

Naissance prématurée : impact des représentations parentales sur le processus de création du lien mère-père-bébé

Auteur : Van Hove, Catherine

Promoteur(s) : Naziri, Despina

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée en psychologie clinique

Année académique : 2017-2018

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/5607>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.



*Faculté de Psychologie, Logopédie et
Sciences de l'Éducation*

Naissance prématurée : impact des représentations parentales sur le processus de création du lien mère-père-bébé

Mémoire présenté par

Catherine Van Hove

*en vue de l'obtention du grade de
master en Sciences Psychologiques*

Promotrice : **Pr Despina NAZIRI**

Lectrice interne : **Dr Martine STASSART**

Lectrice externe : **Mme Catherine DAISE**

Année académique 2017-2018

Remerciements

Merci,

à Madame Despina Naziri, promotrice de ce mémoire, pour son accompagnement et ses conseils qui ont guidé ma réflexion tout au long de cette recherche,

à Madame Monica Bourlet, assistante de Madame Despina Naziri, pour son aide et ses conseils pour la rédaction de ce mémoire,

à Madame Martine Stassart, lectrice interne, pour avoir porté un intérêt à ce travail,

à Madame Catherine Daise, lectrice externe, pour sa disponibilité, ses conseils et ses encouragements,

au Service de néonatalogie du CHR de la Citadelle, pour m'avoir permis de réaliser cette recherche dans leur service,

à Mesdames Delphine Rigo et Sophie Degrange, psychologues du service de néonatalogie et de gynécologie-obstétrique du CRH de la Citadelle, pour leur aide et leur soutien dans le recrutement des participants,

aux parents qui ont participé à cette recherche, pour m'avoir fait confiance dans ce moment si particulier de leur vie et m'avoir permis de réaliser ce travail,

à mes parents et mes amis pour leur soutien sans faille pendant ces années d'études,

à mon mari et mes enfants, pour leur compréhension, leur soutien et leurs encouragements pendant ces années d'études et la rédaction de ce mémoire.

A ces bébés nés trop tôt,

« A chaque naissance nouvelle, c'est un nouveau monde qui virtuellement vient à être ».

Hannah Arendt citée par Monique Bydlowski (2006).

Table des matières

Remerciements
Introduction générale.....	1
Chapitre 1 : La revue de la littérature	2
1. Introduction	2
2. La construction des représentations parentales et le travail psychique de la grossesse.	3
2.1. Le processus chez la maman.	3
2.2 Le processus chez le père.	6
3.1 Définition et contexte de la naissance prématurée	9
3.2 Travail psychique de la naissance prématurée	9
3.3 Spécificités du vécu de la naissance prématurée.....	11
4. Les représentations parentales dans la relation parent-bébé.....	14
4.1 Les représentations parentales et les interactions parent-bébé.....	14
4.2 Les représentations parentales et naissance prématurée.....	15
5. Les interactions avec le bébé prématuré et la création du lien mère-père-bébé	17
5.1 Les interactions avec le bébé prématuré.....	17
5.2 Spécificités du lien parent-bébé	18
6. Conclusion.....	21
Chapitre 2 : Question de recherche et méthodologie	23
1. Les questions de recherche	23
1.1 Première question de recherche.....	23
1.2 Deuxième question de recherche.....	23
1.3 Troisième question de recherche.....	24
2. Méthodologie.....	24
2.1 L'échantillon : critères de sélection et recrutement.....	24
2.2 Caractéristiques de l'échantillon et de la récolte des données	25
2.3 Les outils d'investigations.....	26
2.4 Le traitement des données	27
Chapitre 3 : Présentation des résultats	29
1. Présentation des résultats du couple A.....	30
1.1 Les parents de Mounir	30
1.2 Analyse individuelle de la mère	30
1.3 Synthèse de l'analyse individuelle de la mère.....	35
1.4 Analyse individuelle du père	35
1.5 Synthèse de l'analyse individuelle du père	39
1.6 Le vécu de la naissance prématurée dans le couple	39
2. Présentation des résultats du couple B.....	40
2.1 Les parents de Ahmet.....	40

2.2 Analyse individuelle de la mère	40
2.3 Synthèse de l'analyse individuelle de la mère.....	44
2.4 Analyse individuelle du père.....	45
2.5 Synthèse de l'analyse individuelle du père	49
2.6 Le vécu de la naissance prématurée dans le couple	50
3. Présentation des résultats du couple C.....	51
3.1 Les parents de Hector	51
3.2 Analyse individuelle de la mère	51
3.3 Synthèse de l'analyse individuelle de la mère.....	56
3.4 Analyse individuelle du père.....	57
3.5 Synthèse de l'analyse individuelle du père	61
3.6 Le vécu de la naissance prématurée dans le couple	61
4. Présentation des résultats du couple D.....	62
4.1 Les parents de Jamal.....	62
4.2 Analyse individuelle de la mère	62
4.3 Synthèse de l'analyse individuelle de la mère.....	67
4.4 Analyse individuelle du père.....	67
4.5 Synthèse de l'analyse individuelle du père	71
4.6 Le vécu de la naissance prématurée dans le couple	72
5. Présentation des résultats du couple E.....	72
5.1 Les parents de Lore	72
5.2 Analyse individuelle de la mère	73
5.3 Synthèse de l'analyse individuelle de la mère.....	77
5.4 Analyse individuelle du père.....	78
5.5 Synthèse de l'analyse individuelle du père	82
5.6 Le vécu de la prématurité dans le couple	83
Chapitre 4 : Discussion et limites.....	84
1. Discussion	84
1.1 Première question de recherche.....	84
1.2 Deuxième question de recherche.....	87
1.3 Troisième question de recherche.....	90
2. Limites de la recherche et perspectives de recherche	94
Conclusion générale et perspectives cliniques	96
Bibliographie	98
ANNEXE.....	101
Annexe 1 : Entretien « R » adapté : instructions + feuille de notation –version traduite pour le père.....	102

Introduction générale

Mettre un enfant au monde est une expérience marquante dans la vie d'une femme et d'un homme. Lorsque la naissance arrive trop tôt, les attentes parentales sont bouleversées, les parents se retrouvent dans un univers inconnu où la vie et la mort se côtoient. Ces conditions rendent la rencontre entre des parents en devenir et un être qui tente de survivre, hors du commun. Dès lors, il nous paraît important de soutenir ces parents dans le processus de création du lien avec leur bébé. Une des moyens pour y parvenir est d'approfondir nos connaissances sur le travail psychique que chaque parent produit pour faire face à cet événement potentiellement traumatique. De plus, suite aux résultats des études de Lamour et Lebovici (1991) sur le rôle des représentations parentales dans la relation parent-enfant et celles de Stern relatives à l'impact de la naissance prématurée sur ces représentations, il nous semble important de s'attarder à cette question pour mieux comprendre les enjeux de la relation. Plus le bébé est né prématurément, plus son immaturité complique les interactions qu'il est possible d'avoir avec lui . Ainsi, nous avons choisi d'axer nos investigations sur la grande prématurité (i.e., <32 semaines de grossesse) afin d'accéder à une meilleure connaissance des enjeux pour ces bébés et leurs parents. Alors que les précédentes études se centrent essentiellement sur le vécu de la mère, nous avons souhaité investiguer le vécu et les représentations de chaque parent et ainsi permettre une comparaison entre les mères et les pères, dans le but mieux comprendre la dynamique individuelle et dans le couple.

Notre travail, présenté dans ce manuscrit, est intitulé « Naissance prématurée : impact des représentations parentales dans le processus de création du lien mère-père-bébé ». Il est le fruit de nos investigations au départ de cinq couples de parents, rencontrés séparément, dans le mois qui a suivi la naissance prématurée et dont l'enfant est hospitalisé aux soins intensifs. Premièrement, nous présenterons notre revue de la littérature axée sur le travail psychique de la grossesse et les différents aspects de la naissance prématurée. Ensuite, nous présenterons nos questions de recherche et la méthodologie, suivies de nos résultats et leur analyse pour chaque mère et chaque père de notre échantillon (n=10). Enfin, nous discuterons de nos résultats autour de trois questions de recherche qui s'articulent autour des processus défensifs mis en place par les parents et leur lien avec la dynamique de couple, les représentations en tant que parent et les représentations de l'enfant axées sur le processus de création du lien mère-père-bébé.

Chapitre 1 : La revue de la littérature

1. Introduction

Aujourd'hui, en Belgique, la maîtrise technologique permet de prendre en charge des bébés extrêmement prématurés (i.e., autour de 25 semaines de gestation, Jarreau, 2009) et de poursuivre leur développement somatique hors du corps de la mère. Cependant, au delà de la prouesse technologique, la naissance prématurée reste une expérience hors du commun qui n'est en rien comparable à une naissance à terme (Druon, 2012). Nous observons, dans la littérature, que les conditions de cette naissance interpellent et viennent questionner la manière dont la relation parent-bébé se construit. Ainsi, un intérêt est porté à la relation parents-bébé prématuré, il s'inscrit dans une réflexion autour du rôle des représentations parentales (Muller Nix, Forcada-Guex, Borghini, Pierrehumbert & Ansermet, 2009).

Par ailleurs, nous observons, dans la littérature, que la naissance prématurée et « le devenir parent » sont majoritairement étudiés selon le point de vue de la mère. Pourtant, actuellement, les pères sont de plus en plus présents dans les services de soins intensifs en néonatalogie et ils sont de plus en plus invités à l'être dans le cadre des pratiques de soins axés sur la famille (Provenzi & Santoro, 2015). Face à ce constat, il nous paraît pertinent d'explorer, parallèlement au vécu de la mère, l'expérience du père autour de la naissance prématurée, ceci d'autant plus qu'il apparaît que les mères et les pères vivent différemment la naissance et l'hospitalisation de leur enfant prématuré (Matricardi et al., 2013, cités par Provenzi & Santoro, 2015).

Nous avons donc choisi dans ce chapitre consacré à la revue de la littérature d'aborder la naissance prématurée tant du point de vue de la mère que de celui du père. Tout d'abord, afin de mieux comprendre les enjeux de la naissance prématurée, nous nous pencherons sur la construction des représentations et le travail psychique réalisé par chaque parent pendant la grossesse. Ensuite, nous verrons comment la naissance prématurée vient impacter ces processus et comment chaque parent vit cette expérience, en abordant également la place de l'équipe médicale. Puis, afin d'envisager le rôle des représentations parentales, nous développerons les aspects relatifs aux représentations dans la relation parent-bébé et leurs spécificités dans le cas de la prématurité de l'enfant, pour chaque parent. Pour terminer, nous envisagerons la manière dont le lien se crée entre chaque parent et le bébé au départ des interactions spécifiques avec le bébé prématuré.

2. La construction des représentations parentales et le travail psychique de la grossesse.

2.1. Le processus chez la maman.

Comme le souligne Bruschiweiler-Stern (1997), le temps de la grossesse est un double processus qui est à la fois physique et psychique. Pendant cette période, la mère va réaliser une profonde transformation de son identité et de sa place dans son couple, sa famille et sa vie sociale en général. Bruschiweiler-Stern (1997) ajoute qu'elle va façonner son image du bébé, son image de mère, celle de futur père et également celle de la triade mère-père-enfant. Au fur et à mesure de l'avancement de la grossesse, le corps de la mère s'arrondit, elle sent l'enfant bouger en elle. Comme le précise Riazuelo (2010, p.448), l'enfant devient alors réalité et la mère « se laisse aller à se le représenter, à l'imaginer, à le rêver », un travail psychique se réalise, il accompagne la création biologique. De plus, selon Riazuelo (2010), l'étayage corporel semble important tant au niveau du processus d'investissement du bébé qu'au niveau du développement des représentations qui en sont le signe. Ainsi, l'investissement du bébé et donc de l'objet au sens psychanalytique, mis en évidence par Cupa-Pérard et al. (1992) (cités par Riazuelo, 2010), semble nécessaire à l'émergence des représentations et il aurait pour but la recherche de contact avec le bébé. Cette dynamique psychique qui se construit fait donc émerger une relation qui se crée in utero et que Missonnier et al. (2004) (cité par Viaux-Savelon, Dommergues et Cohen, 2014) qualifient de « protorelation » entre la mère et l'enfant, base de la relation après la naissance. Ensuite, Devouche et Apter (2012, p.482) définissent les représentations maternelles comme « le premier berceau imaginaire tissé autour de l'enfant, un premier contenant psychique pour l'enfant à naître ». Ainsi, selon Picco (2005), le travail psychique, qu'il qualifie d'investissement narcissique, représente un effort de mise en représentation de l'enfant à venir. L'auteur ajoute que la mère réalise un travail qui vise à contenir, transformer et organiser « l'inconnu » qui est en elle, pour en faire quelque chose de connu et familier. Le temps de la grossesse est aussi celui où s'élabore le « bébé imaginaire » (Lebovici, 1995) intégrant les désirs de la grossesse.

Actuellement, il semble que l'échographie foetale ait un impact important sur le travail de représentation parentale comme le soulignent Viaux-Savelon et al. dans leur article en 2014. Les auteurs parlent d'une sorte de remodelage des fantasmes imaginaires de la future mère pendant lequel celle-ci passe alternativement des représentations de l'enfant imaginaire aux images du bébé. Selon ces auteurs, l'échographie permettrait également une première

rencontre des parents avec la réalité du fœtus et une image du futur bébé qui contribuerait, à l'humaniser.

Nous ajoutons que Riazuelo (2010, p.449) qualifie les représentations générées durant la grossesse de « représentations anticipatrices » dans le sens d'une projection sur l'enfant à naître. La mère « prend donc le risque de créer et de préinvestir le bébé imaginé » (i.e., correspondant aux représentations du bébé).

Comme l'explique Bruschweiler-Stern dans son article en 1997, la représentation du bébé provient également d'une exploration des souhaits (i.e., correspondant au bébé espéré) et des craintes (i.e., correspondant au bébé redouté) qui sont issus du passé et du présent, et qui intègrent des éléments qui se produisent pendant la grossesse.

Afin de visualiser ce processus durant la grossesse, nous proposons le schéma repris par Bruschweiler-Stern (p.20) dans son article en 1997. Ce schéma représentant la richesse et l'élaboration des représentations maternelles du bébé au cours de la grossesse. (fig. 1) Celles-ci s'intensifient avec les premiers mouvements fœtaux et l'échographie pour culminer au 7^{ième} mois de grossesse, période riche en représentations. En effet, comme le précise Riazuelo (2010), c'est à partir du 7^{ième} mois de grossesse que le bébé devient viable en cas de naissance prématurée, permettant aux mères de prendre le risque d'investir davantage le bébé à naître.

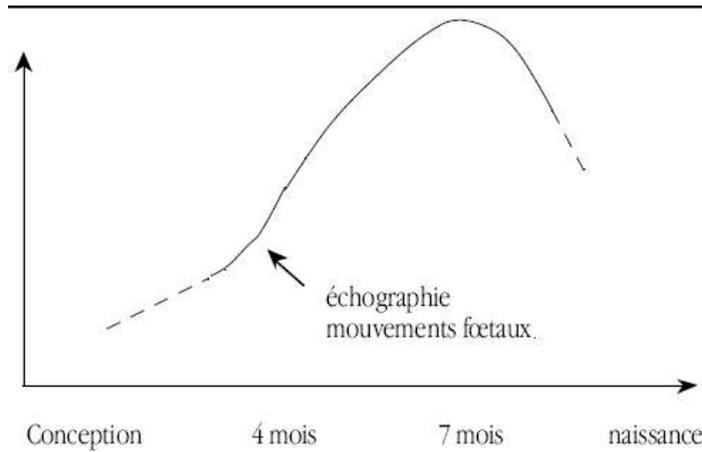


Figure 1 : Spécificité de la représentation maternelle du bébé (Bruschweiler-Stern, 1997, p.20)

Ensuite, l'auteur précise qu'à partir de cette dernière phase, l'image du bébé disparaît progressivement car la mère se préoccupe de plus en plus de l'accouchement et sa préoccupation principale devient la bonne santé du bébé.

Enfin, selon Riazuelo (2010), si le travail de représentation du bébé est à considérer comme un travail de création, cela suppose, au moment de la naissance, un travail de deuil que l'auteur qualifie de deuil du narcissisme parental. En effet, Riazuelo (2010) considère qu'il y

aura un passage du bébé idéalisé vers le bébé réel qui conduira à la séparation de l'œuvre créée par la mère, cette œuvre sera alors soumise à l'épreuve de la réalité.

De nombreux travaux ont aussi souligné les spécificités du fonctionnement psychique de la mère durant la période qui entoure la naissance à savoir la « transparence psychique » de la femme enceinte développée par M. Bydlowski (1991) et la « préoccupation maternelle primaire » de D. Winnicott (1956). Dans leur article de 2001, Bydlowski et Golse ont mis ces deux notions en perspective en faisant l'hypothèse du passage de l'une à l'autre, autour du moment clé de la naissance. Selon ces auteurs, ce passage permettrait une « bascule de l'attention psychique de la mère du dedans vers le dehors » (i.e., de l'objet interne vers l'objet externe) qui témoignerait d'un « chassé-croisé entre l'objet-enfant et les représentations maternelles de l'enfant » (Bydlowski & Golse, 2001, p. 30).

Premièrement, Bydlowski et Golse (2001) définissent la « transparence psychique » comme un état de transparence de la femme enceinte qui a principalement lieu durant la seconde moitié de la grossesse et ils caractérisent ce fonctionnement psychique comme « l'abaissement des résistances habituelles (de la femme enceinte) face au refoulé inconscient et est marqué par un surinvestissement de son histoire personnelle et de ses conflits infantiles avec une plasticité importante des représentations mentales centrées sur une (...) polarisation narcissique » (Bydlowski & Golse, 2001, p. 30). De plus, les auteurs soulignent que la future mère va « s'autocentrer » et avoir accès à des contenus habituellement inaccessibles avec, pour conséquence, un manque de disponibilité pour évoquer les représentations mentales qui sont directement liées au futur bébé. A ce moment-là, Bydlowski précise, dans son article en 2001, que le bébé n'est pas encore perçu comme un objet externe, il est encore considéré comme un objet interne. De plus, elle ajoute que le « bébé-objet » réactive le bébé que la mère a été ou pense avoir été et qu'elle fait le lien avec les soins maternels qu'elle a reçu qui lui ont procuré « un sentiment (plus ou moins grand) de confiance en une continuité rassurante » (Bydlowski, 2001, p.46).

Deuxièmement, pendant la période de quelques semaines qui précèdent et suivent la naissance, la « préoccupation maternelle primaire » développée par Winnicott (1956) s'installe. Selon Bydlowsky et Golse (2001, p.30), la mère se montre alors « capable de s'adapter aux tout premiers besoins du (futur) nouveau-né avec délicatesse et sensibilité » en se positionnant dans un état de repli, de dissociation. Ces auteurs qualifient cet état « d'identification régressive de la jeune mère à son bébé » qu'ils comparent à la « gestation psychique » développée par F. Tustin (1972) vue comme une poursuite de la grossesse

anatomique (p. 30). Ensuite, Bydlowski et Golse (2001) ont défini le processus de transition vers l'objet externe en plusieurs étapes. Tout d'abord, ils précisent que, lors de la période qui précède la naissance, le fœtus commence à être perçu comme extérieur, tout en étant encore inclus dans le corps de la mère. Celle-ci peut donc progressivement diriger son attention psychique vers le futur nouveau-né. Ensuite, après la naissance et durant les quelques semaines qui suivent, l'attention psychique de la mère va se centrer sur le nouveau né devenu externe tout en étant encore connectée au bébé qu'elle a elle-même été. Enfin, ce n'est que plus tard que le bébé sera considéré comme un véritable objet externe qui ne sera plus perçu comme un représentant de l'objet interne. Selon ces mêmes auteurs, ce passage du dedans vers le dehors ne coïncide pas toujours avec le passage anatomique de la naissance. De plus, il requiert à la fois la présence de l'enfant auprès de la mère et la présence enveloppante du père pour sortir la mère de sa grossesse et lui permettre de regarder le bébé comme un objet à part entière. Dans cette perspective, le père peut être perçu comme un « contenant à la dyade mère-enfant en tant que contenant, support et objet de gratification pour la mère » (Winnicott, 1974, cité par Noël et Cyr, 2009, p. 558). De plus, le père a une « fonction de liaison et de protection du lien mère-enfant » (Golse, 2006, cité par Noël et Cyr, 2009, p. 558).

2.2 Le processus chez le père.

Bouche-Florin, Bertrand et Windish soulignent dans leur article en 2017 que la place du père au sein de la famille a été bousculée par les mouvements sociétaux du siècle dernier et qu'il y a une évolution du regard de la société occidentale sur le père et ses rôles. Aujourd'hui, selon les auteurs, il y a une reconnaissance d'une sensibilité chez le père pour son enfant qui n'est plus uniquement reconnu comme étant en périphérie de la mère avec un rôle unique d'autorité.

Cependant, les connaissances scientifiques sur la construction du « devenir père » sont encore incertaines (Sénéchal, Saucier et Garon, 2013, cités par Bouche-Florin et al., 2017) et souvent en lien avec les connaissances sur le « devenir mère ». Néanmoins, Bouche-Florin et al. (2017) ont relevé quelques éléments issus des études sur le devenir père.

Tout d'abord, dans sa recherche-pilote en 2003, Vasconcellos reprend le concept de « crise normale de développement » proposé par Benedeck (1950) pour qualifier l'accès à la parentalité chez le père. De plus, comme le précise Osofsky (1982) (cité par Vasconcellos, 2013), cette crise, comme toutes crises, demande un travail psychique de maturation qui permet l'intégration des nouvelles fonctions et elle atteint son maximum à la naissance de l'enfant. L'auteur ajoute qu'elle exige une nouvelle « synthèse identitaire » dans laquelle le

père articule et satisfait des « désirs conscients, inconscients, pré-oedipiens et oedipiens » (Osofsky, 1982, cité par Vasconcellos, 2013, p.195). De plus, comme le soulignent Luca et Bydlowski dans leur article en 2001, il semble que ce remaniement du psychisme paternel s'inscrive dans une dynamique autour de la dyade mère-bébé où la grossesse et la naissance de l'enfant doivent nécessairement passer par la femme. Bydlowski (2006) ajoute que cette période est aussi l'occasion pour l'homme de reconnaître une part féminine qui est en lui et de ressentir sa propre bisexualité psychique.

Ensuite, Bouche-Florin et al. (2017) décrivent la présence d'une « préoccupation paternelle primaire » comparable, en grande partie, à la « préoccupation maternelle primaire » (Winnicott, 1956). Selon ces auteurs, cette préoccupation paternelle comporte une « dimension inconsciente et spontanée présente avant la naissance » ce qui permet de la qualifier de primaire. Ensuite, elle est définie comme une souplesse psychique et une identification à l'enfant qui permet un accordage du père aux besoins de l'enfant. Le père prendrait alors « en compte l'enfant à venir en fonction de ce qu'il se représente de celui-ci, de lui-même et de leur relation » (Bouche-Florin et al., 2017, p.25). De plus, selon ces mêmes auteurs, le père semble aussi capable de se distancier de ses besoins au profit de ceux de l'enfant. Les auteurs ajoutent également que la préoccupation paternelle primaire se manifesterait par des mécanismes identificatoires au vécu de la mère concernant sa grossesse et par des représentations inconscientes des objets parentaux (Naziri & Dragonas, 1994, cités par Bouche-Florin et al., 2017).

Selon Benedek (1959) (cité par Bouche-Florin et al., 2017), après la naissance, des processus d'introjection et d'identification en lien avec l'histoire d'enfant du père permettraient l'émergence d'un moi mutuel entre l'enfant et le père. Bouche-Florin et al. (2017) ajoutent que, par l'intermédiaire de l'identification au vécu psychique de l'enfant, le père assure une fonction de contenant psychique pour celui-ci. Les auteurs rapportent également la présence de projections par le père sur l'enfant de « caractéristiques de son soi-bébé fantasmatique et inconscient » qui lui permettent de « s'y reconnaître et adapter ses soins en souvenir de ce qu'il a reçu lui-même » (Bouche-Florin et al., 2017, p.26).

Cependant, Bouche-Florin et al. (2017) mettent en évidence une première différence importante avec la préoccupation maternelle primaire liée au fait que le père ne vit pas la grossesse d'un point de vue physiologique et qu'il n'y a pas de conditionnement biologique comme la mère. Ainsi, on n'observe pas d'hypersensibilité de la mère, décrite par Winnicott (1956), en ce qui concerne le père qui, lui, vit la grossesse de l'extérieur par l'intermédiaire de son identification à la mère et ce qu'il ressent en lui. Ces auteurs relèvent une seconde

différence, au niveau du père, concernant l'absence de repli sur soi caractéristique de « la préoccupation maternelle primaire » (Winnicott, 1956) en précisant que celui-ci est tourné vers l'extérieur. Toutefois, en référence à la littérature, ils nuancent cette ouverture vers l'extérieur. Comme Golse (2006) (cité par Bouche-Florin et al., 2017, p.27), les auteurs mettent en avant une fonction contenante du père dans le sens où celui-ci assure « un rôle de liant et de protecteur de la dyade mère-bébé (...) en soutenant et facilitant la relation mère-bébé ». Enfin, Bouche-Florin et al. (2017) mettent en avant une caractéristique de la préoccupation paternelle primaire selon laquelle la sensibilité paternelle périnatale serait teintée de l'enfant imaginaire de la grossesse et de sa relation avec lui fantasmée. A la naissance, les auteurs signalent qu'un travail psychique du père devra se faire autour de l'image idéalisée de l'enfant pendant la grossesse et de l'image de sa relation avec lui pour l'adapter à l'enfant réel.

Pour conclure, Bouche-Florin et al. (2017) précisent que « la préoccupation paternelle primaire » est le fruit d'un processus et se construirait dans l'histoire de chaque père qui serait mise à jour dans l'histoire de chaque relation père-bébé. Ils soulignent aussi que les prémices de la relation père-bébé se construiraient pendant la grossesse par l'intermédiaire d'un « investissement narcissique de l'homme devenant père » (Benedek, 1970, cité par Bouche-Florin et al., 2017, p.29). Ces prémices seraient suivies par « un investissement objectal de l'enfant en fin de grossesse » (Missonnier, 2004, cité par Bouche-Florin et al., 2017, p.29). Ensuite, cet investissement grandirait à l'approche de l'accouchement et se poursuivrait à l'arrivée de l'enfant (Bertrand, 2011, cité par Bouche-Florin et al., 2017).

Quoi qu'il est soit, Ravier et Pardinielli précisent dans leur article en 2015 que le « devenir mère ou père » confronte aux ressources narcissiques propres et inscrit chacun dans « une filiation et l'occupation d'une place qui transforme les positions antérieures de fils, fille ou de conjoint » (Ravier & Pardinielli, 2015, p. 146).

Il se peut que ce processus du « devenir mère ou père » soit interrompu par une naissance prématurée. Dans ce cas, des aspects plus spécifiques du processus sont à envisager. Nous proposons de poursuivre cette réflexion dans le point suivant.

3. La naissance prématurée

3.1 Définition et contexte de la naissance prématurée

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2018), une naissance est considérée comme prématurée lorsque le bébé naît vivant avant 37 semaines d'aménorrhée.

On distingue trois sous-catégories :

- la prématurité extrême : naissance à moins de 28 semaines
- la grande prématurité : naissance entre la 28^{ième} et la 32^{ième} semaine
- la prématurité moyenne, voir tardive : naissance entre la 32^{ième} et la 37^{ième} semaine.

Au delà des critères liés au nombre de semaines de gestation, la naissance prématurée décrite par Druon (2012) est une naissance qui n'est en rien comparable à une naissance à terme. Tout d'abord, l'auteur aborde le désarroi dans lequel les parents se trouvent, pris dans un univers inconnu et angoissant où la vie et la mort se côtoient dans « une proximité délétère pour l'équilibre psychique » (Druon, 2012, p.138). Ensuite, elle décrit la naissance prématurée comme étant inévitablement très médicalisée et « donnée par l'équipe médicale aidée par la mère à l'inverse de la naissance à terme où la mère donne naissance aidée par l'équipe médicale » (Druon, 2012, p.138). Elle ajoute que la survenue inopinée de l'accouchement et les premiers contacts avec le bébé dans un monde où les machines et la haute technologie sont présentes, peuvent générer de la sidération chez les parents. Dans ce contexte, la naissance prématurée est susceptible de provoquer un « traumatisme psychique majeur » (Herzog et al., 2003, p.98).

Ensuite, Druon (2012) souligne la question centrale à laquelle les parents sont confrontés, à savoir celle de la survie de l'enfant qui laisse la place dans un second temps à celle des risques de séquelles. L'auteur précise aussi que l'évolution non linéaire de l'enfant, faite de progrès et de rechutes, est très éprouvante pour les parents. Dans ce contexte, les parents vont être à la recherche de « signes de normalité ou d'anormalité, de souffrance... » au lieu de rechercher les ressemblances chez leur enfant (p.140).

3.2 Travail psychique de la naissance prématurée

3.2.1 Travail psychique de la mère

Lorsque la naissance est prématurée et particulièrement lorsqu'elle a lieu avant 32 semaines de gestation, souvent dans l'urgence, il se produit, comme l'explique Druon (2012), une

« rupture fantasmatique brutale » où « le réel prend le pas sur l’imaginaire ». Cette « rupture du cheminement fantasmatique » empêche la mère « d’achever le bébé dans ses rêveries » (Druon, 2012, p.142). L’auteur ajoute qu’il va lui manquer un espace-temps nécessaire à l’investissement de la grossesse et puis de la venue du bébé. La rupture de rêverie à propos du bébé aurait alors pour conséquence de modifier le « mode relationnel qui s’établira entre mère et enfant » (Druon, 2012, p.143). De plus, en référence à Bydlowski et Golse (2001), nous rappelons que, lors du second trimestre de la grossesse, période principale de la transparence psychique, la future mère est « autocentrée » et n’est pas disponible pour investir le futur nouveau-né comme un objet externe.

Ensuite, Ravier et Pedinielli (2015), signalent que, suite à la naissance prématurée, la mère n’a pas pu progressivement diriger son attention psychique vers le bébé. Les auteurs ajoutent qu’elle est privée du « lent travail d’élaboration psychique qui prépare à la naissance » (Ravier & Pedinielli, 2015, p. 146) et qui conduit à la « préoccupation maternelle primaire » (Winnicott, 1956). Ainsi, la naissance prématurée va précipiter le moment du devenir mère et engendrer, comme le précisent Bruschweiler-Stern (1997), la naissance d’une « mère prématurée ». Cette naissance court-circuite donc les processus psychiques à l’œuvre pendant la grossesse et comme le précisent Ravier et Pedinielli, elle perturbe, voire empêche le « travail de deuil de l’unité fantasmatique », bloquant « les mécanismes et étapes de l’individuation de l’enfant » (Ravier & Pedinielli, 2015, p. 147).

3.2.2 Travail psychique du père

En examinant la littérature, nous constatons que peu de recherches explorent le travail psychique effectué par le père autour de sa paternité quand survient une naissance prématurée. Nous avons relevé deux études qui abordent la question de la parentalité. Premièrement, dans leur revue de la littérature, Provenzi et Santoro (2015) soulignent que des pères ayant eu un enfant prématuré signalent que leur transition vers la parentalité a été différée par la naissance prématurée. Deuxièmement, Goutaudier, Mansour et Chabrol (2013) présentent dans leur introduction, quelques éléments spécifiques aux pères. En effet, ils soulignent que le sentiment d’être père se construit progressivement et que le processus de parentalisation est accéléré par la naissance prématurée. Ils ajoutent que cette nouvelle identité n’est pas toujours facile à investir et qu’elle est souvent assimilée lors du premier contact (Lundqvist & Jakobsson, 2003 cités par Goutaudier et al., 2013). Par ailleurs, ils constatent que les pères doivent assumer de multiples rôles (i.e., soins au bébé, soutien à la mère, mari, soutien de la famille,...) et qu’ils se questionnent sur leur capacité à pouvoir s’occuper du bébé. Ensuite, ils

soulignent la difficulté pour les pères de trouver un équilibre entre leur vie professionnelle et la vie de famille. Dès lors, il nous semble que ce domaine soit encore peu exploré et qu'il serait intéressant de le développer.

3.3 Spécificités du vécu de la naissance prématurée

Comme le soulignent Muller Nix et al. (2009), l'enfant prématuré bouleverse les attentes parentales d'un enfant en bonne santé. Ils définissent alors la rencontre avec cet enfant comme une rencontre hors du commun entre des parents qui sont en devenir et un être qui tente de survivre. Druon (2012) ajoute que cette rencontre impliquera le deuil d'une naissance « normale ».

Dans ce contexte, Ravier et Pedinielli (2015) considèrent que la naissance prématurée constitue une blessure narcissique où le parent se sent parent d'un nourrisson qu'il perçoit comme n'étant pas terminé. Cagnet et Du Peuty (2013) ajoutent que le parent pensait la séparation encore lointaine et qu'il n'a pu mobiliser les défenses pour s'y préparer.

De plus, Herzog et al. (2003, p.102) signalent que les conditions de la naissance (i.e., soudaineté et brutalité) engendrent un « débordement pulsionnel » qui est comparable à un « bouleversement traumatique ». Dans ce cas, les auteurs précisent que les « excitations extérieures » qui affluent vont « dépasser les capacités de contenance de l'appareil psychique » du parent. Ainsi, Muller Nix et al. (2009) signalent que cette naissance peut être vécue comme un traumatisme qui peut avoir un effet désorganisateur sur le fonctionnement psychique des parents. Cependant, ils précisent que le traumatisme peut devenir organisateur si les parents ont pu réaliser et élaborer ce qu'ils ont traversé. Les auteurs précisent que la capacité de résolution du traumatisme est aussi fonction de l'histoire psychique personnelle des parents.

En outre, il apparaît, dans la littérature, que chaque parent semble avoir un vécu spécifique de l'expérience de la naissance prématurée qui nous allons aborder dans les deux points suivants.

3.3.1 Le vécu de la mère

Tracey (2000) (cité par Spinelli et al., 2015) parle d'une mère « lancée » dans la maternité. Spinelli et al. (2015) ajoutent que la mère a le sentiment d'avoir vécu un échec et elle a l'impression d'être inadéquate car elle n'a pas pu mener sa grossesse à terme, ni protéger le bébé. Ils ajoutent que la mère peut avoir une sensation de privation et de déconnexion de son bébé et de l'expérience naturelle de la naissance. Dans ce contexte, lorsque la mère rencontre

le bébé, elle vit une « véritable épreuve de réalité », « un choc » devant son enfant qui est si petit et/ou qui donne l'impression d'un mal-être. (Druon, 2012, p.140).

De plus, selon Cagnet et Du Peuty (2013), il semble que la mère ne puisse pas avoir de trace psychique de l'accouchement, ce qui a pour conséquence de ne pas rendre réelle la séparation entre le corps du bébé et celui de la mère. Les auteurs ajoutent que la mère n'aurait pas pu mettre un « terme psychique » à la grossesse, ce qui conduit à une juxtaposition de la réalité de la grossesse et de la naissance amenant certaines mères à décrire des perceptions internes similaires à celles de la grossesse.

