4), 525-570.
- Racamier, P. C. (1978). À propos des psychoses de la maternalité. M. Soulé (sous la dir.), *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*, Paris, esf, 41-50.
- Racamier P.-C. (1979), « La maternalité psychotique », in *De psychanalyse en psychiatrie. Etudes psychopathologiques*, Paris, Payot et Rivages, 1988, p. 193-242.
- Radesky, J. S., Zuckerman, B., Silverstein, M., Rivara, F. P., Barr, M., Taylor, J. A., Lengua, L. J., & Barr, R. G. (2013). Inconsolable infant crying and maternal postpartum depressive symptoms. *Pediatrics*, 131(6), p. 1857-1864.
- Rahman, A., Iqbal, Z., & Harrington, R. (2003). Life events, social support and depression in childbirth: perspectives from a rural community in the developing world. *Psychological medicine*, 33(7), 1161-1167.
- Rank, O. (1976). Le traumatisme de la naissance (1924). Paris: Payot.
- Raphael-Leff, J. (1993). *Pregnancy: The Inside Story*. Northvale, NJ and London: Jason Aronson.

- Razurel, C., Bruchon-schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O., Epiney, M. (2011) Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period : A qualitative study, *Midwifery*, 27, p. 237-242.
- Reading, A. E. (1983). The influence of maternal anxiety on the course and outcome of pregnancy: A review. *Health Psychology*, 2(2), 187-202.
- Reblin, M., & Uchino, B. N. (2008). Social and emotional support and its implication for health. *Current opinion in psychiatry*, 21(2), 201.
- Resnik, S. (2000). La fonction du père et la mère archaïque: implications cliniques. *Topique*, 72, 21-35.
- Revault d'Allones, C. (1976). Le mal joli. *Accouchement et douleur*, Paris, 10, 18.
- Riand, R. (2010). Le couple et la famille à l'épreuve du devenir parent : l'art délicat du passage. In M. R, Moro, R, Riand & V, Plard (Eds.), *Manuel de psychopathologie du bébé et de sa famille*. (pp.101-114). Grenoble : La Pensée sauvage.
- Riand, R. (2012). Cancer et grossesse : impacts sur le couple et la parentalité. In A.-F. Lof, *Cancer et maternité* (p. 197-208). Paris: Erès.
- Riazuelo, H. (2003). À quoi rêvent les femmes enceintes ?. *Champ psychosomatique*, no 31,(3), 99-115.
- Riazuelo, H. (2010). Représentations maternelles au cours d'une première et d'une seconde grossesse. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 58(8), 448-455.
- Rice, K. G. (1990). Attachment in adolescence: a narrative and meta-analytic review. *Journal of Youth and Adolescence*, 19, 511-538.
- Rice, K. G., FitzGerald, D. P., Whaley, T. J., & Gibbs, C. L. (1995). Cross-sectional and longitudinal examination of attachment, separation-individuation, and college student adjustment. *Journal of Counselling and Development*, 73, 463-474.
- Riggio, R. E. (1986). Assessment of basic social skills. *Journal of Personality and social Psychology*, 51(3), 649.
- Riggio, R. E., Watring, K. P., & Throckmorton, B. (1993). Social skills, social support, and psychosocial adjustment. *Personality and Individual Differences*, 15(3), 275-280.
- Rime, B. (2005). *Le partage social des émotions*, Paris, PUF.
- Robert, E., David, H., Reeves, N., Goron, S., & 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(2), 151-171.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General hospital psychiatry*, 26(4), 289-295.

