STRATHÈSE REVUE DOCTORALE

Strathèse
ISSN : 2491-8490

3 | 2016
Relire Michel Foucault

Les bébés dits « grands prématurés » sont-ils un symptôme de la modernité ?

Extremely Premature Babies: a Symptom of Modernity?

Cécile Bréhat

https://www.ouvroir.fr/strathese/index.php?id=282

DOI : 10.57086/strathese.282

Electronic reference
Cécile Bréhat, « Les bébés dits « grands prématurés » sont-ils un symptôme de la modernité ? », *Strathèse* [Online], 3 | 2016, Online since 01 January 2016, connection on 06 November 2026. URL : https://www.ouvroir.fr/strathese/index.php?id=282

Copyright
Licence Creative Commons – Attribution – Partage dans les même conditions 4.0 International (CC BY-SA 4.0)

Les bébés dits « grands prématurés » sont-ils un symptôme de la modernité ?

Extremely Premature Babies: a Symptom of Modernity?

Cécile Bréhat

OUTLINE

La prématurité dans le monde et en France
La dite « grande prématurité » : un symptôme de la modernité ?
Des effets du discours médical sur le vécu subjectif de femmes enceintes
Quelques éléments théoriques pour penser cette clinique
En guise de conclusion

TEXT

1 Parler de bébés dits « grands prématurés » nous renvoie à une approche médicale car nous sommes tous par essence des bébés prématurés au regard de la dépendance à laquelle nous soumet notre condition humaine.

2 Dans notre société, la prématurité est appréhendée d'un point de vue médical. Face à la prématurité, le corps médical tente d'apporter des réponses, tributaires des avancées scientifiques mais également des considérations éthiques, politiques et économiques.

3 D'un point de vue médical, une naissance prématurée est une naissance survenant avant 37 semaines d'aménorrhées (SA), sachant que la durée d'une grossesse à terme est de 40 SA. Ceci dit, une naissance prématurée à 36 SA n'a rien à voir avec une naissance à 25 SA en termes de niveau de développement de l'enfant. Ce que nous appelons la « grande prématurité » correspond à une naissance qui se situe avant 33 SA, soit à la fin du septième mois de grossesse.

4 La question de la dite « grande prématurité » nous plonge au cœur des questions éthiques liées à la modernité. À l'endroit où les progrès de la médecine permettent de réanimer et de prendre en charge un enfant de plus en plus tôt, nous pouvons nous interroger sur les effets subjectifs pour un sujet confronté à cette situation que ce soit

pour le bébé, pour le parent ou le médecin. À l'endroit où l'acte de réanimer peut se soutenir du désir de sauver, d'arracher à la mort un petit être en devenir parfois tant désiré par ses parents, au-delà des risques de séquelles pour l'enfant, nous pouvons entendre l'effroi et la détresse des parents face à ce réel que peut représenter une naissance prématurée.

5 Après avoir présenté rapidement l'évolution actuelle de la prématurité dans le monde et en France, nous verrons comment les naissances prématurées peuvent être pensées comme un symptôme de la modernité en mettant en lumière le paradoxe qu'elles représentent. Nous illustrerons ensuite l'impact que peut avoir le discours médical sur le vécu psychique des femmes rencontrées en situation de menace d'accouchement prématuré – précisons que ce travail est centré sur le vécu des femmes. Enfin, nous apporterons quelques éléments théoriques pour penser cette clinique.

La prématurité dans le monde et en France

6 Depuis une vingtaine d'années, le nombre d'enfants nés avant terme n'a cessé d'augmenter en France et dans le monde.

7 Dans le monde, 15 millions de nouveau-nés naissent prématurément et plus d'un million d'entre eux meurent chaque année de complications dues à leur naissance prématurée. La prématurité est la principale cause de décès chez les nouveau-nés (au cours des quatre premières semaines de vie) et la deuxième cause majeure de décès (après la pneumonie) chez les enfants de moins de cinq ans.

8 Tributaires du niveau de soins, les taux de survie présentent des inégalités frappantes d'un pays à l'autre. Dans les pays à faible revenu, la moitié des bébés nés à 32 SA décèdent en raison d'un manque de soins comme le maintien au chaud, l'allaitement et les soins de base pour traiter les infections et les problèmes respiratoires. Dans les pays à revenu élevé, la quasi-totalité de ces bébés survivent.

