



HAL
open science

La construction du maternel dans les situations de naissances très prématurées

Cécile Bréhat

► **To cite this version:**

Cécile Bréhat. La construction du maternel dans les situations de naissances très prématurées. In *Analysis*, 2022, 6 (1), pp.105-108. 10.1016/j.inan.2022.03.002 . hal-03752532

HAL Id: hal-03752532

<https://hal.science/hal-03752532v1>

Submitted on 22 Jul 2024

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Thèse

La construction du maternel dans les situations de naissances très prématurées*

Cécile Bréhat

Enseignante-chercheuse associée (PAST)

Université de Strasbourg

Faculté de psychologie

12 rue Goethe

67000 Strasbourg, France

brehatcecile@yahoo.fr

*Thèse soutenue en 2018. Directrice de thèse : Pr. Anne Thevenot.

Thèse

La construction du maternel dans les situations de naissances très prématurées

Contexte

En constante augmentation dans le monde et en France¹, les naissances prématurées sont devenues un problème de santé publique. En France, la prématurité est la première cause de mortalité néo-natale et est responsable de la moitié des handicaps d'origine périnatale². Paradoxalement liées aux avancées de la médicalisation et de la technicisation de la naissance, les naissances très prématurées, survenant avant 33 semaines d'aménorrhées (SA) selon la définition du classement de l'OMS, sont en France 15 fois plus nombreuses qu'il y a dix ans³. En effet, les progrès de la médecine participent à l'augmentation de la prématurité par le recours de plus en plus grand aux techniques de procréation médicalement assistées (PMA) qui induisent davantage de grossesses multiples, facteur de naissances prématurées. L'amélioration de la prise en charge néonatale concourt également à cette augmentation. Ce paradoxe situe cette clinique au cœur d'enjeux éthiques face à la question de la limite de la viabilité. Si les risques neurodéveloppementaux pour ces bébés nés très prématurément sont bien connus, les effets d'un potentiel traumatisme parental sur l'investissement libidinal de l'enfant le sont peut-être moins. Or, la qualité des relations précoces est un indicateur majeur pour le devenir du bébé prématuré si l'on considère les répercussions des perturbations relationnelles sur le développement à long terme de ces enfants même s'ils ne présentent aucune conséquence organique de leur naissance prématurée. Selon la littérature scientifique, la grande prématurité est considérée comme un facteur de risque de maltraitance (Apter et Le Nestour, 2011) et de troubles du spectre autistique (Samara, 2008 ; Johnson, 2010). La majorité des études mettent en avant les effets du traumatisme que peut représenter une naissance prématurée pour expliquer la difficulté de nouage des liens précoces entre la mère et son enfant en lien avec l'interruption brutale du processus maturatif de la grossesse (Pierrehumbert, 2003 ; Borghini et Muller-Nix, 2015). L'impact des liens précoces sur la

¹ En France, le taux de prématurité est passé de 4,5 % en 1995 à 6,0 % en 2016 chez les enfants uniques nés vivants, Enquête Nationale Périnatale de 2016.

² <https://presse.inserm.fr/resultats-de-lenquete-epi-2-suivi-a-5-ans-1-2-des-enfants-nes-prematurement/42754/> (INSERM, avril 2021)

³ 12 000 naissances très prématurées (avant 33 SA) sur 55 000 naissances prématurées (avant 37 SA) (INSERM, 2021).

construction subjective de l'enfant né prématurément amène à considérer toute l'importance des soins psychiques précoces apportés à l'enfant mais aussi à ses parents que ce soit avant la naissance de l'enfant en service de grossesses à risques, au cours de l'hospitalisation de l'enfant en service de néonatalogie et éventuellement quelques années plus tard en service de pédiatrie ou de psychiatrie infanto-juvénile.