- Rochette-Guglielmi, J. (2003). Le rituel, la mère et le bébé: un dispositif de soin en périnatalité, les groupes de présentation de bébés. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (1), 93-126.
- Rochette-Guglielmi, J. (2009). Travail des traces en post-partum immédiat: le blues des quarante jours. In *Les traces de l'archaïque* (pp. 61-116). Erès.
- Rochette-Guglielmi, J. (2012). De la ritualité périnatale aux réseaux : une structure en analogon. *Spirale*, 61,(1), 23-35.
- Rochette-Guglielmi, J. & Mellier, D. (2007). Transformation des souffrances de la dyade mère-bébé dans la première année post-partum : stratégies préventives pour un travail en réseau. *Devenir*, vol. 19,(2), 81-108.
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 26(1), 65-72.
- Romito, P., Pomicino, L., Lucchetta, C., Scrimin, F., & Molzan Turan, J. (2009). The relationships between physical violence, verbal abuse and women's psychological distress during the postpartum period. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30(2), 115-121.
- Ross, L. E., Sellers, E. M., Gilbert Evans, S. E., & Romach, M. K. (2004). Mood changes during pregnancy and the postpartum period: development of a biopsychosocial model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(6), 457-466.
- Rougeul, F. (2004). Fonction grand-parentale. *Thérapie Familiale*, vol. 25,(3), 371-383.
- Roussillon, R. (2005). Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique. In *La santé mentale en actes* (pp. 221-238). ERES.
- Roussillon, R. (2011). Le concept du maternel primaire. *Revue française de psychanalyse*, vol. 75,(5), 1497-1504.
- Roussillon, R. (2012). Préface. Aller au bout de la crise : vers la métanoïa. In D. Zucker, Penser la crise. L'émergence du soi (p. 7-12). Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur
- Rodrigues, M., Patel, V., Jaswal, S., & De Souza, N. (2003). Listening to mothers: qualitative studies on motherhood and depression from Goa, India. *Social Science & Medicine*, 57(10), 1797-1806.
- Ross, L. E., McLean, L. M., & Psych, C. (2006). Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. *depression*, 6(9), 1-14.
- Roussignol, A., Terradas, M. M., Puentes-Neuman, G., Caron, M., & Leroux, J. (2013). L'approche Watch, Wait, and Wonder et l'évolution de la fonction réflexive parentale de mères à risque. *Devenir*, 25(4), 257-283.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2004). Sixth report of confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom : « Why mothers die, 2000- 2002 », London.

Ruffiot, A. (1981). *La thérapie familiale psychanalytique*. Dunod, nouvelle édition, 1998.

Russell, S. (2006). Barriers to care in postnatal depression. *Community practitioner*, 79(4), 110.

S

Sagami, A., Kayama, M., & Senoo, E. (2004). The relationship between postpartum depression and abusive parenting behavior of Japanese mothers: a survey of mothers with a child less than one year old. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68(2), 174-187.

Saias, T. (2009) Déterminants relationnels de la santé mentale périnatale : Approche psychosociale. Thèse de doctorat en psychologie sociale sous la direction A. Cerclé. Université Rennes 2.

Salmela-Aro, K., Aunola, K., Saisto, T., Halmesmäki, E., & Nurmi, J. E. (2006). Couples share similar changes in depressive symptoms and marital satisfaction anticipating the birth of a child. *Journal of Social and Personal Relationships*, 23(5), 781-803.

Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of personality and social psychology*, 44(1), 127.

Sarason, I. G., Sarason, B. R., & Shearin, E. N. (1986). Social support as an individual difference variable: Its stability, origins, and relational aspects. *Journal of Personality and Social psychology*, 50(4), 845.

Sarason, BR et al. (1990). *Social support : an interactional View*. New York: Wiley: 319-66.

Saucier, J. F., Bermazzani, O., Borgeat, F., & David, H. (1995). La contribution de variables sociales à la prédiction de la dépression postnatale. *Santé mentale au Québec*, 20(2), 35-37.

Segrin, C. (1993). Social skills deficits and psychosocial problems: antecedent, concomitant, or consequent?. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 12(3), 336-353.

Shapiro, A. F., Gottman, J. M., & Carrere, S. (2000). The baby and the marriage: Identifying factors that buffer against decline in marital satisfaction after the first baby arrives. *Journal of family psychology*, 14(1), 59.