9 En France, environ 60 000 enfants naissent prématurément, ce qui représente 7 % à 8 % des naissances. La dernière enquête nationale périnatale réalisée par l'Institut National en Santé Et en Recherche

Médicale (INSERM) en 2010 note une tendance lente mais régulière de l'augmentation de la prématurité depuis 1995 (5,9 % en 1995 contre 7,4 % en 2012).

10 Parmi ces enfants, plus de 10 000 naissent « grands prématurés » (entre 22 et 32 SA), soit 15 fois plus qu'il y a dix ans. En France, la très grande majorité des bébés prématurés survivent, mais la question des conditions de la naissance, des séquelles associées et de l'impact sur les relations précoces reste entière. En effet, les bébés dits « grands prématurés » représentent 1,5 % des naissances (et 15 % des naissances prématurées) mais sont responsables de la moitié de la mortalité néonatale et de la moitié des handicaps neurologiques de l'enfant.

La dite « grande prématurité » : un symptôme de la modernité ?

11 Dans les pays industrialisés, comment pouvons-nous comprendre l'augmentation du nombre de naissances prématurées ?

12 Les progrès de la médecine ont permis de diminuer considérablement le taux de mortalité : si avant 1970 80 % des bébés ayant un poids inférieur à 1 kg 100 meurent, après 1980 ils sont à 80 % à survivre. Ils ont également permis de réduire la morbidité chez les grands prématurés par l'amélioration des prises en charges médicales. Mais, dans le même temps, les progrès de la médecine participent à l'augmentation de la prématurité par deux aspects. D'une part, l'amélioration des prises en charges néonatales permet de recourir plus précocement à la décision médicale d'un accouchement provoqué. D'autre part, l'augmentation du recours à la procréation médicalement assistée augmente le nombre de naissances gémellaires, facteur de prématurité. Ainsi, nous pouvons observer que l'augmentation de la prématurité est le résultat paradoxal des progrès de la médecine périnatale, autrement dit l'augmentation de la prématurité serait principalement liée aux nouvelles méthodes de procréation.

13 Interrogeons maintenant ce paradoxe à travers une analyse de la façon dont sont pensées la prématurité et la réanimation néonatale par la communauté scientifique et médicale, tributaire des avancées

scientifiques mais également aux prises avec des considérations éthiques, politiques et économiques.

14 À travers l'historique de la définition médicale de la prématurité, nous pouvons repérer comment la communauté scientifique et médicale dessine les contours de la prématurité avec des critères objectifs du terme de naissance et de poids de naissance. La prématurité a d'abord été définie en fonction du poids de naissance. En 1949, la prématurité était déterminée par un poids de naissance inférieur ou égal à 2,5 kg. Les bébés pesant moins de 1,5 kg étaient des « grands prématurés » et les bébés de moins d'1 kg des « très grands prématurés ». Mais face à la variabilité du pronostic de viabilité pour un poids de naissance équivalent, la communauté scientifique et médicale a eu besoin d'un diagnostic plus élaboré pour définir la prématurité. C'est ainsi, qu'en 1961, l'OMS inclut le critère du terme de la naissance. Depuis lors, la prématurité se définit comme une naissance survenue avant la 37^{e} SA révolue, soit huit mois de grossesse ou par un poids de naissance inférieur ou égal à 2,5 kg. À ce sujet, la dernière enquête nationale périnatale de l'INSERM, citée plus haut, observe une augmentation de la prématurité des naissances uniques et une diminution du taux d'enfants de petits poids. Cette observation vient interroger la pertinence de ces deux critères de poids et du terme de la naissance et leur fait conclure à « un besoin de poursuivre des recherches afin de mieux comprendre les causes et les mécanismes en jeu dans la prématurité ».

15 Nous pouvons entendre comment les critères choisis : poids, terme sont censés « border » la question de la viabilité. En effet, les limites de la réanimation néonatale sont définies à partir de ces mêmes critères de terme et de poids. Bien que l'Organisation Mondiale de la Santé situe la limite de réanimation à un terme de 22 SA ou à un poids de 500 grammes, la majorité des centres français et européens ne réanime pas les bébés en dessous de 24 SA ou de 500 gr en raison des risques très élevés de séquelles. La limite est certes définie en fonction des avancées scientifiques en termes de prises en charge obstétricales et néonatales mais également par des enjeux politiques et économiques. Par exemple, en Chine, en raison de l'explosion démographique, les bébés nés en dessous de 28 SA ne sont pas réanimés. Dans les services de réanimation néonatale, on compte une infirmière pour huit bébés et les parents doivent prendre en charge

une partie des soins, tout en étant limités dans leurs temps de visite. Par contre, au Japon, en lien avec une politique qui vise à combattre le vieillissement de la population, les médecins sont obligés de réanimer les bébés à partir de 22 SA. On compte alors une infirmière par bébé et les soins sont pris en charge par la société.