Objectifs

Cette recherche doctorale vise à explorer la construction du maternel primaire en prenant en compte l'impact subjectif de ce contexte médical de naissance afin d'en repérer, au-delà de la singularité de chaque situation, d'éventuelles particularités dans la construction du maternel primaire. Ce travail de recherche clinique contribue aux réflexions actuelles concernant les soins psychiques précoces destinés aux bébés nés très prématurément et à leurs parents afin de prévenir d'éventuels troubles relationnels précoces.

Méthode

Dans la visée d'explorer les éventuelles spécificités dans la construction du maternel primaire dans les situations de naissances très prématurées, nous avons mis en place un protocole de recherche permettant de mener une étude longitudinale et comparative du vécu maternel.

Sélection des sujets de la recherche

Souhaitant rencontrer des femmes ayant accouché prématurément et des femmes dont la grossesse et l'accouchement se déroulent sans complication médicale, nous avons pris contact avec des femmes primipares, répondant à nos critères d'inclusion⁴, dans quatre contextes médicaux différents : un service hospitalier de grossesses à risques, un service d'échographie, un cabinet de sages-femmes en libéral et une unité de Diagnostic des Troubles des Apprentissages et du suivi des Anciens Prématurés (DITAP) dans un service de pédiatrie.

Protocole de recherche

Afin de mettre à l'épreuve les deux conditions suivantes : naissances prématurées (≤ 33 SA) et hospitalisation pour MAP (Menace d'Accouchement Prématuré), trois groupes de cinq

⁴ Primiparité, grossesse unique, femmes vivant en couple avec le père de leur enfant, francophones et majeures.

femmes ont pu être constitués⁵ : un premier groupe de femmes hospitalisées en service de grossesses à risques pour MAP, un deuxième dit « groupe témoin » de femmes ayant accouché à terme sans particularités médicales dans le déroulement de leur grossesse et un troisième groupe de femmes rencontrées après avoir accouché très prématurément (voir annexe 1). La constitution de ces groupes offre la possibilité de comparer, pour un même terme de grossesse, le discours des femmes en fonction du contexte de grossesse (hospitalisation pour MAP ou non) et de naissance de l'enfant (prématurée ou non). Ce corpus permet une double approche méthodologique : longitudinale pour les deux premiers groupes par la réalisation de deux entretiens pendant la grossesse et un après la naissance de l'enfant, et rétrospective, pour le troisième groupe, par la réalisation d'un seul entretien au cours des six mois de l'enfant. Elle apporte ainsi d'autres éclairages sur les processus psychiques en jeu que ceux des études uniquement rétrospectives.

Méthodologie d'évaluation des données empiriques

Les données recueillies sont uniquement constituées des paroles des femmes rencontrées. Avec leur accord, tous les entretiens semi-directifs ont été enregistrés, transcrits et anonymisés (voir annexe 2). In fine, 34 entretiens de recherche ont fait l'objet du même processus d'analyse qualitative, organisée selon trois niveaux d'exploration pour chaque entretien : analyse de la dynamique psychique du sujet, analyse thématique en rapport avec les hypothèses de recherche et analyse de la dimension transférentielle et contre-transférentielle. Une analyse synthétique de chacun des trois groupes a ensuite été réalisée afin de pouvoir dégager des problématiques communes à chaque contexte de naissance. Et enfin, une analyse transversale et comparative entre chaque groupe permet de repérer des éléments organisateurs communs dans la construction du maternel précoce et les enjeux des différents mouvements transférentiels à l'œuvre avec les professionnels de soin.

Principaux résultats

Afin d'explorer la construction du maternel primaire dans les situations de naissances prématurées, nous avons pris appui sur le concept de maternalité défini comme « *l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme lors de la maternité* » (Racamier, 1978, p. 44). Au cours d'une grossesse menée à terme, la future mère

⁵ La période de recueil de données s'est déroulée d'août 2014 à janvier 2016 par une succession de 3 périodes de 6 mois par terrain de recherche, ce qui a permis de minimiser les effets de contamination dans le processus de recherche.