Sharp, D., Hay, D. F., Pawlby, S., Schmücker, G., Allen, H., & Kumar, R. (1995). The impact of postnatal depression on boys' intellectual development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(8), 1315-1336.

Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002 a et b). Dialogue on adult attachment: Diversity and integration. *Attachment & Human Development*, 4(2), 243-257.

- Shin, H., Park, Y. J. et Kim, M. J. (2006). Predictors of maternal sensitivity during the early postpartum period. *J Adv Nurs*, 55(4), 425-434.
- Sirol, F. (1999). La haine de la femme enceinte pour son fœtus. *Devenir*, 11(2), 25-34.
- Sirol, F. (2003). ... et la haine alors ? *Spirale*, 28 (4), 155{164.
- Skari, H., Skreden, M., Malt, U. F., Dalholt, M., Ostensen, A. B., Egeland, T., & Emblem, R. (2002). Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth—a prospective population- based study of mothers and fathers. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 109(10), 1154-1163.
- Skouteris, H., Wertheim, E. H., Rallis, S., Milgrom, J., & Paxton, S. J. (2009). Depression and anxiety through pregnancy and the early postpartum: an examination of prospective relationships. *Journal of affective disorders*, 113(3), 303-308.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & human development*, 7(3), 269-281.
- Slade, A. (2007). Reflective parenting programs: Theory and development. *Psychoanalytic Inquiry*, 26(4), 640-657.
- Slade, A., Sadler, L., De Dios-Kenn, C., Webb, D., Currier-Ezepchick, J., & Mayes, L. (2005). Minding the baby: A reflective parenting program. *The psychoanalytic study of the child*, 60(1), 74-100.
- Small, R., Brown, S., Lumley, J., & Astbury, J. (1994). Missing voices: what women say and do about depression after childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 12(2), 89-103.
- Smith, S. (1874). On the limitations and modifying conditions of human longevity. Communication orale. The Basis of Sanitary Work, New York: American Public Health Association.
- Söderström, K., & Skårderud, F. (2009). Minding the baby. *Nordic Psychology*, 61(3), 47-65.
- Soulé, M (1983), L'enfant dans la tête, l'enfant imaginaire in Brazelton, B. C., Kreisler, L., Schapi, R., & Soulé, M. M.(Orgs.), La dynamique du nourrisson (pp. 11-27). Paris: ESF.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 15-28.
- Spielberger, C. D., & Gorsuch, R. L. (1983). *State-trait anxiety inventory (form Y)*. Consulting Psychologists Press.
- Spiess, M. (2002). Le vacillement des femmes en début de grossesse. *Dialogue*, (3), 42-50.