16 Un bébé dit « grand prématuré » nous confronte à la question du réel, au cœur des questions de la vie et de la mort. À travers des critères qui se veulent objectifs : terme, poids, etc., la communauté scientifique tente de « border » ce réel, défini comme l'impossible, l'irreprésentable. J'entends le « réel » en référence aux travaux de Lacan, défini dans le dictionnaire de la psychanalyse de Chemama et Vandermersch, comme : « Ce que l'intervention du symbolique pour un sujet expulse de la réalité » (Chemama et Vandermersch, 1998, p. 359).

17 La disparité des limites entre pays en fonction de leur politique économique laisse entrevoir l'arbitraire de ces « bords » qui n'ont rien d'objectif. Cette analyse permet de comprendre avec quels repères se construit le discours médical. Saisir la logique d'un discours permet d'introduire un écart par rapport à ce discours constitué qui pourrait prendre valeur de vérité.

18 Ajoutons que l'approche médicale de la prématurité s'inscrit plus largement dans la manière qu'a la communauté scientifique et médicale d'appréhender la grossesse. Il est intéressant de rappeler que l'origine du calcul du terme gestationnel est née d'une « volonté d'établir la filiation paternelle, tout en tentant de contrôler les naissances illégitimes » (St-Amant, 2015, p. 10). Ainsi, nous pouvons y entendre une tentative d'objectivation pour contrôler ce qui échappe ou, autrement dit, une manière d'essayer d'avoir prise sur ce lieu originaire qui suscite de nombreuses constructions fantasmatiques eu égard à son inaccessibilité. Un récent article de S. de St-Amant, sémiologue et épistémologue de la médecine obstétricale et gynécologique, interroge l'évolution de la notion de terme gestationnel qui serait passée de « l'idée d'intervalle pendant lequel la naissance survient, spontanément […] à un concept normatif » et montre comment « l'établissement de l'âge gestationnel en semaines est devenu une donne incontournable par ses implications administratives et cliniques » (2015, p. 11).

19 De la même manière, la durée d'une naissance dite « à terme » serait de 40 SA or « la durée de gestation de l'espèce humaine serait l'une de celles qui connaissent le plus de variations parmi les mammifères » (2015, p. 12). Ce chiffre correspond à une moyenne statistique de la grossesse et non à un « bon » terme valable pour tous.

20 La question de la réanimation néonatale pose bien évidemment des questions éthiques. L'avènement de la mort au moment de la naissance mêle vie et mort sans distinction. Comment peut mourir celui qui n'a pas encore vécu ? C'est bien face à ce réel que les parents et l'équipe médicale et soignante ont à faire face. Réanimer un bébé, c'est l'arracher à la mort. Décider de ne pas le réanimer confronte à l'interdit du meurtre : pourquoi ne pas réanimer un bébé lorsqu'on a les moyens de le faire et qu'on ne peut présager véritablement des séquelles ? Sans cesse repoussée comme une manière de « gagner du terrain » sur la mort, la question de la limite de la réanimation néonatale confronte les médecins réanimateurs à une position fantasmatiquement « folle » de celui qui serait capable de décider de la vie ou de la mort. Fantasme qui peut venir répondre à celui des parents qui ont besoin de croire à une toute-puissance médicale pour ne pas se confronter à ce qui échappe.

Des effets du discours médical sur le vécu subjectif de femmes enceintes

21 Le discours de la médecine véhicule une illusion de maîtrise. Ce discours de maîtrise pourrait s'entendre comme une défense face à la question du réel. Mais du côté des parents, quels peuvent être les effets de ce discours ? Comment le discours médical peut entrer en résonance, peut faire sens avec une histoire, des désirs conscients et inconscients pour un sujet ? En effet, l'enfant né prématurément « se retrouve être le support, à ce moment-là (…) de toute une problématique familiale concernant la vie et la mort » (Vanier, 2013, p. 21). La place dans sa famille que vient prendre l'enfant en naissant prématurément dévoile une trame fantasmatique à laquelle les parents se confrontent et ont à faire pour pouvoir dépasser le traumatisme afin de rencontrer leur enfant.