Comme le précisent Ravier et Pedinielli (2015), la mère vit une blessure narcissique. Dans ces conditions, Herzog et al. (2003) précisent qu'elle est particulièrement vulnérable car ses défenses psychiques sont diminuées et elle n'a pas la maîtrise du volet physique et psychique. Ils ajoutent qu'elle peut alors se sentir attaquée dans son narcissisme et dans son corps. De plus, selon ces mêmes auteurs, la mère peut se sentir défaillante en étant confrontée au risque vital pour le bébé ce qui peut entraîner un sentiment de culpabilité. Ravier et Scotto di Vettimo (2017) rapportent que la source de la culpabilité serait « en lien avec un fantasme d'avoir abîmé l'objet d'amour » qui nécessiterait « d'expier une faute inconsciente » (Ravier et Scotto di Vettimo, 2017, p.248). Les auteurs précisent que la culpabilité, si elle devient omniprésente et douloureuse, peut favoriser le fait que la mère retourne contre elle-même les reproches qu'elle ne peut adresser au bébé prématuré du fait de sa fragilité. Ce mouvement entrainerait, selon ces mêmes auteurs que la mère ne sente pas « suffisamment bonne ». Selon Druon (2012), cette culpabilité peut aussi cacher une violence à l'encontre de l'enfant suite au sentiment de trahison que la mère éprouve à l'égard de son bébé né prématurément. Enfin, l'auteur ajoute que la culpabilité maternelle peut être liée à la relation de couple sous la forme de reproche éventuel formulé par le père à l'égard de la mère qui n'a pas pu mener à terme le bébé, qui est le fruit de sa création.

3.3.1 Le vécu du père

Nous observons dans la littérature que le nombre d'études qualitatives sur le vécu des pères est faible. En effet, si leur nombre tend à augmenter, nous observons que beaucoup d'entre elles sont des études quantitatives. Toutefois, Provenzi et Santoro (2015) ont mis en évidence, dans leur revue de la littérature, des caractéristiques spécifiques au vécu des pères ayant eu un enfant prématuré. Tout d'abord, les auteurs ont souligné la variation des émotions allant d'une sorte de « coupure » qui fait suite à l'imprévisibilité de l'accouchement, les empêchant de gérer la situation, à la joie de devenir parent. Ils signalent aussi que des pères ont pu

s'inquiéter de la santé du bébé à partir du moment où ils ont été rassurés sur l'état de santé de leur compagne. Ensuite, Provenzi et Santoro (2015) précisent que certains pères, au moment de la naissance, n'ont pas pu mettre en place des stratégies de coping, se sentant impuissants et ayant perdu le contrôle. Il semble aussi que les pères tendent à cacher leurs sentiments et inhiber l'expression des émotions négatives et à maximiser une forme de stéréotype masculin. De plus, pour prendre soin de la mère et de l'enfant, ils risquent un déni général de leurs émotions et besoins. Les auteurs ajoutent également que les pères peuvent trouver dans le retour au travail un soulagement et un moyen de retrouver un sentiment de confiance en soi et de compétence. Par ailleurs, Herzog et al. (2003) ajoutent que le premier moment de sidération génère un sentiment d'impuissance. Cependant selon ces auteurs, il semble que la blessure narcissique, la défaillance et la culpabilité, très présentes dans le discours des mères, soient peu évoqués par les pères qui ont participé leur étude.

Ensuite, il nous semble intéressant de relever les éléments relatifs à la place du père au moment de la naissance prématurée. Druon (2012) présente le père comme étant le premier interlocuteur de l'équipe médicale qui l'informerait de l'état de santé de l'enfant. « Cette primauté du père sur la mère » est, selon l'auteur, « la marque des accouchements prématurés » (Druon, 2012, p.139). Ainsi, comme le précisent Herzog et al. (2003), le père se retrouve en première ligne et il se charge de la continuité de la relation parent-enfant.

Dans ce contexte, Druon précise que le père pourrait être en désarroi, confronté seul à son enfant si petit et appareillé. Certains expliquent qu'à ce moment, leur attention était captée par les machines, dans une « préoccupation médicale primaire » (Druon, 2012, p.139) qui est souvent présente chez les deux parents.

En lien avec la fonction paternelle de liaison, de protection et de contenant de la dyade mère-enfant (Winnicott, 1974 ; Golse, 2006, cités par Bouche-Florin et al., 2017)), Druon (2012) relève que le père assure, lors de la naissance prématurée, une présence contenante comme « appui d'arrière plan » qui est essentielle pour la mère (Druon, 2012, p. 140). Herzog et al. (2003) précisent par ailleurs que le père, à la place de séparer la mère et le bébé, est un tiers qui fait le lien mère-bébé de manière beaucoup plus évidente que lors d'une naissance à terme. Les auteurs ajoutent également que le père assure une fonction d'étayage auprès de la mère comme le corps médical l'exerce à leur égard. Ravier et Pedinielli (2015) confirment à leur tour le rôle de soutien et la fonction d'étayage que les pères ont dans le couple. Ces mêmes auteurs ajoutent que le père réunifie également la mère et le nourrisson en assurant une fonction de « messenger itinérant » entre le bébé et la mère qui est alitée et parfois même prise en charge dans un autre hôpital (Ravier & Pedinielli, 2015, p.148).

Ensuite, en lien avec la « primauté du père » soulignée par Druon (2012), Herzog et al. (2003) ont mis en évidence que le père peut être un partenaire actif en assumant son rôle de père prématurément. Ainsi, selon ces auteurs, il partage, avec la mère, la responsabilité de la part de vie et de mort inhérente à toute naissance et il permet à la mère de diminuer son sentiment de culpabilité lié à sa défaillance et paradoxalement de trouver elle-même sa place.

3.3.3 La place de l'équipe médicale dans le vécu de la naissance prématurée.

Herzog et al. (2003) soulignent que l'équipe médicale permet la survie de l'enfant. De plus, comme le précisent Muller Nix et al. (2009), il existe un lien fort entre l'équipe médicale et les parents. Ces derniers doivent confier à l'équipe la responsabilité de leur enfant et se séparer d'une partie de leur rôle parental, ce qui, pour certains, peut déplacer dans le temps le moment où ils vont investir leur enfant. Druon (2012) ajoute que, dans ce contexte, la confiance des parents envers l'équipe médicale est fondamentale.

Ensuite, selon Druon (2012), les parents peuvent exprimer un sentiment de solitude face à l'équipe médicale active et efficace qui renforce leur sentiment d'être inutile et incompetent pour s'occuper de leur enfant. Ravier et Pedinielli (2015) précisent que les parents peuvent également se vivre comme dangereux suite à leur incapacité et qu'ils s'identifient alors au soignant en adoptant une manière de penser médicalisée. Ces mêmes auteurs ajoutent que cette identification est à considérer comme un mécanisme de défense. Par ailleurs, Muller Nix et al. (2009) ont mis en évidence le manque d'intimité, liée à la présence de l'équipe médicale, qui génère de la souffrance pour les parents et qui alimente le doute qu'ils pourraient avoir sur leur parentalité. Ils ajoutent que ce doute peut subsister après l'hospitalisation.

Par ailleurs, Herzog et al. (2003) mettent en avant le rôle spécifique de l'équipe médicale par rapport aux pères qui se sentent soutenus par celle-ci. Ils ajoutent que l'équipe médicale leur procure un sentiment de sécurité et leur permet même une forme de régression dont ils profitent lorsqu'ils sont auprès de leur enfant, pris en charge par l'équipe.

4. Les représentations parentales dans la relation parent-bébé

4.1 Les représentations parentales et les interactions parent-bébé

De manière générale, le terme « représentation » peut être défini comme Laplanche et Pontalis le proposent, dans le sens de « ce que l'on se représente, ce qui forme le contenu

concret d'un acte de pensée » et « en particulier la reproduction d'une perception antérieure » (Laplanche & Pontalis, 1967)

Concernant les représentations parentales, nous rappelons que Riazuelo (2010) les qualifie de « représentations anticipatrices » dans le sens d'une projection sur l'enfant à naître. Ensuite, Viaux-Savelon et al. (2014) précisent que les représentations se construisent tout au long de la grossesse et sont nourries par le passé, le couple et des éléments transgénérationnels. Au niveau des interactions parent-enfant, Lamour et Lebovici (1991) (cités par Muller Nix et al. , 2009) précisent que « les représentations jouent certainement un rôle primordial dans la qualité des interactions parent-enfant » (p.426). En effet, Lebovici (1983) (cité par Muller Nix et al. , 2009, p.426) explique que « la relation à l'enfant s'appuie sur les représentations que les parents ont de leur enfant, d'eux- mêmes en tant que parents, mais aussi sur les représentations qu'ils ont de leurs propres parents. Par ailleurs, Muller Nix et al. (2009) rappellent que les études de Stern (Stern et Hildebrandt, 1986 ; Stern et al., 2000; Stern et al., 2006, cités par Muller Nix et al.,2009) ont mis en évidence l'impact des représentations parentales sur la relation avec l'enfant.

4.2 Les représentations parentales et naissance prématurée

Les études de Stern, citées plus en avant, ont montré à « quel point la notion même de prématurité venait modifier les perceptions à propos d'un enfant» (i.e., dans leurs études Stern et al. montrent que des enfants à terme présentés comme des enfants prématurés sont perçus comme moins mignons et moins aimables) (Muller Nix et al., 2009, p.426). De plus, selon Cagnet et Du Peuty (2013), cette modification semble amplifiée par le fait que le bébé réel est particulièrement différent du bébé à terme que le parent avait imaginé. Ensuite, Herzog et al. (2003) ajoutent que l'impact sidérant de la naissance va contraindre le Moi à se mobiliser pour accéder à de nouvelles représentations tenant compte de la réalité extérieure, à savoir l'état de santé de l'enfant. Par ailleurs, Muller Nix et al. (2009) ont rapporté des représentations de l'enfant données par les parents dans le cadre de leur étude. Ces derniers décrivent un enfant « étrange », « difficile à approcher », « pas vraiment encore un bébé », « difficile à penser en tant qu'être humain », et « à percevoir dans sa globalité, de part sa taille, la couleur de sa peau, les proportions inhabituelles de son corps et la situation dans laquelle il est en néonatalogie ». Certains parents ont utilisé les termes de « décharné », « l'air vieux », « tête d'extraterrestre » (p.437).

Muller Nix et al. (2009) ajoutent que les représentations parentales peuvent être appauvries par le manque de connaissance des parents sur les capacités relationnelles de l'enfant prématuré, ce qui réduirait le sentiment de compétence du parent, comme rapporté dans l'étude de Guillaume et al. (2013). De plus, selon Muller Nix et al. (2009), l'absence de réciprocité et de circularité des échanges faisant suite à l'immaturation du bébé entraîne que ce dernier ne peut répondre aux stimulations des parents de telle sorte que ceux-ci peuvent le vivre comme un refus de communiquer du bébé. Par ailleurs, ces mêmes auteurs observent, suite aux effets du traumatisme potentiel de la naissance, que les parents peuvent avoir des représentations « idéalisées de leur enfant, de ses compétences, de sa destinée héroïque et en même temps des représentations de vulnérabilité de l'enfant qui est vu comme étant à risque pour son évolution, sa santé ... sans qu'il n'y ait plus de lien avec la prématurité » (Muller Nix et al., 2009,p.438).

4.2.1 Les représentations maternelles dans le contexte de la naissance prématurée

Premièrement, comme le précisent Herzog et al. (2003), les représentations maternelles préexistantes vont être modifiées par la naissance prématurée. De plus, ces auteurs constatent que ces représentations préexistantes vont elles-mêmes influencer l'interprétation de l'événement et la manière dont la naissance va être psychiquement absorbée par la mère pour investir le lien avec l'enfant.

Ensuite, Cognet et Du Peuty (2013) soulignent que la mère n'a pas eu le temps de construire une représentation interne de l'objet lui permettant de supporter la séparation du bébé. Ainsi, en l'absence de perception du bébé et sans trace interne lui permettant de le faire exister, la mère vit la séparation comme une perte et elle peut, de ce fait, éprouver de grandes difficultés à quitter la couveuse et tolérer un court temps de séparation. De plus, dans ces conditions, Spinelli et al. (2015) ont observé que la mère peut éprouver des difficultés à élaborer une image d'elle-même en tant que mère du fait de la réduction de la connexion émotionnelle et psychologique avec l'enfant. Ces auteurs ajoutent que la mère peut également se représenter comme « potentiellement dangereuse » après la naissance puisqu'elle l'a été pendant la grossesse (Spinelli et al., 2015, p. 199).

Enfin, Ravier et Scotto di Vettimo (2017) abordent les fantasmes de mort qui entourent une naissance et les mettent en lien avec les représentations maternelles. En effet, ils mettent en évidence que les fantasmes de mort ne peuvent être présents du fait que la mort réelle du bébé est possible. Ainsi, dans ces conditions, les auteurs suggèrent que la mère a le sentiment d'être obligée d'être particulièrement aimante et parfaite et qu'elle cherche à être une « mère

idéale ». Selon ces mêmes auteurs, cette représentation s'inscrit dans un processus défensif face au « sentiment de culpabilité d'avoir abimé l'objet ». (Ravier et Scotto di Vettimo, 2017, p.252).

4.2.2 Les représentations paternelles dans le contexte de la naissance prématurée

Concernant les représentations de soi des pères, Provenzi et Santoro (2015) ont relevé dans leur revue de la littérature que les pères, au moment de la naissance, se représentent davantage comme mari que comme parent, de même qu'ils se voient, souvent, en tant qu'observateur, mis de côté lors des premiers soins. Ensuite, ils ajoutent qu'au cours du séjour en néonatalogie, deux nouvelles représentations émergent : premièrement, celle de protecteur de la famille et deuxièmement, celle d'un parent « entre deux » qui doit à la fois retourner au travail, prendre soin de la mère et de l'enfant. Ces auteurs précisent également que la transition vers la représentation d'un père compétent est « un long et éprouvant processus qui semble être favorisé et soutenu par un engagement direct des pères dans les soins au bébé depuis le début » (Provenzi & Santoro, 2015, p. 1791).

5. Les interactions avec le bébé prématuré et la création du lien mère-père-bébé

5.1 Les interactions avec le bébé prématuré

Comme le précisent Mullex Nix et al. (2009), les premières interactions parent-enfant dans le cas d'une naissance prématurée se mettent en place dans des conditions bien différentes d'une naissance à terme. En effet, comme Druon le développe dans son article en 2012, l'ambiance dans laquelle démarre la relation avec le bébé est marquée par la pathologie, les soins et la haute technologie. De plus, selon ce même auteur, la présence constante de l'équipe médicale et des machines, qui représentent un tiers entre les parents et le bébé, complique l'entrée en relation avec l'enfant.

Ensuite, comme le soulignent Ratynski, Bleuven, Sizun (2007), le bébé prématuré, en raison de son immaturité, est imprévisible et ses comportements sont difficiles à comprendre pendant les moments d'interactions sociales. De plus, Muller Nix et al. (2009, p. 425) soulignent que le bébé prématuré est décrit comme étant « moins alerte, moins attentifs que le nouveau-né à terme » et qu'il réagit moins aux sollicitations maternelles ». Muller Nix et al. (2009) relèvent également que les comportements de la mère envers l'enfant sont variables. En effet, selon certaines études, les mères sont « plus actives et plus stimulantes » et selon d'autres, elles sont « plus inhibées et en retrait dans la relation à l'enfant » (Muller Nix et al.,

2009, p.425). Cependant, les auteurs constatent que les études ne sont pas en accord sur l'interprétation à donner à ces différences. Enfin, les auteurs concluent en précisant que parents et bébé s'influencent l'un l'autre dans la dynamique interactionnelle.

5.2 Spécificités du lien parent-bébé

Selon Muller Nix et al. (2009), le lien à l'enfant semble être remis en question à différents moments. En effet, ils ont pu observer une oscillation entre « un surinvestissement anxieux de l'enfant et des mouvements de désinvestissement plus ou moins importants de celui-ci » (Muller Nix et al., 2009, p.437). Ces mouvements de désinvestissement rappellent le deuil anticipé dont parlent Ravier et Pedinielli, (2015) en précisant que le deuil anticipé permettrait aux parents de se prémunir contre la perte possible de l'enfant.

Ensuite, Ravier et Pedinielli (2015) mettent en avant la réduction des capacités d'empathie des parents suite au vécu sidérant de la naissance qui donnerait également lieu à des projections négatives voire agressives sur leur enfant. De plus, les parents qui se sentent incompetents parce qu'ils rencontrent des difficultés pour interpréter les réactions de leur enfant, semblent être en difficulté pour penser les besoins de celui-ci (Guillaume et al., 2013). Nous ajoutons que Ravier et Pedinielli (2015) ont également mis en évidence la détresse des parents qui met à mal leur sensibilité parentale et les mouvements identificatoires envers l'enfant.

5.2.1 La relation mère-bébé

Dans leur article en 2013, Cognet et Du Peuty mettent l'accent sur le moment de la rencontre entre le mère et le bébé qui, selon ces auteurs, se produit « trop tard » (i.e., souvent repoussée de quelques heures après la naissance). Ils ajoutent que ce retard génèrerait un « décalage du rythme » qui peut compliquer les mécanismes de la rencontre et le tissage du lien (Cognet & Du Peuty, 2013, p.21). En effet, comme le souligne Lebovici (1983) en reprenant les travaux de Klaus et Kennell, il existe un retard dans l'établissement du lien nommé « bonding ». Selon Lebovici, les auteurs définissent le « bonding » comme « une relation spécifique et privilégiée qui est caractérisée du côté de la mère par la tendance à toucher, caresser, tenir, soigner, entre en contact œil à œil avec son bébé » (Lebovici, 1983, p.69).

De plus, lorsque la naissance a lieu autour du septième mois de grossesse, Bruschweiler-Stern (1997) signale que la mère peut ne pas être prête à voir son bébé. L'auteur précise également qu'à ce stade d'imagination, la mère s'attend davantage à voir un bébé à terme qu'un bébé fragile et vulnérable. A ce sujet, Mathelin-Vanier, Bredah, Chaffel et Vermont (2009) parlent

de « l'étrangeté » du bébé à laquelle la mère doit faire face et qui peut rendre le contact difficile entre elle et son bébé.

Concernant les difficultés de contacts avec le bébé, Fegran, Helseth et Fagermoen (2008) ont constaté que les mères de leur échantillon ont ressenti des sentiments ambivalents et des émotions négatives lors de contacts physiques proches avec leur enfant tels que vouloir tenir leur enfant et pleurer toute la durée de ce moment ou exprimer le besoin de prendre leur bébé en « peau à peau » (i.e., portage en peau à peau, sur la poitrine avec le bébé en position ventrale, aussi appelé méthode « Kangourou », Pignol, Lochelongue et Fléchelles, 2008) et ne pas être capable de le toucher.

Ensuite, le lien avec le bébé peut aussi être observé sous un autre angle, comme le proposent Ravier et Scotto di Vettimo (2017). Ces auteurs font l'hypothèse selon laquelle le sentiment de culpabilité maternelle permet « la création d'une ébauche de lien » dans le sens où « la culpabilité signe également le souci pour autrui »: la mère, se sentant coupable de ce qui est arrivé à l'enfant, se sent paradoxalement responsable de lui (Ravier & Scotto di Vettimo, 2017, p.251).

Enfin, nous ajoutons que Herzog et al. (2003) ont relevé des sentiments d'hostilité à l'égard de l'enfant qui pourraient se répercuter sur la qualité de la relation mère-enfant jusqu'au rejet inconscient de la naissance de l'enfant.

5.2.2 La relation père-bébé

Comme nous le précisons plus haut, le père se trouve au premier plan dans les contacts avec le bébé. Toutefois, comme le constatent Fegran et al. (2008), l'entrée en relation du père avec le bébé ne semble possible qu'à partir du moment où il est rassuré sur l'état de santé de la mère. Ensuite, Provenzi et Santoro (2015) rapportent, dans leur revue de la littérature, que des pères peuvent être effrayés par l'aspect physique du bébé et qu'ils craignent de lui « faire du mal » lors des interactions physiques. De plus, Fegran et al. (2008) rapportent qu'au départ, les pères sont plus réticents aux contacts physiques avec le bébé tel que le « peau à peau ». Cependant ces auteurs ont observé que les pères considéraient, rétrospectivement, cette expérience de contact comme étant plus positive qu'attendu.

Cependant, Guillaume et al. (2013) soulignent que certains pères ont préféré les interactions davantage basées sur la parole et les regards.

Concernant la présence des pères auprès du bébé, Herzog et al. (2003) apportent une nuance supplémentaire. En effet, les auteurs rapportent que les pères qui ont participé à leur étude semblent être « dans des dispositions physiques et psychiques plus aisément mobilisables (que

les mères) : ils peuvent activer leurs défenses habituelles, ils maintiennent une prise sur la réalité de leur enfant. (...) ils assument immédiatement un rôle auprès de leur enfant ». Cette « position active » décrite par les auteurs semble être en opposition avec la position qu'ils qualifient de « passive » de la mère dans laquelle elle ne parvient pas à sortir assez rapidement de la phase de sidération pour trouver une « place fonctionnelle » vis-à-vis de l'enfant (Herzog et al., 2003, p.103).

Ensuite, comme le soulignent Guillaume et al. (2013, p.6), la relation père-bébé est aussi « marquée par le besoin de comprendre le fonctionnement des machines et le traitement, ce qui leur permet d'avoir le sentiment de contrôler la situation ». Par ailleurs, nous soulignons le fait que les machines peuvent aussi avoir une autre fonction mise en avant par Cognet et Du Peuty (2013). En effet, ces auteurs précisent que, pour certains parents, le fait de regarder « les courbes dynamiques du scope et ses chiffres » (i.e., indiquant la fréquence cardiaque et la saturation en oxygène) permet d'avoir des « éléments objectifs et fiables » concernant la vie du bébé lorsque les parents ne la décèlent pas directement sur leur enfant (Cognet & Du Peuty, 2013, p.21).

Pour terminer, nous relevons les éléments apportés par l'étude de Hoffenkamp, et al., en 2012. Ces auteurs introduisent un point de vue différent concernant l'implication des parents par rapport à leur enfant prématuré. En effet, ils soulignent que la tendance dans la recherche est de pointer les conséquences négatives de la naissance prématurée alors qu'il semble que la prématurité puisse « stimuler les soins parentaux et l'investissement au lieu d'augmenter le désintérêt et l'absence d'attachement » (Wirght & Zucker, 1980, cités par Hoffenkamp, et al., 2012, p.546). Ils font également référence aux résultats de l'étude de Borghini et al. (2006) (cités par Hoffenkamp et al., 2012) qui suggèrent que l'investissement des parents peut être facilité par l'afflux d'émotions durant l'hospitalisation de l'enfant. Ces auteurs nuancent ce constat en précisant que le risque de développer des représentations déformées de l'enfant est également augmenté.

Ainsi, Hoffenkamp et al., (2012) ont, entre autres, réalisé une comparaison de la qualité du lien entre des pères et mères d'enfants nés à terme et prématurément. Parmi les résultats obtenus, les auteurs montrent que la différence de qualité du lien est très faible entre les mères et les pères en cas de prématurité extrême. Selon les auteurs, ces résultats corroborent ceux de précédentes études (Brown et al.,1991; Harrison, 1990 cité par Hoffenkamp et al., 2012) montrant que les pères d'un enfant prématuré à haut risque sont, dans le premier mois après la naissance, plus impliqués envers leur enfant en comparaison avec les pères d'un enfant né à

terme. Les auteurs suggèrent que cette différence s'explique par deux éléments. Premièrement, « le fait que les pères d'un enfant prématuré peuvent jouer un rôle exceptionnel et exigeant de soutien pendant l'hospitalisation de leur enfant. Deuxièmement, le fait que les soins à apporter à un enfant en couveuse peuvent être donnés tant par la mère que par le père » (Hoffenkamp et al., 2012, p.556).

6. Conclusion

Au travers de notre revue de la littérature, nous avons pu examiner différents aspects de la grossesse et de la naissance prématurée. Tout d'abord, nous avons observé que, durant la grossesse, la mère a un fonctionnement psychique spécifique et que le père réalise également un travail psychique dont certains éléments se rapprochent de celui de la mère.

Ensuite, lorsque la grossesse est interrompue par une naissance prématurée, les auteurs observent une rupture du travail psychique en cours chez la mère. Cependant, nous constatons que l'impact sur le travail psychique du père est très peu développé dans la littérature. Parmi les études réalisées sur le vécu des mères et des pères, les auteurs s'accordent à dire que le vécu de l'expérience de la prématurité est différent pour chaque parent. En effet, la mère se sent défaillante, souvent sans trace mnésique de l'accouchement et en grande difficulté pour se séparer du bébé qui n'a pas encore acquis le statut d'objet externe. Le père, quant à lui, se sent impuissant au moment de la naissance, puis il est mis en première ligne, assurant une fonction de soutien et d'étayage pour la mère et la relation mère-bébé.

Ensuite, afin de mieux comprendre les enjeux de la naissance prématurée, nous avons souligné le rôle primordial des représentations parentales dans la relation parent-bébé mis en avant dans la littérature et les modifications de ces représentations suite à la naissance prématurée. En effet, ces modifications colorent la relation à l'enfant et touchent à la fois les représentations de soi en tant que parent (e.g., se représenter comme une mère potentiellement dangereuse, comme un père « entre deux ») et les représentations de l'enfant (e.g., représentations idéalisées ou de vulnérabilité).

Par la suite, nous avons relevé, sur base de la littérature, les conditions difficiles des premières interactions pour construire la relation avec le bébé (i.e., la présence permanente de l'équipe médicale, l'immaturation du bébé,...). Ainsi, les auteurs ont mis en évidence des facteurs qui impactent la relation comme, par exemple, la remise en question du lien à l'enfant par des mouvements d'investissement/désinvestissement de celui-ci ou la présence de projections ou de mauvaises interprétations des besoins du bébé.

Ensuite, nous avons mis en évidence les spécificités de la relation mère-bébé et père-bébé développées par les auteurs. Ainsi, dans le cas de la mère, les auteurs relèvent, entre autres, la rencontre tardive entre le bébé et la mère qui complique le tissage du lien ou la précocité de la confrontation au bébé réel. En ce qui concerne les pères, les auteurs mettent en évidence, entre autres, la peur de « faire mal » au bébé, une position « active » par rapport à une position « passive » des mères. Toutefois, les auteurs semblent avoir recueilli des points de vue différents sur les contacts physiques avec le bébé et les parents.

Enfin, pour terminer, nous soulignons les nuances existant dans la littérature concernant l'implication des parents par rapport à leur enfant prématuré et la mise en avant par certains auteurs d'une implication plus importante des pères d'un enfant prématuré à haut risque par rapport à celle des pères d'un enfant né à terme dans le mois qui suit la naissance. Ainsi, le processus de création du lien semble être davantage stimulé par la naissance prématurée.

Compte tenu des résultats nuancés relevés dans la littérature concernant la qualité du lien et l'investissement de chaque parent dans la relation avec le bébé prématuré, il nous paraît opportun de poursuivre l'exploration du processus de création du lien en envisageant les spécificités des mères et des pères. Nous proposons d'axer notre investigation autour des représentations parentales eu égard à l'impact de celles-ci dans la relation parent-bébé mis en avant par les auteurs (Muller Nix et al., 2009). Par ailleurs, il nous paraît également intéressant d'investiguer le travail psychique réalisé par le père suite à la naissance prématurée en comparaison avec celui effectué par la mère.

Chapitre 2 : Question de recherche et méthodologie

Ce chapitre est consacré à la présentation des questions de recherche et la méthodologie utilisée pour le recueil des données nécessaires au développement de ces questions.

1. Les questions de recherche

En partant de la revue de la littérature exposée au premier chapitre et des questions qu'elle a amenée, nous proposons d'explorer le travail psychique réalisé par chaque parent suite à la naissance prématurée et d'examiner dans quelle mesure le processus de création du lien parent-bébé est impacté par les représentations parentales. Afin d'étayer notre réflexion, nous développerons trois questions de recherche reprises ci-dessous.

1.1 Première question de recherche

Il apparaît dans la littérature que la naissance prématurée engendre un « débordement pulsionnel » comparable à un « bouleversement traumatique » qui dépasse les capacités de contenance de l'appareil psychique (Herzog et al., 2003, p.102) et que la capacité de résolution du traumatisme est fonction de l'histoire psychique de chaque parent. Ainsi, la première question de recherche peut être formulée comme suit : **les pères et les mères de notre échantillon ont-ils développé des processus défensifs différents et comment s'inscrivent-ils dans la dynamique de couple ?** Dès lors, nous pouvons faire l'hypothèse, en s'appuyant sur l'étude de Herzog et al. (2003) que chaque parent va mettre en place des processus défensifs différents qui leur sont propres, en fonction de son histoire psychique afin de faire face au bouleversement de ses attentes parentales.

1.2 Deuxième question de recherche

Nous observons dans la littérature que le travail psychique autour de la naissance prématurée est principalement étudié selon le point de vue de la mère. Nous relevons également que ce travail est brusquement interrompu par la naissance prématurée, précipitant ainsi le moment de devenir mère (Bruschweiler-Stern,1997). De plus, l'impact sidérant de la naissance va contraindre le Moi à se mobiliser pour accéder à de nouvelles représentations tenant compte de la réalité extérieure (Herzog et al., 2003). Ainsi, la deuxième question de recherche peut être posée : **la naissance prématurée conduit-elle à des représentations de soi en tant que parent différentes pour la mère et le père et quelles en sont les conséquences sur la relation à l'enfant ?** Dès lors, nous pouvons faire l'hypothèse que les représentations en tant

que père sont modifiées et que le travail psychique réalisé par le père est également interrompu par la naissance prématurée.

1.3 Troisième question de recherche

La littérature nous montre que la relation à l'enfant se base notamment sur les représentations de celui-ci (Lebovici, 1983, cité par Muller Nix et al., 2009). De plus, il apparaît, d'une part que la prématurité modifie les perceptions à propos de l'enfant (Muller Nix et al., 2009) et, d'autre part, que de nouvelles représentations émergent tenant compte de la réalité extérieure (Herzog et al., 2003). Ainsi, nous pouvons amener notre troisième question de recherche: **les représentations de l'enfant auxquelles accèdent les mères et les pères de notre échantillon sont-elles différentes et impactent-elles différemment le processus de création du lien ?** Dès lors, nous pouvons faire l'hypothèse que chaque parent accède à des représentations différentes de l'enfant et que celles-ci impactent différemment l'entrée en relation avec l'enfant.

2. Méthodologie

2.1 L'échantillon : critères de sélection et recrutement

Le recrutement a été effectué sur base volontaire au sein d'un service de soins intensifs de néonatalogie. Les sujets ont été sélectionnés parmi une population de couples de parents dont l'enfant est né avant 32 semaines de gestation et pour lequel le pronostic vital n'est pas engagé au moment de la rencontre. Le critère de sélection, basé sur la limite maximale de 32 semaines de gestation, est considéré comme la grande prématurité et correspond, en majorité, à la population étudiée dans les études auxquelles nous nous référons dans notre revue de la littérature. Nous avons exclu de notre échantillon les sujets n'ayant pas une bonne maîtrise du français, les sujets présentant des troubles psychopathologiques et/ou psychiatriques connus et les sujets consommant des stupéfiants.

Après s'être assurée du respect des critères de sélection pour chaque couple, la psychologue du service a proposé aux parents de participer à notre recherche. A la suite de cet échange, la lettre d'informations a été remise aux parents. Cette lettre contenait les modalités de la recherche, le respect de la confidentialité et l'accord du comité d'éthique facultaire ainsi que celui de l'institution dans laquelle l'enfant était hospitalisé. En cas d'accord de principe des parents, nous étions autorisée à les contacter par téléphone afin de leur donner les informations complémentaires sur la recherche et confirmer leur participation. Une fois

l'accord obtenu, les rendez-vous ont été fixés avec chaque parent qui a signé un consentement éclairé individuel spécifiant, entre autres, leur possibilité d'arrêter leur participation sans crainte pour la prise en charge de leur enfant.

Le recrutement de l'ensemble de l'échantillon s'est effectué de février à juin 2018. Nous soulignons que la constitution de l'échantillon a été complexe. Tout d'abord, les difficultés rencontrées sont liées à la population prise en charge dans le service au moment de notre recrutement, qui ne correspondaient pas aux critères de sélection. Ensuite, plusieurs couples, et plus particulièrement les pères, ont renoncé à participer au projet en raison, principalement, de la peur de s'exprimer et/ou d'un manque de temps à consacrer à la recherche. Alors que le temps disponible pour les parents était peu modifiable, il nous a été possible d'accompagner le couple autour de leurs craintes à s'exprimer, ce qui s'est avéré porteur pour notre recrutement.

2.2 Caractéristiques de l'échantillon et de la récolte des données

Nous avons rencontré cinq couples, soit un total de dix personnes, durant l'hospitalisation de leur enfant aux Soins Intensifs en néonatalogie dans le mois qui a suivi la naissance de l'enfant.

La moyenne d'âge des mères est de $\approx 27,5$ ans et celle des pères de ≈ 36 ans. Parmi les dix parents que nous avons rencontrés, sept parents ont réalisé des études supérieures dont quatre ont effectué des études universitaires, un parent suit une formation qualifiante, deux n'ont pas fait d'études supérieures.

Afin de permettre à chaque parent d'être dans les meilleures conditions, compte tenu des éventuelles difficultés d'organisation liées au contexte de l'hospitalisation de leur enfant, nous avons proposé à chaque parent de réaliser l'entretien, à sa meilleure convenance, soit à son domicile, soit dans un bureau attenant au service de néonatalogie et mis à notre disposition.

Ensuite, afin d'obtenir les données les plus adéquates pour développer nos questions de recherche, nous avons fixé deux conditions à la réalisation des entretiens. Premièrement, la rencontre devait avoir lieu dans le mois suivant la naissance de l'enfant (à l'exception d'un père qui a été vu à la cinquième semaine) afin de recueillir les données dans les premiers moments de l'entrée en relation avec l'enfant. Deuxièmement, chaque parent devait être entendu séparément, en utilisant les mêmes outils, afin obtenir des données indépendamment l'un de l'autre.

Avec l'accord des parents, les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et ensuite retranscrits.

Enfin, pour permettre à chaque parent d'accéder à l'ensemble des contenus évoqués par les outils d'investigation, nous n'avons pas limité la durée de l'entretien. Ainsi, la durée des entretiens est de minimum une heure à maximum deux heures et cinquante minutes, avec une durée moyenne d'une heure et cinquante minutes, pour les mères et de deux heures, pour les pères.

2.3 Les outils d'investigations

Les outils utilisés pour le recueil des données sont Le Five Minute Speech Sample (FMSS) de Magana et al. (1986) et l'entretien R élaboré par Stern et al. (1989) auquel nous avons ajouté des questions spécifiques à la grossesse et au contexte de la naissance prématurée pour nous permettre de développer nos questions de recherche.

2.3.1 Le Five Minute Speech Sample (FMSS)

Le FMSS est à l'origine une mesure des attitudes et sentiments qu'un proche exprime à l'égard d'un membre de sa famille souffrant d'une maladie mentale. Cet outil peut également être utilisé pour évaluer la qualité de la relation parent-enfant et se base sur le discours spontané du parent à propos de la relation qu'il a avec son enfant. Ce discours est enregistré et fait ensuite l'objet d'un codage (Stievenart, novembre 2016, cours « Méthode d'évaluation en clinique infantile »).