évoluerait progressivement d'un temps de régression et de surinvestissement narcissique à celui de l'investissement objectal du bébé (Golse et Bydlowski, 2001). Cette modalité d'organisation intrapsychique pourrait être considérée comme les « prémisses psychiques » nécessaires à l'entrée dans un état de préoccupation maternelle primaire (Winnicott, 1956). Une naissance très prématurée serait alors envisagée non seulement comme venant court-circuiter ce processus maturationnel, mais également comme venant perturber la mise en place d'organismes psychiques nécessaires à cet état psychique si particulier qui permet la rencontre entre un nouveau-né et sa mère.

L'importance fondamentale de la continuité de la capacité de rêverie maternelle (ou de la fonction alpha de W. Bion) dans la création du lien

À partir de ces considérations théorico-cliniques, notre démarche inductive s'est construite autour de la recherche d'une éventuelle spécificité dans la construction du maternel primaire qui pourrait éclairer les difficultés de nouage des premiers liens observées lors de ces naissances très prématurées. L'analyse transversale et comparative des trois groupes permet de mettre en lumière une corrélation entre la rupture de la capacité de fantasmatisation de la mère et des difficultés de nouage des liens précoces. En effet, la capacité psychique à rêver l'enfant permettrait d'amortir le potentiel effet traumatique de ces naissances. Les analyses permettent également de repérer que lorsque l'imaginaire peine à voiler le réel, ce seraient les éprouvés corporels, par la pratique du peau à peau notamment, qui permettraient par la pulsionnalité qu'ils engagent, de relancer l'activité fantasmatique ouvrant à la libidinisation du lien. Cette relance pulsionnelle « dé-sidérerait » l'activité fantasmatique nécessaire à la supposition du sujet : la vision du bébé prématuré qui ne pourrait être vu que dans le réel de sa chair se transformerait alors en regard auréolé⁶, témoin de l'investissement libidinal de l'enfant, nécessaire selon Vanier (2013) à la création du lien. Ces éléments illustrent comment la fonction alpha s'étaye sur le corporel, dans cette proximité physique.

L'étude qualitative approfondie de chaque situation singulière a permis d'identifier la succession de cinq temps logiques dans le processus de maternalité :

- le réaménagement pulsionnel avec l'expression de pulsions hostiles et destructrices envers le fœtus serait lié au travail psychique de remaniements identificatoires,

⁶ Référé à la dimension imaginaire, le concept du regard auréolé de M-C. Laznik (2016, p. 419), permet de saisir que « c'est le regard émerveillé des parents qui lui confère cette aura qui le phallicise ». Le regard pris dans l'axe de l'illusion permettrait de parer l'enfant réel de toutes les qualités imaginaires.

- le déploiement de la relation imaginaire avec le bébé comme défense contre les mouvements hostiles envers le fœtus deviendrait le lieu d'une première identification narcissique,
- la représentation de la séparation avec l'objet interne associée à la projection d'une nostalgie serait liée à la perte de l'état de grossesse,
- le sentiment d'étrangeté face à la découverte du bébé réel,
- le processus d'idéalisation du bébé réel rendant possible son investissement libidinal afin d'entrer dans un état de préoccupation maternelle primaire.

Ces différentes distinctions permettent de nuancer le postulat du traumatisme des naissances très prématurées lié à l'expérience corporelle et à la vision de l'enfant très prématuré. En effet, le risque traumatique pourrait être évité lorsque les conditions de la naissance favorisent la poursuite des rêveries maternelles et l'existence d'un regard « auréolé »³ sur l'enfant prématuré. Ces résultats nous enseignent de manière plus générale sur la primauté de la succession de cinq temps logiques dans la construction du maternel primaire. En effet, si une femme enceinte rencontre des difficultés dans le processus d'objectalisation du bébé, la naissance physiologique pourtant arrivée à terme, peut être vécue de façon tout aussi traumatique qu'une naissance très prématurée.