22 Nous pouvons émettre l'hypothèse que cette position défensive de la médecine face à la question du réel pourrait venir redoubler les angoisses de mort des parents confrontés à la naissance prématurée de leur enfant. Face à cette illusion de maîtrise et de toute puissance de la science, la blessure narcissique, le sentiment d'incompétence et de culpabilité de ces femmes de n'avoir pu mener leur grossesse à terme peut s'en trouver accentué.

23 Dans le cadre d'entretiens de recherche avec des femmes hospitalisées en service de grossesse à risques, nous pouvons entendre les effets du discours médical sur leur vécu psychique de la situation.

24 Nous pensons, par exemple, à une femme hospitalisée pour menace d'accouchement prématuré qui disait : « Ils m'ont dit qu'accoucher à 34 SA c'est mieux ». Nous lui demandions alors ce que cela représentait 34 SA pour elle. Elle répondait :

> ben je ne sais pas mais justement quand ils m'ont dit qu'ils allaient me faire une césarienne je m'imaginais une petite crevette, je ne savais pas comment me le représenter je m'imaginais encore l'*alien* des premières échographies.

25 Nous pouvons entendre l'écart entre le discours médical et les représentations de cette femme. Le corps médical lui parlait d'un bébé de 34 SA, stade de développement auquel le fœtus est censé pouvoir téter et respirer de façon autonome. Pour elle, « dans sa tête », ce n'était pas encore un bébé, c'était encore l'« *alien* » des premières échographies.

26 À propos de son hospitalisation et de l'impact sur le vécu de sa grossesse, elle disait :

> Tout était tellement devenu irréel pour moi, tout m'était tombé dessus [...] c'était comme si j'étais coupée du monde, comme si j'étais plus enceinte [...] je l'avais un peu évincé comme si je lui en voulais parce que c'était de sa faute que j'étais là.

27 Ainsi, nous pouvons entendre l'impact de l'irruption du réel qui vient suspendre les processus fantasmatiques, les rêveries maternelles. Elle racontera justement comment l'échographie, donc une image de son

bébé, lui permettra de réaliser ce qu'elle avait dans le ventre et de se reconnecter avec son sentiment d'être enceinte.

28 Une autre femme que nous avons rencontrée nous disait qu'on déclencherait son accouchement à 36 SA, « à cause des fissures, de toute façon, il n'y a plus de bénéfices à ce qu'il reste en moi ». Comment peut résonner en elle cette parole sachant qu'elle évoquait lors de l'entretien son sentiment que son enfant n'était pas en sécurité en elle ? Nous pouvons aussi nous demander de quelles « fissures » elle parle ?

29 Ainsi, nous pouvons entendre comment deux discours : le discours médical et le discours subjectif se rencontrent mais ne parlent pas de la même chose. Nous ne savons jamais comment un mot peut résonner pour un sujet.

Quelques éléments théoriques pour penser cette clinique

30 Nous avons vu que les progrès de la science permettent de réanimer et de prendre en charge de plus en plus tôt un bébé. Mais, en référence à Winnicott qui déclarait : « Mais un bébé, cela n'existe pas ! »[1] dans le sens où il n'y a pas de bébé qui survive seul, alors qui va se préoccuper de la « réanimation » des rêveries maternelles, nécessaires à la construction d'un espace psychique fiable pour le bébé à venir, rêveries maternelles alors suspendues par le traumatisme de cette naissance prématurée ?

31 Contrairement à la modernité qui veut toujours aller plus vite pour « gagner du temps », au cours d'une grossesse, chaque mois compte. Dans ce devenir mère, dans cette traversée subjective, le temps psychique n'est pas écourtable, il est nécessaire. Les traitements médicamenteux, comme la corticothérapie qui permet d'accélérer la maturation pulmonaire du fœtus, peuvent laisser penser que nous pouvons accélérer la réalité mais le temps psychique lui ne peut pas s'accélérer.

32 Au cours du troisième trimestre de grossesse, des représentations de séparation commencent à émerger, ce qui met en route un processus de différenciation entre la mère et l'enfant. C'est également dans les

dernières semaines précédant la naissance que la mère construit les représentations de son bébé. Quand un enfant vient à naître prématurément, il manque des semaines ou des mois de grossesse. Quel impact l'interruption de ce temps peut-il avoir dans la construction du devenir mère ? Si la mère est empêchée dans la traversée de ces processus psychiques nécessaires à l'établissement des premiers liens, quels peuvent en être les effets dans la construction de ces premiers liens ?