La consigne qui est donnée au parent est la suivante : *« J'aimerais vous écouter à propos de ce que vous pensez de (prénom de l'enfant), dans vos propres mots, et sans vous interrompre avec des questions ou des commentaires. Quand je vous demanderai de commencer, j'aimerais que vous parliez durant cinq minutes pour me raconter quel genre d'enfant est (prénom de l'enfant) et comment cela se passe quand vous êtes à vous deux. Une fois que vous aurez commencé à me parler, je préfère que vous ne posiez pas de questions. Voulez-vous m'en poser avant de commencer ? »* (Stievenart, novembre 2016, cours « Méthode d'évaluation en clinique infantile »).

Nous avons choisi cet outil dans le but d'obtenir une description spontanée de la perception à de l'enfant prématuré par le parent et de la relation du parent avec son enfant. Par ailleurs, nous considérons que cette technique présente un intérêt particulier par rapport à l'approche psychodynamique car nous pensons qu'elle s'apparente à la technique de l'association libre.

2.3.2 L'entretien R de Stern et al. (1989)

L'entretien R est une méthode d'évaluation des représentations maternelles ce qui implique qu'il n'existe pas de version pour les pères. Cependant, notre objectif étant d'investiguer les représentations de chaque parent, nous avons entrepris une traduction féminin/masculin des items de l'entretien afin d'obtenir un questionnaire adapté aux pères. Par ailleurs, nous observons qu'une traduction de ce type a été effectuée dans le cadre de la recherche de Bouche-Florin et al. (2017) à laquelle nous nous référons dans notre revue de la littérature.

Les thèmes généraux abordés dans l'entretien sont : la description de l'enfant, le rôle des événements importants du passé de l'enfant, la description de soi-même en tant que mère/père, la description de sa/son propre mère/père et les changements de la relation avec son parent, les ressemblances avec la famille, l'influence du passé et du présent de la mère et du père, les affects liés aux représentations, les désirs et peurs pour l'enfant et pour soi-même, l'estime de soi. L'entretien se termine par une question finale qui permet d'ouvrir la discussion sur tout aspect non mentionné.

Avant de commencer l'entretien R, nous avons abordé les questions relatives à la grossesse en lien avec le projet de vie, les représentations du bébé pendant la grossesse et au moment de l'accouchement ainsi que les sensations ressenties lors de la première rencontre avec le bébé au service de néonatalogie. Ensuite, au sein de l'entretien R, avec une certaine logique par rapport aux thèmes abordés, nous avons questionné le type de bébé que le parent pense avoir été, les représentations de soi en tant que parent et la construction de cette identité parentale et enfin les représentations de la relation de l'autre parent avec l'enfant. Pour conclure, nous avons demandé aux parents de décrire les sensations ressenties au moment du « peau à peau », les moyens mis en œuvre pour entrer en contact avec le bébé et enfin le rôle de l'équipe médicale par rapport à leur relation avec leur enfant¹.

2.4 Le traitement des données

Afin de réaliser le travail d'analyse des données, chaque entretien a été retranscrit. Les retranscriptions sont rassemblées dans un document annexe, distinct du corps de ce mémoire et sont confidentielles. De plus, un prénom fictif a été donné à chaque enfant.

Tout d'abord, il est important de préciser que le FMSS et l'entretien R « adapté » ne feront pas l'objet d'un codage. En effet, ils sont à considérer comme des supports à l'élaboration du

¹ La version traduite pour le père de l'entretien R « adapté » avec les instructions se situe en annexe 1.

discours et structurent le contenu de l'entretien en fonction des thématiques à aborder. Ensuite, nous signalons que notre travail d'analyse ne porte pas sur l'entièreté des entretiens. En effet, il a été nécessaire de sélectionner, parmi les contenus très riches et complets, les informations utiles à la bonne compréhension du contexte de la naissance prématurée ainsi qu'au développement des questions de recherche. Nous précisons également que nous n'avons pas réalisé de traitement statistique des informations obtenues pour les traits personnels de l'entretien R (i.e., indiquer à l'aide d'une croix, sur une ligne de 10 centimètres, sa perception pour chaque trait). En effet, le traitement statistique ne faisant pas l'objet de notre travail, ces éléments sont à considérer comme un support à l'élaboration du discours qui apportent une information sur la perception de chacun. Par ailleurs, ces informations sont disponibles dans le document annexe confidentiel.

L'analyse des données porte sur trois axes : l'analyse thématique, l'analyse de contenu et l'analyse de l'énonciation.

- L'analyse thématique porte sur les thèmes suivants : les représentations de soi en tant que parent en lien avec la naissance prématurée, les représentations de l'enfant, la relation parent-bébé, le vécu émotionnel et le vécu de la naissance prématurée au sein du couple.
- L'analyse de contenu consiste à prendre en compte ce que le sujet peut évoquer en fonction des thèmes abordés.
- L'analyse de l'énonciation a pour objectif d'observer l'impact de la naissance prématurée sur le processus d'élaboration du discours au travers d'éléments linguistiques tels que le style expressif, les troubles de la syntaxe, la valence utilisée (i.e., positive, négative, idéalisée,...), l'organisation des idées et les éléments tels que les répétitions, les hésitations, les lapsus. Cette analyse porte également sur des éléments paralinguistiques tels que la présence de silence, le ton employé, le rythme... Enfin, nous tenterons, grâce à cette analyse, de relever les processus défensifs mis en place pour faire face au conflit intrapsychique suscité par la naissance prématurée (e.g., minimisation, investissement narcissique, idéalisation, fonction d'étayage, tendance au refus, accent porté sur la réalité externe, ...).

Chapitre 3 : Présentation des résultats

Avant de procéder à la présentation des résultats, nous souhaitons attirer l'attention du lecteur sur les spécificités de notre échantillon.

Premièrement, nous soulignons la diversité culturelle de la population recrutée, composée de quatre nationalités différentes et la place des références culturelles dans les entretiens.

Deuxièmement, nous observons que les parents qui ont accepté de participer à notre recherche ont montré un intérêt particulier pour le projet. En effet, en plus de vouloir nous apporter leur aide pour la réalisation de notre travail, la plupart étaient particulièrement intéressés par la démarche et tout particulièrement les pères qui ont apprécié pouvoir parler de leur expérience.

Troisièmement, nous relevons la diversité des profils des couples que nous avons rencontré et le rôle prépondérant de l'histoire de chacun dans le vécu de l'événement. De plus, chaque parent a apporté, lors de l'entretien, des éléments très personnels qui s'inscrivent dans leur parcours de vie et qui viennent teintés le vécu de la naissance prématurée de leur enfant.

Afin de permettre aux lecteurs d'avoir une vue d'ensemble des cinq couples participants à notre recherche, nous proposons le tableau récapitulatif repris ci-dessous.

Couple/prénom de l'enfant/ place dans la famille	Moment de la naissance prématurée (NP)	Moment de l'entretien après la NP	Age des parents	En couple depuis	Durée de l'entretien
Couple A : Parents de Mounir 3 ^{ème} enfant de la famille	NP à 25 semaines pendant hospitalisation aux soins intensifs maternels	M : 3 sem. P : 5 sem.	M : 26 ans P : 49 ans	5 ans	M : 1h00 P : 1h00
Couple B : Parents de Ahmet 2 ^{ème} enfant de la famille	NP à 28 semaines, césarienne en urgence pour souffrance fœtale et retard de croissance	M : 3,5 sem. P : 3 sem.	M : 26 ans P : 41 ans	5 ans	M : 2h00 P : 2h50
Couple C : Parents de Hector 1 ^{er} enfant du couple	NP à 29 semaines, pendant hospitalisation aux soins intensifs maternels	M : 3 sem. P : 3 sem.	M : 30 ans P : 32 ans	10 ans	M : 1h30 P : 2h30
Couple D : Parents de Jamal 1 ^{er} enfant du couple	NP à 25 semaines, accouchement spontané	M : 3 sem. P : 4 sem.	M : 26 ans P : 25 ans	1 an	M : 2h P : 1h30
Couple E : Parents de Lore 1 ^{er} enfant du couple	NP à 29 semaines, césarienne en urgence pour éclampsie sévère	M : 3,5 sem. P : 3 sem.	M : 29 ans P : 32 ans	10 ans	M : 2h50 P : 2h45

Tableau 1 : Récapitulatif de l'échantillon

1. Présentation des résultats du couple A

1.1 Les parents de Mounir

Les parents de Mounir sont mariés depuis cinq ans. Mounir est le troisième enfant de la famille, l'aîné a deux ans et demi et le second, 13 mois.

Le papa (49 ans) est indépendant. Il est né en Belgique mais ses parents sont originaires d'Asie mineure. Il est issu d'une famille de cinq enfants, il est l'avant dernier de la famille et le plus jeune garçon. Il a une représentation idéalisée de son propre père (i.e., généreux, affectueux et respecté) qui est décédé quand lui-même avait 27 ans. Il est très proche de sa maman et la naissance de Mounir n'a pas modifié leur relation. Il explique qu'il a toujours voulu avoir des enfants mais qu'il a mis du temps avant de rencontrer la bonne personne pour fonder une famille.

La maman (26 ans) est née en Belgique et ses parents sont originaires d'Afrique du Nord. Elle est issue d'une famille de 8 enfants et est la dernière de la fratrie. Son papa est décédé lorsqu'elle était enfant et la relation avec sa maman, décrite comme absente et égoïste, est rompue. Par contre, elle est très proche de ses frères et sœurs. Son souhait de fonder une famille n'était pas présent lorsqu'elle était jeune mais son envie d'être mère est devenu une évidence lorsqu'elle a rencontré son mari. Elle se consacre entièrement à l'éducation des enfants et précise qu'elle souhaitait avoir trois enfants avec une faible différence d'âge.

1.1.1 Le contexte de la naissance

La maman explique avoir eu des complications depuis le début de la grossesse. Elle a été hospitalisée vers 21 semaines de grossesse suite à des saignements et une rupture de la poche des eaux. L'accouchement, qui a eu lieu à 25 semaines, s'est produit brusquement et de manière extrêmement rapide dans la chambre aux soins maternels intensifs (MIC) sans que le papa ne puisse être présent. Il a été prévenu par son épouse, par téléphone, après la naissance alors qu'il était à la maison avec les deux aînés et sa maman. Il ne s'attendait pas du tout à cette nouvelle.

1.2 Analyse individuelle de la mère

1.2.1 Le contexte de l'entretien (environ trois semaine après la naissance)

Les premiers contacts ont été pris par téléphone avec la maman qui a facilement accepté de réaliser l'entretien. Le rendez-vous a été fixé environ trois semaines après la naissance du

bébé. A sa demande, l'entretien a été réalisé à son domicile en présence de son fils de 13 mois qui est à la maison avec elle et qui a joué tranquillement à nos côtés. L'entretien a duré une petite heure.

1.2.2 L'impact de la naissance prématurée sur le discours et processus défensif

Globalement, nous observons que le discours est clair, avec peu d'altérations. Nous constatons cependant une difficulté générale à exprimer son ressenti qui se manifeste par des réponses relativement courtes avec peu de commentaires. De plus, nous remarquons une forme de mise à distance du volet émotionnel lorsque la maman emploie régulièrement le pronom « on » pour parler de ses émotions (e.g., « *on a peur* », « *on a plein de frissons partout* »). Nous observons également un évitement massif du conflit provoqué par la naissance prématurée et le risque très important de décès du bébé. Tout d'abord, il se manifeste par le fait que la maman évite de penser à la situation et invoque le destin (i.e., « *c'est le destin, c'est la nature, on ne saurait rien y faire ... mais on évite un peu trop d'y penser parce qu'on est pas bien* »). Ensuite, elle a tendance à ne pas répondre à certains items et développe peu ses réponses. Il est également nécessaire de solliciter la maman, par quelques questions, pour qu'elle puisse davantage décrire le bébé et parler de sa relation avec lui. Par ailleurs, nous remarquons que l'inhibition est très forte lorsqu'il s'agit d'évoquer le choc de la première rencontre avec le bébé si bien que la maman ne parvient plus à mettre des mots sur son ressenti.

Lorsqu'il s'agit d'évoquer les représentations de l'enfant au moment du FMSS, la maman a tendance à surinvestir la réalité externe et axer sa description sur la grande prématurité du bébé et les aspects techniques de sa prise en charge. Ensuite face à l'importance du dispositif autour de l'enfant et les complications liées à son état, la maman a tendance à minimiser la situation (i.e., « *jusqu'à présent, il faut juste qu'il prenne du poids et qu'il grandisse et puis j'espère que ça va aller* »).

Lors de son l'hospitalisation aux Soins Intensifs Maternels, le stress vécu par la maman est important. Il se reflète dans son discours par la succession de questions qu'elle se pose : « *pourquoi moi* », « *combien de temps ça va durer* », « *qu'est-ce qui va se passer après* », « *s'il vient maintenant comment ça va être* ». De plus, elle accentue son ressenti par la répétition de mots (e.g., « *ça a été très, très, très, très traumatisant* »).

Enfin, nous relevons certaines difficultés d'élaboration qui apparaissent lorsque la maman évoque des représentations particulièrement difficiles (i.e., « *c'est comme si on lui brûle, un*

petit, enfin, on lui brûlait sa peau parce que ça est très sensible », « *on a tout fait pour pas essayer qu'il en ait* »).

1.2.3 Les représentations de soi en tant que mère en lien avec la naissance prématurée

Durant les trois semaines d'hospitalisation précédant la naissance, la maman décrit cette période comme étant particulièrement difficile tant physiquement que psychologiquement. Il semble que cet épisode ait généré une blessure narcissique et un conflit interne important entre ses propres besoins (i.e., se respecter) et ceux du bébé (i.e., préserver le bébé). De plus, elle se sent particulièrement dévalorisée car elle a l'impression que les efforts qu'elle a fourni pendant cette période n'ont pas suffi et qu'ils ont juste permis « *d'un peu retarder, si on peut dire, le fait d'accoucher avant 24 semaines* ».

Après l'accouchement, elle a ressenti « *un très gros vide au niveau du ventre* » et décrit un vécu d'impuissance suite à l'absence du bébé. Il semble que ce sentiment d'impuissance soit également présent lorsqu'elle est face au bébé (i.e., « *on ne peut rien faire* », « *c'est d'heure en heure* »). Ensuite, nous relevons qu'elle ne parvient pas à se représenter comme une mère à « *100%* » car elle « *ne peut pas faire ce que les mères font avec un bébé au quotidien* ». Cette représentation dévalorisée est alimentée, d'une part, par le fait qu'elle a le sentiment de « *laisser le bébé se battre tout seul* » et d'autre part, par le fait qu'elle ne puisse pas prendre son bébé dans ses bras et le mettre directement au sein, comme elle a l'habitude de le faire. Ainsi, le fait de tirer son lait va à l'encontre de la représentation qu'elle a de son rôle de mère. En effet, elle ne conçoit pas l'allaitement devant une « *machine* ».

Par ailleurs, elle explique qu'elle essaye d'être une bonne mère mais elle a l'impression de ne pas « *être spécialement dans le concret, dans la vie réelle* » de sorte qu'elle se projette dans le futur, au moment de retourner à la maison et enfin pouvoir s'occuper du bébé. Malgré cette représentation dévalorisée, elle éprouve une certaine satisfaction dans le fait de voir que son fils « *se bat* » et « *s'en sort* ». Nous remarquons que cette satisfaction, apportée par le bébé, n'est pas le résultat d'un acte qu'elle a posé. Dans ce contexte, l'estime qu'elle a d'elle-même est très mauvaise.

Enfin, nous relevons que sa représentation en tant que mère s'est construite en opposition à sa propre mère qu'elle décrit comme « *absente, irresponsable et égoïste* ». Elle explique qu'elle refuse de faire vivre à ses enfants ce qu'elle a vécu, « *même ne fut-ce qu'1/10* ». Dès lors, elle accorde beaucoup d'importance au fait d'être présente pour ses enfants. Il nous semble que cette représentation rende particulièrement difficile cette situation qui ne lui permet pas de se sentir suffisamment présente auprès de son bébé. De plus, le conflit intrapsychique nous

semble d'autant plus important que sa présence auprès du bébé diminue sa disponibilité pour ses fils aînés.

1.2.4 Les représentations de l'enfant

Pendant la grossesse, et surtout durant l'hospitalisation aux MIC, la maman explique qu'elle n'a pas « *trop imaginé le bébé* » mais qu'elle a « *juste espéré* » pouvoir passer le cap des 24 semaines de grossesse. De plus, elle ajoute qu'elle a évité de penser à l'idée qu'il pourrait ne pas être viable.

Au moment de l'accouchement, dans la chambre du MIC, sa souffrance et le stress étaient tels qu'elle n'a pas pu penser au bébé. Elle explique qu'à ce moment là, « *on voit plus la fin du monde qu'autre chose, on vit seconde par seconde* ».

Juste après l'accouchement, la rapidité de la naissance a rendu difficile la perception du bébé hors du corps de la maman qui décrit avoir ressenti un vide, comme s'il lui manquait « *une grosse partie* » d'elle-même.

Lorsqu'elle peut le voir en néonatalogie, elle est sous le choc et décrit le bébé comme étant « *si petit, tout mince, tout minuscule* » (i.e., soit 575gr). Elle ajoute qu'elle ne pouvait se l'imaginer ainsi, se référant à l'image du bébé à terme comme pour ses fils aînés mais elle précise qu'elle est étonnée qu'il soit « *déjà formé comme un bébé à terme* ». Il nous semble que la confrontation à l'apparence du bébé est d'autant plus conflictuelle que la maman se réfère aux points de repère acquis avec les naissances des aînés. Nous remarquons également que la maman ne peut pas encore être confrontée au regard de l'autre posé sur le bébé car elle ne souhaite pas que sa famille vienne le voir à l'hôpital. Pour elle, l'étrangeté du bébé est telle qu'elle ne peut pas voir de ressemblance physique avec ses fils aînés même si elle parvient à le décrire comme « *beau* ». Ensuite, nous observons qu'elle décrit le bébé comme étant « *actif* ». Cependant cette représentation est plutôt négative car elle explique qu'il fait « *pas mal de désaturation* », « *qu'il bouge beaucoup et qu'il faut qu'il ait ses positions* ». Elle a également une représentation contrastée du bébé lorsqu'elle explique « *qu'il est peureux quand on n'est pas là et confiant quand on est là* ». Pour tenter de compenser la vulnérabilité du bébé, elle se le représente également comme étant « *courageux* ».

Enfin, malgré un accès aisé aux représentations, la maman semble être dépossédée de ses propres perceptions à l'égard du bébé et fait une description de celui-ci basée sur les dires de l'équipe médicale (i.e., « *on me dit qu'il a beaucoup de caractère, que c'est un petit nerveux* »). Elle ajoute que le bébé peut se calmer facilement parce que les infirmières « *savent ses positions* ».

1.2.5 La relation à l'enfant

Lors de sa première visite en néonatalogie, la maman explique qu'elle n'a pas pu toucher le bébé car il était trop fragile mais elle précise qu'elle était incapable de le toucher (i.e., « je n'aurais pas su le toucher »). De plus, elle explique qu'elle avait très peur de lui faire mal car une simple caresse était ressentie comme une brûlure sur sa peau. Ensuite, elle relève le conseil de l'équipe médicale qui l'avait mise en garde contre le risque d'introduction de bactéries en mettant les mains dans la couveuse. Dans ce contexte de risque pour la santé du bébé, la maman a décidé de réduire les contacts avec lui, dans l'idée de le protéger et probablement de se protéger le temps d'intégrer la réalité de la naissance. Lorsque les séances de « peau à peau » ont pu être proposées, la maman explique avoir pu vivre un « *moment intime* » avec son bébé, « *comme si le monde autour de nous s'arrêtait* » et ressentir des « *frissons partout* ». Cette description faite par la maman est essentiellement centrée sur son ressenti, comme si elle retrouvait une sorte de quiétude.

Par la suite, nous relevons que les interactions avec le bébé sont limitées au fait de le toucher et qu'il lui est difficile de parler au bébé quand elle est devant la couveuse car elle pense « *qu'il ne comprend pas spécialement ce qu'on veut lui dire* ». Il nous semble que les représentations du bébé vulnérable réduisent la capacité de la maman à interagir avec son bébé. De plus, pendant ses interactions, son attention est souvent captée par les écrans l'informant des différentes constantes du bébé.

Enfin, l'équipe médicale est décrite comme aidante et rassurante dans les contacts avec le bébé. Néanmoins, elle exprime qu'elle ne parvient pas toujours à savoir « *réellement ce qu'il s'est passé* » pendant son absence, ce qui pourrait contribuer à augmenter son sentiment d'impuissance.

1.2.6. Le vécu émotionnel

L'hospitalisation avant la naissance a été très éprouvante pour la maman qui se dit traumatisée par son séjour. Elle explique qu'elle a eu l'impression d'être « *dans une prison* » alors qu'elle « *n'a rien fait* ». De plus, la période depuis la naissance a été « *extrêmement dure* » suite à la prédominance d'un sentiment d'impuissance face aux événements. Elle ajoute qu'elle pense ne plus pouvoir entendre parler de cette période par après « *parce que les souvenirs vont revenir* ».

Au moment de voir l'enfant en néonatalogie, elle relate avoir ressenti une forte émotion, accompagnée de pleurs et une sensation physique « *comme si on nous avait scié les jambes* ». Depuis la naissance du bébé, la maman explique avoir ressenti un peu de joie et de fierté. Par

contre, elle a éprouvé beaucoup de tristesse et d'anxiété. Elle se décrit aussi comme étant curieuse et impatiente (i.e., « *on a envie que ça aille plus vite, que tout se passe très vite en fait* »). Elle a ressenti également beaucoup de culpabilité, à la fin de la grossesse, à l'idée « *d'avoir fait quelque chose qu'elle n'aurait pas du sans le vouloir* ».

Depuis la naissance, elle tente de trouver un certain équilibre émotionnel. Elle explique qu'elle « *s'adapte* » et qu'elle sait qu'il y aura « *des bons et des mauvais moments* ».

1.3 Synthèse de l'analyse individuelle de la mère

Suite à l'extrême prématurité du bébé (i.e., 25 semaines de grossesse) et le risque très important de décès de celui-ci, l'inhibition des émotions est très forte et l'expression du ressenti est difficile, elle évite d'y penser. Face au conflit engendré par cette naissance tellement différente de celle de ses aînés, elle a recours à la minimisation et au surinvestissement de la réalité externe pour décrire le bébé. L'hospitalisation aux MIC représente une blessure narcissique importante qui contribue à une représentation en tant que mère dévalorisée, accentuée par le sentiment d'impuissance face au bébé et l'impossibilité d'allaiter, comme elle a l'habitude de le faire. Ne pouvant se sentir une mère à 100%, elle se projette dans l'avenir et la sortie du bébé pour pouvoir jouer son rôle « normalement ». Les représentations de l'enfant sont peu accessibles et plutôt négatives. Sa relation à l'enfant est diminuée par la vulnérabilité du bébé et sa difficulté à le comprendre. Les interactions se passent essentiellement par le toucher. L'équipe médicale est perçue comme soutenant dans les contacts avec le bébé malgré une certaine incompréhension des messages transmis.

1.4 Analyse individuelle du père

1.4.1 Le contexte de l'entretien (environ 5 semaines après la naissance)

L'emploi du temps du papa étant très chargé, l'entretien a été réalisé une quinzaine de jours après celui de la maman (soit environ cinq semaines après la naissance). Pour plus de facilité, nous avons convenu d'organiser la rencontre à l'hôpital dans un bureau attendant au service de néonatalogie pendant que la maman était auprès du bébé. Le papa était accompagné de leur fils de 13 mois pour lequel nous avons prévu des jouets. L'entretien a duré une bonne heure.

1.4.2 L'impact de la naissance prématurée sur le discours et processus défensif

Dès le début de l'entretien, nous observons que le papa éprouve d'importantes difficultés pour parler de son enfant. La description est très brève et il parle à voix basse. De plus, il ne peut

évoquer la relation à son fils qu'à la suite de notre sollicitation à propos de la première séance de « peau à peau ». Par la suite, la description des traits de l'enfant est courte et souvent sans commentaire explicatif. Lorsque des représentations de l'enfant sont évoquées, elles sont alternativement positives et négatives : « *il est très beau* » versus « *il est fort marqué* » et pourraient témoigner de son ambivalence à l'égard de l'apparence de l'enfant. De plus, cette difficulté d'accès aux représentations de l'enfant pourrait également montrer l'importance à la fois de la charge émotionnelle et de l'évitement du conflit suscité par la confrontation à la vulnérabilité du bébé. Enfin, nous remarquons également la présence de pauses dans le discours et de nombreuses pointes d'humour pour compenser la gravité des événements. Il utilise aussi régulièrement des expressions de type « *je vais dire* » ou « *voilà* » pour alléger la charge émotionnelle.

Par la suite, nous observons que les réponses sont plus détaillées et le discours est plus fluide lorsqu'il parle de son propre père et de lui-même en tant que père. L'évocation de la générosité de son père est l'occasion de faire référence à sa propre générosité. Il nous semble que cet investissement narcissique permettrait de faire face à la blessure que représente la naissance prématurée. Par ailleurs, ne pouvant probablement pas nommer la souffrance subie par son fils, il fait référence à la souffrance infligée aux enfants dans le monde, ce qui lui fait penser à « *donner de l'amour aux enfants* » mais qui pourrait également le rendre agressif (i.e., « *je ne sais pas ce que je lui ferais pour vous dire la vérité* »).

Ensuite, nous remarquons que l'accès aux émotions est possible. Cependant, le papa éprouve des difficultés à en parler. Les réponses sont brèves et il ne peut définir les émotions les plus fortes qu'il a ressenties. Ainsi, son discours semble refléter le contrôle qu'il exerce sur ses émotions (i.e., « *je pense beaucoup quand je suis tout seul aussi mais je ne le montre pas* »).

Enfin, nous remarquons que le papa accorde une importance toute particulière à nous montrer des photos de son papa, ce qui lui donne également l'occasion de nous montrer une photo du bébé, de ses fils aînés et de sa sœur. Il nous semble que le papa soit plus à l'aise avec cet outil convivial pour compléter sa description.

1.4.3 Les représentations de soi en tant que père en lien avec la naissance prématurée

L'accès aux représentations en tant que père est possible mais les réponses sont peu développées. Il se décrit essentiellement comme étant disponible pour ses enfants, capable de tout donner pour eux et inquiet pour leur avenir. Cependant, depuis l'hospitalisation de son épouse, trois semaines avant la naissance, il se trouve en difficulté pour gérer les deux aînés tout seul et décrit son rôle comme difficile car il a « *le petit dans la tête, son travail, et les*

deux aînés ». De plus, nous observons que le papa est déstabilisé par sa perception de la naissance qui est très différente de celle de ses aînés. Ainsi, les repères acquis précédemment ne sont pas aidant : « *ça change les choses par rapport à mes deux autres enfants* » Il se décrit également comme étant triste depuis les événements et mal dans sa peau (i.e., il n'a plus le temps de faire du sport ce qui, d'habitude, contribue à son bien être). Il ajoute qu'il a peur et a besoin de soutien et qu'il a une mauvaise estime de lui depuis la naissance.

Par ailleurs, lorsqu'il décrit son propre père qu'il idéalise, il parvient à avoir une représentation positive de lui en reproduisant à son tour la générosité de son père pour ses enfants et pour les autres en général (i.e., « *je crois que je tiens de lui* »). Il ajoute que sa générosité est exacerbée par le fait que son fils est hospitalisé en expliquant, par exemple, qu'il a offert une boisson à une personne dans le hall de l'hôpital et donner de l'argent à une personne âgée qui quémandait dans la rue. Nous remarquons que les explications relatives à ces deux exemples sont proportionnellement plus longues que celles données pour les autres items. Il explique également que l'expérience acquise avec ses nombreux neveux et nièces l'a aidée à savoir comment il serait père.

Globalement, il a une mauvaise estime de lui depuis la naissance.

1.4.4 Les représentations de l'enfant

Pendant les dernières semaines de la grossesse, durant lesquelles la maman a été hospitalisée, le papa n'a pas pu se représenter le bébé. Il explique qu'il était trop préoccupé à la fois par la prise en charge des aînés et ses inquiétudes pour la maman et le bébé. Il ajoute qu'il « *fonctionnait* » et « *imaginait les choses comme pour ses frères* ».

Lorsque l'accouchement a eu lieu, il n'était pas présent car il était à la maison avec les deux aînés. Il ne s'attendait pas à être prévenu par téléphone de la naissance du bébé. Ainsi, lorsqu'il est arrivé à l'hôpital, la confrontation rapide à la réalité a été éprouvante (i.e., « *c'était difficile de le voir* ») et émouvante à un point tel qu'il n'a pas pu rester près de la couveuse. Il décrit avoir été très impressionné car le bébé était « *tout petit* » et « *sa peau était transparente* » et il ajoute avoir eu « *peur des machines et du bruit* ». Dans ce contexte stressant, il ne pouvait qu'attendre « *d'heure en heure pour la suite, s'il allait vivre ou pas* ».

Dans la suite de l'entretien, les représentations de l'enfant sont alternativement positives (e.g., « *il est très beau, il a un petit caractère* », « *il est actif* ») et négatives (e.g., « *il est fort marqué avec le masque* », « *il est replié sur soi* »). L'alternance de ces représentations pourrait traduire la perception d'une sorte d'oscillation du bébé entre la vie et la mort, comme ce fut le cas pendant les premières heures après la naissance. Nous constatons également que

certaines représentations évoquent une forme « d'agression » du monde médical (i.e., « *ils l'ont fort marqué avec le masque* », « *il est calme, à mon avis, c'est avec les cachets* », « *il tire sur les fils qui le gêne* »). Ensuite, lorsque le papa évoque la tristesse du bébé, il précise qu'elle est due au fait que lui et la maman ne peuvent pas être à côté de lui. Il nous semble que cette représentation pourrait être une projection de sa tristesse personnelle de ne pouvoir être en permanence auprès de son fils.

Enfin, il établit des ressemblances physiques avec un de ses fils aînés et la bouche de son père, ce qui permet de diminuer l'étrangeté du bébé et l'inclure dans la famille.

1.4.5 La relation à l'enfant

Le papa évoque à plusieurs reprises sa difficulté d'être présent auprès du bébé car il doit gérer les aînés et assurer son travail. Ceci semble contradictoire avec sa représentation d'un père qui peut se rendre disponible pour son enfant. Cette contradiction pourrait alors générer un conflit intrapsychique qui contribue à la mauvaise estime qu'il a de lui. Nous pensons également que son travail et ses fils aînés peuvent constituer un refuge pour se protéger de la difficile confrontation à l'apparence du bébé.

Ensuite, l'inquiétude semble prédominer la relation. Elle est alimentée par les messages perçus comme ambivalents de la part de l'équipe médicale (i.e., « *ça va aller ne vous tracassez pas et puis faut faire attention à ça, c'est pas bon de donner trop d'oxygène pour ça* »). Dans ce contexte de crainte, il explique qu'il touche tout doucement son bébé, lui tient la main ou le doigt car sa peau est très fragile. Lors de la première séance de « peau à peau », le papa explique qu'il ne voulait pas que ce moment s'arrête et que « *plus rien d'autre ne comptait pour lui* ». Par après, il a ressenti une sensation de manque mais il n'ose pas recommencer car il a peur « *d'embêter le bébé* ». Dès lors, les possibilités de contacts physiques semblent être freinées par les précautions à prendre et la perception de la fragilité du bébé. Ces conditions rendent également la relation à l'enfant dans « l'ici et le maintenant » complexe de telle sorte que le papa répète régulièrement qu'il se réjouit de l'arrivée du bébé à la maison et qu'il attend de pouvoir le prendre dans ses bras. Il nous semble donc que la relation soit mise en « stand by » dans l'attente de la sortie.

1.4.6 Le vécu émotionnel

Le choc à la vue du bébé a été très important au point de devoir s'éloigner de la couveuse. Les émotions restent très fortes depuis l'annonce de la naissance et les premiers instants en néonatalogie mais le papa explique qu'il ne le montre pas. Malgré la joie et la fierté que le

bébé soit là, la tristesse et l'anxiété sont très présentes. Le papa explique qu'il ressent également un peu de colère parce qu'il aurait voulu que le bébé naisse à terme. Il ajoute également se sentir « *quand même* » coupable car il se dit « *qu'on aurait pu éviter tout ça, mais voilà, ça s'est fait...* ». Par contre, ni la honte ni le dégoût ne sont pas présents.

1.5 Synthèse de l'analyse individuelle du père

La naissance extrêmement prématurée (i.e., 25 semaines de grossesse) est particulièrement difficile à intégrer. Le papa est déstabilisé par la vulnérabilité du bébé qui bouleverse les repères acquis avec ses aînés et l'empêche d'établir une relation avec le bébé dans l'ici et le maintenant au profit d'une projection dans la futur, à la sortie du bébé. Face au conflit suscité par la prématurité et la charge émotionnelle importante, il ne peut parler du bébé, il contrôle ses émotions, utilise l'humour et l'investissement narcissique. Les représentations en tant que père sont peu développées et axées essentiellement sur sa disponibilité pour ses enfants et sa générosité. L'équilibre entre sa disponibilité pour le bébé et la gestion des aînés est complexe de telle sorte qu'il ne peut pas être présent auprès du bébé autant qu'il ne le voudrait ce qui semble représenter une sorte de refuge face à la difficile confrontation au bébé. Sa représentation du bébé est à la fois positive et négative. L'inquiétude prédomine la relation et la peur de « faire mal » au bébé inhibe ses capacités d'interactions.

1.6 Le vécu de la naissance prématurée dans le couple

La maman ayant accouché seule, ce n'est que devant la couveuse que le couple a pu partagé la tristesse (i.e., pleurs) et la peur causées par la naissance. A ce moment, le papa a tenté de rassurer son épouse mais, au fond de lui, il était très tracassé et ne voulait pas le montrer.

Le papa remarque que son épouse cherche également à le rassurer et lui remonter le moral.

Il signale aussi qu'il perçoit la tristesse de son épouse et à quel point la situation est difficile pour elle en ce moment (i.e., « *elle veut tout le temps le voir* », « *elle appelle tout le temps le service* »). De son côté, le papa souligne la difficulté de s'organiser pour faire garder les deux aînés et venir auprès du bébé. Lorsque le papa est avec le bébé, la maman les trouve très complices et constate que plus rien d'autre ne compte à ce moment là.

2. Présentation des résultats du couple B

2.1 Les parents de Ahmet

Les parents de Ahmet sont tous les deux originaires d'Afrique du Nord. Le papa a quitté le pays lorsqu'il avait une vingtaine d'années pour poursuivre ses études supérieures universitaires en Europe tandis que la maman est en Belgique depuis cinq ans, au moment de leur mariage. Le papa (41 ans) est issu d'une famille de six enfants, il est le second enfant mais le premier fils de la famille. Il a une représentation idéalisée de son père qui est décédé depuis trois ans. Il est admiratif du « *sens de la communication très évolué* » de son père. Le fait de devenir papa était quelque chose de naturel et il ne s'est jamais dit qu'il n'aurait pas d'enfant. Selon lui, il était dans un environnement favorable pour fonder une famille.

La maman (26 ans) est issue d'une famille de sept enfants et elle est l'avant dernière de la fratrie. Elle suit actuellement une formation qualifiante et a une bonne maîtrise du français. Elle a une représentation positive de sa mère. Elle a toujours vécu dans un environnement avec des enfants, il était donc naturel pour elle de devenir mère.

