STRATHÈSE REVUE DOCTORALE

Strathèse
ISSN : 2491-8490

4 | 2016
Émotions dans les sciences humaines et sociales

Émotions et grande prématurité. Approche psychanalytique

Emotions and Extreme Preterm Birth. A Psychoanalytic View

Cécile Bréhat

https://www.ouvroir.fr/strathese/index.php?id=325

DOI : 10.57086/strathese.325

Référence électronique
Cécile Bréhat, « Émotions et grande prématurité. Approche psychanalytique », *Strathèse* [En ligne], 4 | 2016, mis en ligne le 01 septembre 2016, consulté le 26 octobre 2026. URL : https://www.ouvroir.fr/strathese/index.php?id=325

Droits d'auteur
Licence Creative Commons – Attribution – Partage dans les même conditions 4.0 International (CC BY-SA 4.0)

Émotions et grande prématurité. Approche psychanalytique

Emotions and Extreme Preterm Birth. A Psychoanalytic View

Cécile Bréhat

PLAN

L'impact de l'émotion dans la clinique de la grande prématurité
Approche psychanalytique de l'émotion
Les émotions « en situation » : la pratique de l'entretien de recherche en psychologie clinique
  L'annonce de la grossesse
  La maladie de son père

TEXTE

L'impact de l'émotion dans la clinique de la grande prématurité

1 L'avènement possible de la mort au moment de la naissance mêle vie et mort sans distinction. La logique d'objectivation du discours médical au sujet de la grande prématurité et de la réanimation néonatale et de ses limites n'évince pas pour autant la charge émotionnelle afférente à cette problématique, tant pour les parents que pour les équipes médicales et soignantes. Ainsi, notre travail de recherche sur la « grande prématurité » nous permet de mener une réflexion sur les liens entre les affects et les processus de subjectivation du bébé dit « grand prématuré ». La « grande prématurité » concerne les naissances qui se situent entre 28 et 33 semaines d'aménorrhées (SA), ce qui correspond à la fin du sixième mois et le début du huitième mois de grossesse.

2 La « grande prématurité » est en effet considérée comme un facteur de haut risque de maltraitance (Spencer *et al.*, 2006) et comme un facteur de risque de trouble du spectre autistique (Samara, Marlow et Wolke, 2008 ; Johnson *et al.*, 2010 ; Pinto-Martin *et al.*, 2011 ;

Ouss-Ryngaert, Alavarez et Boissel, 2012). Les études rétrospectives mettent en lien les difficultés de nouage des liens précoces avec le traumatisme de l'accouchement et de la naissance (Garel, 2004 ; Kersting, 2004 ; Muller Nix, 2009 ; Zelkowitz, 2009). L'originalité de ce travail de thèse serait de se situer dans une autre temporalité psychique que celle de l'après coup, ce qui pourrait permettre d'interroger les éventuelles difficultés de nouages des liens précoces autrement qu'à travers le prisme du traumatisme de l'accouchement et de la naissance prématurée de l'enfant. Dans cette visée, nous rencontrons avant et après la naissance de leur enfant des femmes dites « primipares », qui sont hospitalisées pour menace d'accouchement prématuré, et d'autres pour lesquelles le déroulement de leur grossesse ne nécessite pas de prise en charge médicale. Afin d'avoir une approche également comparative, nous rencontrons des femmes primipares qui ont accouché prématurément. La démarche prospective de notre recherche permettrait d'avoir accès à ce qui se passe psychiquement avant et après l'évènement « prématurité », sans que ce dernier ne fasse en quelque sorte « écran ». Ainsi, nous pourrons entendre comment se construit pour ces femmes le processus de maternalité (Spiess, 1999), au sens d'une élaboration symbolique de ce qui se vit à partir du réel du corps, et les problématiques subjectives engagées au cours de la grossesse avant que ne surgisse l'évènement de la prématurité.

3 Depuis une vingtaine d'années, le nombre d'enfants nés avant terme n'a cessé d'augmenter en France et dans le monde en raison principalement des progrès de la médecine périnatale. En effet, ceux-ci ont permis de diminuer considérablement le taux de mortalité et de réduire la morbidité chez les grands prématurés par l'amélioration des prises en charges médicales. Mais, dans le même temps, ils 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. En France, les bébés « grands prématurés » sont 15 fois plus nombreux qu'il y a 10 ans. Ils représentent 1,5 % des naissances mais sont responsables de la moitié de la morta-

l-

ité néonatale et de la moitié des handicaps neurologiques de l'enfant[1].

4 Ainsi, la clinique des bébés « grands prématurés » nous plonge au cœur des questions de la vie et de la mort. La plupart des travaux sur les naissances prématurées s'accordent à qualifier cet évènement de traumatique pour les parents et particulièrement pour la mère (Carel, 1977 ; Druon, 1996 ; Ansermet, 1999 ; Binel, 2000 ; Golse, 2001 ; Vanier, 2013).

5 Cette naissance « aux portes de la vie », comme l'écrit la psychanalyste Catherine Druon, peut précipiter les parents face au réel et aux angoisses de perte. En rencontrant ces femmes, ces mères, nous pouvons entendre l'effroi et la détresse face à ce réel que peut représenter une naissance prématurée.

6 Pour François Ansermet, « 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 : 42).

7 Autrement dit, l'angoisse protègerait de l'effroi. Or, la situation de réanimation néonatale se déroule dans l'urgence et provoque souvent une sidération qui peut susciter l'effroi. Ce vécu traumatique entraîne une abolition symbolique qui laisse le sujet sans représentations : un trou qui fait trauma. Ce « trou » dans la chaîne signifiante « bloque » la circulation des affects et des représentations. Il s'agirait alors, pour sortir de la sidération, que le désir soit remis en jeu : « désirer pour dé-sidérer ». Tout le travail d'accompagnement psychologique consistera à remettre en route le travail de penser pour « re-tricoter » les bords de la béance laissée par ce trou et pouvoir renouer avec les rêveries maternelles qui peuvent alors se retrouver suspendues par l'effraction du réel.