33 La plupart des travaux de recherche réalisés sur l'impact d'une naissance prématurée dans la construction de la parentalité s'inscrivent dans le champ épistémologique de la théorie de l'attachement. Plusieurs auteurs ont notamment travaillé sur l'importance de la construction et du déploiement de la vie fantasmatique et imaginaire au cours de la grossesse dans la construction des premiers liens. Après la naissance, ces élaborations fantasmatiques s'exprimeraient à travers les interactions précoces entre le bébé et sa mère, ce qui participerait à la transmission de la vie psychique. Les différents travaux sur les processus fantasmatiques montrent l'importance de la capacité de la mère à fantasmer. Ainsi, nous pouvons entendre que le bébé se construirait en partie grâce à la rêverie de sa mère.

34 En s'appuyant sur les travaux de Serge Lebovici sur le bébé imaginaire qui serait, selon lui, celui des rêveries maternelles auxquelles se rattachent des représentations simples et ceux de Frances Tustin sur la « gestation psychique » ou la construction d'un espace de relation entre la mère et son bébé, Nadia Bruschweiler-Stern soutient l'hypothèse selon laquelle « l'évaluation de la représentation maternelle du bébé offre un aperçu sur le développement de la future relation entre la mère et l'enfant » (Bruschweiler-Stern, 2001, p. 23).

35 Au fil de sa grossesse, la mère oscillerait entre deux types de représentations : celles qui concernent le bébé « *espéré* » et celles qui concernent le bébé « *redouté* ». Lorsque l'enfant naît, un travail psychique d'ajustement et d'intégration entre le bébé réel et le bébé imaginaire évoluerait dans une relation dynamique, ce qui permettrait la rencontre et l'attachement entre la mère et son enfant. Elle s'interroge alors sur l'impact d'une naissance prématurée sur ce travail psychique, précisant qu'« il est très difficile de créer et de

maintenir une représentation de l'enfant quand plane une incertitude sur son avenir » (Bruschweiler-Stern, 2001, p. 24).

36 D'autres recherches mettent en avant l'impact qualifié de traumatique d'une naissance prématurée pour les parents et particulièrement pour la mère. Face à l'irruption de ce réel que peut provoquer une naissance prématurée, nous sommes dans une clinique du traumatisme. François Ansermet, dans son ouvrage *La clinique de l'origine*, parle, à propos de la réanimation néonatale, d'une clinique de l'effroi, en ce sens que : « L'effroi met l'accent sur le facteur de surprise alors que l'angoisse désigne l'état caractérisé par l'attente du danger et la préparation à celui-ci, même s'il est inconnu » (Ansermet, 1999, p. 42).

37 Autrement dit, l'angoisse protège de l'effroi. Or, la situation de réanimation néonatale suscite l'effroi avec son effet de sidération. Le traumatisme entraîne une abolition symbolique qui laisse sans représentations. C'est ce trou qui fait trauma. Selon lui, pour sortir de la sidération, le désir doit être remis en jeu : « désirer pour dé-sidérer ».

38 Catherine Vanier, psychanalyste, travaillant dans un service de réanimation néonatale de la région parisienne, le rejoint sur la question de l'avènement du désir. La mère doit pouvoir avoir du désir pour son bébé afin que le bébé puisse rencontrer le désir dans l'Autre afin de devenir sujet car, en référence à Lacan, « Le sujet est dans l'Autre ». Mais pour ce faire, Catherine Vanier évoque la nécessité de la symbolisation de la séparation dans la « tête » de la mère. Pour que la mère puisse se représenter ce bébé, il faut lui supposer du sujet. Pour ce faire, il doit être pensé comme séparé d'elle. Or, selon elle, ce bébé arraché par deux fois : du ventre et dans la couveuse lui donne le sentiment de ne pas avoir accouché. Cette séparation qui vient « en plus » dans l'hospitalisation semblerait, en redoublant la coupure, l'annuler, c'est-à-dire empêcher sa symbolisation. La séparation doit avoir lieu pour qu'un lien puisse s'établir.