- Spitz, R. A., & Wolf, K. M. (1946). Anaclitic Depression: An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood, II. *The psychoanalytic study of the child*, 2(1), 313-342.
- Srisaeng, P. (2003). *Self-esteem, stressful life events, social support, and postpartum depression in adolescent mothers in Thailand* (Doctoral dissertation, Case Western Reserve University).
- Stendhal, M. H. B. (1839). and 1841. *La Chartreuse de Parme*. [Deux Tomes:].
- Stern, D. (1995). *La constellation maternelle*, Paris, Calmann-Levy, 1997.
- Stern, D. N. (2012). Une mère soigne son enfant. *Spirale*, (4), 45-56.
- Stern, G., & Kruckman, L. (1983). Multi-disciplinary perspectives on post-partum depression: an anthropological critique. *Social science & medicine*, 17(15), 1027-1041.
- Stoléru S. (2000), « Aspects conceptuels », entrée parentalité dans Houzel D., Emmanuelli M. et Moggio F. (dir.), Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Paris, PUF.
- Stoleru, S., Vandrell, M., Magnin, F., & Spira, A. (1998). De l'arrêt de la contraception aux premiers mois postnatals. Les premières étapes de la parentalité adulte. In P. Mazet, S. Lebovici, *Psychiatrie périnatale*. Paris: PUF.
- Streeter, C. L., & Franklin, C. (1992). Defining and measuring social support: Guidelines for social work practitioners. *Research on Social Work Practice*, 2(1), 81-98.
- Surkan, P. J., Peterson, K. E., Hughes, M. D., & Gottlieb, B. R. (2006). The role of social networks and support in postpartum women's depression: a multiethnic urban sample. *Maternal and Child Health Journal*, 10(4), 375-383.
- Sutter-Dallay, A. L., Murray, L., Glatigny-Dallay, E., & Verdoux, H. (2003). Newborn behavior and risk of postnatal depression in the mother. *Infancy*, 4(4), 589-602.
- Sutter-Dallay, A. L., Murray, L., Dequae-Merchadou, L., Glatigny-Dallay, E., Bourgeois, M. L., & Verdoux, H. (2011). A prospective longitudinal study of the impact of early postnatal vs. chronic maternal depressive symptoms on child development. *European Psychiatry*, 26(8), 484-489.
- Svensson, J., Barclay, L., & Cooke, M. (2006). The concerns and interests of expectant and new parents: assessing learning needs. *Journal of Perinatal Education*, 15(4), 18-27.
- I**
- Tagawa, O. (2012). L'accompagnement coutumier. In S. Missonnier, M. Blazy, N. Boige, N. Presme, O. Tagawa, & C. Jaillardon (Eds.), (2012). *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité*. (pp.251-284). Paris: Elsevier Masson.

- Thévenot, A. (2006). Fonction des grands-parents dans l'accès à la parenté de leurs enfants: Un remaniement des liens familiaux. *Informations sociales*, 132,(4), 36-43.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: where are we? What next? *J Health Soc Behav, Spec No*, 53-79.
- Tissot H. et al. (2011). Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale , *La psychiatrie de l'enfant*, 2 Vol. 54, p. 611-637
- Tod, E. D. M. (1964). Puerperal depression: a prospective epidemiological study. *The Lancet*, 284(7372), 1264-1266.
- Tracy, E.M., et N. Abell (1994). « Social network map: Some further refinements on administration », *Social Work Research*, vol. 18, no 1, p. 56-60
- Turcotte D. Mouvements sociaux et pratique du travail social : les passerelles du changement social. *Nouvelles pratiques sociales*, 1990 ;3-1, 75-78.
- Turner, R. J., & Marino, F. (1994). Social support and social structure: A descriptive epidemiology. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 193–212.

U

- Uchino, B. N. (2006). Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of behavioral medicine*, 29(4), 377-387.
- Ugarriza, D. N. (2004). Group therapy and its barriers for women suffering from postpartum depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 18(2), 39-48.

V

- Vandervoort, D. (1999). Quality of social support in mental and physical health, *Current psychology*, 19, 2, p. 205-223.
- Van Bussel, J. C., Spitz, B., & Demyttenaere, K. (2006). Women's Mental Health Before, During, and After Pregnancy: A Population- Based Controlled Cohort Study. *Birth*, 33(4), 297-302.
- Van Teeffelen A., Nieuwenhuijze, M., KORSTJENS, I. (2011) Women want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood : A qualitative study, *Midwifery*, 27, 2011, p.122-127.
- Vaux, A. (1992). Assessment of Social Support. In H. Veiel & U. Baumann (Eds.), *Meaning and Measurement of Social Support* (pp. 193-216). New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Van Gennep, A. (1909). Les rites de passage: étude systématique des rites. *Paris: Librairie Critique*.

Vennat, D. (2014). Le sentiment de solitude chez les nouveaux parents : quels enjeux ? Quelles conséquences?. *Les métiers de la petite enfance*, 20 (211), 18-20.

Vennat, D., Panagiotou, D., & Mellier, D. (2018). Idéologies hypermodernes, quels enjeux dans la construction de la parentalité?. *Bulletin de psychologie*, (4), 749-757.