L'un comme l'autre décrivent une bonne relation avec leurs parents et précisent que le contexte de la naissance prématurée les a rapproché dans une meilleure compréhension de leurs parents. Ahmet est le second enfant du couple, leur fils aîné est âgé de trois ans et demi.

2.1.1 Le contexte de la naissance :

La grossesse est décrite comme tout à fait « *normale* » par les parents. Au départ d'une visite « *de routine* », lors de laquelle le papa est exceptionnellement présent, la décision de la césarienne en urgence est prise pour retard de croissance in utero et souffrance fœtale à 28 semaines de gestation. L'accouchement a lieu dans un premier hôpital puis le bébé a été transféré en ambulance, accompagné par le papa, vers le service de néonatalogie. La maman est également été transférée, quelques heures plus tard, dans l'hôpital où son fils a été admis.

2.2 Analyse individuelle de la mère

2.2.1 Le contexte de l'entretien (environ trois semaines après la naissance)

L'organisation de l'entretien a été gérée par le papa. En accord avec la maman, il a fixé le moment du rendez-vous en même temps que sa venue à l'hôpital auprès du bébé. La rencontre a lieu 4 jours après celle du papa, dans un bureau attenant au service de néonatalogie et mis à notre disposition. La durée de l'entretien est de 2h00.

2.2.2 L'impact de la naissance prématurée sur le discours et processus défensif

Globalement, nous observons une variation de la qualité du discours en fonction des sujets abordés. Premièrement, nous constatons une désorganisation du discours lorsque la maman parle de la soudaineté de la naissance. En effet, nous remarquons que des commentaires sur la fin brutale de la naissance apparaissent alors qu'elle parle de son projet d'enfant ou qu'elle décrit ses traits personnels. Deuxièmement, la qualité de la syntaxe est amoindrie lorsque la maman parle de la « normalité » de la grossesse qui ne lui permet pas de se préparer à cette naissance soudaine. Ces troubles de la syntaxe ne semblent pas nécessairement liés à une difficulté de maîtrise du français mais davantage à la difficulté d'intégration de l'évènement potentiellement traumatique de la naissance.

Ensuite, nous observons un évitement du conflit intrapsychique généré par la confrontation à la prématurité. Tout d'abord, la maman se réfère à son premier accouchement par césarienne qui semble assurer une fonction d'étayage face à l'inconnu de cette naissance prématurée. Ensuite, lorsque les représentations évoquées provoquent une confrontation à la réalité trop difficile, la maman a tendance à ne pas terminer ses phrases (e.g., « *il y a plusieurs choses dans sa bouche, son nez et c'était un peu ...* »). Elle cherche aussi à adoucir la réalité en ayant recours à la représentation « *d'un petit poussin* » lorsqu'elle voit son fils pour la première fois en néonatalogie. Nous observons également qu'elle a une représentation rassurante de son bébé qui a été habillé comme « *un vrai bébé* » pour faire face au conflit provoqué par la vue de son bébé avec un cathéter et sous traitement.

Lorsqu'il s'agit d'aborder les émotions et les sensations éprouvées, nous remarquons une tendance au refus (i.e., « *ce n'est pas la peine, je ne sais pas expliquer* »), l'absence de commentaires pour les traits relatifs aux émotions ainsi que la présence de silence avant de répondre. Par ailleurs, la maman minimise les affects ressentis en précisant très régulièrement que « *ce n'est pas grave, car il est en bonne santé* » ou encore en précisant que la couveuse « *ce n'est pas normal mais ils ont expliqué que c'est mieux pour lui* ». Nous soulignons que la référence au destin (i.e., « *s'il vit ou pas, ça reste un destin* ») nous semble être une composante culturelle qui aide aussi à minimiser l'impact de l'angoisse de perte.

Par ailleurs, nous observons une idéalisation du ventre maternel (e.g., « *dans mon ventre, il est serré, rassuré, il aurait tout ce qu'il faut* ») par opposition à l'extérieur et la couveuse qui ont une connotation négative, symbolisant en quelque sorte le « mauvais objet ». Les termes employés pour décrire la couveuse témoignent de la difficulté à intégrer cet objet dans la

réalité de la maman : « *une machine extra-terrestre* », « *la couveuse, c'est un peu difficile à accepter d'avoir un bébé dans une boîte* ».

2.2.3 Les représentations de soi en tant que mère en lien avec la naissance prématurée

La rupture brutale de la grossesse représente une importante blessure narcissique que la maman exprimera régulièrement en disant « *pourquoi je n'ai pas pu le garder* », « *pourquoi je n'ai pas pu le tenir jusqu'à son terme* ». Cette blessure impacte négativement la représentation qu'elle a d'elle-même en tant que mère. De plus, elle ne parvient pas à se considérer comme une mère « *à 100%* » car elle ne peut assurer complètement le rôle qu'elle attribue à une maman après l'accouchement, à savoir nourrir son enfant au sein. Dès lors, elle accorde une attention particulière au fait de tirer son lait et sa seule crainte en tant que mère est de ne « *pas avoir de lait pour nourrir son bébé* ». Nous ajoutons que l'allaitement semble avoir une seconde fonction pour éviter le conflit intrapsychique car il permet de se centrer sur « *le faire* » en tirant son lait de façon à « *respecter les heures, de respecter l'hygiène, on va dire que je le fais pour lui* ».

Elle se représente aussi comme « *son refuge* » et poursuit en précisant qu'elle est « *là pour lui, elle veut lui donner le maximum* » et qu'elle fait « *beaucoup d'effort pour lui* ». Il nous semble qu'au travers de la représentation d'une « *mère idéale* », elle compense la culpabilité liée au fait de ne pas avoir pu mener sa grossesse à terme et de ne pas pouvoir s'en occuper (i.e., « *je ne sais pas à 100% m'occuper de lui, on va dire, donc, c'est juste mon lait et ma présence (...) je fais ce que je peux (...), je suis satisfaite déjà* »).

Elle se décrit comme une « *mère-poule* », soucieuse et plus sérieuse depuis la naissance et également disponible pour son bébé « *j'ai la plupart de mes pensées à A. en ce moment* ». Cependant, cette préoccupation pour son bébé la met en difficulté par rapport à son aîné pour lequel elle ne se considère pas assez disponible depuis la naissance. Par ailleurs, elle se définit comme étant dépendante de l'équipe médicale car elle ne peut s'occuper de son bébé sans avoir de l'aide.

Depuis la naissance, elle considère que l'estime qu'elle a d'elle-même était « *mauvaise au début mais là aujourd'hui ça évolue* ».

2.2.4 Les représentations de l'enfant

Pendant la grossesse, la maman précise qu'elle n'a pas imaginé le bébé et explique : « *je ne stresse pas de dire, c'est un garçon ou une fille, (...) si il arrive, comment dire, il va arriver comme un bébé tout à fait normal* ».

Au moment de l'annonce de la naissance prématurée, elle parle d'un effet de surprise : elle ne s'attendait pas à voir son bébé. Elle précise qu'elle ne parvenait pas à imaginer « *la taille ou la forme* » du bébé même si le gynécologue lui a dit qu'il pesait 1kg 300.

Lorsqu'elle l'a vu à la naissance, elle souligne l'étrangeté de la scène « *parce qu'à 7 mois, c'est pas comme à 9 mois ...* ». Elle décrit le bébé come étant « *petit, rouge, il y a plusieurs choses dans sa bouche, son nez* » et fragile, ce qui lui fait de la peine (i.e., « *il est tout petit, le pauvre* »).

Au moment où elle peut le voir en néonatalogie plusieurs heures après la naissance, elle le décrit comme un « *poussin, il était petit, le pauvre* ». Cette représentation dévalorisée du bébé engendre de la peine, elle pleure en le voyant. Elle rapporte également la difficulté de le voir avec une sonde gastrique qui symboliserait, selon nous, l'impossibilité de le nourrir au sein. Par le suite, à la recherche d'une pulsion de vie, la description du bébé est assez positive dans le sens où elle le trouve actif, sociable (e.g., « *quand je le touche, il tient la main* »), réceptif, et chaleureux. Elle le perçoit également comme étant intelligent car il essaye d'enlever sa sonde gastrique qui le gêne. Nous pensons qu'il s'agirait d'une projection de sa propre difficulté à accepter cette sonde.

Lorsqu'il s'agit d'aborder les émotions du bébé, elle ne se sent pas capable de les percevoir. Ensuite, elle évoque une représentation contrastée entre un bébé peureux face au monde extérieur « menaçant » et confiant grâce aux paroles et au toucher des infirmières. Nous percevons également une représentation ambivalente du bébé dans la couveuse « *Je l'aime bien aussi quand il est nu mais quand il est habillé c'est un vrai bébé ! Il est prêt à sortir* ». Par ailleurs, le fait de le voir dans la couveuse ne correspond pas à la représentation qu'elle a de son bébé qui aurait encore du être dans son ventre et non dans « *une boîte* ». Il nous semble que cette représentation montre le difficile passage du bébé « objet interne » vers « l'objet externe » et ceci d'autant plus que la maman explique, lors de soins intrusifs (e.g., pose d'un cathéter, prise de sang), qu'elle perçoit la douleur du bébé comme la sienne.

2.2.5 La relation à l'enfant

Nous observons que le temps qui s'est écoulé entre la naissance et le premier toucher du bébé (i.e., après 2 à 3 jours) ainsi que la première séance de « peau à peau » (i. e. après 5 à 6 jours) est relativement long. Pour expliquer ce délai, la maman précise que sa fatigue, les douleurs de la césarienne et les positions inconfortables ne lui ont pas permis de toucher le bébé dans sa couveuse ni de rester allongée suffisamment longtemps pour prendre le bébé en « peau à peau ». Il nous semble que « ce rempart physique » a permis à la maman de se protéger de la

confrontation à la réalité du contact physique avec son bébé et d'intégrer progressivement la présence de son enfant hors de son ventre. Nous ajoutons, lorsque la maman a pu toucher le bébé pour la première fois, l'importance des sensations physiques internes ressenties qui correspondent à une tension dans la poitrine suivie de l'écoulement du lait maternel. Par ailleurs, l'allaitement semble être la seule « vraie » relation possible avec le bébé autour d'échanges corporels du lait maternel ingéré par le bébé. Nous pouvons également souligner que la maman investit particulièrement l'allaitement maternel qu'elle idéalise car il lui permet de ne pas introduire de « *matière étrangère* » dans le corps de son bébé.

Grâce à l'accompagnement de l'équipe médicale, la maman s'engage également dans les soins apportés au bébé comme le change, le bain et elle tient particulièrement à y être incluse. Elle souligne aussi l'apaisement procuré par les séances de « peau à peau » durant lesquelles elle s'endort sans difficulté alors que son sommeil est perturbé à la maison.

2.2.6 Le vécu émotionnel

Nous remarquons que la maman éprouve des difficultés à intégrer l'évènement potentiellement traumatique de la naissance.

Nous observons que l'accès au vécu émotionnel est difficile. La maman se décrit comme une personne qui n'est pas « *sentimentale* » et refuse d'expliquer les émotions les plus fortes ressenties. Cependant, elle peut se positionner par rapport aux affects qui sont proposés dans l'entretien R. Elle rapporte la présence de joie et de fierté accompagnée de tristesse surtout les trois premiers jours. Elle se dit curieuse car elle veut tout savoir pour l'avenir de son enfant et ainsi se représenter les séquelles éventuelles. Nous relevons l'absence de honte et de dégoût. Par contre, la culpabilité est présente, principalement les trois premiers jours, car elle s'est demandée quelle était sa responsabilité. De plus, elle précise que la culpabilité était davantage ressentie lorsqu'elle a assisté à une prise de sang. En effet, elle se reprochait de ne pas l'avoir gardé dans son ventre, ce qui lui aurait évité cette douleur.

Globalement, elle constate que l'équilibre entre les différentes émotions est possible grâce à la bonne évolution de l'état de santé de son bébé.

2.3 Synthèse de l'analyse individuelle de la mère

La soudaineté de la naissance en opposition à une grossesse « normale » rend l'intégration de la naissance difficile. Face au conflit suscité par celle-ci, la maman se réfère à la naissance de son premier enfant qui assure une fonction d'étayage pour gérer l'accouchement. Ensuite, elle inhibe ses émotions, minimise les affects ressentis et idéalise le ventre maternel.

L'impossibilité de mener la grossesse à terme constitue une blessure narcissique importante. Elle ne se représente pas comme une mère à 100% et son estime d'elle-même est plutôt mauvaise. Pour compenser cette vision dévalorisée et sa culpabilité, elle cherche à être une « mère idéale », surinvestit et idéalise l'allaitement qui semble être la base de la relation à son enfant. La représentation de l'enfant est plutôt dévalorisée et ambivalente. La transition de l'objet interne vers l'objet externe est difficile : la vision de l'enfant dans la couveuse, appelée « *boîte* » renvoie à l'absence du bébé dans son ventre et le besoin d'échange corporel, encore présent, est symbolisé par le lait maternel. La maman a également eu besoin « d'ériger une sorte de rempart physique » symbolisé par ses douleurs suite à l'accouchement avant de pouvoir établir un contact physique avec son bébé. Elle a été aidée par l'équipe médicale dans la prise en charge du bébé et rappelle que sa présence auprès de l'enfant est importante.

2.4 Analyse individuelle du père

2.4.1 Le contexte de l'entretien (trois semaines après la naissance)

Le papa était particulièrement intéressé par la participation au projet de mémoire et semble être porteur de la démarche au sein du couple, satisfait d'être entendu en tant que père autour du vécu de la naissance prématurée. Il a assuré l'organisation des rendez-vous tant pour lui que pour son épouse et a réalisé l'entretien en premier lieu. La rencontre a eu lieu, selon sa préférence, dans un bureau attenant au service de néonatalogie et mis à notre disposition. La durée de l'entretien est de 2h50.

2.4.2 L'impact de la naissance prématurée sur le discours et processus défensif

Nous pouvons observer tout au long de l'entretien une altération du discours marquée par une désorganisation de celui-ci au niveau de la succession des idées et de leur association (passage d'une idée à l'autre au sein d'une même phrase, causalité logique peu claire, ...). De nombreux troubles de la syntaxe, quelques erreurs (e.g., « *le jury méchant* ») et une désorganisation temporelle sur la chronologie de l'accouchement contribuent à leur tour à rendre le contenu flou. La désorganisation du discours est davantage présente lorsque le papa est confronté directement aux représentations de son enfant et de leur relation. Ceci se produit principalement lors du FMSS qui démarre la rencontre, lors de l'évocation de la reviviscence d'images de son père hospitalisé en réanimation à l'admission du bébé en néonatalogie, et enfin lorsqu'il évoque les sensations ressenties lors de la séance en « peau à peau ». Nous suggérons que la désorganisation du discours témoigne de la perte de repères internes pour faire face à la naissance prématurée et aux représentations qu'elle suscite. De plus, nous

pensons que cette désorganisation montre le potentiel traumatisme que représente l'évènement en lien avec la soudaineté de l'accouchement, la perte de contrôle et la difficile confrontation au bébé prématuré qui réactive l'hospitalisation et la perte de son propre père.

Nous observons également un évitement massif du conflit intrapsychique que suscite la naissance prématurée et la rencontre avec le bébé. L'évitement est principalement présent lorsque les représentations de l'enfant et les moments de rencontres avec le bébé sont abordés. Premièrement, le papa se réfère à sa culture (i.e., Afrique du nord) pour l'aider à accepter la nécessité de procéder à une césarienne en urgence : « *un événement qui se propose ainsi, aussi difficile soit-il, il faudra l'accepter* ». Cependant, il devra aussi se dégager de cette fonction d'étayage de la culture lorsque celle-ci donne une lecture des événements trop confrontante avec la réalité : le mot couveuse en berbère signifie « *un enfant qui est mis dans une bouteille, parce que c'est la forme. (...) ça n'a pas de sens et le terme ça n'aide pas trop* ». Deuxièmement, le papa a besoin du soutien de l'équipe médicale qui assure, elle aussi, une fonction d'étayage très importante et complexe permettant de lutter contre l'angoisse suscitée par l'étrangeté de la situation : au moment de l'accouchement, il fait confiance et se met en « *retrait* », « *c'est rassurant* » et lors des soins au bébé « *Ça m'aide, plutôt être sûr des gestes que je dois faire* ». Troisièmement, nous relevons que l'usage de l'humour est très présent tant dans le discours que pendant l'accouchement. Enfin, il a recours à l'idéalisation de son épouse (i.e., « *ma femme est assez forte* »), de son bébé (e.g., « *c'est un battant* ») et de son propre père.

Lorsqu'il s'agit d'aborder les émotions, les sensations et les impressions ressenties, l'inhibition est très forte. Elle se traduit par la présence de longs silences et une tendance au refus avant de répondre aux questions sur ces thèmes. Nous observons aussi l'interruption du discours lorsqu'il s'agit d'évoquer les inquiétudes quant la santé de son épouse.

Enfin, l'évitement du conflit conduit à une minimisation de la composante affective de la naissance. En effet, le papa a recours à des phrases du type « *qu'est ce qu'il y a dire de spécial* » au début du FMSS ou encore « *il y avait rien de spécial, honnêtement* » lorsqu'il s'agit d'évoquer les impressions ressenties au moment de l'annonce de l'accouchement en urgence. Il utilise également la référence à la réalité externe (i.e., descriptions détaillées, précisions temporelles) pour faire face au conflit que représentent le moment de la naissance et la confrontation au bébé en néonatalogie. Il a également recours aux précautions verbales (e.g., « *un peu* », « *une sorte de* ») et à l'intellectualisation (i.e., discussion autour du terme prématuré qu'il rejette au profit du terme « *correction* »). De plus, les hésitations sont nombreuses.

2.4.3 Les représentations de soi en tant que père en lien avec la naissance prématurée

La présence d'un long silence avant de pouvoir se décrire spontanément semble montrer un accès difficile à la représentation en tant que père. Les premiers éléments relevés par le papa sont pragmatiques et témoignent d'un besoin de retrouver un équilibre dans sa vie suite au bouleversement de cette naissance : redéfinition des priorités, voir à long terme, rester prompt à réagir en cas de problème. Il prend aussi de la distance et « *se recentre* » par rapport à l'événement si bien qu'il se considère inactif.

Ce n'est qu'après sollicitation de notre part qu'il peut se décrire face à la couveuse comme étant « *disponible* » pour prendre son enfant si on le lui propose. Néanmoins, cette disponibilité est nuancée par le fait qu'il reste préoccupé par son aîné qui a besoin de lui et qui pourrait l'empêcher de se rendre auprès du bébé. Sa représentation en tant que père est plutôt dévalorisée. Tout d'abord, il se décrit comme peu donnant : « *parce que je n'ai rien donné, je veux dire ... il y a pas besoin si on me dit je fais ce qui faut mais si je vois que c'est suffisant ... on m'a pas sollicité* ». Ceci pourrait également témoigner d'une forme de rivalité avec l'équipe médicale qui est perçue comme celle qui donne l'autorisation d'interagir avec le bébé. Ensuite, il se dit satisfait dans son rôle de père mais sa satisfaction est limitée au fait que la situation est stable et qu'il parvient à la gérer. Toutefois, cette satisfaction semble fragile et soumise aux aléas de la fatigue et des besoins de son fils aîné qu'il ne pourrait plus satisfaire. Ensuite, il perçoit son rôle comme difficile : « *c'est peut-être lié à notre couple, j'ai hérité des choses donc s'occupait ma femme* ». Enfin, le papa précise que la situation l'amène à être sociable par obligation, à se montrer chaleureux « *même s'il y a un peu d'hypocrisie, je veux dire, il faut le montrer* ». De plus, il considère qu'il n'a pas le droit ni d'être triste ni éteint. Malgré ces éléments négatifs, les adaptations qu'il a du fournir pour faire face à la situation l'amènent à se considérer comme intelligent et peu soucieux. Globalement, il a une bonne estime de lui pour la période couvrant les trois semaines depuis la naissance car il considère que « *pour l'instant, il n'y a rien à me reprocher* ».

2.4.4 Les représentations de l'enfant

Pendant la grossesse, le papa se décrit comme étant « *détaché* » et ne se permettant pas de se représenter l'enfant car « *à un moment donné, si il arrive quelque chose de malheureux, il faut quelqu'un qui ait la tête froide.* »

Lorsqu'il s'agit d'évoquer les représentations de l'enfant au moment de l'annonce de la naissance, le papa ne peut les formuler et parlent de la présence de deux sentiments qui font écran à la confrontation à la réalité. Ces sentiments sont décrits en termes de : « *C'est plus un*

bébé qui va naître à 90% qui aura une bonne santé, etc. que l'autre cas même si l'autre cas, on en avait parlé entre nous, avec ma femme. »

Lors de la description spontanée de l'enfant, l'accès aux représentations du bébé est difficile car il parle d'abord de l'histoire de la naissance. Ensuite, la première représentation est déshumanisée « *c'est un petit paquet, fragile* » qui est contre balancée par une représentation idéalisée : qui a de la « *force* », « *qui a déjà du caractère* » et « *un petit battant dans le sens où il a réussi à respirer tout seul au tout début* ». Par la suite, il le décrit comme étant sociable, entreprenant et chaleureux. Ces représentations sont illustrées par des mouvements de l'enfant vers son papa du type « *il a déjà adopté ma peau* ». Il le voit aussi comme intelligent dans le sens où il a réussi à s'adapter aux conditions difficiles de sa naissance et à prendre du poids une semaine plus tard. Parallèlement à ces représentations idéalisées, le bébé est décrit comme triste et soucieux en référence au fait qu'il soit « *câblé* » et qu'il se tortille lorsqu'on le manipule. De plus, le papa a une représentation d'une forme d'agressivité en prenant pour exemple le fait que le bébé tire le cathéter et qu'il ne se laisse pas faire au moment des piqûres.

Le contexte de la réanimation a aussi réactivé l'image de son propre père, décédé, hospitalisé en réanimation : « *lui aussi il était branché, et là il y a des images qui me sont revenues dans le sens où pour lui aussi d'ailleurs, c'était assez soudain* ». La reviviscence de ces images est douloureuse et perdure dans le temps car le papa a vu une ressemblance entre les yeux de son fils et ceux de son propre père. Il nous semble que cet événement influence la représentation de l'enfant car il ravive la douleur de la perte de son propre père et le confronte davantage à la perte possible de son enfant. La recherche de ressemblances avec sa famille (e.g., la couleur des cheveux et les yeux) pourrait aussi être considérée comme une tentative de créer du « *connu* » autour de « *l'étrangeté* » que représente le bébé prématuré. Il perçoit aussi la fragilité de son fils qui, selon lui, va perdurer malgré sa confiance dans le progrès technologique. Cette représentation contrastée l'amène à concevoir un « *coté affectif un peu spécial* » et envisage un avenir où il ne va pas rendre la vie difficile à son fils qui « *a galéré au départ* ».

2.4.5 La relation à l'enfant

Les rôles dans la relation parent-enfant semblent inversés. En effet, c'est le bébé qui accepte la peau du papa. En rendant l'enfant actif dans la relation, le papa semble être à la recherche d'une pulsion de vie face à un bébé fragile et peu réactif.

La relation avec l'enfant ne semble pas spontanée, elle est guidée par le respect scrupuleux des consignes du staff médical qui vient comme support à la relation. Cependant, nous percevons le besoin pour le papa de prendre sa place sur le plan affectif et ainsi tenter de « *colmater la partie affective* ». Parallèlement, le papa précise lors de son arrivée devant la couveuse qu'il vérifie les « *signaux* » dans l'idée de faire un « *checking général* ». Par cette attitude, il nous semble que le papa cherche à créer une sorte de « sas » avant la confrontation à la vulnérabilité de son enfant. De plus, le papa explique qu'il était très peu entreprenant au début. Il a pu petit à petit, mettre ses mains dans la couveuse et changer l'enfant mais cela reste « *impressionnant* » en comparaison avec ce qu'il a connu avec son aîné. Par la suite, le papa a été pu faire deux séances de « peau à peau » qu'il décrit comme une découverte de l'aspect maternel (i.e., porter l'enfant et ressentir les petits mouvements) apportant une trace interne de la présence de l'enfant comme « *une sorte de brique qui reste là et on y pense le soir* », qui semble permettre la construction du lien père-fils.

2.4.6 Le vécu émotionnel

Nous constatons que la soudaineté de l'accouchement et la perte de contrôle des événements semblent être potentiellement traumatique pour le papa.

Ensuite, lorsqu'il s'agit d'évoquer spontanément les émotions les plus fortes, le silence prédomine. Il ne peut parler que de sa satisfaction, affect de circonstance, par rapport à la gestion de la situation. Le papa explique que ses émotions sont « *cadencées* » : la joie est postposée (i.e., qu'il ne veut pas se projeter dans l'avenir). Cette attitude semble être protectrice face à l'importance de l'angoisse de perte. De plus, il ne peut exprimer sa tristesse mais il explique avoir « *un peu pleuré, tout seul, je ne pouvais le monter* ». La honte et le dégoût ne sont pas présents ni la culpabilité malgré le fait qu'il reste difficile d'accepter l'idée qu'il n'y a pas encore d'explication des causes. Parallèlement, nous remarquons une tentative de réparation narcissique à l'idée d'avoir respecté les examens médicaux prévus pour le suivi de la grossesse. La fierté d'avoir un second enfant est présente, tout comme la curiosité qui est orientée vers les aspects techniques et scientifiques en lien avec sa profession, ce qui lui permet de se sentir compétent.

Globalement, l'équilibre entre les émotions est présent principalement grâce au soutien de l'équipe médicale et à l'absence de complications de l'état de santé du bébé.

2.5 Synthèse de l'analyse individuelle du père

La naissance d'Ahmet semble prendre une forme traumatique suite à la soudaineté de

l'accouchement et la reviviscence des images de son père en réanimation en voyant son fils intubé, ce qui impacte de façon majeure la relation à l'enfant. L'évitement du conflit est massif, principalement face aux représentations de l'enfant. Il se marque, plus particulièrement par le besoin d'étayage de l'équipe médicale et de la culture, la minimisation, l'humour, l'idéalisation de l'enfant. L'inhibition est très forte et les émotions sont « *cadennassées* » et impossibles à montrer. Il a une vision très pragmatique de son rôle de père qu'il trouve difficile en lien avec la gestion de son fils aîné. Sa représentation en tant que père est dévalorisée. Il a une représentation à la fois déshumanisée et idéalisée de son fils contrebalancée par une représentation de fragilité qui va perdurer. Sa relation à l'enfant est guidée par l'équipe médicale et semble basée sur le fait que son fils ait accepté le père. Grâce au « peau à peau », il a pu construire un lien avec le bébé. L'estime de soi est plutôt positive et l'équilibre des émotions est soutenu par l'équipe médicale.

2.6 Le vécu de la naissance prématurée dans le couple

La maman décrit son mari comme une personne qui a le sang froid et qui est rassurante dans le contexte de l'accouchement. Sa présence en tant que père auprès du bébé diminue son stress car elle sait qu'il est présent pour lui, notamment au moment du transfert en ambulance vers le service de néonatalogie. Durant l'entretien, elle fait peu allusion au père et ne peut pas décrire la relation père-bébé. Elle est davantage centrée sur elle et le bébé.

Du point de vue du papa, il est rassuré par le fait que son épouse puisse s'occuper du bébé mais il semble être en difficulté face au manque de « disponibilité » de son épouse auprès de leur fils aîné. Il constate que l'attention de la maman est centrée autour des suites de la césarienne et des visites auprès du bébé. Dans le couple, il se définit comme celui qui a la tête froide face aux situations critiques et qui est le garant du bon fonctionnement familial. Il ajoute qu'il a dû aider la maman à gérer sa culpabilité. Cependant, il semble se sentir seul face à son vécu et ses difficultés. Il nous semble que ce ressenti est lié à sa position de protecteur de son épouse qu'il ne veut pas encombrer par ses propres difficultés. Il précise aussi que sa préoccupation pour l'état de santé de son épouse était importante au moment de l'accouchement (e.g., « *c'est comme si j'avais des yeux derrière, je regardais le bébé qui est là et j'avais aussi une oreille derrière* ») D'ailleurs, il explique qu'il a pu accompagner le bébé dans le nouvel hôpital parce qu'il était rassuré par l'état de la maman et qu'elle lui a demandé de partir avec Ahmet.

Enfin, il décrit les difficultés de son épouse à quitter la couveuse : « *le parcours entre la couveuse et l'ascenseur, c'est un peu dur, il faut choisir l'attitude. Et je sais que quand elle*

revient, il faut y aller mollo ». Cette manière de parler de la séparation pourrait être vue comme l'attribution à autrui de ses propres difficultés qu'il ne peut ouvertement exprimer.

3. Présentation des résultats du couple C

3.1 Les parents de Hector

Les parents d'Hector sont en couple depuis une dizaine d'années et sont mariés depuis deux ans. Après avoir acheté leur maison, ils leur paraissaient dans l'ordre des choses d'avoir leur premier enfant. Il ont tous les deux fait des études supérieures et travaillent dans le même établissement.

Le papa (31 ans) est le second enfant d'une fratrie de trois. Il est très proche de son frère. Ses parents se sont séparés dans des conditions difficiles lorsqu'il avait environ 25 ans. Depuis cette époque, il a rompu les liens avec son père jusqu'à remettre en question sa place de fils mais il est très proche de sa mère. Il a toujours voulu être papa, cela représentait quelque chose de tout à fait normal pour lui.

La maman (30 ans) a été adoptée à 9 mois, elle a une autre sœur cadette également adoptée et un frère non adopté. Ses parents adoptifs étaient de nature très inquiète, surtout sa mère adoptive dont elle a une représentation mitigée. L'inquiétude de sa mère a rendu leur relation parfois compliquée, nécessitant une certaine prise de distance. Depuis son hospitalisation et la naissance, elle veille à la rassurer. Avoir un enfant et fonder une famille sont très importants pour elle mais elle ne souhaite plus se mettre en danger pour une autre grossesse. De plus, ce projet lui a demandé un travail important par rapport à son adoption.

3.1.1 Le contexte de la naissance

Suite à une rupture de la poche des eaux, la maman a été hospitalisée aux Soins Intensifs Maternels (MIC). Le travail s'est spontanément enclenché à 29 semaines de gestation. La naissance a eu lieu par césarienne en présence du papa. Dès le début, la grossesse a été compliquée et la maman a dû être alitée avant d'être hospitalisée. Par ailleurs, la grossesse a été très éprouvante tant physiquement que psychologiquement à un point tel que la maman ne se sentait plus capable de la poursuivre.

3.2 Analyse individuelle de la mère

3.2.1 Le contexte de l'entretien : (trois semaines après la naissance)

Après une première rencontre du couple à l'hôpital, nous avons fixé le rendez-vous afin de réaliser les entretiens, le même jour, l'un à la suite de l'autre, pour le confort des parents. L'entretien a été réalisé juste après celle du papa dans un bureau attenant au service de néonatalogie. La rencontre a eu lieu juste avant le transfert de l'enfant dans un hôpital plus proche de leur domicile. L'entretien a duré environ une heure et demi.

3.2.2 L'impact de la naissance prématurée sur le discours et processus défensif

Globalement, nous observons que le discours est clair, qu'il ne présente pas d'altération majeure et que le rythme est soutenu. Nous relevons que le ton employé montre une certaine assurance (e.g., « *je voulais (un bébé) pour 30 (ans) et je l'ai eu pour mes 30 ans* », « *me remettre en danger, non !* »). Nous remarquons également que la maman reprend régulièrement des parties de conversation (e.g., « *oh, pauvre de vous ! Non* », « *ah, ton papa a dit qu'il te ressemblait* ») ce qui semble montrer que la prise de distance par rapport aux événements n'était pas encore possible.

Par ailleurs, nous observons une diminution de la qualité du discours qui apparaît principalement lors de l'évocation des représentations du bébé pendant l'hospitalisation aux MIC, lors de la première confrontation au bébé en néonatalogie et lorsque la maman évoque son impossibilité à envisager une autre grossesse. Cette altération traduit probablement un conflit intrapsychique et se manifeste par des hésitations (e.g., « *en fait, oui, mais parce que bon...* »), des mots manquants en fin de phrases (e.g., « *chaque bébé est différent, et le mien ... enfin* », « *le seul soucis que j'ai eu c'est que...* ») ou encore des liens logiques difficiles à percevoir. De plus, nous relevons que le conflit semble davantage marqué lorsque la maman met en perspective le soulagement ressenti après avoir accouché et les conséquences de cette naissance prématurée sur le bébé. En effet, nous constatons que la confrontation à la vulnérabilité du bébé rend l'accès aux représentations de l'enfant plus difficile (i.e., « *Je ne sais pas quoi dire de plus* ») et que ces dernières sont peu développées et essentiellement idéalisées. Ensuite, nous observons une tendance à la minimisation des conséquences de la naissance prématurée (i.e., elle « accepte » de ne pas voir son bébé directement après la naissance, elle justifie, par les effets de la narcose, son incapacité à reconnaître le bébé lorsqu'elle se rend pour la première fois en néonatalogie).

Par la suite, nous relevons que la maman semble davantage centrée sur elle et qu'elle a tendance à développer ses réponses en se référant à son vécu. En effet, elle parle de sa grossesse avant de parler de son fils pendant le FMSS et elle décrit la relation de son mari avec le bébé comme quelque chose qui la rassure par rapport à son rôle de mère. Nous

pouvons rapprocher ces éléments d'une des caractéristiques de la transparence psychique concernant le manque de disponibilité pour évoquer les représentations directement liées au futur bébé (Bydlowski & Golse, 2001).

Enfin, nous soulignons que l'évocation de l'hospitalisation aux MIC ravive le stress qu'elle y a vécu qui se traduit dans le rythme rapide du discours et les nombreuses reprises des conversations évoquant le manque de reconnaissance de sa douleur.

3.2.3 Les représentations de soi en tant que mère en lien avec la naissance prématurée

Nous observons que les représentations en tant que mère sont tout à fait accessibles et s'inscrivent dans une réflexion autour de sa capacité à être mère suite à son adoption. Elle établit un lien direct entre le fait d'avoir pu être enceinte et le travail qu'elle a fait pour comprendre son adoption comme un acte d'amour de sa mère biologique et non comme un abandon. Cependant, une fois enceinte, son nouveau statut de future mère l'a confronté à sa représentation en tant que femme si bien qu'elle explique avoir eu « *beaucoup de difficulté à accepter les transformations de son corps et de ne plus pouvoir faire ce qu'elle voulait quand elle le voulait* ». De plus, la question de sa capacité à être mère a de nouveau été activée au moment où elle ne se sentait plus capable de porter son bébé ni assumer seule la suite de la grossesse. A ce moment, elle se représente comme étant « *plus apte à s'occuper du bébé sans l'avoir dans son ventre et l'avoir dans ses bras* ». Ainsi, nous relevons que cette représentation l'a conduite à vivre son accouchement comme un « *soulagement* » puisqu'elle ne se sentait plus la seule responsable du bébé (i.e., « *je ne devais plus m'en occuper toute seule* »). Pour faire face au conflit suscité par cette représentation, nous relevons qu'elle se décrit comme « *capable de faire ce qu'il fallait pour son bébé* ». De même, dans une sorte de mouvement de réparation narcissique, elle explique qu'elle savait, malgré la naissance prématurée, que le bébé « *allait bien aller* ».