> Une symbolisation doit pouvoir être possible pour eux afin qu'ils puissent continuer à imaginer cet enfant afin que le bébé ne devienne pas pour eux un simple objet de la médecine mais qu'il reste un enfant, leur enfant (Vanier, 2013, p. 34).

39 Catherine Vanier émet l'hypothèse que le devenir des bébés prématurés dépendrait des représentations des parents sur leur enfant et

des possibilités d'investissement libidinal du bébé, autrement dit de la capacité psychique de la mère à supposer du sujet chez son bébé afin de pouvoir se le représenter et avoir du désir pour lui.

En guise de conclusion

40 Pour conclure, nous reprendrons notre question de départ : en quoi la dite « grande prématurité » serait un symptôme de la modernité ?

41 Dans nos temps modernes où l'on évite la question du vieillissement et de la mort, la « grande prématurité » nous y confronte. Elle nous confronte au nouage intrinsèque de la vie et de la mort que l'on cherche à tenir éloigné. Le réel qui, par essence, échappe, nous tentons de le maîtriser afin de se protéger de ce que cela produit en nous, de sa violence. Dans cette tentative de maîtrise, tout en voulant s'en protéger, nous la créons. Là se niche un des paradoxes de la grande prématurité qui peut s'entendre comme un symptôme de la modernité.

42 Un deuxième paradoxe auquel nous confronte la question de la grande prématurité est le rapport au temps : temps social versus temps psychique. Dans notre modernité, le rapport au temps est comme « pressurisé ». Avec ses progrès par ailleurs indispensables, la médecine est également prise dans cette accélération de la modernité. La médecine cherche à « gagner du temps, du terrain ». La médecine propose des solutions face à la grande prématurité tout en tentant de la définir. Mais ce discours médical ne nous dit rien du vécu subjectif face à cette naissance à chaque fois singulière. Ces femmes qui deviennent mères « trop tôt » ont justement à accepter de « perdre » : deuil d'une grossesse idéale, deuil d'un enfant narcissisant. Même si le sujet ne peut que finalement rester seul face à ce qu'il vit, il nous paraît important de pouvoir entendre ce que vivent ces femmes au cœur de leur intimité face à leurs angoisses de mort, d'entendre ce que représente pour chacune la dite « grande prématurité » de leur enfant et d'entendre comment peut résonner le discours médical pour le sujet au niveau de leur désir et de leurs fantasmes afin de pouvoir trouver leur chemin pour rencontrer leur enfant. Mais ce travail-là demande du temps car la temporalité psychique n'est pas « accélérable » puisque dans l'inconscient le temps chronologique n'existe pas.

43 Ainsi, l'éthique de la psychanalyse peut nous aider à penser autrement ce qu'est la prématurité en essayant d'entendre comment le sujet peut se « débrouiller » avec cette modernité dans laquelle il est pris que ce soient les médecins par rapport aux nouvelles techniques ou les parents par rapport au discours médical.

BIBLIOGRAPHY

Ansermet, F., 1999, *Clinique de l'origine. L'enfant entre la médecine et la psychanalyse*. Paris, Payot.

Borghini, A. et Muller Nix, C., 2008, *Un étrange petit inconnu. La rencontre avec l'enfant né prématuré*, Paris, Ères.

Bruschweiler-Stern, N., 2001, « Mère à terme et mère prématurée », in M. Dugnat, *Le monde relationnel du bébé*, Paris, Ères, p. 17-24.

Bydlowsky, M., 2010, *Je rêve un enfant, l'expérience intérieure de la maternité*, Paris, Odile Jacob.

Chemama, R. et Vandermersch, B., 1998, *Le dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Larousse.

Druon, C., 2009, *À l'écoute du bébé prématuré*, Paris, Flammarion.

Freud, S., 1914, « Pour introduire le narcissisme », in *La vie sexuelle*, Paris, PUF, p. 81-105.

Mathelin, C., 1998, *Le Sourire de la Joconde. Clinique psychanalytique avec les bébés prématurés*, Paris, Denoël.

Morisseau, L. (dir.), 2009, *Lorsque la parentalité paraît*, Paris, PUF.

Racamier, P.-C., 1978, « À propos des psychoses de la maternalité », in *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*, Paris, ESF.

Saint-Amant, S., 2015, « Naît-on encore ?, Réflexions sur la production médicale de l'accouchement », *Recherches Familiales*, 12, p. 9-25.