Verjus, A., & Boisson, M. (2004). La Parentalité, une action de citoyenneté: Une synthèse des travaux récents sur le lien familial et la fonction parentale (1993-2004).

Vik, T., Grote, V., Escribano, J., Socha, J., Verduci, E., Fritsch, M., . . . European Childhood Obesity Trial Study, Group. (2009). Infantile colic, prolonged crying and maternal postnatal depression. *Acta Paediatr*, 98(8), 1344-1348.

Von Bertalanffy, L. (1968). General system theory. *New York*, 41973(1968), 40.

W

Wallace, J. L., & Vaux, A. (1993). Social support network orientation: The role of adult attachment style. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 12(3), 354-365.

Wallerstedt, C., & Higgins, P. (1996). Facilitating perinatal grieving between the mother and the father. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 25(5), 389-400.

Wandersman, L., Wandersman, A., & Kahn, S (1980) Social support in the transition to parenthood. *Journal of Community Psychology*, 8, 332-34

Watson, J. P., Elliott, S. A., Rugg, A. J., & Brough, D. I. (1984). Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *British Journal of Psychiatry*, 144, 453-462.

Weber, F. (2013). *Penser la parenté aujourd'hui: la force du quotidien*. Paris: Éditions Rue d'Ulm.

Webster, J., Nicholas, C., Velacott, C., Cridland, N., & Fawcett, L. (2011). Quality of life and depression following childbirth : impact of social support. *Midwifery*, 27(5), 745-749.

Webster-Stratton, C. (1990). Stress: A potential disruptor of parent perceptions and family interactions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 302-312.

Weinberg, M. K., & Tronick, E. Z. (1997). Depressed mothers and infants: Failure to form dyadic states of consciousness. *Postpartum depression and child development*, 54-81.

Weinberg, M. K., & Tronick, E. Z. (1998). The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *The Journal of clinical psychiatry*.

Wiener, N., & Cybernetics, S. E. (1948). or Control and Communication in the Animal and the Machine. *New York*.

Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., & Robinson, K. (2003). Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum. *Archives of women's mental health*, 6(1), 43-49.

Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., & Brendle, J. R. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Journal of anxiety disorders, 19*(3), 295-311.

Whiffen, V. E., & Gotlib, I. H. (1989). Infants of postpartum depressed mothers: temperament and cognitive status. *J Abnorm Psychol, 98*(3), 274-279.

Whitton, A., Warner, R., & Appleby, L. (1996). The pathway to care in post-natal depression: women's attitudes to post-natal depression and its treatment. *Br J Gen Pract, 46*(408), 427-428.

Winnbust, J. A. M., Buunk, B. P., & Marcelissen, F. H. (1988). *Social support and stress: Perspectives and processes*. In S. Fisher and J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition, and health*. Chap. 28, 511-528.

Winnicott, D. W. (1947). La haine dans le contre-transfert—quelques-unes des raisons pour lesquelles une mère hait son enfant, même un garçon. *De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris: Payot*.

Winnicott, D.W., 1956. La préoccupation maternelle précoce. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot, Paris 1969.

Winnicott, D. (1960). La théorie de la relation parent-nourrisson. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. (p. 237 a 256). Paris : Payot.

Winnicott, D. W. (1960). The relationship of a mother to her baby at the beginning. *The family and individual development, 15-20*.

Winnicott, D. (1962). Intégration du Moi au cours du développement de l'enfant. In *Processus de maturation chez l'enfant*. Paris : Payot.

Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité*.

X

Xie, R. H., He, G., Koszycki, D., Walker, M., & Wen, S. W. (2009). Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. *Annals of epidemiology, 19*(9), 637-643.

Z

Zazzo, R. (1979). Le colloque sur l'attachement.[A colloquium on attachment]. *Paris: Delachaux Niestlé Spes*.