La construction de sa représentation en tant que mère s'inscrit également dans un travail de prise de distance par rapport à sa mère adoptive. Ainsi, elle se décrit comme voulant être à la fois femme, épouse et mère en opposition à « *sa mère d'ici* » qui a uniquement consacré sa vie à ses trois enfants. De plus, toujours en opposition à sa mère adoptive et la mère de son mari, elle souhaite être « *ouverte d'esprit* ».

Ensuite, nous soulignons que sa représentation est positive lorsqu'elle se décrit spontanément. En effet, elle se perçoit comme « *instinctive* », « *protectrice* » et « *chaleureuse* ». Elle ajoute qu'elle se sent « *soucieuse mais pas tracassée* » et qu'elle est donnante car elle « *a donné de sa personne* ». Ensuite, elle se décrit comme étant assez satisfaite de son rôle de mère même

si « *elle ne s'occupe pas de son fils à 100%* » et qu'elle se voit comme « *une maman à mi-temps* », ce qu'elle ne trouve pas compliqué par rapport au contexte difficile de la naissance. Globalement, depuis la naissance, elle a une estime d'elle-même positive car elle ne s'est « *jamais sentie aussi bien dans son corps et dans sa tête* ».

3.2.4 Les représentations de l'enfant

Pendant la grossesse, la maman explique avoir eu « *l'image d'un bébé bizarrement blanc* » alors que sa peau est de couleur foncée. Elle précise qu'il s'agissait d'un bébé comme « *dans les dessins animés, un peu caricaturé* » et qu'elle voyait un « *bébé en pampers dans son ventre* ». Nous observons que ces représentations ne semblent pas ancrées dans la réalité.

Pendant l'hospitalisation aux MIC, les représentations étaient identiques et elle ajoute que le bébé lui disait : « *je suis bien fini, je suis prêt* ». Nous relevons que cette représentation s'éloigne davantage de la réalité. Ensuite, elle ajoute qu'elle ne souhaitait pas avoir une image d'autres bébés en consultant des photos sur internet, se disant que chaque bébé est différent et se raccrochant à l'image « *d'un bébé qui n'était pas du tout creusé* ».

Après la naissance, lorsqu'elle a pu voir le bébé en néonatalogie, il semble que le conflit entre ses représentations et la réalité soit tellement confrontant qu'elle ne se souvient pas de ce moment et qu'on aurait pu lui présenter n'importe quel bébé sans qu'elle puisse reconnaître son fils. Lors de sa seconde visite, cette nouvelle confrontation à la réalité la conduit à ressentir beaucoup de culpabilité (i.e., « *qu'est ce que j'ai fait* ») en voyant le bébé « *relié à toutes les machines* ». Ensuite, nous observons que le conflit a été moins important quand le masque a été retiré et que son visage était dégagé, ce qui semble lui avoir permis de se faire à l'image du bébé.

Lors du FMSS, nous observons que l'accès aux représentations est difficile. En effet, avant de pouvoir parler du bébé, la maman ressent le besoin de parler de l'histoire qui a entouré la grossesse. Les représentations du bébé qui sont alors accessibles sont idéalisées. En effet, le bébé est vu comme « *réceptif à ses émotions* », « *fort et courageux* » comme elle et « *zen* » comme son papa. Ensuite, par l'intermédiaire de l'entretien R, les représentations restent positives : elle décrit le bébé comme étant actif car « *il réagit bien* », sociable et chaleureux car « *il apprécie le peau à peau* ». Elle ajoute qu'il est confiant, de « *plus en plus autonome* » et qu'il est intelligent car elle a l'impression qu'il la comprend puisqu'« *il a su partir quand il fallait* ». Nous observons que cette dernière représentation est centrée sur les besoins de la maman.

Lorsqu'il s'agit d'évoquer les ressemblances du bébé, la maman explique qu'elle découvre le plaisir « *d'avoir quelqu'un qui lui ressemble* » physiquement et qui a la même couleur de peau que la sienne. Elle ajoute qu'étant adoptée, elle n'avait jamais connu ce sentiment et s'en réjouit (i.e., « *c'est la première fois que ça m'arrive, (...) j'ai quelqu'un qui me ressemble maintenant, c'est dingue !* »). Par ailleurs, il semble que la distinction des corps de l'un et l'autre soit encore floue pour la maman qui explique, en faisant un lapsus, qu'elle « *retrouve le corps du bébé, petit et frêle, dans le sien* » puis se corrige et dit « *je retrouve bien mon corps dans le sien* ». Dès lors, nous suggérons que le passage du bébé, de l'objet interne vers l'objet externe, soit toujours en cours. De plus, il nous semble que la recherche de ressemblance aille au-delà de l'apparence physique car la maman compare également le caractère « *fort et combattant* » du bébé à son tempérament et celui de sa sœur adoptée, elle aussi.

3.2.5 La relation à l'enfant

Nous observons que la relation avec le bébé s'est construite petit à petit et qu'un temps d'adaptation a été nécessaire pour gérer le conflit entre les représentations de la maman et la réalité d'un bébé « *relié à des machines* ». De plus, durant les premiers jours, elle explique qu'elle avait peur de le toucher. Ensuite, la maman décrit le premier « *peau à peau* » comme la vraie rencontre, seule avec son bébé. Elle explique qu'elle a pu le sentir sur elle et qu'elle a eu « *l'impression de le retrouver, comme s'il s'était passé deux à trois jours sans qu'on se voit* ». Cependant, elle précise que ses retrouvailles se sont faites dans de « *bonnes conditions, pas dans mon ventre où il me faisait mal* ». Dès lors, nous observons, grâce à la naissance, le passage d'une relation in utero subie et vécue comme douloureuse vers une relation positive dans laquelle le bébé est acteur et a l'intelligence de comprendre sa maman puisqu'« *il a su partir quand il le fallait* ». Dès lors, il nous semble que le mode relationnel décrit par la maman soit essentiellement asymétrique, partant du bébé vers la maman. De plus, lorsque la maman parle au bébé, elle lui renvoie ses propres attentes et lui fait part des moments où elle ne se sent pas bien.

Enfin, nous soulignons que la présence de l'équipe médicale est ressentie comme une aide pour les soins à apporter à l'enfant. Cependant, nous relevons la présence de petites tensions avec l'équipe qui, selon la maman, semble avoir été incohérente dans certains soins donnés à l'enfant. Ces tensions semblent s'inscrire dans une forme de rivalité par rapport à la place de parent, comme ce fut le cas lorsque la maman a appris que le premier bain avait été donné sans elle.

3.2.6 Le vécu émotionnel

Alors que la naissance du bébé est vécue comme un événement positif, l'hospitalisation aux MIC est une expérience difficile pendant laquelle la maman a l'impression de ne pas avoir été entendue dans sa douleur. Elle rapporte faire actuellement des cauchemars, entendre encore les sonnettes ou se réveiller la nuit ne sachant plus où elle est.

Les émotions les plus fortes ressenties à la naissance sont le soulagement suite à la fin de la grossesse, la joie et une sensation de tranquillité. Ensuite, la maman décrit avoir ressenti beaucoup de fierté mais aussi de la tristesse en lien avec la culpabilité de ne pas avoir pu poursuivre la grossesse un peu plus longtemps. Elle ajoute avoir également ressenti de la colère contre elle-même après l'accouchement se disant qu'elle « *aurait du tenir encore un peu pour l'aider* ». Enfin, elle précise ne pas avoir honte de son bébé mais souligne qu'elle a uniquement autorisé les visites des proches car elle veut le protéger des regards extérieurs.

Depuis la naissance, elle constate que la présence des émotions était variable, un peu comme « un yoyo ».

3.3 Synthèse de l'analyse individuelle de la mère

L'accouchement prématuré est vécu comme un soulagement pour la mère après une grossesse difficile, ce qui semble en lien avec sa propre adoption. Cependant, la confrontation à la prématurité du bébé est conflictuelle et génère de la culpabilité. Pour faire face au conflit ainsi généré, elle a recours, principalement, à la minimisation des conséquences de l'accouchement et à l'idéalisation de l'enfant. Sa représentation en tant que mère s'inscrit dans une réflexion autour de son adoption. Enceinte, elle ne se représente pas capable de porter seule la grossesse. Dans cette logique, elle ne peut poursuivre sa grossesse et se représente le bébé comme capable de la comprendre et de savoir « *partir quand il fallait* » (i.e., provoquer la naissance). Cette représentation a également une incidence sur le mode relationnel qui semble asymétrique, partant du bébé vers la maman. Le premier « peau à peau » est considéré comme une vraie rencontre avec le bébé posé sur elle qui ne lui occasionne plus de douleur. Cette rencontre semble symboliser le passage d'une relation subie et douloureuse vers une relation positive dans laquelle le bébé est acteur. Paradoxalement, il semble que le bébé, la première personne qui lui ressemble, ne soit pas encore totalement considéré comme un objet externe. Au début, la peur de le toucher est présente. L'équipe médicale a été une aide pour les soins mais il existe une forme de rivalité avec l'équipe.

3.4 Analyse individuelle du père

3.4.1 Le contexte de l'entretien : (trois semaines après la naissance)

Après une première rencontre du couple à l'hôpital, nous avons fixé le rendez-vous afin de réaliser les entretiens, le même jour, l'un à la suite de l'autre, pour le confort des parents. Le papa a réalisé l'entretien en premier lieu dans un bureau attenant au service de néonatalogie. La rencontre a eu lieu juste avant le transfert de l'enfant dans un hôpital plus proche de leur domicile. L'entretien a duré environ deux heures et demi.

3.4.2 L'impact de la naissance prématurée sur le discours et processus défensif

De manière générale, nous observons que le papa accède aisément aux représentations de l'enfant et de lui-même. Cependant, la qualité d'élaboration du discours est variable en fonction des sujets abordés et l'altération du discours se présente généralement sous la forme de troubles de la syntaxe. Ensuite, tout au long de l'entretien, nous relevons l'usage très répétitif du verbe « essayer » (e.g., « *j'essaye de le toucher* ») qui semble traduire un manque de confiance en soi. Nous soulignons également l'emploi fréquent du pronom « on » qui permettrait une forme de mise à distance des émotions ressenties (e.g., « *on a peur* », « *on se rend compte qu'on va être papa* »). Lorsque le papa est confronté à une représentation conflictuelle, nous remarquons qu'il a régulièrement recours à la minimisation. Par exemple, face à la vulnérabilité du bébé, il met en avant la bonne évolution de sa santé et le fait d'avoir eu de la chance.

Ensuite, lorsqu'il s'agit d'évoquer les représentations du bébé lors de l'hospitalisation aux MIC, nous remarquons que le papa parvient à les évoquer après avoir parler de sa peur et de son angoisse face à l'inconnu. Par la suite, face au risque d'effondrement que représente le stress dans les moments entourant la césarienne, il fait référence à la réalité externe. En effet, il développe le contexte avec détails, reprend la chronologie des évènements et des parties de conversation. Nous relevons également que le papa a tendance à se répéter lorsque la charge émotionnelle est importante (e.g. , « *il y a plein de choses, plein d'émotions, plein de monde* » « *là, on est heureux, ... là, on est heureux* »).

Enfin, face au conflit que représente la rupture de la relation avec son propre père, l'élaboration du discours est difficile et se manifeste par une tendance au refus (i.e., « *ha ...he ... ouf* », « *il n'y a pas de mots* ») et l'interruption régulière des phrases (e.g., « *j'ai vu l'amour comme ... puis... pouf plus rien et puis boum...* »).

3.4.3 Les représentations de soi en tant que père en lien avec la naissance prématurée

Le papa explique qu'il a toujours voulu avoir des enfants et aimer les enfants, il en a d'ailleurs fait son métier (i.e., éducateur). Pourtant, au début de la grossesse, il ne parvient pas à se rendre compte qu'il va être papa. Suite aux premières complications de la grossesse, un changement s'est produit dans sa perception car il a pris conscience que le bébé « *allait prendre de la place et du temps* ».

Dès le départ, il s'est représenté comme un « *père-poule* ». Cependant, la naissance prématurée, la fragilité du bébé mais aussi la peur et la douleur ressentie ont provoqué une modification de cette représentation de telle sorte qu'il souhaite être plus présent et plus protecteur pour son enfant. L'accès aux représentations en tant que père est aisé. Il se décrit comme « *attentif, plein d'amour et patient* ». Malgré cette représentation positive, nous constatons que le manque d'assurance du papa se reflète dans les nombreux doutes et les nombreuses questions qu'il se pose sur la santé et le futur de son enfant ainsi que sur son rôle de père. Ensuite, nous observons que la représentation d'un « père idéal » est prédominante. En effet, il souhaite « *tout donner* » pour son fils et être le plus disponible possible. Cette représentation semble trouver son origine à la fois dans le contexte de la naissance prématurée mais aussi par opposition au modèle que représente son propre père. Il explique que la construction de son identité paternelle a été très influencée par son père qu'il considère comme un « *contre exemple* » (i.e., « *il suffit de me dire : si lui le ferait, ben je ne le ferai pas* »). Nous remarquons que cette expérience a exacerbé son tempérament sensible car il précise qu'il est aussi devenu beaucoup plus attentif aux autres suite à l'expérience vécue avec son père et la manière dont ses parents se sont séparés. Suite à ce conflit, il se décrit comme étant beaucoup plus proche de sa mère qu'il idéalise et la considère comme un exemple.

Malgré le contexte difficile de la naissance, nous observons que l'estime du papa est positive et qu'il est satisfait dans son rôle de père. En effet, il explique qu'il sort grandi de cette expérience et qu'il se sent très valorisé par le soutien efficace qu'il a apporté à son épouse et la reconnaissance de son rôle dans la bonne évolution de son fils.

3.4.4 Les représentations de l'enfant

Pendant la grossesse, nous relevons que le papa n'a pas vraiment eu de représentation physique de son fils et que les échographies lui ont surtout permis de voir le bébé grandir. Ainsi, il se projette davantage sur le long terme et s'image dans des situations lorsque son enfant aura 5-6 ans.

Pendant l'hospitalisation aux MIC, l'accès aux représentations de l'enfant est plus complexe suite au stress vécu durant cette période. Le papa se représente un bébé « *un peu triste* », « *plus petit et plus faible qu'un bébé à terme* » avec « *peu de force* » et il imagine également sa « *douleur future* ». Ensuite, le papa explique qu'il n'a pas été voir des images de bébé prématuré sur internet, alors qu'il consulte très souvent les sites pour s'informer. Il nous semble que cette attitude reflète le conflit suscité par la confrontation à la réalité que le papa préfère éviter. D'ailleurs, il interprète son comportement comme une auto protection par peur de ce qu'il pourrait y voir et ajoute qu'il « *ne fallait pas de représentations négatives pour pouvoir continuer à lutter* ».

Au moment de la césarienne et à l'admission en néonatalogie, nous relevons que le papa cherche à se rassurer en sélectionnant les informations positives, sur l'état de santé du bébé, qu'il avait envie d'entendre pour les rapporter à son épouse. Par la suite, lorsque le papa décrit son bébé spontanément, il le voit comme un « *petit être fragile* », qui a « *besoin d'être suivi* ». Il le voit également comme étant « *très, très fragile* » en lien avec le fait que le bébé soit à l'hôpital. Ces représentations semblent marquer l'importance de la vulnérabilité perçue du bébé. Ensuite, nous observons que l'accès aux représentations négatives est possible après avoir donné des représentations positives du bébé. Ceci semble témoigner de l'ambivalence du papa par rapport à l'apparence physique du bébé. Ainsi, il le décrit comme « *vivace, mignon et beau* » puis il parle de la présence de capteurs, d'une « *couveuse qui fait du bruit* » et d'un « *tuyau dans le nez* » que le papa « *n'aime vraiment pas* ». Ensuite, nous remarquons que le papa a une représentation plutôt idéalisée de son fils. Tout d'abord, il le voit comme très entreprenant car « *il s'est battu, il a cherché à évoluer* » et intelligent car « *il a vu directement ce qui l'ennuie* » en retirant sa sonde gastrique et il « *prend les choses en main* ». Il le perçoit également comme très sociable car « *il touche beaucoup son corps et son visage pour se connaître* » ce qu'il interprète comme le signe qu'il « *essayera de connaître les gens plus tard* ».

Lorsqu'il recherche des ressemblances, le papa se retrouve dans son fils ce qui tend à diminuer l'étrangeté du bébé d'autant plus que le bébé a la même couleur de peau foncée que sa maman. Il a « *l'impression de voir ses doigts, sa bouche et son nez* » ainsi que « *sa façon de s'endormir* ».

3.4.5 La relation à l'enfant

Tout d'abord, nous remarquons que le papa accorde beaucoup d'importance au toucher dans la relation à son enfant pour permettre au bébé de sentir sa présence. Ensuite, en lien avec sa

représentation d'un père attentif, nous soulignons qu'il veille à le manipuler toute en douceur. Ensuite, nous observons qu'il cherche à s'ajuster au besoin du bébé et permettre la communication entre eux (e.g., il se met à la hauteur du bébé pour qu'ils puissent se regarder). Il ajoute qu'il lui parle beaucoup pour lui montrer son amour et lui expliquer ce qui se passe. Par ailleurs, nous remarquons qu'à certains moments, le papa semble manquer d'assurance dans la relation (i.e., « *je vais essayer d'apporter ce que je peux apporter* ») alors qu'à d'autres moments, il a acquis suffisamment de confiance en lui en observant les réactions du bébé. Il explique aussi qu'il a été guidé par l'équipe médicale au début mais, qu'aujourd'hui, il peut entrer directement en contact avec son bébé sans passer par elle. Nous remarquons qu'il a pu s'affranchir de la présence de l'équipe médicale car il explique qu'il n'est pas gêné par sa présence dans la relation avec son enfant.

Enfin, sa description des séances de « peau à peau » montre le double intérêt qu'elles comportent (i.e., « *très bon pour lui mais très bon pour moi aussi* »). Il ajoute que ces séances lui apportent « un sentiment de quiétude » et qu'il s'agit d'un moment de partage à deux et de « *genre de communication, sans rien dire du tout* », où il est déconnecté de son environnement et plus particulièrement de son GSM.

3.4.6 Le vécu émotionnel

Tout d'abord, nous relevons que le papa a été très stressé par son arrivée aux MIC car il était face à l'inconnu et dans l'incertitude du moment de la naissance. Ensuite, le moment de la césarienne semble avoir également généré beaucoup de stress, principalement lorsque le papa s'est retrouvé seul dans la chambre pendant la préparation de son épouse pour l'intervention. En effet, il explique qu'il a ressenti une très forte angoisse et une sensation de perte de contrôle de son corps. Suite à la sensibilité du papa et son attention particulière aux autres, les longues semaines d'hospitalisation de son épouse puis celles de son fils semblent avoir mis à mal sa capacité de résistance. En effet, il explique avoir « *atteint la limite* » de sorte qu'il lui est de plus en plus difficile d'être confronté à la douleur des autres personnes dans l'hôpital, ce qui lui donne souvent envie de pleurer.

Ensuite, il décrit avoir ressenti beaucoup de joie et de fierté mais celles-ci étaient vite assombries par le doute et les questions. Il rapporte également avoir ressenti beaucoup d'anxiété et de peur mais pas du tout de culpabilité, ni de honte, ni de dégoût. Par contre, après la naissance, il s'est demandé pourquoi il devait endurer tant de difficultés par rapport à d'autres. Il explique avoir éprouver, à ce moment-là, un peu de colère qu'il annule assez vite

dans son discours. Ces diverses émotions ressenties sont très fortes et toutes présentes en même temps, elles constituent un « *énorme ensemble* ».

3.5 Synthèse de l'analyse individuelle du père

L'hospitalisation de la maman aux MIC ainsi que les moments autour de la césarienne et de l'admission du bébé en néonatalogie ont été très stressant pour le papa. La charge émotionnelle reste très forte. Face au conflit suscité par la naissance prématurée, le papa a recours à la minimisation et a tendance à surinvestir la réalité externe. Sa représentation en tant que père est positive et elle s'est construite en opposition avec son propre père qu'il considère comme le contre-exemple. Il se sent très valorisé par le soutien apporté à son épouse et au bébé. La perception de la vulnérabilité du bébé est très importante ce qui l'amène à vouloir être encore plus protecteur et disponible. Il cherche à être un « père idéal » pour son enfant. La vulnérabilité du bébé est compensée par des représentations idéalisées qui l'aident à faire face à la fragilité du bébé. Le papa accorde beaucoup d'importance au toucher dans sa relation avec le bébé et le « peau à peau » est perçu comme étant bénéfique pour chacun. Il semble à certains moments sûr de lui et à d'autres moments, le doute et le questionnement l'envahissent. Il est très attentif et sensible aux besoins du bébé. Cette sensibilité, qui fait partie de sa personnalité, est exacerbée par le contexte de la naissance et de l'hospitalisation.

3.6 Le vécu de la naissance prématurée dans le couple

De manière générale, la maman comme le papa se disent fiers de leur couple et de la façon dont ils ont traversé ces semaines. Ce sentiment positif est lié au fait que la maman s'est sentie très soutenue par le papa et que celui-ci se sent très valorisé d'avoir pu la « *tenir à flot* ». Cependant, nous relevons que le soutien apporté par le papa à son épouse lui a demandé de se forcer à être positif et de garder pour lui certaines difficultés qu'il a rencontrées durant la grossesse. Il ajoute également qu'il a du gérer la culpabilité de la maman et lui répéter à plusieurs reprises qu'elle n'était pas responsable.

Par ailleurs, nous observons que le papa a également ressenti du soulagement après l'accouchement, à l'idée de retrouver son épouse « *un peu plus heureuse* ».

Ensuite, nous soulignons que le papa a remarqué que son épouse, à l'inverse de lui, a besoin d'appeler le service de néonatalogie, tous les matins, pour savoir si le bébé va bien. Selon lui, cette différence vient du fait qu'elle a porté le bébé et qu'ils ont vécu tous les deux dans le même corps. Le papa souligne également leurs différences dans la façon de gérer la situation

(i.e., elle plus impatiente et lui plus dans l'instant présent), ce qu'il considère comme un atout leur permettant de « *former un truc très chouette* ».

4. Présentation des résultats du couple D

4.1 Les parents de Jamal

Les parents de Jamal sont en couple depuis un an. Ils ne vivent pas ensemble et il y a des tensions dans le couple. L'arrivée du bébé a été « une surprise » et la poursuite de leur relation est en suspend actuellement.

Le papa (25 ans) est l'aîné de cinq enfants, il est le seul garçon. Il a vécu dans plusieurs pays d'Afrique jusqu'à ce qu'il arrive clandestinement en Europe à 21 ans. Sa situation n'est pas encore régularisée. Il a fait des études supérieures universitaires, en Afrique de Nord, selon le choix de son père. Ses parents vivent toujours en Afrique et il a toujours des contacts avec eux. Il considère son père comme un exemple. Il n'avait pas encore pris le temps de se demander s'il voulait un jour être papa.

La maman (26 ans) est l'aînée de sa famille, elle a un frère six ans plus jeune qu'elle. Elle est née en Afrique centrale mais est arrivée en Belgique vers l'âge d'un an avec ses parents. Ceux-ci résident toujours en Belgique. Elle a une vision très positive de sa maman et elle a été fort présente après la naissance. Leurs relations sont plus sereines depuis qu'elle vit seule et constate que la naissance du bébé les a beaucoup rapprochées. Elle a fait des études supérieures et elle venait de trouver un travail peu de temps avant de découvrir qu'elle était enceinte.

4.1.1 Le contexte de la naissance

Sans signe avant coureur, l'accouchement a démarré spontanément à 25 semaines de grossesse. La maman a commencé à ressentir des douleurs en fin de soirée. Elle a appelé son compagnon qui travaille la nuit, celui-ci lui a suggéré d'appeler une ambulance. La maman a finalement attendu le matin pour appeler les secours. A son arrivée à l'hôpital, il n'était plus possible de stopper le travail, elle a donc accouché, en l'absence du papa, par voie basse.

4.2 Analyse individuelle de la mère

4.2.1 Le contexte de l'entretien (environ trois semaines après la naissance)

Après avoir préalablement rencontré la maman à l'hôpital, nous avons fixé le rendez-vous et convenu de réaliser l'entretien à l'hôpital dans un bureau attenant au service de néonatalogie.

Pour plus de facilité pour la maman, nous avons profité de sa venue auprès du bébé pour réaliser la rencontre qui a duré environ deux heures.

4.2.2 L'impact de la naissance prématurée sur le discours et processus défensif

Au début de l'entretien, nous observons que l'organisation du discours est à l'image du chaos de la naissance et de la première rencontre avec le bébé (i.e., « *ça part dans tous les sens* »). En effet, les idées se succèdent et la maman parle à la fois de l'apparence physique du bébé, de ses inquiétudes pour l'avenir, de ses craintes quant à la douleur que le bébé pourrait ressentir... De plus, lorsqu'elle relate la nuit qui a précédé la naissance, l'évènement semble encore très présent si bien que la maman ne parvient pas à faire un texte continu et reprend une partie de la conversation qu'elle a eue au téléphone avec le papa.

Dans la suite du discours, nous observons des allers et retours entre les impressions ressenties, l'énonciation des faits et le questionnement concernant l'avenir du bébé. Ce discours décousu semble refléter la difficulté d'intégration des évènements. Ensuite, lorsque la maman évoque l'apparence physique du bébé et ses inquiétudes quant au risque de séquelles, nous relevons une altération de la qualité du discours qui s'observe par de nombreuses hésitations, des répétitions de mots ou encore l'énonciation difficile de mots à connotation négative (e.g., « (...) *une petite...enfin...un...je dirais pas un défaut ...* », « *he bon ses yeux, un peu, he, globuleux* »).

Ensuite, face au conflit suscité par les conditions difficiles de la naissance, elle minimise l'absence du papa à l'accouchement en précisant que le plus important est que « *le bébé soit né et qu'on ait pu le sauver* ». Elle ajoute qu'elle a eu de la chance car le bébé aurait pu naître à la maison. Ensuite, nous observons que l'angoisse de perte reste très présente. Il nous semble que celle-ci se manifeste, à certains moments, par l'annulation des faits positifs observés chez le bébé. Ainsi, lorsqu'elle se réjouit des bonnes nouvelles pour le bébé, elle se reprend en disant : « *je suis consciente que c'est au jour le jour* ».

Malgré l'importance du conflit intrapsychique lié à la naissance et à la vulnérabilité du bébé, l'accès aux représentations et aux émotions est possible. Cependant, nous remarquons que la maman cherche à se protéger de la réalité et à éviter le conflit interne provoqué par les évènements. En effet, elle explique qu'elle tente de « *se détacher du monde médical* » lorsqu'elle se rend à l'hôpital pour « *juste retrouver son petit bébé* » et qu'elle évite de poser des questions aux médecins car elle a peur « *d'avoir une mauvaise nouvelle* ». Par ailleurs, nous observons une forme de « fuite en avant » caractérisée par le fait qu'elle « *se concentre*

sur le futur » qui sera concrétisé par la sortie de l'enfant. Cette fuite semble lui permettre d'éviter la confrontation à la réalité.

4.2.3 Les représentations de soi en tant que mère en lien avec la naissance prématurée

Nous soulignons que la période pendant laquelle la maman a pu effectuer un travail sur ses représentations en tant que mère a été particulièrement courte (i.e., la découverte de la grossesse ayant eu lieu à 12 semaines et la naissance à 25 semaines, le vécu de la grossesse est d'environ 3 mois). Cependant, l'accès aux représentations est possible. Certaines représentations semblent s'être construites en lien avec sa personnalité, le fait de s'occuper de son petit frère lorsqu'elle était enfant et le modèle familial dont elle se distancie. Par exemple, étant de nature « *blagueuse* », elle veut pouvoir « *rigoler* » avec ses enfants tout en étant sérieuse. Ensuite, nous observons qu'elle se pose beaucoup de questions et que certaines représentations sont en construction. En effet, elle envisage certains changements dans sa vie comme le fait d'être plus sévère avec elle-même pour être plus organisée et ainsi gérer l'éducation de son fils. Enfin, nous constatons que certaines représentations sont remises en question par la naissance prématurée. Ainsi, alors qu'elle ne se voit pas comme une « mère poule », elle se demande si les besoins spécifiques de son enfant ne l'amèneront pas à l'être plus qu'elle ne le pensait.

Ensuite, nous observons que la rapidité de l'accouchement et le risque réel de décès de l'enfant ont empêché qu'elle se sente « maman » après la naissance. En effet, elle ne voulait pas être appelée « maman ». Par la suite, le sentiment d'être maman est apparu une fois que le bébé a été posé sur elle, deux jours après la naissance.

Sa satisfaction dans son rôle de mère est faible car elle ne sait pas si elle « *fait bien les choses* » ni si elle en fait suffisamment. Par ailleurs, elle se culpabilise si elle ne reste pas longtemps au chevet du bébé lorsqu'elle prend un peu de temps pour elle. Elle pense également qu'elle n'est pas vraiment une maman parce qu'elle n'est pas seule face au bébé comme elle le serait à la maison.

De manière plus générale, la maman est interpellée par les modifications de sa façon d'être depuis la naissance. En effet, alors qu'elle est très sociable, elle se replie sur elle-même depuis la naissance, préférant les messages aux conversations téléphoniques et aux visites à l'hôpital. De plus, elle n'ose pas poser des questions aux médecins alors que, d'habitude, elle est entreprenante. Cependant, elle considère qu'elle « *se sent de mieux en mieux* » en comparaison des premiers jours durant lesquels elle « *ne se sentait vraiment pas bien* ».

4.2.4 Les représentations de l'enfant

Pendant la grossesse, la maman, avec le papa, s'imaginait à qui l'enfant allait ressembler physiquement et elle précise que les échographies ne correspondaient pas à l'image qu'elle avait du bébé.

Au moment de l'accouchement, elle n'était pas en mesure de se représenter le bébé tellement la douleur était forte. Elle explique qu'elle avait une « *image d'elle déchirée* » et qu'elle avait l'impression qu'elle « *n'allait pas survivre* ».

Après l'accouchement, avant le transfert du bébé vers les soins intensifs, elle explique avoir été « *choquée par sa taille* » et elle le décrit comme étant « *tout petit et fragile* » (i.e., environ 500 gr). Par la suite, afin de minimiser la confrontation à l'apparence physique du bébé, la maman le compare à un « *petit écureuil, avec sa petite tête et ses petites joues* », ce qui semble l'attendrir et l'aider dans son approche du bébé. Après cette référence positive, elle parvient à évoquer le versant plus négatif de la description de l'enfant : « *ses yeux globuleux* » qui l'impressionnent, sa difficulté à savoir si son apparence était normale ou pas et son doute sur sa capacité « *à grandir comme les autres enfants* ». Elle parvient également à dire qu'elle le trouvait « *laid au départ* ».

Petit à petit, elle « *commence à s'habituer* » au bébé et elle « *est surprise de l'aimer comme il est* ». Cependant, il nous semble qu'elle reste ambivalente par rapport à son apparence physique. En effet, elle a décidé de stopper les visites de ses amis en précisant qu'elle « *n'est pas à l'aise* » qu'ils le voient « *comme ça* ».

Ensuite, malgré la vulnérabilité du bébé, elle le décrit comme actif, sociable et réceptif car « *il réagit quand on met sa main* ». Elle le perçoit comme entreprenant car il montre qu'il n'est pas content quand on lui fait un soin mais elle le décrit comme facile et pacifique parce « *qu'il ne se débat pas* ». Elle le voit également comme intelligent car il reconnaît les voix et sa chanson. Par ailleurs, elle ne parvient pas à dire s'il est triste en comparaison au fait « *qu'il est quand même vivant* » et elle se sent en difficulté pour ressentir ses émotions. Cependant, elle peut percevoir qu'il est peureux quand elle part et plutôt rassuré quand elle est auprès de lui. Enfin, l'apparence très étrange du bébé la met en difficulté pour trouver des ressemblances. Néanmoins, elle a le pressentiment qu'il ressemblera au père du bébé, ce qui semble être rassurant face à l'étrangeté de son enfant.

4.2.5 La relation à l'enfant

Durant les deux premiers jours qui ont suivi la naissance, l'angoisse de perte était tellement importante qu'elle a mis une distance entre elle et le bébé pour se protéger et elle n'a pas

voulu être appelée « maman ». Une fois l'état de santé du bébé stabilisé et après l'avoir eu en « peau à peau », elle a pu davantage investir le bébé, « *l'aimer comme il est* » et « *y être de plus en plus attachée* ». Il semble que ses mouvements d'investissement vers le bébé aient été également soutenus par le mouvement réciproque du bébé envers elle. En effet, elle explique avec enthousiasme que le bébé « *prend sa main avec ses petits doigts* » quand elle met sa main sur la sienne.

Afin d'être capable de quitter le bébé le soir, elle explique parvenir à « *s'en détacher* ». Elle établit un lien entre sa capacité à désinvestir le bébé et le fait qu'elle ne puisse « *pas tout le temps le porter* » comme si, nous semble-t-il, la réduction des contacts physiques diminuait son attachement. Néanmoins, elle explique que les séparations sont de plus en plus difficiles et qu'elle ne veut pas que les séances de « peau à peau » se terminent. Elle ajoute qu'elle a besoin de laisser une peluche avec son odeur dans la couveuse pour assurer une continuité de sa présence auprès de l'enfant. Il nous semble, comme le suggèrent Cognet et Du Peuty (2013) que la maman a manqué de temps pour construire une trace interne du bébé permettant de gérer la séparation. Nous pensons que ce travail est d'autant difficile que la perception de la présence du bébé in utero en tant qu'objet interne a été très courte. Ensuite, la maman souligne que la fragilité de la peau du bébé et la cicatrice dans son dos, suite à une intervention chirurgicale au niveau cardiaque, diminuent les possibilités de toucher le bébé. De ce fait, la maman a l'impression de perdre des moments précieux avec lui. De plus, lorsqu'elle « remplace » le toucher par la parole ou le chant et qu'une infirmière rentre dans la chambre, elle ressent une gêne et se tait directement. L'ensemble de ces éléments semble contribuer à lui donner l'impression qu'elle « *n'en fait peut-être pas assez pour son bébé* ». De plus, elle a tendance à minimiser l'impact de ses interactions. En effet, lorsqu'elle chante à son bébé la chanson qu'elle a inventée pendant la nuit de l'accouchement, elle pense qu'il est réceptif à l'air puis elle se dit qu'il est peut-être « seulement » réceptif à sa voix.

Enfin, la perception de l'équipe médicale est complexe : elle est un guide pour les soins, elle rassure mais elle est aussi un frein au moment intime et de proximité avec le bébé notamment lorsqu'elle chante.

4.2.6 Le vécu émotionnel

La maman décrit l'accouchement comme un « *moment bizarre* ». Elle est face à l'inconnu, elle sentait tous les regards portés sur elle et ne pouvait rien dire. Ce moment a aussi été particulièrement difficile car elle s'est rendue compte qu'elle allait accoucher, par voie basse, sans la présence du papa.

Elle décrit avoir ressenti beaucoup de joie et de tristesse ainsi que de la peur. Elle rapporte également avoir ressenti de la colère ainsi que de la honte à l'idée d'avoir fait quelque chose de mal et se demandant comme les autres la perçoivent. Elle se sent aussi coupable de ne pas avoir pu gérer la grossesse et parle même d'une forme de dégoût car elle aurait voulu que les choses se passent autrement. Elle ajoute également qu'elle est très anxieuse et qu'elle a peur de ne pas pouvoir supporter de graves complications car elle ne sait pas comme elle pourra gérer un enfant avec un handicap.