Samara, M., Marlow, N. et Wolke, D., 2008, « Pervasive behavior problems at six years of age in a whole population sample of children born at 25 weeks of gestation or less », Pediatrics, 122(3) (http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/122/3/562?maxtoshow=&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=Samara&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT), p. 562-573.

Spiess, M., 2009, « Donner naissance : une confrontation à l'altérité », *Dialogue*, 184, p. 105-113.

Vanier, C., 2013, *Naître prématuré, le bébé, son médecin et le psychanalyste*, Paris, Bayard.

Winnicott, D. W., 1969, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.

Winnicott, D. W., 1992, *Le bébé et sa mère*, Paris, Payot.

NOTES

1 En 1940, au cours d'une réunion scientifique de la Société Britannique de Psychanalyse.

ABSTRACTS

Français

Depuis une vingtaine d'années, le nombre d'enfants nés avant terme n'a cessé d'augmenter en France et dans le monde. En France, il représente aujourd'hui 7 % des naissances. Or, l'augmentation de la prématurité est principalement liée aux nouvelles méthodes de procréation. Comment pouvons-nous penser ce paradoxe de la modernité ? Bien que l'Organisation Mondiale de la Santé situe la limite de réanimation à un terme de 22 semaines d'aménorrhées (SA) ou à un poids de 500 grammes, la majorité des centres français et européens ne réanime pas les bébés en dessous de 25 SA, en raison des risques très élevés de séquelles. Un bébé d'environ 22 centimètres et pesant 700 grammes peut donc être réanimé. Ladite « grande prématurité » nous plonge au cœur des questions éthiques que pose la réanimation néonatale. Les progrès de la science permettent de réanimer et de prendre en charge de plus en plus tôt un bébé. Mais qu'en est-il de la « réanimation » des rêveries maternelles, nécessaires à la construction d'un espace psychique fiable pour le bébé à venir, alors suspendues par le traumatisme de cette naissance prématurée ? Quels effets peuvent être repérés au niveau des processus psychiques inconscients chez ces femmes devenues mères « trop tôt » ? Quels peuvent être les impacts de cette prise en charge médicale et de ces longs mois d'hospitalisation dans la construction du processus de « maternalité » ? La blessure narcissique, le sentiment d'incompétence et de culpabilité de ces femmes de n'avoir pu mener leur grossesse à terme entrent alors en résonance avec l'illusion de maîtrise et de toute puissance de la science. Après avoir analysé comment la communauté scientifique et médicale tente de border le « réel » de la prématurité, nous essaierons d'entendre l'impact que peut avoir le discours médical sur le vécu psychique de femmes enceintes hospitalisées pour menace d'accouchement prématuré rencontrées dans un service de grossesses dites « à risques ». Enfin, quelques éléments théoriques seront amenés pour penser cette clinique.

English

For the last twenty years, the number of premature babies has been increasing in France and in the world. In France they represent 7% of births

today. Considering that this increase in preterm birth is mainly due to advanced methods of procreation. This modern paradox needs to be considered. Although the World Health Organization has set the resuscitation limit to 22 weeks of amenorrhea or 500 grams of weight, the majority of French and European health centres do not resuscitate babies below 25 weeks of amenorrhea because of the very high risk of adverse consequences. A new-born who is almost 22 centimetres and weighs 700 grams can therefore be resuscitated. Extreme preterm birth leads to ethical concerns regarding neonatal reanimation. Scientific progress continuously expands the limits of resuscitation and medical intervention on new-born babies. But who takes care of the "reanimation" of maternal fantasies which are necessary for the creation of a reliable psychic space for the baby? Indeed maternal fantasies can be impeded by the trauma of a very preterm birth. What is the impact on the motherhood process when a woman becomes a mother "too soon" and when she is separated from her baby because of medical care? The narcissistic wound, feeling of incompetence and culpability of these women not being able to carry their pregnancies to term resonates with the illusion of control and of science's omnipotence. After an analysis of the scientific and medical community's attempt to elaborate the "real" of prematurity, we will examine the impact of medical discourse on the subjective lives of pregnant women hospitalised for premature delivery. Finally some theoretical concepts will be confronted to help think the clinic of extreme preterm birth.

INDEX

Mots-clés
prématurité, maternalité, discours médical, réanimation néonatale, éthique

Keywords
prematurity, motherhood, medical discourse, neonatal resuscitation, ethics

AUTHOR

Cécile Bréhat
EA 3071 Subjectivité, lien social et modernité
IDREF : https://www.idref.fr/234768223