L'hospitalisation pour MAP : un état traumatique qui peut précéder la naissance très prématurée

L'approche prospective du premier groupe de femmes hospitalisées pour MAP a permis d'identifier un moment de désorganisation psychique précédant l'accouchement prématuré chez certaines d'entre elles. L'annonce d'un risque de mort pour l'enfant ou pour elle-même, par le traumatisme qu'il créerait, entraînerait des mécanismes défensifs archaïques tel le déni ou le clivage visant à effacer ou suspendre le sentiment d'être enceinte pour lutter contre une menace de désorganisation interne. Et ce, d'autant plus, lorsque la femme enceinte rencontrait au cours de sa grossesse des difficultés d'objectalisation du fœtus liées à des facteurs intrapsychiques ou lorsque cet évènement de corps réactivait d'autres traumatismes, notamment ceux du parcours procréatif (IVG, PMA, fausses-couches). Dans d'autres situations, une longue hospitalisation a pu faire fonction d'enveloppe psychique sur laquelle la femme hospitalisée a pu s'étayer pour contenir psychiquement l'enfant qu'elle portait.

Ces analyses soulignent également l'importance d'être attentifs à l'impact potentiellement désorganisant d'une hospitalisation pour MAP. Si l'angoisse de mort générée par l'annonce d'un risque vital entrave le mouvement de bascule de l'attention sur une polarité narcissique à

l'investissement objectal du bébé et/ou le déploiement de la relation imaginaire avec le bébé, ce sont les possibilités d'investissement libidinal de l'enfant qui sont alors en jeu qu'il naisse prématurément ou non.

Les relations avec les professionnels de soin : une co-construction de la maternalité

De manière très synthétique, plus la mère serait en difficulté dans la traversée psychique de sa grossesse et dans l'investissement libidinal de son enfant, plus la valeur accordée au discours médical et aux relations avec les professionnels de soin serait investie. Les professionnels de soins assureraient alors une fonction maternelle par une fonction d'accueil, de contenance et de transformation des différents mouvements pulsionnels à l'œuvre ainsi qu'une fonction d'étayage des capacités de fantasmatisation de la mère en lui prêtant leur « appareil à penser » ce bébé. Leurs regards et gestes, mais également leur discours participent à ce travail de co-construction de la maternalité afin que la mère puisse capter les signaux de son bébé et continuer à le penser et à le rêver, travail psychique nécessaire au devenir psychique du bébé. Ces différentes enveloppes psychiques que constituent les professionnels de soin mais aussi l'hôpital en tant qu'institution participent à réduire le risque d'effondrement psychique de la mère dont nous connaissons le risque accru de dépression du post partum dans ces situations (Goutaudier, 2014). Ces analyses mettent également en évidence l'importance de la façon dont le conjoint et père de l'enfant prend place pour la mère. Là aussi, plus le lien conjugal semble fragilisé par les conditions de la naissance, plus les liens transférentiels avec les professionnels de soin s'en trouveraient renforcés. L'importance de la fonction d'étayage, de liaison, de protection et de réparation du père pour la mère, l'enfant et leur lien a déjà été mis en avant dans différents travaux de recherche (Herzog, 2003 ; Koliouli, 2016). La fonction du père serait aussi d'aider la mère à investir libidinalement l'enfant en prenant appui sur leur désir de couple et leur histoire singulière dont lui seul partage les déterminants conscients et inconscients. Cette fonction de soutien à la libidinisation de l'enfant pourrait s'envisager comme une spécificité du père dans ces situations de prématurité et donne à repenser l'accueil réservé aux pères dans l'accompagnement de la grossesse ou lors des hospitalisations en service de grossesses à risques ou de néonatalogie qui, malgré les évolutions récentes, reste encore très centrés sur la dyade mère-enfant.

Conclusion

Les situations de naissances très prématurées permettraient de repérer avec plus d'acuité ce qui est psychiquement en jeu dans la construction du maternel primaire par l'effet grossissant

qu'elles permettent. La mise en lumière de l'importance de la continuité de la capacité de fantasmatisation, nécessaire à l'investissement libidinal de l'enfant, permet d'approfondir la compréhension des enjeux psychiques dans ce contexte de naissance et apporte, plus globalement, un éclairage sur les processus de maternalité en révélant la succession d'organismes psychiques.