De manière générale, elle oscille, par vagues, entre les différentes émotions et ne reste jamais longtemps à pleurer.

4.3 Synthèse de l'analyse individuelle de la mère

Le choc de la naissance et la confrontation au bébé extrêmement prématuré (i.e., 25 semaines de grossesse) ne semble pas encore intégrée et la qualité du discours est altérée lors de l'évocation de l'enfant. Pour faire face au conflit suscité par les conditions de la naissance et la vulnérabilité du bébé. De plus, elle a tendance à la minimisation, voire à l'annulation des faits positifs, elle « *se détache du monde médical* » et se concentre sur la sortie de l'enfant.

Sa représentation en tant mère est possible et encore en construction. Elle n'a pas pu être appelée « maman » dans les premiers jours. Sa satisfaction dans son rôle de mère est faible, elle a l'impression de ne pas en faire assez. Son estime d'elle-même tant vers un mieux. Sa représentation de l'enfant est assez positive mais la confrontation à l'apparence physique est difficile et a nécessité un temps d'adaptation. L'angoisse de perte étant très importante, une mise à distance de l'enfant a été nécessaire et l'investissement du bébé a été possible une fois son état de santé stabilisé. Elle justifie sa capacité à s'en détacher par le fait qu'elle ne peut pas le porter. En même temps, il semble que le statut du bébé semble se modifier et qu'une trace interne de l'enfant se construit. La relation avec l'enfant est rendue complexe par la fragilité du bébé qui réduit les contacts physiques que la maman tente de compenser par la parole et le chant.

4.4 Analyse individuelle du père

4.4.1 Le contexte de l'entretien (quatre semaines après la naissance du bébé)

Après avoir préalablement rencontré le papa à l'hôpital, nous avons fixé le rendez-vous en fonction de son jour de visite à l'hôpital et de ses horaires de travail. La rencontre a eu lieu environ une semaine après celle de la maman, dans un bureau attenant au service de

néonatalogie. L'entretien a duré environ une heure et demi. Nous savions que le temps disponible était limité et nous avons décidé de ne pas reprendre la question sur le projet de vie qui avait déjà été développée par la maman.

4.4.2 L'impact de la naissance prématurée sur le discours et processus défensif

De manière générale, nous observons que le rythme du discours est lent et que la voix du papa est assez basse. Nous apprendrons au cours de l'entretien que le papa est de nature taiseuse. Nous pensons donc que certaines altérations du discours comme les hésitations et les pauses au milieu des phrases peuvent être expliquées par ce tempérament. Toutefois, nous pouvons relever, tout au long de l'entretien, d'importantes difficultés d'élaboration du discours ou d'accès aux représentations en fonction des thèmes abordés.

Tout d'abord, nous observons, lors du FMSS, que le papa parle des changements dans sa vie suite à la naissance, mais qu'il ne peut décrire le bébé. Il nous semble que cette impossibilité à parler spontanément du bébé vient témoigner de la précocité de la confrontation à l'enfant alors que le papa intégrait progressivement son nouveau rôle et les changements identitaires associés. En effet, il parle d'un effet de « *surprise* » et du fait « *qu'il apprend à être papa* ». Le seul descripteur qu'il utilise est « *ma perle rare* » qui fait référence à ce que le bébé représente pour lui. Dans la suite de l'entretien, les descripteurs utilisés sont également en lien avec le sens que le bébé donne à sa vie (i.e., « *c'est ma raison d'être là* ») et au combat mené par le bébé pour vivre (i.e., « *c'est un combattant* »). Ces dernières représentations semblent accessibles car elles permettraient d'atténuer la confrontation à la vulnérabilité du bébé.

Ensuite, nous relevons une dégradation de la qualité du discours marquée par de nombreuses hésitations (e.g., « *je ...j'étais pas...je dis* »), des répétitions de mots ou de morceaux de phrases. Cette dégradation du discours est présente lorsque le papa relate la nuit précédant la naissance et les premiers moments à l'hôpital ainsi que la difficulté pour ses parents de comprendre et d'accepter ses choix de vie. Il en est de même lorsqu'il explique qu'il ne peut donner son nom à son fils. De plus, nous observons quelques arrêts nets dans la phrase lorsqu'il s'agit de prononcer les mots « naissance » ou « couveuse ».

Enfin, nous mettons en évidence une tendance au refus lorsque le papa ne parvient pas à développer ses réponses pour décrire le bébé car il estime ne pas le connaître suffisamment il est en de même lorsqu'il se décrit en tant que père car il n'aime pas parler de lui. De plus, la construction de ses représentations est en cours. Cependant, il peut développer de longues réponses à propos de son passé, de son propre père et de son parcours de vie. Cet

investissement narcissique pourrait être une manière de faire face à la menace d'effondrement suscitée par le chaos de la naissance prématurée.

4.4.3 Les représentations de soi en tant que père en lien avec la naissance prématurée

Dès le début de l'entretien, le papa se décrit comme étant en apprentissage de son nouveau rôle de père. Il met également en avant les changements identitaires engendrés par l'arrivée, non planifiée, d'un enfant dans sa vie. (i.e., « *ma vie est en train de changer* », « *il me rend responsable* »). La construction identitaire paternelle complique l'accès aux représentations et se traduit par une description limitée à un papa « *dévoué* », tentant d'être « *le meilleur papa* ». De plus, cet exercice nous semble d'autant plus difficile qu'il n'avait jamais pensé être papa lorsqu'il était plus jeune. Néanmoins, il peut se référer à son propre père qu'il considère « *un peu comme exemple* » et qu'il a tendance à idéaliser. Il ne lui voit que des qualités (e.g., « *il a toujours été présent aux moments importants* », « *il m'a donné une bonne éducation* »). Cependant, au cours de l'entretien, le papa est plus nuancé et précise qu'il a du prendre ses distances par rapport à son père qui voulait lui imposer ses propres choix de vie. Ce mouvement d'indépendance l'a amené à quitter clandestinement le pays pour venir en Europe et ne plus entrer en contact avec lui pendant 2 ans.

Par ailleurs, nous observons que le papa a besoin d'inscrire son fils dans l'histoire familiale en lui donnant plusieurs prénoms appartenant à des membres de la famille. Le sens donné à ces prénoms a d'autant plus d'importance que le papa n'a pas pu donner son nom de famille à son fils à cause de son absence de statut légal en Belgique. Dès lors, nous constatons que le besoin d'affiliation est majeur pour qu'il se sente exister en tant que père (i.e., « *sinon c'est comme si c'était pas mon fils* », « *c'est comme si j'existais pas* ») surtout qu'il confère à son fils un rôle important dans sa vie, celui de le « *ramener sur le droit chemin* ».

Enfin, nous soulignons que l'estime de soi est variable en fonction de l'état de santé du bébé et que les vagues d'évolution et de régression du bébé sont vécues douloureusement.

4.4.4 Les représentations de l'enfant

Pendant la grossesse, le papa, en association avec la maman, s'imaginait comment il allait être, à qui il allait ressembler. Le papa étant lui-même métis (i.e., Afrique du Nord et Afrique de l'Ouest), les représentations étaient alimentées par un support d'images de bébé métis consultées sur internet.

Quand le papa a pris conscience que l'accouchement avait eu lieu à son arrivée à l'hôpital, il explique ne plus avoir eu d'image mais des pensées et des réflexions sur la façon dont le bébé allait grandir.

Ensuite, nous observons que le papa ne peut décrire le bébé au niveau physique. Il le décrit à l'aide de son prénom et de qualificatifs qui symbolisent le rôle de l'enfant pour son père (i.e. « *ma perle rare* », « *mon trésor* »). Il évoque également des représentations faisant référence au combat de l'enfant pour vivre (i.e., « *c'est un combattant* », « *c'est un résistant* »). L'accès à ces représentations idéalisées semble permettre au papa de faire face à la vulnérabilité du bébé et lui donner de la force pour affronter la réalité de cette naissance extrêmement prématurée. Il ajoute également que le bébé est sa « *raison d'être là* » car il avait envisagé de quitter la Belgique juste avant d'apprendre l'existence de la grossesse.

Lorsqu'il s'agit de décrire l'enfant par l'intermédiaire des descripteurs proposés par l'entretien R, le papa ne se sent pas apte à se prononcer sur la sociabilité, et les capacités d'interactions du bébé. Il explique qu'il ne connaît pas suffisamment le bébé. Il nous semble que cette difficulté peut également être le reflet du manque de réactivité du bébé que le papa ne peut exprimer directement. Par contre, il le voit comme étant intelligent car il pense qu'il reconnaît leurs voix et qu'il est affectueux car le bébé prend le doigt quand le papa met ses mains dans la couveuse. Ensuite, nous remarquons qu'il peut accéder à des représentations à connotation négative lorsqu'il le décrit comme « *très agité* » et un peu agressif quand il « *cherche à retirer les fils* ».

4.4.5 La relation à l'enfant

Après avoir vu le bébé en néonatalogie avec la maman, le papa n'était pas très confiant pour l'avenir du bébé malgré le discours rassurant des médecins. Après quelques jours, il est revenu le voir et ce n'est qu'après plusieurs visites qu'il a pu être davantage rassuré et investir le bébé.

La relation au bébé semble être essentiellement unidirectionnelle dans le sens où le bébé apporte au papa « *sa raison de vivre* », lui permet de devenir « *responsable* » et de « *revenir sur le droit chemin* ». De plus, lors des séances de « *peau à peau* », le papa fait uniquement référence à son ressenti en précisant qu'il se sent apaisé, comme si « *plus rien n'existait* » pour lui. Ensuite, nous remarquons qu'au fur et à mesure des visites, le bébé semble davantage « *construire* » le père car il se décrit comme étant « *plus rassuré* », « *sa joie augmente* » et il « *sent un truc nouveau* » à chaque fois.

Ensuite, nous observons que les premiers mouvements du papa vers le bébé sont rendus compliqués par la fragilité de la peau et la présence des tubes (i.e., « *j'avais surtout peur de toucher quelque chose qui pourrait créer un problème* »). Dans ce contexte de peur, le papa utilise le terme « *chipoter* » lorsqu'il met ses mains dans la couveuse et qu'il touche le bébé. Il ajoute aussi « *la douleur de se trouver devant son fils* » et de ne pouvoir le toucher surtout qu'il ne peut « compenser » cette limitation de contact en lui parlant car il n'est « *pas très bavard* ». Par ailleurs, le papa parvient à poser des actes pour le bébé. En effet, il explique qu'il peut l'aider à se calmer et qu'il n'a pas besoin d'utiliser les paramètres de l'écran pour le vérifier.

Enfin, nous constatons que la présence de l'équipe médicale est décrite comme rassurante et aidante.

4.4.6 Le vécu émotionnel

Lorsqu'il a vu le bébé pour la première fois, il a pleuré alors qu'il est d'habitude très réservé. Il a été très surpris par ce flot d'émotions qu'il ne pouvait pas contrôler (i.e., « *c'était naturel* », « *c'est venu tout seul* »).

Les émotions les plus fortes qu'il a ressenties sont « *l'amour, la peur et le bonheur* », il associe l'anxiété et la peur liée aux conditions de sa naissance. Il décrit aussi avoir ressenti beaucoup de joie et de fierté. Par contre, la tristesse, la colère, le dégoût et la honte ne sont pas présents. Par ailleurs, il se sent tout de même coupable mais cette culpabilité est en lien avec l'instabilité de sa relation avec la maman.

Nous soulignons également que le papa explique avoir peur de venir rendre visite à son fils à l'idée qu'on lui annonce une mauvaise nouvelle. Cette peur est telle qu'à certains moments il préfère téléphoner plutôt que de venir. Ainsi, il pense avoir le temps de « *se faire à l'idée le temps du trajet* ». Enfin, nous constatons que l'impossibilité administrative de donner son nom à son fils est source d'une importante blessure narcissique (i.e., « *ça m'a fait beaucoup de mal* », « *c'est injuste en fait* », « *j'ai pleuré encore cette fois-là* »).

4.5 Synthèse de l'analyse individuelle du père

La difficulté principale de papa se situe au niveau de la confrontation trop précoce au bébé par rapport à sa construction identitaire paternelle. Face au conflit suscité par cette naissance, le papa a recours à l'idéalisation, à la tendance au refus et également à l'investissement narcissique en référence à son passé et son parcours de vie. Les représentations en tant que père sont limitées et son existence comme papa est également mise à mal par l'impossibilité

de donner son nom à son fils en raison de statut non régularisé, ce qui constitue une importante blessure narcissique. Par ailleurs, l'estime qu'il a de lui-même est variable en fonction de la fluctuation de l'état de santé de l'enfant. La vulnérabilité du bébé et son apparence physique empêchent l'accès direct à l'enfant qui ne peut être décrit physiquement. La représentation de l'enfant est centrée sur le sens que le bébé a pour lui dans un mode relationnel essentiellement unidirectionnel, dans lequel le bébé semble « construire » le père. Les représentations qui sont accessibles idéalisent l'enfant en tant que combattant mais la fragilité du bébé rend les contacts physiques difficiles ce qui complique la relation du papa envers son bébé car il lui est difficile de lui parler. De plus, ses visites à l'hôpital sont réduites et elles génèrent beaucoup de peur à l'idée d'avoir une mauvaise nouvelle de sorte qu'il préfère téléphoner au service.

4.6 Le vécu de la naissance prématurée dans le couple

L'arrivée du bébé dans la vie du couple remet beaucoup de choses en questions. Alors qu'ils se connaissent depuis un et qu'il y a beaucoup de tensions entre eux, ils se retrouvent parents beaucoup trop tôt, « *mis dans le bain* » brusquement. La maman a été envahie par le doute, se demandant si le papa allait « *accepter* » le bébé. Ensuite, elle s'est interrogée sur la nécessité de réfléchir à leur couple maintenant ou attendre de voir comment la santé du bébé va évoluer. Sa préoccupation pour la survie de leur couple et la place de leur enfant en cas de séparation est très importante. De son côté, le papa se dit « *préoccupé* » par le bébé et pense maintenant pour « *trois* ». Il souhaite également être intégré aux prises de décisions concernant leur enfant. Il semble que chacun cherche à s'ajuster à sa nouvelle fonction au sein du couple. Par ailleurs, la maman sait que le papa sera présent pour elle si elle en a besoin. Elle s'inquiète également à l'idée que le papa « *se sente à l'écart* » puisqu'il ne peut pas venir rendre visite au bébé tous les jours. La place du papa auprès de l'enfant semble d'autant plus compliquée que le bébé porte le nom de la maman.

5. Présentation des résultats du couple E.

5.1 Les parents de Lore

Les parents de Lore sont en couple depuis une dizaine d'années et se sont rencontrés lorsqu'ils étaient étudiants, ils ont tous les deux réalisés des études supérieures universitaires. Ils se sont mariés récemment. Indépendamment de leur souhait commun d'avoir des enfants

ensemble, chacun a toujours souhaité devenir parent. L'arrivée de leur premier enfant s'inscrit dans leur projet de vie et a été murement réfléchi.

Le papa (31 ans) est le second d'une famille de deux enfants. La relation avec ses parents est décrite comme très positive. Il précise qu'il est le plus proche de son père « *en termes de dialogue* » et que le contexte de la naissance a augmenté leur contact et intensifié leur relation.

La maman (29 ans) dont les parents se sont séparés lorsqu'elle était enfant, a une demi-sœur qui est beaucoup plus jeune qu'elle et dont elle s'est occupée comme « *une seconde maman* ». La relation avec sa mère est complexe et difficile depuis l'enfance. Les réactions de sa mère à la naissance l'ont conduite à rompre les contacts afin de se protéger. Cependant, elle a de bonnes relations avec son papa.

5.1.1 Le contexte de la naissance :

Dans la nuit qui a suivi leur retour de vacances, l'état de santé de la maman s'est subitement dégradé. Suite à une éclampsie (i.e., crise convulsive généralisée de la femme enceinte dans un contexte d'hypertension gravidique) qui a nécessité l'intervention du SMUR au domicile des parents, l'accouchement a eu lieu en urgence, par césarienne à 29 semaines de grossesse. Le pronostic vital était engagé tant pour la maman que pour l'enfant qui a été pris en charge dans un autre hôpital où la maman a pu être transférée une fois son état stabilisé.

5.2 Analyse individuelle de la mère

5.2.1 Le contexte de l'entretien (trois semaines et demi après la naissance)

Comme nous l'avions convenu à la fin de la rencontre avec le papa, l'entretien a eu lieu au domicile, quatre jours après celui du papa. Nous avons convenu du moment de rendez-vous en fonction de ses visites auprès du bébé. La rencontre a duré environ 2h50, la maman n'a pas eu conscience de la durée de l'entretien malgré la fatigue ressentie.

5.2.2 L'impact de la naissance prématurée sur le discours et processus défensif

Dès le début de l'entretien, nous observons que l'accès aux représentations est aisé et que le rythme du discours est soutenu. Chaque élément rapporté est inscrit dans son contexte et abordé de manière détaillée et avec enthousiasme. Nous soulignons également que l'évocation d'évènements du passé de la maman sollicitée par l'entretien R (i.e., la relation difficile avec sa propre mère et son parcours de vie jusqu'au début de l'âge adulte) génère un important travail de réflexion et de mise en relation avec le présent. Nous pouvons rapprocher ces

éléments de la période de la « transparence psychique » (Bydlowski, 1991), particulièrement présente au cours du second trimestre de la grossesse, période qui correspond au moment de l'accouchement de la maman. Il nous semble également que ce travail d'élaboration lui a probablement permis de donner du sens aux événements qu'elle a traversé pendant les trois semaines qui ont suivi la naissance.

Concernant la qualité d'élaboration du discours, nous observons que celle-ci se dégrade lorsque la maman évoque les premiers moments après la naissance et sa décision de mettre fin aux relations avec sa propre mère. Ainsi, nous observons la présence de nombreuses hésitations et répétitions d'idées et de mots (e.g., « ça, ça, ça, ça... »), la fin abrupte de certaines phrases par « ... *enfin voilà* » ou encore la présence de petits rires après l'évocation d'émotions négatives ressenties. Cette altération du discours semble témoigner à la fois de l'effraction causée par la brutalité de la naissance et du bouleversement que suscite la rupture avec sa propre mère au moment de la naissance. Par ailleurs, nous remarquons notre interpellation régulière par la maman (i.e., « *vous voyez ce que je veux dire* ») lorsqu'elle évoque des événements complexes de son passé. Ces interpellations semblent assurer une fonction d'étayage face au conflit généré par ces contenus.

Concernant le conflit intrapsychique engendré par la naissance prématurée, nous observons une ambivalence lors de l'évocation des représentations de l'enfant. En effet, celles-ci sont premièrement positives et idéalisées (e.g., « *douce, belle, curieuse...* ») puis, dans un second temps, plus nuancées, témoignant de la difficile confrontation à la réalité (e.g., « *elle a une drôle de frimousse* », « *quand ça naît, c'est un peu Allier* »). Nous observons également une difficulté à se décrire spontanément en tant que maman qui se traduit par une tendance au refus (i.e., « *c'est tout nouveau* », « *c'est difficile...* ») et par un manque de fluidité dans le discours (e.g., « *mais, mais, he, mais...* »).

5.2.3 Les représentations de soi en tant que mère en lien avec la naissance prématurée

L'accès aux représentations en tant que mère est de prime abord difficile. En effet, comme elle le précise, ce travail la confronte directement au potentiel écart entre ce qu'elle est et ce qu'elle voudrait être. De plus, nous observons que « se représenter maman » implique de se différencier de sa propre mère suite à la peur de reproduire, avec sa fille, la relation qu'elle a eue avec elle. En opposition à la place que sa mère a eue pour elle, elle définit le rôle de parent en termes de « *protéger son enfant et le laisser passer avant le reste* », ainsi qu'« *avoir une vraie présence auprès de sa fille en tant qu'individu à part entière* ». Avant et pendant la grossesse, la réflexion autour de son rôle de maman avait déjà été réalisée mais la naissance

prématurée l'a confrontée plus rapidement à cette réalité. Nous ajoutons que sa représentation en tant que mère s'est aussi construite grâce à des figures maternelles rencontrées à différents moments de sa vie (i.e., les mamans de deux amies d'enfance et une professeure rencontrée à la fin de ses études secondaires).

Par la suite, elle se décrit comme « *prévenante, soutenance et particulièrement inquiète* ». Nous constatons également que la naissance prématurée vient exacerber son tempérament inquiet. En effet, elle exprime qu'elle est « *absolument terrorisée* » par ce qui leur arrive. Elle se décrit également comme satisfaite de son rôle de mère tout en le considérant comme difficile. De plus, elle ajoute qu'elle se voit comme affectueuse, mère-poule, cadrant et donnante. Par ailleurs, nous observons que ses traits personnels ne semblent pas impactés par la naissance prématurée et qu'elle se décrit comme « *se sentant solide* » pour devenir maman.

5.2.4 Les représentations de l'enfant

Pendant la grossesse, elle s'est très vite fait une représentation de son bébé comme « *une petit graine de sésame* ». Puis, avec son mari, ils ont imaginé à qui leur fille ressemblerait. Cependant, elle précise que ses propres images se sont construites à partir du moment où elle a senti les premiers mouvements du bébé. Ensuite les échographies ont donné un caractère plus « *rationnel* » et « *réel* » aux représentations.

Etant inconsciente au moment de l'accouchement, la transition entre les représentations du bébé « imaginé » et celles du bébé « réel » a eu lieu au moment de sa première visite aux soins intensifs, environ 12h après la naissance alors qu'elle venait de prendre conscience que son bébé n'était plus dans son ventre. Elle décrit avoir pu comprendre qu'il s'agissait de son bébé mais que cela lui paraissait « *tellement bizarre* ». Ensuite, les représentations évoquées sont alternativement positives et négatives. En effet, elle décrit spontanément sa fille comme « *douce et belle* » puis, ambivalente, se reprend pour ajouter qu'elle est de « *plus en plus belle* » car elle « *se remplume* » et sa couleur change. Elle précise également que « *c'est quand même surprenant d'avoir un si petit bébé (...) même si elle est complète et tout ça, c'est pas les traits d'un bébé à terme* ». Par la suite, la représentation est davantage idéalisée, centrée sur ses capacités de communication, son éveil, sa curiosité et son engagement (i.e., « *... je la trouve engagée en fait dans sa propre vie...* »). Elle l'a trouvée également « *facile compte tenu de tout ce qu'on lui demande* » et intelligente (i.e., « *adaptée à son nouveau milieu* »). Ces représentations lui permettraient ainsi de faire face à la vulnérabilité du bébé.

Nous constatons également que, durant les premiers jours, la maman percevait sa fille comme « *anxieuse* » ou « *paniquée* », probablement en miroir de ses propres émotions. De plus, elle semble être en difficulté à l'idée que sa fille puisse être triste ou soucieuse.

Par ailleurs, elle fait référence aux sensations corporelles durant la grossesse en soulignant que sa fille est « *tonique* » comme elle l'était in utero et qu'elle se surprend à avoir l'impression qu'elle est encore dans son ventre. Ces sensations, que nous rapprochons des observations de Cognet et Du Peuty (2013), associées au fait que son corps ne porte quasi plus aucune trace de sa maternité, semblent augmenter son sentiment d'étrangeté face à la situation. Ainsi, la brutalité de la naissance et l'absence de trace mnésique de l'accouchement semblent perturber le passage du bébé de l'objet interne vers l'objet externe.

5.2.5 La relation à l'enfant

La maman explique que l'entrée en relation avec le bébé s'est produite en plusieurs étapes. Tout d'abord, elle était habitée par la crainte de ne pas s'attacher à son bébé. Cette crainte s'inscrit dans le contexte de son réveil après la césarienne (i.e., « *ça a tellement été brutal de me réveiller et de comprendre qu'elle n'était plus là* ») et de sa représentation d'un accouchement « normal » lors duquel le bébé est posé immédiatement sur la maman, déclenchant ainsi l'amour immédiat pour le bébé. Ensuite, elle explique que cette peur a disparu lorsqu'on lui a posé le bébé sur elle, lors du premier « peau à peau ». A ce moment, elle s'est sentie connectée à son bébé et rassurée. Durant les trois premiers jours, la maman se décrit comme étant confuse et dépourvue de son ressenti ce qui semble avoir réduit sa capacité à être proactive envers sa fille. Son aptitude à aller vers son bébé semble être venue lorsqu'elle s'est sentie à l'aise avec elle-même.

Ensuite, nous observons que la montée de lait, inattendue et rassurante, a contribué à inscrire la maman dans la normalité. C'est lors de la première tétée de contact qu'elle a ressenti une connexion particulière avec son bébé (i.e., « *c'est vraiment maman-bébé* »). Elle ajoute qu'elle s'est particulièrement investie dans le fait de tirer son lait. Les séances de « peau à peau » sont perçues comme « *réconfortantes* » pour la maman mais elle ne les considère pas comme l'ultime moyen d'être en communication avec son bébé, au point qu'elle se sent tout à fait satisfaite de la voir dormir apaisée dans sa couveuse sans la prendre sur elle. Nous suggérons que cette attitude d'observatrice permet probablement à la maman d'intégrer la présence de sa fille hors de son ventre.

Elle souligne que le change, le chant, le toucher ou le bain sont aussi des moyens d'entrer en contact avec le bébé et précise que la présence de l'équipe médicale est soutenante et ressentie comme une sorte de guide dans les soins à l'enfant.

5.2.6 Le vécu émotionnel

Suite au risque mortel présent lors de l'accouchement, la maman a pris conscience qu'elle et sa fille ont eu beaucoup de chance. Ce sentiment lui a permis à la fois de relativiser certaines choses (e.g., l'importance accordée à son travail) et de ne plus « *passer à côté de l'essentiel* ». C'est en sens qu'elle a pris la difficile décision de « *prendre ses distances nettes* » avec sa maman. Cette décision prise dans le contexte traumatique de la naissance semble particulièrement fragiliser la maman qui se décrit comme ayant un tempérament anxieux. Elle ajoute que l'anxiété est présente à chaque instant, craignant un appel de l'hôpital pour un problème concernant le bébé et sa plus grande peur est le décès de sa fille. Malgré tout, elle précise avoir ressenti de la joie, de la fierté et de la curiosité (i.e., elle pose beaucoup de questions et veut comprendre). Cependant, elle se dit un peu triste car elle doit faire le deuil d'une fin de grossesse et d'un accouchement classique. Par ailleurs, elle a tendance à minimiser son travail de deuil car elle considère que l'essentiel est qu'elle et sa fille soient vivantes. Elle ajoute que, ni la colère, ni la culpabilité ne sont présentes car elle estime qu'aucune faute n'a été commise.

Globalement, les émotions sont un peu toutes présentes avec des hauts et des bas mais l'anxiété est décrite comme permanente.

5.3 Synthèse de l'analyse individuelle de la mère

La maman a fourni, lors de l'entretien, un important travail de réflexion et de d'élaboration autour de la naissance, de sa vie et de ses relations difficiles avec sa mère. Nous rapprochons cette dynamique de la période de transparence psychique (Bydlowski, 1991). Cependant, l'intégration des premiers moments qui ont suivi la naissance et la décision de rupture avec sa mère restent difficiles à intégrer. Pour faire face au conflit suscité par ces contenus, elle a essentiellement recours à la minimisation, une tendance refus, l'idéalisation et elle nous interpelle régulièrement. L'accès aux représentations qu'elle a d'elle-même est difficile car il s'inscrit notamment dans les difficultés relationnelles avec sa propre mère. Elle se définit en opposition avec le modèle offert par celle-ci. Les représentations de l'enfant sont à la fois positives et négatives ce qui témoigne de son ambivalence par rapport à l'enfant. Ensuite les représentations sont idéalisées. La confrontation au bébé a été brutale, sans trace mnésique de

l'accouchement ce qui semble rendre complexe la perception de l'enfant hors du ventre maternel. La relation à l'enfant a été retardée par la période de confusion qui a suivi la naissance mais le premier « peau à peau » a permis de connecter la maman à son bébé ensuite la relation a été davantage ancrée suite à la montée de lait et la tétée de contact.

5.4 Analyse individuelle du père

5.4.1 Le contexte de l'entretien (trois semaines après la naissance)

Les premiers contacts téléphoniques ont été établis avec le papa qui a proposé de réaliser les deux entretiens, le même jour. Il a choisi de faire les entretiens à leur domicile, entre les deux moments qu'ils passent à l'hôpital auprès du bébé. L'entretien ayant duré environ 2h45, il a été nécessaire de reprogrammer l'entretien de la maman quelques jours plus tard.

5.4.2 L'impact de la naissance prématurée sur le discours et processus défensif

Globalement, nous observons que le discours est clair, qu'il ne présente pas d'altération majeure et que l'accès aux représentations est spontané. Nous relevons que l'entretien est long et dense. En effet, les réponses sont longues, détaillées, avec certaines digressions. De plus, les éléments rapportés sont replacés dans leur contexte et reliés à l'histoire de vie du papa principalement autour de l'héritage reçu de ses parents, la relation avec son épouse et le projet de « devenir père ». Nous suggérons que cette particularité du discours soit liée d'une part au tempérament du papa qui précise qu'il doit faire une « *tirade* » pour expliquer quelque chose de simple et d'autre part à la nécessité d'inscrire les événements dans son histoire afin de leur donner du sens.

Cependant, nous avons observé une détérioration de la qualité du discours lorsque sont évoqués des moments critiques tels que la période autour de l'accouchement, l'arrivée en néonatalogie ou le désarroi face à l'absence physique et mentale de son épouse suite à la précarité de son état de santé. Cette détérioration du discours nous semble liée à l'importance de la charge émotionnelle. Elle est marquée par la répétition de mots (e.g., « *les moments les plus, les plus, les plus, les plus délicats* »), un manque de fluidité (e.g., « *... moi je ... dans mon corps, ben y a eu des phases d'émotions fortes* »), l'absence de certaines fins de phrases ou encore l'afflux d'idées et d'informations. Nous remarquons également l'expression d'affects forts lorsque le papa aborde son état émotionnel lors des allers - retours entre son épouse et sa fille et les premiers jours pendant lesquels l'état de santé de son épouse n'était pas encore stabilisé. Il parle « *d'un sentiment indescriptible* », « *de turbulence terrible* » et de moments « *extrêmement difficiles* ».

Concernant le conflit intrapsychique généré par la naissance prématurée, nous observons, tout d'abord, que le papa a tendance à minimiser, voire à banaliser, les conséquences des événements pour faire face à l'effraction qu'ils suscitent. En effet, alors qu'il reconnaît le « côté miraculeux » de la naissance, il ne veut pas y voir un « caractère anormal » et souligne que « le pronostic est bon, on doit apprendre à être parents comme on l'aurait appris si elle était née à 9 mois ». Il en est de même lorsqu'il commente ses difficultés liées à sa reprise de travail : « c'est un moindre mal par rapport à ce qui s'est passé, de nouveau, on a eu beaucoup de chance ». Ensuite, nous soulignons les représentations idéalisées du bébé (i.e., « elle est merveilleuse, curieuse, ... ») et de la relation établie (i.e., « on a vécu des choses avec elle qu'on aurait jamais vécues si elle était née à terme ») qui semble atténuer la confrontation à la vulnérabilité du bébé prématuré.

Enfin, nous soulignons l'importance de la fonction d'étayage des équipes médicales qui est décrite comme essentielle pour le papa (i.e., « ce dont je suis certain c'est que ça aurait été différent et plus difficile si je n'avais pas été aussi bien entouré et, comme je l'ai dit, mais c'est valable pour les infirmières de la néonatal' comme c'est valable pour les autres »). Il nous semble qu'elle a probablement contribué à l'élaboration des événements qui apparaît dans l'ensemble de l'entretien.

5.4.3 Les représentations de soi en tant que père en lien avec la naissance prématurée

L'accès aux représentations est aisé, le papa se décrit spontanément comme « impliqué, serein, à l'écoute de sa fille et du contexte ». Nous observons que sa représentation en tant que père reste positive malgré le contexte de la naissance (i.e., « j'ai l'impression d'avoir construit quelque chose de bien et donc son rôle de père s'inscrit dans la continuité de tout ça »). De plus, nous remarquons que ses traits personnels ne semblent pas non plus impactés. Il ajoute que ses parents et surtout son père ont contribué à ce qu'il se sente prêt à être papa et « se mettre à l'arrière-plan au profit d'un enfant » comme l'ont fait ses parents. Il semble que les bases ainsi établies lui ont permis de se sentir « confiant », « heureux de ce qu'il vit » et « pleinement satisfait » dans son rôle de père. Nous relevons que le contexte de la naissance l'a amené à être plutôt « père-poule » dans le sens où il a tendance à être « protecteur » et très « précautionneux ». Ensuite, il décrit une représentation du « rôle de père » difficile, dans le sens où la situation est « éprouvante » tant physiquement que psychologiquement et qu'elle demande de s'adapter en permanence. Enfin, nous soulignons qu'il se représente comme ne pouvant être le premier parent à interagir avec le bébé. Cette représentation l'a mis dans une

« *position inconfortable* » face à la couveuse tant que l'état de santé de son épouse ne lui permettait pas d'être capable d'interagir avec le bébé.

Globalement, le papa considère avoir une bonne estime de lui, sans qu'elle ne soit excessive. Il se dit être bien avec lui-même et « *fier de ce qu'on a fait* ».

5.4.4 Les représentations de l'enfant

Pendant la grossesse et même avant la conception, le papa, avec son épouse, a beaucoup imaginé le futur bébé : « *on imagine évidemment ce qu'elle pourrait être, on imaginait à quoi elle pourrait ressembler, ce qu'elle pourrait avoir, he, de ma femme ou de moi* ». Les images étaient à chaque fois différentes dans le sens où le papa explique qu'il n'a « *jamais eu d'idée : ma fille sera comme ça* » en référence à l'éducation qu'il a reçue. En effet, pour ses parents, ce qui compte c'est d'être « *épanoui dans ce qu'on fait et avec qui on est* ».

Au moment de la naissance à laquelle il n'a pas pu assister compte tenu de l'état critique de son épouse, le papa explique qu'il avait des appréhensions car il imaginait davantage voir un fœtus qu'un bébé. Lorsqu'il a pu la voir, il a donc été « *étonné de voir à quel point c'était effectivement un bébé* ». Grâce aux explications données par la gynécologue sur le dispositif autour de sa fille, la confrontation à l'apparence du bébé a été atténuée. Ainsi, il nous semble que la fonction d'étayage du médecin lui a permis de rester très positif face au bébé (i.e., « *elle est magnifique* »). Par ailleurs, le papa explique qu'elle « *était très bien comme elle était* » étant donné qu'il n'avait pas d'autre point de repère puisqu'il s'agit de son premier enfant. Au moment de la description spontanée, les qualificatifs choisis reflètent une représentation idéalisée (e.g., « *elle est éveillée, merveilleuse, curieuse, elle accroche le regard,...* »). De plus, le papa ajoute qu'elle « *rend les choses ... très faciles malgré la situation* », (...) *elle fait plus que ce qui est attendu d'elle* ». Nous suggérons que cette représentation vient contrebalancer l'angoisse de perte qui a prédominé au moment de la crise d'éclampsie et de l'accouchement. Nous percevons également la présence d'une pulsion de vie dans la représentation d'un bébé bien vivant que le papa exprime en disant « *elle est bien dans la vie* », « *elle doit vivre* ».