**Titre : Devenir mère et défaut d'étayage familial dans le post-partum immédiat.
Étude clinique, longitudinale et comparative à domicile des 2 semaines aux 18 mois du bébé.**

Mots clés : maternalité ; immédiat post-partum ; étayage ; soutien social ; famille ; détresse maternelle

RÉSUMÉ

La dimension intersubjective familiale **du devenir mère** lors de la période sensible du post-partum est peu abordée dans la littérature, que cela soit en psychanalyse ou dans les autres courants en psychologie.

Hypothèses : le défaut d'étayage de la famille dans l'immédiat post-partum impacte les *processus de la maternalité* chez la mère : son état psychique (dépression et anxiété), sa préoccupation primaire et sa rêverie, ainsi que le destin de ses motions hostiles dans ses relations.

Approches épistémologiques : la psychologie clinique et la psychopathologie avec d'autres apports.

Méthode mixte (clinique et quantitative) longitudinale et comparative sur une population de 35 familles.

Outils : entretiens, observations et auto-questionnaires évaluant l'état psychique de la mère (EPDS et STAI), ses relations conjugales (EAD), parentales (IAP) et ses ressources internes (RSQ et PBI).

Résultats : les mères qui ont peu bénéficié de soutien familial sont plus nombreuses à présenter des signes de détresse psychique et ces signes perdurent dans le temps, 6 mois après la naissance de leur enfant. L'analyse de **trois cas cliniques** permet de suivre dans le temps la complexité des processus de la maternalité, leurs liens avec l'étayage familial et les facteurs intra-psychiques, intersubjectifs et sociétaux qui les soutiennent ou au contraire les fragilisent. Les motions hostiles de la mère, non contenues par la famille élargie, alimentent sa détresse et l'ensemble de ses relations, avec le conjoint, le père et/ou l'enfant.

Conclusion : le travail psychique nécessaire dans le post-partum immédiat pour devenir mère ne peut être envisagé sans son réseau d'étayage familial. Celui-ci est en interaction avec ses appuis internes et dépend des relations avec le père. Le contexte social l'influence.

Conséquences : importance de prendre en compte, chez la mère, le besoin dans la réalité de l'étayage de sa famille juste après la naissance et la mise en place d'étayage professionnel adapté.

**Title : Becoming a mother and lack of family support in the immediate postpartum.
Clinical, longitudinal and comparative study at home from 2 weeks to 18 months of the baby.**

Keywords : motherhood ; immediat post-partum ; shoring ; social support; family; maternal distress

ABSTRACT

The intersubjective family dimension of becoming a mother during the sensitive postpartum period has been little discussed in psychoanalysis or in other currents in psychology.

Hypotheses : the lack of family's shoring in the immediate post-partum impact the motherhood processes : her psychic state (depression and anxiety), the establishment of maternal processes (primary maternal concern and maternal reverie), as well as the fate of her hostile motions in her relations.

Epistemological approaches: clinical psychology and psychopathology with other contributions.

Method : Longitudinal and comparative mixed (clinical and quantitative) method in a sample of 35 families.

Tools : interviews, observations and self-questionnaires assessing the psychic state of the mother (EPDS and STAI), her conjugal relationship (DAS), the parental relationship (PAI) and her internal resources (RSQ and PBI).

Results : Mothers with little family support are more likely to show signs of psychic distress and these signs persist over time, 6 months after the child birth. The analysis of three clinical cases makes it possible to follow over time the complexity of maternal processes, their links with family's shoring and the intra-psychic, intersubjective and societal factors that support or weaken them. The mother's hostile motions, not contained in the extended family, fuel her distress and her whole relationship with the spouse, father, and / or child.

Conclusion : the necessary psychic work of becoming a mother in the immediate postpartum can not be considered without her family support network. This one is in interaction with her internal supports and depends on the relations with the father. The social context influences it.

Consequences : this research shows the importance of taking into account, for the mother, the need in reality of the family support just after the birth and the setting up of adapted professional support.