Envisager le maternel comme une co-construction (bébé, mère, père et professionnels) permet de penser à l'importance des soins psychiques à chaque étape de la période périnatale et d'adapter ainsi les dispositifs d'interventions précoces comme des temps d'observation attentive conjointe du bébé prématuré. Prendre soin du vécu des parents et de la représentation de leur enfant permet d'accompagner les parents d'un état de sidération, de « préoccupation médicale primaire » dans lequel les angoisses mortifères se frayent un chemin dans l'investissement du bébé à un état de « préoccupation maternelle primaire ». Soutenir la capacité de rêverie maternelle ou la fonction alpha de W. Bion, c'est aussi participer à la prise en compte de l'intrication entre le développement somatique et psychoaffectif de ces bébés nés très prématurément. Confrontés à des excès de stimulations sensorielles liés aux soins techniques, il apparaît d'autant plus fondamental d'être attentif aux conditions d'accueil pour favoriser l'advenue des processus d'intégration psychosomatique, nécessaires aux processus de subjectivation du bébé.

Bibliographie

- Apter, G., Le Nestour, A. (2011). Repérages et risques de maltraitance en période périnatale. *Journal de Pédiatrie*, 14, 47-52.
- Borghini, A., Muller-Nix, C. (2015). Traumatisme parental et conséquences lors d'une naissance prématurée. *Contraste*, 41, 65-84.
- Golse B., & Bydlowski M. (2001). De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie vers l'objectalisation. *Carnet/Psy*, 63, 30-33.
- Goutaudier, N., Séjourne, N., & Chabrol, H. (2014). Le rôle des relations interpersonnelles et les caractéristiques maternelles dans le développement de la dépression post - partum après la naissance avant terme. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 27/2, 53-61.
- Johnson, S., Hollis, C., Kochhar, P. & al. (2010). Autism spectrum disorders in extremely preterm children. *The Journal of Pediatrics*, 156, 525-531.
- Herzog, A., Muller-Nix, C. & al. (2003). Etude clinique sur le rôle paternel lors d'une naissance prématurée. *Psychothérapies*, 23, 97-106.
- Koliouli, F., Raynaud, J-P., Zaouche-Gaudron, C. (2016). Être père d'un nouveau-né prématuré. Synthèse des résultats d'une étude en service hospitalier de néonatalogie. *Revue des politiques sociales et familiales*, 122, 133-139.
- Laznik, M.-C. (2016), Peut-on penser une clinique du nœud borroméen qui distingue psychose et autisme chez le tout-petit ? In M. Berges-Bounès (Ed.), *Les psychoses chez l'enfant et l'adolescent* (pp. 415-437). Toulouse : Eres.
- Pierrehumbert, B., Nicole, A., Muller-Nix, C. & al. (2003). Parental post-traumatic reactions after premature birth: implications for sleeping and eating problems in the infant. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 88, 400-404.
- Racamier, P. Cl. (1978). À propos des psychoses de la maternalité. In M. Soulé (Ed.), *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée* (pp. 41-50). Paris : ESF.
- Samara, M., Marlow, N., Wolke, D. (2008). Pervasive behavior problems at six years of age in a whole population sample of children born at 25 weeks of gestation or less. *Pediatrics*, 122, 562-573.
- Vanier, C. (2013). *Naître prématuré, le bébé, son médecin et le psychanalyste*. Paris : Bayard.
- Winnicott, D.W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. In D.W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 285-291). Lausanne : Payot.