Lors de la description guidée par l'entretien R , le papa rapporte des représentations plus contrastées. Ainsi, il la voit à la fois comme inactive (i.e., « *le cadre médical est un frein à l'activité* »), elle a besoin de repos et il ne faut pas la « *brusquer* ») et active (i.e., « *elle est beaucoup plus dans l'interaction que je ne l'imaginai* »). Ensuite, elle est décrite à la fois comme sociable car « *elle interagit beaucoup* » et replié sur elle car elle doit « *se concentrer sur elle-même* ». Ces représentations semblent traduire la difficile confrontation à la réalité

d'un bébé vulnérable qui est aussi décrite comme « *fragile* » et « *tellement petite* ». Elle est également vue comme intelligente en lien avec ses capacités d'interaction (i.e. « *épatant de voir ce qu'elle est capable de faire et de nouveau les interactions dont elle est capable à cet âge-là* »).

Dans un premier temps, le papa n'a pas recherché des ressemblances avec la famille, à l'inverse de son épouse qui a rapidement mis en évidence la ressemblance avec les longs doigts fins du papa. Cette inscription du bébé dans le processus de filiation a généré une grande fierté chez lui.

5.4.5 La relation à l'enfant

Tout d'abord, sur base de sa représentation de la primauté de la mère dans les contacts avec le bébé, nous rappelons que le papa n'a pu interagir avec sa fille tant que son épouse n'était pas apte à le faire. Dans ces conditions, les deux à trois premiers jours pendant lesquels l'état de santé de la maman n'était pas stable semblent avoir été très complexes à gérer pour le papa. En effet, nous percevons une ambivalence qui se traduit par la présence à la fois du « *sentiment d'être invité à prendre un rôle, à agir en sachant que son épouse n'était pas là* » et de l'envie d'interagir tout en étant dans « *la retenue* ». Ensuite, nous observons que le papa a pu légèrement se détacher de cette représentation et mettre « *les mains dans la couveuse* », mais ce premier toucher est décrit comme étant « *quand même un peu à distance* ».

Un fois que la maman a pu interagir avec le bébé, le papa a pu partager, avec celle-ci, l'ensemble des soins (change, bain, apprendre à communiquer) et avoir sa première séance de « *peau à peau* ». Il décrit ce moment comme un « *rôle inattendu* » car il s'imaginait avoir le bébé à terme dans ses bras au lieu de longues heures de « *peau à peau* ». Néanmoins, nous soulignons la présence de quelques appréhensions pour les premiers soins (i.e., « *je ne me sentais pas incompetent mais gauche car inexpérimenté* ») et les premiers « *peau à peau* » lors desquels il avait besoin de se raccrocher aux informations données par les écrans (i.e., la saturation en oxygène). Par ailleurs, nous remarquons que le papa veille toujours à s'adapter au bébé en vérifiant, par exemple, si elle est réceptive à sa façon de faire. Comme il se sent de plus en plus à l'aise pour les soins, nous remarquons qu'il transpose son ressenti sur sa fille qu'il voit plus tolérante aux soins « *car elle se rend compte qu'on lui veut du bien* ».

Enfin, nous soulignons l'importance de l'accompagnement de l'équipe médicale pendant les premiers jours de vie du bébé ce qui ne semble pas empêcher que le papa perçoive son rôle comme étant clair et spécifique.

5.4.6 Le vécu émotionnel

Sans difficulté, le papa décrit avoir ressenti une « *immense joie* » et de la « *fierté* » vis-à-vis de sa fille et de sa femme. Il rapporte aussi de la *sérénité* car il est « *bien dans son nouveau rôle de papa, et bien dans son rôle de mari* ». Par ailleurs, il a ressenti beaucoup d'anxiété et une « *énorme tristesse* » mais celle-ci n'est pas vue négativement car il la considère comme le témoin du fait qu'il a « *failli perdre une personne* » et de l'amour qu'il porte à sa femme et à sa fille. Il se dit curieux dans le sens où il « *s'étonne et découvre* ». Il ne décrit pas de colère ni de honte, ni de dégoût. Concernant la culpabilité, le papa explique qu'elle a été très présente aux urgences parce qu'il n'aurait « *jamais su se pardonner* » une fin tragique après leurs vacances. Par la suite et très vite, la culpabilité a disparu parce qu'ils « *avaient fait ce qu'il fallait* » et « *qu'il n'y avait pas eu de signe avant-coureur* ». Nous ajoutons que le papa a encore régulièrement des reviviscences des images de son épouse, dans leur chambre, au moment de la crise d'éclampsie.

Globalement, le papa rapporte avoir retrouvé une « *façon d'être qui est similaire à celle qu'il a en temps normal* » même s'il y a eu beaucoup d'émotions et des moments plus bas.

5.5 Synthèse de l'analyse individuelle du père

Durant l'entretien, une élaboration des événements a eu lieu en les inscrivant dans leur contexte et dans l'histoire personnelle du papa. Les périodes autour de l'accouchement (i.e., le risque vital pour l'enfant et son épouse) et les premiers jours d'absence physique et mentale de la maman restent difficiles à intégrer et la charge émotionnelle est importante. Face au conflit que représentent les conditions de la naissance et la vulnérabilité du bébé, le papa a tendance à minimiser voire banaliser la situation. Il a également recours à l'idéalisation. La représentation de soi en tant que père, qui s'est construite sur base du modèle familial, est positive même si la situation est perçue comme difficile. Il est important de souligner que le papa s'est également représenté comme n'étant pas la personne avec laquelle le bébé devait avoir les premiers contacts physiques. Cette « *primauté de la mère* » a eu un impact sur l'entrée en relation avec le bébé puisqu'il a été « *empêché* » d'établir des contacts physiques avec lui durant les premiers jours. Par après, la relation a pu se construire sereinement en partageant les soins avec la maman. Les représentations de l'enfant sont majoritairement idéalisées puis contrastées entre un bébé actif et inactif, perçu comme un bébé fragile que le papa veut protéger.

5.6 Le vécu de la prématurité dans le couple

Compte tenu des conditions extrêmes de la naissance de leur enfant, le couple a traversé une épreuve qui leur a fait prendre conscience d'éléments essentiels pour leur vie. Cependant, nous constatons la présence d'une forme de « décalage » dans leur vécu. En effet, le papa rapporte un sentiment de solitude dû au fait qu'il n'a pu échanger avec son épouse pendant l'accouchement et les premiers jours qui ont suivi. De plus, il ne souhaitait pas lui partager son angoisse liée à « *un vécu dont elle était l'actrice principale mais dont elle n'a aucun souvenir* ». Il explique également la difficile transition au moment de quitter son épouse, aux soins intensifs, pour se rendre au chevet de leur fille qu'il « *ne connaît pas encore* ». Ensuite, lorsque le papa s'est retrouvé seul devant la couveuse, il était partagé entre les besoins de sa fille et ses représentations autour de la place d'une mère et d'un père tout en veillant à penser « *en on* ».

Parallèlement à ce vécu, la maman, totalement absente de la réalité pendant les deux à trois premiers jours, doit s'approprier l'accouchement et cheminer à la rencontre du bébé. Son état d'anxiété est tel que le papa doit particulièrement la soutenir et l'aider à prendre du recul par rapport aux différentes situations anxiogènes pour elle. Par ailleurs, elle prend à son tour conscience de la gravité des événements et mesure le rôle primordial que son mari a joué pour sa survie et celle du bébé.

Enfin, nous soulignons, d'une part la nécessité pour le couple de partager la découverte du bébé et le plaisir trouvé dans les interactions et d'autre part, leur capacité à dégager les éléments positifs de la situation, comme les moments du « peau à peau » qui permettent au papa de ressentir les petits mouvements du bébé comme la maman le percevait in utero.

Chapitre 4 : Discussion et limites

Dans cette quatrième partie, nous allons reprendre les questions de recherche présentées dans le second chapitre de ce travail et y apporter une réponse sur base des résultats obtenus au départ de notre échantillon.

1. Discussion

1.1 Première question de recherche

Les mères et les pères de notre échantillon ont-ils mis en place des processus défensifs différents suite à la naissance prématurée et comment s'inscrivent-ils dans la dynamique de couple ? A la suite de cette première question, présentée dans le second chapitre de notre travail, nous avons suggéré, en s'appuyant sur l'étude de Herzog et al. (2003) l'hypothèse selon laquelle chaque parent va mettre en place des processus défensifs différents qui leur sont propres, en fonction de son histoire psychique afin de faire face au bouleversement de ses attentes parentales.

Afin d'apporter des éléments de réponse à cette question, nous nous référons aux observations cliniques relevées dans notre analyse des entretiens concernant le processus défensif des parents. Nous présentons notre réponse en partant des processus les plus similaires entre les parents.

Tout d'abord, nos observations mettent en évidence le recours à **la minimisation** des affects ou des représentations (e.g., « *ce n'est pas grave, car il est en bonne santé* », « *il y avait rien de spécial, honnêtement* »). En effet, face au conflit interne important suscité par la naissance prématurée (i.e., bouleversement des attentes parentales, différence très importante entre le bébé imaginaire et le bébé réel, angoisse de perte, ...), nous observons que les pères (4/5) et les mères (3/5) de notre échantillon minimisent l'impact de la situation conflictuelle. Nous remarquons également que chacun utilise ce procédé pour gérer ce qui est le plus confrontant pour lui (i.e., l'état de santé de l'enfant, les circonstances de la naissance, les affects ressentis).

Ensuite, nous relevons une tendance commune à **l'idéalisation** (4/5 pour les pères et 3/5 pour les mères). Il s'agit surtout d'une idéalisation du bébé qui est vu comme un « combattant ». Cette observation est en lien avec celle mise en avant par Muller Nix et al., (2009) qui relèvent la présence de représentations idéalisées de l'enfant, suite aux effets du traumatisme.

En revanche, nous remarquons que les parents des deux bébés nés à 25 semaines de gestation n'ont pas recours à l'idéalisation de leur enfant. En effet, nos observations cliniques nous montrent que ces parents ont plus spécifiquement recours à **l'évitement** (i.e., « *on évite d'y penser* », « *on se détache du monde médical, je ne pose pas de question* », préférer téléphoner plutôt que de venir à l'hôpital) et qu'ils se projettent également dans le futur, à la sortie de l'hôpital. En nous référant à l'étude de Szijarto et al. (2009) qui montre que les processus d'évitement sont présents chez les mères et les pères de prématurés à haut risque, il nous semble que le risque vital plus engagé pour un bébé né à 25 semaines induit chez ces parents la mise en place des processus d'évitement pour se protéger de l'importante angoisse de perte provoquée et/ou entretenue par la réalité médicale. Nous pensons également que ces observations sont en accord avec Ravier et Pedinielli (2015) qui voient, dans les mouvements de désinvestissement de l'enfant, un deuil anticipé.

Sur le plan des affects, nous observons, tout au long des entretiens, que la charge émotionnelle est importante pour chaque parent au moment de la naissance et/ou lors des premières rencontres avec le bébé. Parmi les processus mis en place pour gérer **l'expression des émotions**, nous n'observons pas de tendance générale spécifique aux mères et aux pères. En effet, ces processus sont variés, d'un parent à l'autre et d'un couple à l'autre. Tandis que certains sont dans l'inhibition et le contrôle, d'autres disent exprimer plus clairement leurs émotions. Certains couples pleurent ensemble devant la couveuse. Cependant, nous relevons, une fois le choc de la naissance et de la rencontre avec le bébé passés, que les pères ont tendance (4/5) à se montrer forts face à leur épouse et à ne pas les encombrer avec leurs propres difficultés, dans l'idée de la protéger et d'assurer une fonction de soutien de celle-ci. Cette fonction d'étayage du père à l'égard de la mère est également soulignée par plusieurs auteurs (Druon, 2012 ; Herzorg et al., 2003 ; Ravier & Pedinielli, 2015).

Ainsi, ces dernières observations rejoignent les tendances relevées par Provenzi et Santoro (2015), dans leur revue de la littérature, qui montrent que les pères cachent leurs sentiments et inhibent l'expression de leurs émotions, au risque d'un déni général pour prendre soin de la mère et de l'enfant.

Ensuite, nous constatons que la **fonction d'étayage**, pour eux-mêmes, est utilisée aussi bien par les mères (3/5) que les pères (2/5) mais nous observons des différences dans le type de support utilisé. En effet, nous relevons que certains parents font référence à leur culture pour accepter les événements ce qui leur permet d'être davantage dans la rationalisation que dans

le vécu émotionnel (i.e., « *si il va vivre ou pas, c'est le destin* », « *accepter les événements aussi difficiles soient-ils* », « *c'est que ça aurait été différent et plus difficile si je n'avais pas été aussi bien entouré* »). Ensuite, nous constatons que l'équipe médicale représente un support particulièrement aidant pour deux pères (i.e., « *Ça m'aide, plutôt être sûr des gestes que je dois faire* »). Ce constat a également été mis en évidence par Herzog et al.(2003). Ces auteurs ajoutent que, grâce à cette fonction d'étayage du corps médical, les pères peuvent assurer à leur tour une fonction de soutien auprès de la mère.

Enfin, contrairement à ce qui a été mis en évidence par Herzog et al.(2003), nous observons que **la culpabilité** est assez présente chez les pères (3/5) comme chez les mères (4/5). Ces dernières se culpabilisent à l'idée de ne pas avoir pu gérer la grossesse plus longtemps et/ou d'avoir commis une faute. En accord avec Ravier et Scotto di Vettimo (2017, p.248), nous pensons que cette culpabilité viendrait compenser « le fantasme d'avoir abîmé l'objet d'amour », ce qui ne semble pas rejoindre les préoccupations des pères de notre échantillon (i.e., regret de la relation conjugale difficile, ne pas se pardonner les éventuels décès au retour de vacances). Par ailleurs, nous observons, au sein des couples que nous avons rencontrés, que certains pères sont amenés à faire un travail avec leur épouse pour diminuer la culpabilité maternelle, en rationalisant la situation. Il semble cependant que le maintien de la culpabilité maternelle joue un rôle favorable dans la création du lien mère-bébé. En effet, comme le soulignent Ravier et Scotto di Vettimo (2017), la présence de la culpabilité maternelle peut avoir une fonction dans la relation à l'enfant puisqu'en se sentant coupable, la mère se soucie davantage du bébé dont elle se sent responsable (Ravier & Scotto di Vettimo, 2017).

Ainsi, en résumé de cette première question, nous constatons, sur base de notre échantillon, que certains processus défensifs sont similaires chez les mères et les pères. Cependant, nous constatons que ces processus sont utilisés pour faire face à ce qui est le plus confrontant pour chacun, en fonction de ses spécificités personnelles et/ou du contexte de la naissance prématurée. Dès lors, il nous semble pertinent de nuancer notre hypothèse, qui s'appuie sur l'étude de Herzog et al. (2003), en précisant, sur base de nos résultats, que les parents vont plutôt mettre en place des processus défensifs similaires, tout en les adaptant à leur histoire psychique et aux conditions de la naissance afin de faire face au bouleversement de leurs attentes parentales. Ensuite, en réponse à la seconde partie de notre question concernant la dynamique du couple en lien avec les processus défensifs, nous pouvons relever deux caractéristiques. Premièrement, concernant la gestion des émotions, nous avons pu constater,

en accord avec Provenzi et Santoro (2015), qu'au sein du couple, les pères occupent une place particulière de soutien de leur épouse, les conduisant à inhiber l'expression de leurs émotions et à ne pas encombrer leur épouse avec leurs propres difficultés. Deuxièmement, concernant la culpabilité maternelle, nous soulignons que certains pères, en veillant à réduire le sentiment de culpabilité de leur épouse, risquent de soustraire à celle-ci un des moyens dont elle dispose pour créer un lien avec le bébé, ce lien étant alors basé, comme le suggèrent Ravier et Scotto di Vettimo (2017, p. 248) sur leur sentiment de responsabilité lié à la culpabilité « d'avoir abîmé l'objet d'amour ». Par ailleurs, il nous semble que la culpabilité présente chez les pères est plus rapidement rationalisée ce qui leur permettrait d'occuper plus tôt une place fonctionnelle auprès de l'enfant, comme le suggèrent Herzog et al. (2003).

Afin de poursuivre notre discussion, nous proposons d'abord les représentations de soi en tant que parent et leurs conséquences dans la relation à l'enfant.

1.2 Deuxième question de recherche

La naissance prématurée conduit-elle à des représentations de soi en tant que parent différentes pour la mère et le père ? Quelles en sont les conséquences sur la relation à l'enfant ? A la suite de cette seconde question, présentée dans le second chapitre de notre travail, nous avons suggéré l'hypothèse, selon laquelle les représentations en tant que père sont modifiées et que le travail psychique réalisé par le père est également interrompu par la naissance prématurée.

Tout d'abord, nous pouvons observer la présence de deux tendances au sein de notre échantillon, l'une concernant les parents ayant eu d'autres enfants avant la naissance prématurée (i.e., parents multipares), l'autre concernant les parents d'un premier enfant (i.e., parents primipares).

Concernant **les parents multipares** (2/5), en nous référant à nos observations cliniques, nous remarquons, en accord avec l'étude de Herzog et al. (2003), que les représentations maternelles préexistantes, liées à leur précédente maternité, influencent l'interprétation de l'événement et la manière dont la naissance va être psychiquement absorbée par la mère pour investir le lien avec l'enfant. En effet, nous observons que, pour *les mères multipares* de notre échantillon, leurs représentations en tant que mère impactent leur façon d'aborder cette nouvelle naissance et les met particulièrement en difficulté dans la relation avec leur bébé, comme s'il y avait un décalage entre la naissance prématurée et la naissance à terme. Nos

observations semblent s'accorder avec l'hypothèse de Goutaudier, Séjourné, Bui, Cazenave et Chabrol (2014) précisant que ce décalage conduirait à une perception de la naissance prématurée d'autant plus traumatique. Ensuite, nous constatons que la naissance prématurée mène à une représentation dévalorisée de l'image elle-même. Ces mêmes observations ont été mises en évidence par Herzog et al. (2003) et stipulent que la mère peut se sentir attaquée dans son narcissisme et se vivre comme défaillante. En effet, les mères de notre échantillon ne peuvent se sentir mère à « 100% » car, avec ce bébé, elles ne peuvent assurer complètement le rôle qu'elles attribuent à une mère (i.e., « *je ne peux pas faire ce que les mères font avec un bébé au quotidien* », « *parce que la maman après l'accouchement, son rôle c'est de le nourrir* »).

Parallèlement à ces observations, nous remarquons que *les pères multipares* de notre échantillon sont confrontés à la même difficulté. En effet, il semble que les repères acquis précédemment et les représentations préexistantes ne soient pas aidants pour faire face à la naissance prématurée (i.e., « *ça change les choses par rapport à mes deux autres enfants* », « *c'est impressionnant* » par rapport au fils aîné). De ce fait, nous remarquons que la relation dans « l'ici et le maintenant » est complexe. En effet, l'un des pères attend le retour du bébé à la maison et pouvoir le prendre dans ses bras comme il l'a fait avec ses aînés, l'autre a une représentation dévalorisée de lui-même, se trouvant peu donnant, attendant que l'équipe médicale lui propose de prendre le bébé. Ainsi, les parents multipares de notre échantillon semblent être dans le même processus par rapport à leurs représentations préexistantes qui semblent moins aidantes, se sentant dévalorisés et moins en mesure d'interagir avec leur enfant.

Concernant les mères primipares, nos observations cliniques mettent en évidence des représentations positives (i.e., « *instinctive, protectrice* », « *prévenante* », « *blagueuse* ») qui ont été élaborées avant et pendant la grossesse en lien avec leur passé et des éléments transgénérationnels, comme nous l'avons souligné dans notre revue de la littérature (Bruschweiller-Stern,1997 ; Viaux-Savelon et al., 2014). Cependant, nous constatons, tout comme Herzog et al. (2003), que certaines de ces représentations ont été modifiées par la naissance prématurée en lien avec la réalité extérieure (i.e., devenir mère-poule à cause des besoins spécifiques du bébé, être davantage inquiète pour le bébé). Nous observons également que ces mères expriment leur manque de temps pour terminer ce travail de construction, comme rapporté par Druon (2012). Ces observations nous semblent également être en accord avec les travaux de Ravier et Pedinielli (2015) soulignant le manque de temps pour réaliser un travail d'élaboration psychique préparant la mère à la naissance.

Concernant l'entrée en relation avec le bébé, nous ne relevons pas, dans le discours des mères primipares, d'éléments se rapportant directement à l'impact de leurs représentations en tant que mère sur la relation. En effet, nous relevons d'autres éléments influençant cette dernière : le risque mortel pour le bébé nécessitant une mise à distance de celui-ci pour se protéger, un écart trop important entre le bébé imaginé et le bébé réel et la confusion mentale liée à l'état de santé de la mère. De plus, nous observons que l'entrée en relation semble être déclenchée par le premier « peau à peau » qui est décrit, par toutes, comme un « déclic » dans l'entrée en relation et une connexion au bébé. Il nous semble que ces derniers éléments montrent combien la mère se sent déconnectée de son bébé, comme le précisent Spinelli et al. (2015) et que le statut du bébé ne semble pas encore être celui d'un objet externe, comme le signalent Bydloswski et Golse (2001). Par ailleurs, ces auteurs précisent que ce passage du dedans vers le dehors, facilité par la présence du bébé auprès de la mère, ne coïncide pas toujours avec le passage anatomique de la naissance et décalerait donc l'entrée en relation avec l'enfant. La présence de ce décalage, observé dans notre échantillon, et l'absence du bébé près de sa mère nous semblent également être en accord avec les observations de Cognet et Du Peuty (2013) qui précisent que ce dernier complique les mécanismes de la rencontre et le tissage du lien.

Concernant les pères primipares, nos observations cliniques mettent en évidence, comme pour les mères, des représentations positives (i.e., « *attentif, plein d'amour* », « *impliqué, à l'écoute* », « *dévoué* ») qui ont été élaborées avant et pendant la grossesse en lien avec leur parcours de vie et leurs modèles parentaux. La construction préalable de ces représentations nous semble en lien avec l'hypothèse formulée par Bouche-Florin et al. (2017) considérant que les prémices de la relation père-bébé se construiraient pendant la grossesse par l'intermédiaire d'un « investissement narcissique de l'homme devenant père » (Benedek, 1970, cité par Bouche-Florin et al., 2017, p.29). Cependant, comme pour les mères et comme le signalent Herzog et al.(2003), nous constatons que ces représentations sont modifiées par la naissance prématurée. Il nous semble que ces modifications tendent vers une représentation d'un « père idéal » (i.e., « *plus protecteur* », « *plus présent* », « *le meilleur papa* »). Si nous mettons ces représentations en perspective avec la relation à l'enfant, nous observons que celles-ci permettent une implication dans les soins à donner à l'enfant et une capacité à s'adapter au bébé (i.e., faire du « peau à peau » avec le bébé, se mettre à sa hauteur pour qu'ils puissent se regarder, vérifier si le bébé est réceptif à sa façon de faire). Nous remarquons que l'ensemble de ces éléments semble être en accord avec des caractéristiques de la « préoccupation paternelle primaire » rapportées par Bouche-Florin et al. (2017) tels que la souplesse psychique et l'identification à l'enfant, permettant un accordage du père aux

besoins du bébé. Ainsi, comme le soulignent Koliouli, Gaudron et Raynaud dans leur étude en 2016, malgré le stress de la naissance prématurée, il nous semble que cette naissance puisse être considérée comme un challenge pour les pères qui semblent initier la relation avec leur enfant par des pratiques telles que le peau à peau et la recherche de contact visuel.

De la sorte, en réponse à notre seconde question de recherche, nous constatons sur base de notre échantillon que les parents multipares ont des représentations de soi en tant que parent qui sont similaires et dévalorisées, basées sur leur précédente expérience et qui compliquent leur relation à l'enfant. Ensuite, les parents primipares de notre échantillon, alors qu'ils ont des représentations également similaires et positives, présentent un processus d'entrée en relation différents. Les pères semblent aidés par ces représentations dans leur relation à l'enfant et les mères semblent décaler l'entrée en relation avec le bébé suite à d'autres composantes que les représentations en tant que mère. Ces observations semblent être en accord avec celles de Herzog et al. (2003, p.103) précisant que les pères sont dans « des dispositions physiques et psychiques plus aisément mobilisables » leur permettant d'assumer immédiatement un rôle auprès du bébé. Dès lors, nos résultats semblent confirmer la première partie de notre hypothèse de départ selon laquelle nous avons suggéré une modification des représentations en tant que père suite à la naissance prématurée. Par contre, en ce qui concerne la seconde partie de notre hypothèse concernant l'interruption du travail psychique du père comparable à ce qui se produit chez la mère, il nous semble difficile d'apporter une affirmation compte tenu de la taille de notre échantillon. Cependant, sur base de nos observations, il nous semble que le travail psychique effectué par le père soit différent de celui de la mère en raison de l'absence de composante physiologique de la grossesse, comme le signalent Bouche-Florin et al. (2017) en rapport à la préoccupation paternelle primaire.

Pour continuer notre discussion, nous proposons d'abord la troisième question de recherche sur les représentations de l'enfant et leur impact sur le processus de création du lien.

1.3 Troisième question de recherche

Les représentations de l'enfant auxquelles accèdent les mères et les pères de notre échantillon sont-elles différentes et impactent-elles différemment le processus de création du lien ? A la suite de cette troisième question présentée dans le second chapitre de notre travail, nous avons suggéré l'hypothèse selon laquelle chaque parent accède à des représentations différentes de l'enfant et que celles-ci impactent différemment l'entrée en relation avec le bébé.

Tout d'abord, nous observons, tant chez les mères que chez les pères, la présence de représentations de **vulnérabilité** du bébé (e.g., « *tout petit, tout minuscule* » « *un petit être très très fragile* », « *le pauvre* », « *fragilité qui va perdurer* ») et/ou de représentations **idéalisées** de celui-ci (e.g., « *fort, combattant* », « *un petit battant* », « *il cherche à évoluer* »). Toutefois, nous constatons que l'alternance de représentations idéalisées et de vulnérabilité, également relevée par Muller Nix et al. (2009), n'est pas présente dans l'ensemble de notre échantillon (i.e., trois pères et deux mères). Selon Muller Nix et al. (2009), cette alternance de représentations serait un effet du traumatisme de la naissance. En outre, ces auteurs soulignent que ces représentations, si elles persistent, peuvent avoir des conséquences sur la relation parent-enfant à long terme. Toutefois, nos entretiens ayant été réalisés dans le mois qui a suivi la naissance de l'enfant, il ne nous est pas possible de nous positionner à ce sujet. Cependant, sur base de nos observations cliniques, nous faisons l'hypothèse que cette alternance de représentations s'inscrirait davantage dans un processus défensif permettant à ces parents de faire face au conflit suscité par la vulnérabilité du bébé et ainsi être davantage fonctionnel dans leurs interactions, comme l'ont souligné Herzog et al. (2003) pour les pères de leur échantillon.

Ensuite, de manière générale, nos observations cliniques montrent, que les mères comme les pères, éprouvent des difficultés à percevoir les **états émotionnels** de l'enfant et certaines mères ne peuvent concevoir que leur bébé soit triste (i.e., « *il est quand même vivant* »). Il nous semble, comme le suggèrent les résultats de Guillaume et al. (2013), que ces difficultés soient liées au sentiment d'incompétence des parents qui ne parviennent pas à interpréter les réactions de leur enfant. De plus, nous observons que l'enfant est perçu, par trois mères et un père, comme étant « peureux et triste » puisqu'ils ne peuvent être auprès de lui. Il nous semble que cette représentation soit davantage liée à une **projection** sur le bébé de la part des parents qui vivent difficilement le fait de ne pas être auprès de lui autant qu'ils le souhaiteraient. Nous remarquons également la présence d'autres projections parentales, notamment par rapport à la sonde gastrique qui est parfois difficilement acceptée par le parent et que le bébé « à l'intelligence » de retirer de lui-même parce qu'elle le gêne, ou encore, par rapport aux différents câbles sur lesquelles l'enfant tire, ce qui est vu comme une forme d'agressivité. Ces différentes observations nous semblent en accord avec celles de Ravier et Pedinielli (2015) qui considèrent que ces projections négatives font suite à une réduction des capacités d'empathie des parents, consécutive au vécu sidérant de la naissance. Dès lors, il nous semble que les difficultés d'interprétations des réactions du bébé, mises en avant par

Ratynski et al. (2007) et Muller Nix et al. (2009) ainsi que les projections négatives rendent la relation à l'enfant plus difficile et mettent à mal la satisfaction dans le rôle de parent comme l'ont exprimé plusieurs d'entre eux.

Par la suite, nous relevons, principalement chez les mères, des représentations **ambivalentes** concernant l'apparence du bébé (i.e., « *Je l'aime bien aussi quand il est nu mais quand il est habillé c'est un vrai bébé !* »). En effet, nous pouvons remarquer, pour le même enfant, la présence de représentations positives (e.g., « *beau* », « *belle et douce* », « *petit poussin* », « *petit écureuil* ») et négatives (e.g., « *il était laid au départ* », « *quand ça naît, c'est un peu Allien* », « *il est tout rouge* »). Comme le suggèrent Muller Nix et al. (2009), nous pouvons considérer ces représentations ambivalentes comme étant plus complexes à gérer pour la mère. Cependant, nous faisons l'hypothèse qu'elles ne nuisent pas nécessairement à la qualité de l'interaction. En effet, comme le soulignent ces mêmes auteurs, il semble que la perception, par ces mères, de leurs sentiments ambivalents leur permette de dissocier leurs comportements de leurs représentations « déformées » ce qui contribuerait positivement à la qualité des interactions. De plus, il nous semble que cette ambivalence soit également le reflet d'une oscillation entre un « surinvestissement anxieux » et « des mouvements de désinvestissement » du bébé dont parlent Muller Nix et al. dans leur étude de 2009 (p.437).

En se référant aux items de l'entretien R, concernant les traits personnels de l'enfant, nous relevons, tant chez les mères que chez les pères, que le bébé est perçu comme **actif, réceptif, chaleureux et/ou affectueux**. Nous observons que ces représentations sont essentiellement basées sur le fait que le bébé tient la main de son parent, qu'il apprécie « le peau à peau » ou encore qu'il soit réceptif à la voix du parent. Nous observons que, malgré les caractéristiques du bébé prématuré (i.e., moins alerte et moins réceptif aux sollicitations de la mère que le bébé né à terme) mises en avant par Muller Nix et al. (2009), les représentations des parents de notre échantillon sont plutôt positives par rapport aux capacités d'interactions de leur enfant. S'il s'avère que la réciprocité et la circularité des échanges sont considérées comme absentes chez un bébé prématuré, comme le soulignent Muller Nix et al.(2009), nous observons que les compétences interactionnelles des bébés de notre échantillon sont soulignées par leurs parents. Nous faisons l'hypothèse que ces représentations participent à la création du lien avec le bébé car elles soutiendraient le parent dans ses mouvements d'investissement envers l'enfant qui apporte une réponse, aussi minime soit-elle, à leurs sollicitations. A ces observations, s'ajoutent des représentations, pour huit parents sur dix, d'un bébé **intelligent** (i.e., adapté à son milieu, percevant ce qui le gêne, capable d'interagir) et qui réagit aux soins qui lui sont apportés (i.e., il montre qu'il n'est pas content quand on lui

fait un soin, il se tortille). Nous faisons l'hypothèse que ces représentations permettraient aux parents de voir leur enfant comme étant « acteur » et ainsi tourner vers une pulsion de vie qui semble compenser la représentation d'un bébé vulnérable difficile à approcher.

Enfin, nous notons la présence de **représentations de l'enfant spécifiques à la mère**. En effet, nous relevons, au cours des entretiens, différents éléments relatifs au statut du bébé (i.e., objet interne vs objet externe) tels que la persistance de perceptions internes similaires à la grossesse, un lapsus concernant « *le corps du bébé qui se retrouve dans le corps de la mère* » ou encore la perception du bébé dans « *une boîte* » alors qu'il devrait encore être dans le ventre. Ces différents éléments nous laissent à penser que la mère n'a pas eu le temps de réaliser le passage du bébé du « dedans vers le dehors » ce qui lui aurait permis, comme l'expliquent Bydlowski et Golse (2001, p.30), de passer des « représentations de l'enfant à l'objet-enfant ». De plus, nous relevons que certaines mères expriment leur difficulté à quitter la couveuse. Ainsi, il nous semble, comme le soulignent Cognet et Du Peuty (2013), que la mère a manqué de temps pour construire une représentation interne de l'objet lui permettant de ne plus envisager la séparation comme une perte. En outre, nous mettons en lien ces représentations avec les observations des pères (3/5) qui décrivent une expérience relationnelle de la mère avec le bébé différente de la leur. En effet, ils soulignent que le besoin de contacts physiques ou le besoin de s'assurer que le bébé va bien (i.e., « *elle veut tout le temps le voir* », « *elle appelle tout le temps le service* ») est plus prégnant chez leurs épouses que chez eux. Cette différence est d'ailleurs expliquée par un des pères par le fait qu' « *elle a porté le bébé et qu'ils ont vécu tous les deux dans le même corps* ». Ainsi, sur base de nos observations cliniques, il nous semble que le processus de création du lien soit plus complexe à mettre en place pour les mères que pour les pères, comme le soulignent Cognet et Du Peuty (2003). Ainsi, il nous semble que cette différence s'explique par la séparation physique brutale du bébé et la rupture, tout aussi brutale, du travail psychique de la mère, provoqué par la naissance prématurée. Ces différentes observations sont en accord avec les travaux de Herzog et al. (2003) qui soulignent que les pères sont dans de meilleures dispositions physiques et psychiques que les mères, leur permettant d'assurer un rôle de première ligne auprès du bébé dans les premiers temps.

Ainsi, en réponse à notre troisième question de recherche, nous constatons que les représentations de l'enfant auxquelles accèdent les mères et les mères de notre échantillon sont globalement similaires. En effet, nous retrouvons chez chaque parent des représentations idéalisées et de vulnérabilité, des difficultés à se représenter les états émotionnels de l'enfant

et enfin des représentations d'un bébé présentant des capacités interactionnelles. Nous faisons l'hypothèse, sur base de notre échantillon, que les représentations idéalisées et de vulnérabilité ainsi que celles de « sociabilité » de l'enfant participent de manière favorable au processus de création du lien pour les mères comme pour les pères et qu'à l'inverse, les difficultés à se représenter les états émotionnels de l'enfant compliquent l'entrée en relation. En outre, nous remarquons la présence de représentations plus spécifiques à la mère telles que les représentations ambivalentes et les représentations liées au bébé en tant qu'objet interne versus externe. Alors que nous faisons l'hypothèse que les représentations ambivalentes ne semblent pas nuire à la qualité des interactions avec le bébé, nous relevons que les représentations liées au statut du bébé semblent retarder et rendre plus complexe l'entrée en relation avec le bébé. Nous ajoutons que ces difficultés ne semblent pas être présentes chez les pères qui paraissent être dans de meilleures dispositions pour interagir avec le bébé.

Dès lors, il nous semble nécessaire de modifier notre hypothèse concernant la présence de représentations de l'enfant différentes impactant différemment la relation au bébé. En effet, il nous semble plus adéquat, sur base de notre échantillon et en référence à l'étude de Herzog et al. (2003), de formuler l'hypothèse suivante : les représentations de l'enfant auxquelles la mère accède, suite aux conditions physiques et psychiques de la maternité, impactent différemment le processus de création du lien à l'enfant, en le retardant, par rapport aux pères qui semblent être dans des dispositions plus aisément mobilisables lors du processus de création du lien.