Annexes

Annexe 1 Protocole de recherche

1^{er} GROUPE	<i>Sujet de la recherche/ SA d'accouchement</i>	<i>Terme en SA au 1^{er} entretien</i>	<i>Terme en SA ou âge réel de l'enfant au 2^{ème} entretien</i>	<i>Age réel de l'enfant au 3^{ème} entretien</i>
Naissance avant 33 SA avec MAP	Safia à 32 SA	32 SA	2 jours	1 mois
	Alice à 33 SA	31 SA	33 SA	1 mois ½
	Carole à 29 SA	29 SA	17 jours	×
Naissance après 33 SA avec MAP	Emma à 36 SA	29 SA	31 SA	3 sem. ½
	Inès à 37 SA	26 SA	30 SA	1 mois 9 jours

2^{ème} GROUPE « TEMOIN »	<i>Sujet de la recherche/ SA d'accouchement</i>	<i>Terme en SA au 1^{er} entretien</i>	<i>Terme en SA ou âge réel de l'enfant au 2^{ème} entretien</i>	<i>Age réel de l'enfant au 3^{ème} entretien</i>
Suivi grossesse en milieu hospitalier	Charlotte à 40 SA	19 SA	37 SA	2 sem. 5 jours
	Clothilde à 38 SA	21 SA	33 SA	1 mois ½
Suivi grossesse par une sage-femme en libéral	Elodie à 39 SA	24 SA	33 SA	2 sem. 2 jours
	Emilie à 34 SA	23 SA	32 SA	1 mois
	Lisa à 41 SA+3j	23 SA	37 SA	3 sem.

3^{ème} GROUPE	<i>Sujet de la recherche/ SA d'accouchement</i>	<i>Age réel de l'enfant</i>
Naissance avant 33 SA avec ou sans MAP	Juliette à 27 SA	2 mois
	Sarah à 28 SA+5j	6 mois 2 sem.
	Martine à 27 SA	5 mois
	Sophie à 29 SA	6 mois 3 sem.
	Barbara à 28 SA	6 mois

Annexe 2 Guide d'entretien de recherche

Présentation de la recherche :

Pour les deux premiers groupes :

« Dans le cadre d'un doctorat en psychologie et psychopathologie cliniques, je mène une recherche sur le vécu psychologique de la femme au cours de la grossesse et de la naissance de leur premier enfant. Pourriez-vous me parler de comment vous vivez votre grossesse ? ».

Pour le troisième groupe :

« Dans le cadre de cette recherche sur les aspects psychologiques des femmes qui accouchent prématurément / est-ce que vous pourriez me raconter comment vous avez vécu et comment vous vivez cette situation ? »

Thématique autour du désir d'enfant et de la « préhistoire » de la grossesse (éventuellement le parcours procréatif) :

- Inscription du désir d'enfant dans l'histoire personnelle de la femme et dans l'histoire du couple

Thématique autour du vécu de la grossesse :

- Vécu de l'annonce de la grossesse et de son déroulement : changements corporels, mouvements fœtaux, ...
- Vécu de l'attente et de la représentation de l'enfant et de sa venue

Thématique autour de la représentation du devenir mère :

- Inscription de cet évènement dans l'histoire du couple et dans l'histoire familiale, représentations liées au fait d'être enceinte, de devenir mère dans une perspective transgénérationnelle

Thématique autour de leur représentation du vécu du père de l'enfant :

- Représentations du vécu du père au sujet de leur grossesse, de leur hospitalisation pour MAP ou de l'hospitalisation en réanimation néonatale de l'enfant né très prématurément et de leur devenir père

Thématique autour des relations avec l'environnement familial :

- Au sujet de l'annonce de la grossesse, de l'hospitalisation pour MAP, de l'hospitalisation de l'enfant et de sa naissance très prématurée et explorations des liens familiaux (parents et fratrie)

Thématique autour du vécu de l'hospitalisation de la mère et de l'enfant :

- Impact de l'hospitalisation pour MAP dans le vécu de la grossesse, de l'hospitalisation de l'enfant en service de réanimation néonatale et/ou autres services de pédiatrie dans les relations précoces avec l'enfant et vécu du retour à domicile

Thématique autour de l'accompagnement de la grossesse :

Impact de l'accompagnement dans le vécu de la grossesse