2. Limites de la recherche et perspectives de recherche

La recherche qualitative à l'origine de ce travail présente des limites dont il faut tenir compte à la suite de notre discussion.

La première limite concerne **nos qualités de chercheur**. En effet, malgré la rigueur avec laquelle nous avons mis en place notre dispositif de recherche, nous n'avons pas d'expérience en tant que chercheur. De ce fait, notre manque de pratique, notre subjectivité ainsi que notre sensibilité ont pu influencer l'interprétation des résultats. De plus, notre manque d'expérience clinique et notre contre-transfert ont pu impacter la qualité de nos entretiens. Ensuite, il nous paraît également important de préciser, comme le signalent Koliouli et al. (2006), que notre qualité de chercheur féminine a pu modifier le type d'informations récoltées auprès des pères qui, selon d'autres auteurs (Arockiasamy et al., 2008 et Feeley et al., 2013, cités par Koliouli et al., 2016), préfèrent s'adresser à un chercheur masculin pour parler de leur enfant.

La seconde limite concerne **l'échantillon** en lui-même. En effet, la petite taille de notre échantillon, composé de cinq couples, limite la quantité et la diversité des données récoltées. En outre, nous ne pouvons pas éliminer l'influence possible de la désirabilité sociale sur le contenu des éléments recueillis auprès des parents étant donné que le recrutement des sujets a été réalisé au sein de l'hôpital dans lequel leur bébé était hospitalisé. Ensuite, nous voudrions attirer l'attention du lecteur sur le biais possible lié à la motivation des parents, et plus particulièrement des pères, à participer à notre recherche et à parler de leur expérience qui pourrait être le reflet d'un plus grand investissement auprès de leur bébé par rapport à l'ensemble des parents de bébé né avant 32 semaines de grossesse.

La troisième et dernière limite concerne **l'outil d'investigation**, l'entretien R de Stern et al. (1989), que nous avons choisi d'utiliser pour collecter nos données. En effet, il nous semble que cet outil présente à la fois un avantage et un désavantage dans le cadre de notre recherche. Tout d'abord, nous pensons que l'avantage de l'entretien R réside dans la richesse des contenus auxquels il permet d'accéder tant au niveau des représentations parentales que de la réflexion sur le passé du parent. Ensuite, il nous semble que son désavantage demeure dans l'abondance d'informations qu'il suscite tout au long de l'entretien, nécessitant une sélection importante pour la présentation des résultats, au risque d'en amoindrir la compréhension.

Afin de remédier à certaines de ces limites, nous proposons d'apporter **quelques améliorations pour les recherches futures**. Tout d'abord, nous pensons qu'il serait intéressant d'augmenter la taille de l'échantillon et de le diversifier en réalisant le recrutement dans des hôpitaux différents. Ensuite, nous pensons qu'il serait adéquat de recourir à un chercheur masculin pour rencontrer les pères de l'échantillon et un chercheur féminin pour les mères, afin de ne pas biaiser les données récoltées. De plus, afin d'augmenter la pertinence de l'analyse, nous suggérons de coupler l'entretien R, évaluation auto-rapportée, à une observation et une évaluation des interactions parent-enfant par un tiers tel que le Care Index (Crittenden, 1988). Ensuite, il serait pertinent de procéder à un second entretien dans un temps proche du retour à la maison et ainsi voir l'évolution des représentations et leurs impacts dans la relation à l'enfant.

Conclusion générale et perspectives cliniques

Le thème de la grande prématurité a déjà été développé dans la littérature. Cependant, celle-ci a très souvent été abordée à partir du discours des mères et rarement de celui des pères. Ainsi, notre travail permet d'inclure les pères dans notre analyse, en lien avec le discours de la mère. En effet, chaque rencontre a été réalisée séparément, dans le mois qui a suivi la naissance de l'enfant, en se basant sur deux outils comme support à l'élaboration du discours : le FMSS et l'entretien R adapté. L'analyse des données nous a permis d'explorer les processus défensifs mis en place par chaque parent pour gérer le conflit interne suscité par la naissance prématurée de leur enfant et d'investiguer l'impact des représentations parentales dans le processus de création du lien mère-père-bébé suite à la naissance prématurée.

Ainsi, notre **première question de recherche** visait d'une part à déterminer si **les processus défensifs** mis en place par chaque parent suite à la naissance prématurée sont différents et d'autre part à saisir la manière dont ces processus s'inscrivent dans la **dynamique du couple**. Nous avons pu mettre en évidence que les mères comme les pères de notre échantillon utilisent des processus défensifs **similaires** (e.g., minimisation, idéalisation, étayage,...) Toutefois, ceux-ci sont utilisés pour faire face à ce qui est le plus confrontant pour chacun, en fonction de son histoire personnelle et/ou du contexte de la naissance. Ensuite, concernant la dynamique du couple, nous pouvons mettre en évidence deux caractéristiques : l'inhibition de l'expression des émotions chez les pères au profit du **soutien à leur épouse** et la réduction du sentiment de culpabilité maternelle par les pères au **risque de soustraire aux mères un moyen de créer un lien** avec leur bébé.

Concernant notre **seconde question de recherche**, nous avons pour objectif d'identifier si **les représentations de soi en tant que parent** sont différentes pour les pères et pour les mères et de voir leurs conséquences sur la relation à l'enfant. Nous avons relevé **deux tendances** au sein de notre échantillon. Les parents **multipares** ont des représentations de soi en tant que parent **similaires et dévalorisées**, basées sur leur précédente expérience, qui les laissent davantage démunis devant leur enfant. Ensuite, les parents **primipares** ont des représentations de soi en tant que parent **similaires et positives** mais leur processus d'entrée en relation est différent de sorte que les pères entrent en relation avec le bébé plus rapidement que les mères. Ces dernières sont mises en difficulté par une impression de déconnexion du bébé qui semble ne pas avoir encore acquis le statut d'objet externe.

Enfin, grâce à notre **troisième question de recherche**, nous avons cherché à déterminer si les **représentations de l'enfant** sont différentes pour les mères et les pères et dans quelles mesures elles impactent **la relation à l'enfant**. Nous avons constaté la présence de représentations de l'enfant **similaires** (i.e., représentations idéalisées, de vulnérabilité et de « sociabilité ») qui participent **favorablement** au processus de création du lien. Ensuite, nous soulignons la difficulté de se représenter les **états émotionnels** du bébé chez chaque parent, ce qui **réduit** leur capacité d'interaction. Enfin, nous relevons la présence de **représentations plus spécifiques aux mères**. D'une part, des représentations **ambivalentes** qui ne réduisent pas la qualité des interactions et d'autre part, des représentations de l'enfant en tant qu'**objet interne** qui retardent et rendent complexes l'entrée en relation.

En conclusion, ce travail est en adéquation avec la littérature selon laquelle la naissance prématurée constitue une situation complexe pour le processus de création du lien. Dans notre analyse, focalisée sur les différences entre les pères et les mères, nous relevons que chaque parent met en place des processus défensifs similaires et qu'il interagit avec l'enfant en fonction de son histoire personnelle, avec des représentations, en tant que parent et de l'enfant, qui sont relativement similaires, mais participent différemment et de manière plus ou moins favorable à la relation à l'enfant. Enfin, nous mettons en évidence, à notre tour, que les mères semblent être dans un processus plus complexe que les pères, dont les dispositions physiques et psychiques permettent une entrée en relation plus rapide. De plus, il nous semble que, comme le précisent certains auteurs, malgré le stress et les préoccupations pour leur bébé, les parents de notre échantillon investissent, autant que possible, le lien à leur enfant.

Cette recherche a également permis que chaque parent, grâce à l'entretien, puisse prendre un temps, qu'il a jugé profitable, à l'élaboration des événements et la mise en lien de ceux-ci avec son passé et ses relations avec ses parents. Ainsi, nous pensons, comme le soulignent Muller Nix et al. (2009), que les interventions de prévention, favorisant un temps de parole et/ou d'élaboration, sont à privilégier pour éviter que des représentations problématiques de l'enfant ne s'installent et nuisent à la relation parent-enfant à long terme. Ensuite, étant donné le vécu spécifique de la naissance prématurée par chaque parent, la diversité de leur histoire personnelle et la dynamique au sein des couples, il nous semble intéressant de réfléchir à la mise en place de prises en charge spécifiques en se référant aux résultats des différentes études réalisées sur la grande prématurité. Et enfin, nous pensons qu'il faut garder à l'esprit que, malgré un dispositif favorisant les contacts parent-bébé dans les unités de soins intensifs, l'impact des représentations parentales peut être un frein pour le parent dans la relation.

Bibliographie

Bouche-Florin, A., Bertrand, S., & Windisch, M. (2017). Peut-on parler de «préoccupation paternelle primaire» en période périnatale? Comment la définir?. *Pratiques Psychologiques*, 23(1), 21-39. doi:10.1016/j.prps.2016.03.003

Bruschweiler-Stern, N. (1997). Mère à terme et mère prématurée. In *Le monde relationnel du bébé* (pp. 19-24). ERES.

Bydlowski, M., & Golse, B. (2001). De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. *Le carnet psy*, (3), 30-33. doi:10.3917/lcp.063.0030

Bydlowski, M. (2001). Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Devenir*, 13(2), 41-52. doi:10.3917/dev.012.0041

Bydlowski, M. (2006). La crise parentale de la première naissance. *Informations sociales*, (4), 64-75.

Cognet, A., & Du Peuty, C. (2013). «Il devrait être dans mon ventre». Les paradoxes des parents prématurés. *Le Carnet PSY*, (8), 21-24. doi:10.3917/lcp.175.0021

Devouche, E. & Apter, G. (2012). Les représentations maternelles prénatales. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60, 481-486. doi:10.1016/j.neurenf.2012.09.009

Druon, C. (2012). Quel lien entre le bébé prématuré et ses parents en médecine néonatale ?. *Revue française de psychosomatique*, 41(1), 135-147. doi:10.3917/rfps.041.0135

Fegran, L., Helseth, S., & Fagermoen M. S. (2008). A comparison of mothers' and fathers' experiences of attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 810-816. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02125.x

Goutaudier, N., Mansour, M., & Chabrol, H. (2013). Prématurément père: étude exploratoire du vécu dans les premières semaines suivant la naissance. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 26(3), 151-156. doi:10.1016/j-jpp.2013.02.002

Goutaudier, N., Sejourne, N., Bui, E., Cazenave, N., & Chabrol, H. (2014). L'accouchement prématuré: une naissance traumatique? Symptômes de stress posttraumatique et variables associées. *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 42(11), 749-754. doi:10.1016/j.gyobfe.2014.05.004

Guillaume, S., Michelin, N., Amrani, E., Benier, B., Durrmeyer, X., Lescure S., ... Caeymaex, L. (2013). Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: A qualitative multicenter study with 60 parents. *BioMed Central Pediatrics*, 13(18). doi:10.1186/1471-2431-13-18

Herzog, A., Muller Nix, C., Mejia, C. & Ansermet, F. (2003). Etude clinique sur le rôle paternel lors d'une naissance prématurée. *Psychothérapie*, 23, 97-106. doi:10.3917/psys.032.0097

Hoffenkamp, H., Tooten, A., Hall, R., Croon, M., Braeken, J., Winkel, F. W., Vingerhoets, A. & van Bakel, H. (2012). The impact of Premature childbirth on Parental Bonding. *Evolutionary Psychology*, 10(3), 542-561.

Jarreau, P. H. (2009). Néonatalogie et réanimation. *Laennec*, 57(4), 8-21. doi:10.3917/lae.094.0008

Koliouli, F., Gaudron, C. Z., & Raynaud, J. P. (2016). Life experiences of French premature fathers: a qualitative study. *Journal of Neonatal Nursing*, 22(5), 244-249. doi:10.1016/j.jnn.2016.04.003

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Presses Universitaires de France. En ligne https://psycha.ru/fr/dictionnaires/laplanche_et_pontalis/voc.html

Lebovici, S., & Stoleru, S. (1983). La mère, le nourrisson et le psychanalyste. *Les interactions précoces*. Le Centurion. Paris.

Lebovici, S. (1995). Les interactions fantasmatiques. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 8(2), 94-98. doi:10.1016/0987-7983(96)83637-1

Luca, D., & Bydlowski, M. (2001). Dépression paternelle et périnatalité. *Le Carnet Psy*, (7), 28-33. doi: 10.3917/lcp.067.0028

Magaña, A. B., Goldstein, M. J., Karno, M., Miklowitz, D. J., Jenkins, J., & Falloon, I. R. (1986). A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry research*, 17(3), 203-212.

Mathelin-Vanier, C., Berdah, S., Chaffel, B. & Vermont E. (2009). Les besoins psychiques du prématuré, *Enfances & Psy*, 43, 19-31. doi:10.3917/ep.043.0019

Meyer, E.C., Zeanah, C.H., Boukydis, C. F. Z. & Mester, B. M. (1993). A clinical interview for parents of high-risk Infants: Concepts and applications. *Infant Mental health Journal*, 14(3), 192-207.

Muller Nix, C., Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B. & Ansermet, F. (2009). Prématurité, vécu parental et relations parents/enfant : Eléments cliniques et données de recherche », *La psychiatrie de l'enfant* , 52, 423-450. Doi:10.3917/psyse.522.0423

Viaux-Savelon, S., Dommergues, M. & Cohen, D. (2014) Dépistage échographique anténatal des anomalies mineures de bon pronostic: Impact émotionnel, représentations parentales et relation mère-enfant. *Revue de Médecine Périnatale*, 6, 199-206. doi:10.1007/s12611-014-0275-7

Noël, R., & Cyr, F. (2009). Le père: entre la parole de la mère et la réalité du lien à l'enfant. *La psychiatrie de l'enfant*, 52(2), 535-591. doi:10.3917/psyse.522.0535

Organisation Mondiale de la santé. (2018). *Naissances prématurées*. En ligne <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Picco M. (2005). Travail psychique et maternité. De la « Transparence » à la symbolisation. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 53, 19-23.

Pignol, J., Lochelongue, V., & Fléchelles, O. (2008). Peau à peau: un contact crucial pour le nouveau-né. *Spirale*, (2), 59-69. doi:10.3917/spi.046.0059

Ratynski, N., Bleunven, S., & Sizun, J. (2007). Intervention précoce en médecine néonatale: expérience du NIDCAP. *Contraste*, (1), 119-126. doi:10.3917/cont.026.0119

Provenzi, L., & Santoro, E. (2015). The lived experience of fathers of preterm infants in the Neonatal Intensive Care Unit: a systematic review of qualitative studies. *Journal of clinical nursing*, 24(13-14), 1784-1794. doi:10.1111/jocn.12828

Ravier, A., & Pedinielli, J. L. (2015). Prématurité et parentalité. *Enfances & psy*, (1), 145-157. doi:10.3917/ep.065.0145

Ravier, A., & di Vettimo, D. S. (2017). Approche psychopathologique de l'enfant né prématuré: la culpabilité maternelle pour panser/penser le lien à son enfant. *Cliniques méditerranéennes*, (2), 245-256. doi:10.3917/cm.096.0245

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. doi:10.1016/j.neurenf.2010.05.006

Spinelli, M., Frigerio, A., Montali, L., Fasolo, M., Spada, M. S., & Mangili, G. (2016). 'I still have difficulties feeling like a mother': The transition to motherhood of preterm infants mothers. *Psychology & health*, 31(2), 184-204. doi:10.1080/08870446.2015.1088015

Stern, D.N., Robert-Tissot, C., Rusconi-Serpa, S., Cramer, B. & Palacio, F. (1989). L'entretien « R » Une méthode d'évaluation des représentations maternelles. In S. Lebovici, P. Mazet & J.-P. Visier (Eds), *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires* (pp.151-177. Genève : Médecine et Hygiène.

Stievenart, M. (2016). PSYC5893-1 : *Méthodes d'évaluation en clinique infantile : entretien, observation et questionnaires*. ULiège.

Szijarto, S. G., Guex, M. F., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Ansermet, F., & Nix, C. M. (2009). État de stress post-traumatique chez les mères et chez les pères d'enfants prématurés: similitudes et différences. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57(5), 385-391. doi :10.1016/j.neurenf.2009.04.001

Vasconcellos, D. (2003). Devenir père: crise identitaire. *Devenir*, 15(2), 191-209. doi:10.3917/dev.032.0191

ANNEXE

Annexe 1 : Entretien « R » adapté : instructions + feuille de notation –version traduite

pour le père

Code parents :

Date :

- 1° Comment cette grossesse s'insère/s'inscrit dans votre projet de vie ?
(Comment avez-vous appris que vous étiez enceinte ?)
- 2° Comment vous représentiez-vous votre bébé pendant la grossesse ?
Comment l'imaginiez-vous ?
- 3° Comment vous représentiez-vous votre bébé au moment de l'accouchement ?
Avez-vous pu le voir au moment de la naissance ? Si, oui quelles ont été vos impressions ?
- 4° Quand avez-vous vu votre enfant pour la première fois au service de néonatalogie ?
Quelles sensations avez-vous ressenties ?
Quelles impressions physiques avez-vous ressenties ?

I. Description de l'enfant

1) Liste des descripteurs de l'enfant – spontanée

- « Pouvez-vous me décrire comment est votre enfant ? Quel genre de bébé est-il/elle ?
- Traduire chaque descripteur donné par le père par un adjectif (si celui-ci n'est pas déjà dans cette forme) et les écrire sur la feuille de réponse Q1.
- Laisser le père terminer en ne donnant aucune suggestion.*

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

2) Liste des descripteurs de l'enfant – avec aide

- Si le père n'a pas donné 5 descripteurs, donner 2 suggestions, attendre après chaque suggestion

1° « avez-vous pensé à toutes les caractéristiques, bonnes ou mauvaises ? »

2° « Est-ce qu'il y en a que vous avez oublié ? »

-Ecrire sur la feuille de réponse Q2 la liste des adjectifs qui ont été donné après suggestion.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

3) Traits personnels : enfant

Présenter au père la liste des traits de caractères personnels Q3. Faire remplir en donnant les instructions nécessaires.

Au préalable, ajouter à la liste les adjectifs que le père a utilisés auparavant pour décrire son enfant et qui ne sont pas encore sur la liste des traits de caractères personnels. Puis trouver le descripteur opposé afin que l'échelle de Likert puisse être remplie. S'il n'existe pas d'opposé naturel dans la langue, marquer juste « pas » devant l'adjectif.

Inactif	_____	actif
Calme	_____	excité
Agressif	_____	pacifique
Replié sur soi	_____	sociable
Entreprenant	_____	timide
Gai	_____	triste
Difficile	_____	facile
Beau	_____	laid
Pas intelligent	_____	intelligent
Réceptif	_____	peu réceptif
Distant	_____	chaleureux
Indépendant	_____	dépendant
Peureux	_____	confiant
Vif	_____	« éteint »
Insouciant	_____	soucieux
Affectueux	_____	peu affectueux

5° Quel bébé pensez-vous que vous étiez ?

4) Description épisodique vs sémantique de l'enfant : exemples spécifiques pour 2 adjectifs
cfr enregistrement audio

Demander au père qu'il illustre deux des adjectifs choisis par un exemple spécifique qui soit aussi récent que possible, de préférence de 24 ou 48 précédentes.

Rem : Choisir deux adjectifs les plus « chargés » et susceptibles de provoquer des souvenirs épisodiques intéressants.

II. Rôle des évènements importants du passé de l'enfant

5) Liste des événements importants du passé de l'enfant

Demander « Pendant la grossesse ou l'accouchement ou juste après, y-a-t-il eu des évènements importants qui sont survenus (à vous, votre famille, votre enfant) qui pourraient jouer un rôle en rapport avec ce que vous pensez ou percevez de votre enfant (ou dans la manière dont vous agissez avec lui) Peut-être y a-t-il d'autres évènements à part les problèmes médicaux qui auraient pu jouer un rôle ?

- Faire une liste de ces évènements importants. Pendant que la mère /le père parle écrire cette liste sur la feuille de réponse Q5

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

6) Influence des évènements importants

Demander au père comment chacun de ses évènements a pu influencer sa manière de penser à, ou agir avec son enfant.

- Remplir la liste 6 avec les évènements les plus significatifs rapportés par le père à la Q5

Demander au père de remplir les échelles de la Q6.

Evènement N° 1 :

Aucune influence _____ très grande influence

Evènement N° 2 :

Aucune influence _____ très grande influence

Evènement N° 3 :

Aucune influence _____ très grande influence

Evènement N° 4 :

Aucune influence _____ très grande influence

Evènement N° 5 :

Aucune influence _____ très grande influence

III. Description de lui-même en tant que père

7) Liste des descripteurs de lui-même comme père-spontanée

-Demander « quel genre de père êtes-vous ? Comment vous décrivez-vous en tant que père ? »

-Traduire chaque descripteur mentionné par le père par un adjectif (si celui-ci n'est pas déjà dans cette forme) et les écrire sur la feuille de réponse Q7

- Laisser le père terminer en ne donnant aucune suggestion.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

8) Liste des descripteurs de lui-même comme père-avec aide

- Si le père n'a pas donné 5 descripteurs, donner 2 suggestions, attendre après chaque suggestion

1° « avez-vous pensé à toutes les caractéristiques, bonnes ou mauvaises ? »

2° « Est-ce qu'il y en a que vous avez oublié ? »

- Ecrire sur la feuille de réponse Q8 la liste des adjectifs qui ont été donné après suggestion.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

6° Comment vous représentiez-vous en tant que père ?
Comment vous imaginiez-vous ?

7° Comment cela s'est-il construit ?

8° Avez-vous une idée de ce qui est à l'origine de cette représentation/image ?

D'où cela vous vient-il ?

9) Traits personnels : vous comme père

- Donner à remplir au père la liste des caractéristiques paternelles avec l'échelle de Likert Q9

Au préalable, ajouter à la liste les adjectifs que le père a utilisés spontanément et qui ne sont pas encore sur la liste et inventer le mot opposé (voir Q3).

Peu affectueux	_____	affectueux
Tolérant	_____	rejetant
Peureux	_____	confiant
Disponible	_____	occupé ou Préoccupé ailleurs
Père-poule	_____	détaché
Impatient	_____	patient
Autoritaire	_____	permissif
Sérieux	_____	enjoué
Contrôlant	_____	laissez-faire
Peu donnant	_____	donnant
Insouciant	_____	soucieux
Satisfait dans son rôle comme père	_____	insatisfait dans son rôle comme père
Rôle de père difficile	_____	rôle de père facile

9° Est-ce que vous imaginiez père quand vous étiez enfant ou plus jeune ?

10) Description épisodique vs sémantique du père : exemples spécifiques pour 2 adjectifs
cfr enregistrement audio

- Demander au père qu'il illustre deux des adjectifs choisis par un exemple spécifique qui soit aussi récent que possible, de préférence de 24 ou 48 précédentes.

Rem : Choisir deux adjectifs les plus « chargés » et susceptible de provoquer des souvenirs épisodiques intéressants.

IV. Rôle de sa propre mère/ de son propre père

11) Liste des descripteurs de son propre père-spontanée

- Demander « Comment était votre propre père avec vous en tant que père lorsque vous étiez un petit garçon ? Comment le décririez-vous ? »

- Traduire chaque descripteur donné par le père par un adjectif (si celui-ci n'est pas déjà dans cette forme) et les écrire sur la feuille de réponse Q11.

- Laisser le père terminer en ne donnant aucune suggestion.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

12) Liste des descripteurs de son propre père-avec aide

- Si le père n'a pas donné 5 descripteurs, donner 2 suggestions, attendre après chaque suggestion

1° « avez-vous pensé à toutes les caractéristiques, bonnes ou mauvaises ? »

2° « Est-ce qu'il y en a que vous avez oublié ? »

-Ecrire sur la feuille de réponse Q12 la liste des adjectifs qui ont été donné après suggestion.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

13) Traits personnels : votre père

- Donner à remplir au père la liste des caractéristiques maternelles/paternelles avec l'échelle de Likert Q13

Au préalable, ajouter à la liste des nouveaux descripteurs que le père a utilisés spontanément pour se décrire en tant que père ainsi que les nouveaux descripteurs qu'elle/il a utilisés pour décrire les soins paternels de son propre père.

Peu affectueux	_____	affectueux
Tolérant	_____	rejetant
Peureux	_____	confiant
Disponible	_____	occupé ou Préoccupé ailleurs
Père-poule	_____	détaché
Impatient	_____	patient
Autoritaire	_____	permissif
Sérieux	_____	enjoué
Contrôlant	_____	laissez-faire
Peu donnant	_____	donnant
Insouciant	_____	soucieux
Satisfait dans son rôle comme père	_____	insatisfait dans son rôle comme père
Rôle de père difficile	_____	rôle de père facile

14) Description épisodique vs sémantique de son propre père : exemples spécifiques pour 2 adjectifs

cfr enregistrement audio

- Demander à la mère/au père qu'il illustre deux des adjectifs choisis par un exemple spécifique qui soit aussi récent que possible, de préférence de 24 ou 48 précédentes.

Rem : Choisir deux adjectifs les plus « chargés » et susceptible de provoquer des souvenirs épisodiques intéressants.

15) Changement dans la relation avec votre père

-Présenter au père la feuille Q15 et demander lui de remplir les différentes échelles au fur et à mesure des questions.

-Communication : Demander « Avez-vous l'impression que la quantité de contact entre vous et votre père a changé depuis que vous avez eu votre enfant ? Par contact, je veux dire que vous vous voyez plus ou moins souvent, (...) vous vous appelez plus ou moins souvent ? »

Beaucoup moins _____ Beaucoup plus de contact
de contact

Engagement I : Demander « Avez-vous l'impression que vous pensez plus à comment votre père était avec vous quand vous étiez enfant depuis la naissance de votre enfant ? »

Pense beaucoup plus _____ Pense beaucoup moins

Engagement II : Demander « Vous sentez-vous plus proche ou plus distant(e) de votre père qu'avant la naissance de votre enfant ? »

Beaucoup plus proche _____ Beaucoup plus distant

Engagement III : Demander « Maintenant vous sentez-vous plus positive ou plus négative envers votre père qu'avant la naissance de votre enfant ? »

Beaucoup plus négative _____ beaucoup plus positive

Engagement IV : Demander « Votre relation de fils envers votre père : est-elle ce qu'elle était avant d'avoir eu votre enfant ? Votre engagement dans la relation père-fils (que vous avez toujours eu avec votre mère/père) est-elle plus forte, plus faible ou la même qu'avant ? »

Beaucoup plus _____ Beaucoup moins

Engagement V : Demander « Maintenant pensez-vous avoir une meilleure compréhension et perspective de votre père, de ce qu'elle/il était en tant que mère/père et personne, qu'avant la naissance de votre enfant ? »

Compréhension moins bonne _____ Compréhension bien meilleure

V. Ressemblance avec la famille

16) Ressemblance avec la famille (spontanée)

-Demander : « A qui votre enfant ressemble-t-il le plus de votre famille ? Si il ne nomme que des caractéristiques physiques, demander de spécifier des traits de caractère.

Personnes à qui ressemble l'enfant : _____ pour quel trait :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

17) Liste des descripteurs de l'enfant-Q1 et Q2

Utiliser les adjectifs donnés en Q1 et Q2. Pour chacun de ces adjectifs, demander au père de qui l'enfant a hérité ces caractéristiques.

Personnes à qui ressemble l'enfant : _____ pour quel trait :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

18) Traits personnels : vous-même

-Demander au père de remplir la liste de ses propres caractéristiques personnelles

Inactif	_____	actif
Calme	_____	excité
Agressif	_____	pacifique
Replié sur soi	_____	sociable
Entreprenant	_____	timide
Gai	_____	triste
Difficile	_____	facile

Beau	_____	laid
Pas intelligent	_____	intelligent
Réceptif	_____	peu réceptif
Distant	_____	chaleureux
Indépendant	_____	dépendant
Craintif	_____	confiant
Vif	_____	« éteint »
Insouciant	_____	soucieux

19) Traits personnels : mère de l'enfant

Demander au père de remplir la liste des caractéristiques de son épouse, compagnon/compagne. La liste de base devrait contenir tous les adjectifs qui ont été ajoutés dans la Q1 et Q2

Inactive	_____	active
Calme	_____	excitée
Agressive	_____	pacifique
Repliée sur soi	_____	sociable
Entreprenante	_____	timide
Gaie	_____	triste
Difficile	_____	facile
Belle	_____	laide
Pas intelligente	_____	intelligente
Réceptive	_____	peu réceptive

Distante	_____	chaleureuse
Indépendante	_____	dépendante
Craintive	_____	confiante
Vive	_____	« éteinte »
Insouciante	_____	soucieuse

11° Comment vous représentez-vous la relation de la mère/du père avec votre enfant ?

VI. Influence du passé et du présent de la mère/du père

20) Influence du passé et du présent du père

- Dire au père : « Très souvent, il y a des personnes ou des événements du passé du père qui influencent sa façon de penser et d'agir avec son enfant. Ces influences proviennent parfois ... proposer a, b, c, d

a) Comment il a été traité en tant que petit garçon à la maison, par exemple : nous mangions toujours ensemble en famille et je prévoyais de faire de même ou « j'ai été battu et je me suis promis que je ne frapperais jamais mon enfant »

b) D'autres fois, ces influences proviennent de personnes spéciales de votre passé, par exemple, une tante/un oncle qui faisait des choses spéciales pour vous et qui était un modèle dans sa manière d'agir avec les enfants, ou parfois une ex-petite amie que vous n'avez jamais oublié, ou que votre enfant vous rappelle une amie/un ami cher(e)

c) Ou parfois c'est une maladie que vous avez subie ou quelqu'un d'autre dans votre famille, ou

d) Un décès dans la famille qui en quelque sorte joue toujours un rôle pour vous

« N'importe quel événement particulier de votre enfance qui sont importants ici »

- pendant qu'il parle, remplir les espaces vides de Q20

Demander ensuite au père d'évaluer l'influence de chaque événement sur sa façon de penser à et d'agir avec son enfant, en remplissant les échelles Q20

Evènement N° 1 :

Aucune influence _____ très grande influence

Evènement N° 2 :

Aucune influence _____ très grande influence

Evènement N° 3 :

Aucune influence _____ très grande influence

Evènement N° 4 :

Aucune influence _____ très grande influence

Evènement N° 5 :

Aucune influence _____ très grande influence

VII. Affects liés aux représentations

21) Les trois émotions les plus fortes

- Dire au père : « Tous les pères lorsqu'ils pensent ou sont avec leur enfant ressentent beaucoup d'émotions différentes.

Quelles sont les émotions les plus fortes que vous pensez avoir pour votre enfant ?

-Inscrire les 3 émotions en Q21

1.

2.

3.

22) Affects

Dire au père : « Je vais vous donner une liste de plusieurs émotions que la plupart des pères ressentent une fois ou l'autre. Indiquez si vous les ressentez beaucoup ou pas du tout lorsque vous pensez à, ou êtes avec votre enfant »

- Faire remplir à la mère/au père les échelles Q22

Joie

pas du tout _____ beaucoup

Tristesse

pas du tout _____ beaucoup

Anxiété-peur

pas du tout _____ beaucoup

Curiosité

pas du tout _____ beaucoup

Colère

pas du tout _____ beaucoup

Culpabilité

pas du tout _____ beaucoup

Fierté

pas du tout _____ beaucoup

Honte

pas du tout _____ beaucoup

Dégoût

pas du tout _____ beaucoup

Équilibre entre émotions

pas du tout _____ beaucoup

VIII. Désirs et peurs

23) Désirs pour l'enfant

Demander : « Quels sont pour votre enfant en pensant au futur vos désirs les plus forts ? »

Les inscrire sous Q23

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

24) Peurs pour l'enfant

*Demander : « Quels sont vos plus grandes peurs pour votre enfant en pensant au futur ? »
Les inscrire sous Q24*

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

25) Désirs en tant que père

*Demander : « Quels sont vos plus grands désirs pour vous en tant que père dans le futur ? »
Les inscrire sous Q25*

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

26) Peurs en tant que père

*Demander : « Quels sont vos plus grandes peurs pour vous en tant que père dans le futur ? »
Les inscrire sous Q26*

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

IX. Estime de soi

27) Estime de soi

Demander au père « Au cours du mois dernier comment vous êtes-vous sentie en tant que personne, bien ou mal « dans votre peau » ? »

-Demander à la mère/au père de remplir l'échelle Q27

très mauvaise _____ très bonne

28) Exploration libre de thèmes importants

« Y-a-t-il quelque chose dont vous n'avez pas parlé qui pourrait jouer un rôle important dans votre manière de penser à, et d'agir avec votre enfant ? »

Investiguer de manière non structurée tous les thèmes qui mériteraient une exploration plus approfondie, particulièrement ceux qui paraissent jouer un rôle central. L'interviewer est libre de continuer comme bon lui semble.

10° Quelles sensations avez-vous ressenties lors du ou des premières séances de peau à peau ?
Quels sentiments avez-vous ressentis lors de ces contacts physiques avec votre bébé ?

- Moyens pour entrer en contact avec le bébé

- Rôle de l'équipe médicale par rapport à l'entrée en relation avec le bébé, est-ce aidant ?

Résumé général

Aujourd'hui, des bébés naissent extrêmement prématurés. Au delà de la prouesse technologique permettant la poursuite de leur développement somatique hors du ventre de la mère, la naissance prématurée reste une expérience hors du commun qui représente une situation complexe pour le processus de création du lien mère-père-bébé. Au travers de cette recherche, incluant les mères et les pères, notre objectif consistait à investiguer l'impact des représentations parentales sur le processus de création du lien mère-père-bébé.

En se référant à la littérature, nous avons posé le cadre du travail psychique de la grossesse et les différents aspects de la naissance prématurée à savoir : les spécificités, le vécu pour chaque parent, les représentations parentales et leur incidence sur les interactions parent-bébé. Dans un second temps, nous avons rencontré séparément le père et la mère de 5 enfants durant leur hospitalisation dans le mois qui a suivi la naissance prématurée (i.e., <32 semaines de grossesse). Nous avons utilisé deux outils en tant que support à l'élaboration du discours : le Five Minute Speech Sample (FMSS) et l'entretien R qui a fait l'objet d'une traduction féminin/masculin et dont le contenu a été adapté au contexte de la prématurité. Dans un troisième temps, nous avons axé notre analyse des données sur les processus défensifs mis en place suite à la naissance prématurée, dans la dynamique de couple et sur les représentations de soi en tant que parent ainsi que celles de l'enfant sous l'angle de la relation précoce parent-bébé.

Les résultats de cette recherche sont en adéquation avec la littérature selon laquelle la naissance prématurée constitue une situation complexe pour le processus de création du lien. Dans notre analyse, focalisée sur les différences entre les pères et les mères, nous relevons que chaque parent met en place des processus défensifs similaires et qu'il interagit avec l'enfant en fonction de son histoire personnelle, avec des représentations, en tant que parent et de l'enfant, qui sont relativement similaires, mais participent différemment et de manière plus ou moins favorable à la relation à l'enfant. Enfin, nous mettons en évidence, à notre tour, que les mères semblent être dans un processus plus complexe que les pères, dont les dispositions physiques et psychiques permettent une entrée en relation plus rapide. De plus, il nous semble que, comme le précisent certains auteurs, malgré le stress et les préoccupations pour leur bébé, les parents de notre échantillon investissent, autant que possible, le lien à leur enfant.