8 Cette clinique de l'effroi ou du traumatisme permet donc de penser un lien entre les affects et les processus psychiques. Mais quel peut être l'impact de l'effroi dans la construction psychique du sentiment maternel ? La construction psychique du lien maternel s'avère éminemment complexe par les remaniements psychiques que la grossesse génère et qui viennent mettre en jeu l'identité sexuée, le

narcissisme, le lien à la mère, etc., mais également en fonction des modalités de rencontre avec l'enfant.

9 À ce sujet, le concept fondamental de « la préoccupation maternelle primaire » nous aide à penser comment se construit ce sentiment et nous permet également de repérer l'importance des affects pour qu'un lien puisse se tisser entre la mère et son bébé. Dès 1956, le pédiatre et psychanalyste anglais Donald W. Winnicott invente ce concept pour parler de cet état psychique particulier, qu'il caractérise d'« état psychiatrique », qui se développe peu à peu au fil de la grossesse pour atteindre « un degré de sensibilité accru » vers les semaines précédant l'accouchement, jusqu'à quelques semaines après la naissance de l'enfant. Sous ce terme, Donald W. Winnicott décrit cliniquement cette période particulière qui permet à la mère « de s'adapter aux tout premiers besoins du nouveau-né avec délicatesse et sensibilité » (Winnicott, 1956 : 288). Cet état qualifié de « folie normale » lui permet de capter les signaux de son bébé, les décoder et les interpréter. Il compare cet état à un repli, ou un état de dissociation, voire à un épisode schizoïde au cours duquel un des aspects de la personnalité prend le dessus. La mère sortira indemne de cet état dont elle ne gardera que très difficilement le souvenir. Cette capacité interprétative maternelle demande à la jeune mère de puiser dans ses ressources psychiques. Il précise que pour pouvoir atteindre cet état, « la femme doit être en bonne santé ». Il ajoute que « certaines y parviennent avec un enfant et échouent avec un autre ». Cette précision revêt toute son importance car elle permet d'entendre l'importance du contexte dans lequel se déroule la rencontre entre la mère et son enfant. Le déploiement de la capacité interprétative de la mère sera possible, facilité ou entravé selon les modalités de rencontre avec son enfant.

10 Ainsi, dans le cas d'une naissance prématurée, les modalités de rencontre qui se déroulent dans un premier temps dans l'urgence, avec un risque vital pour le bébé et parfois pour la mère, et dans un second temps dans un univers très médicalisé avec des soins très spécifiques, peuvent mettre à mal autant la mère que le bébé dans le processus de construction du lien. L'extrait suivant, issu d'un entretien de recherche avec une femme hospitalisée à 31 SA, soit à 7 mois ½ de grossesse, pour menace d'accouchement prématuré,

illustre l'impact du réel sur les rêveries maternelles. Au sujet de son hospitalisation et de l'impact sur le vécu de sa grossesse, elle dira :

> 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 si j'étais là.

11 Ainsi, nous pouvons entendre l'impact de l'irruption du réel qui vient à la fois suspendre les processus fantasmatiques, les rêveries maternelles mais aussi introduire pour cette femme un vécu d'irréalité. Elle racontera ensuite 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 ; « tout est remonté », dira-t-elle. Nous pouvons faire l'hypothèse que les affects suscités par la perception de l'image de l'échographie, repérables dans l'énonciation de son discours, lui ont permis de « renouer » avec ses représentations, ses rêveries maternelles nécessaires à la construction du devenir mère.

12 Dans les situations où la femme, devenue mère « prématurément », présente un syndrome de stress post traumatique ou une importante anxiété, nous pouvons faire l'hypothèse qu'elle ne sera pas en mesure d'entrer dans cet état psychique particulier qui lui permet d'interpréter les signaux de son bébé en vue de pouvoir répondre à ses besoins. Nous pouvons assister à un véritable gel des investissements libidinaux afin de tenter de se protéger psychiquement de l'intensité émotionnelle liée aux enjeux de vie et de mort.

13 Pourtant, cet accordage émotionnel s'avère primordial pour que la mère puisse investir libidinalement son bébé. Catherine Vanier, psychanalyste, travaillant dans un service de réanimation néonatale de la région parisienne, 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 (Vanier, 2013). Ainsi, nous pouvons entendre comment les affects sont intrinsèquement liés aux processus de subjectivation. En effet,

l'accordage émotionnel participera à la construction du sentiment maternel et donc à la subjectivation du bébé.

14 Ainsi, du côté du bébé, nous pourrions penser ce qu'on appelle communément les émotions comme les « matières premières » des processus de subjectivation. Les travaux de Wilfred Bion, psychanalyste britannique, montrent comment l'activité maternelle viendrait suppléer à l'absence « d'appareil à penser du bébé » (Bion, 1962). Elle permettrait la transformation des éléments bêta, c'est-à-dire des sensations brutes non assimilables par le bébé en éléments alpha, soit des éléments qui peuvent être pensés, symbolisables. Il s'agirait bien là de sensations corporelles du bébé ou de décharges pulsionnelles que la mère va interpréter avec ses propres signifiants. Cette prise dans le signifiant de l'Autre va faire advenir pour le nouveau-né la question de la demande et du désir.

15 Pour les bébés « grands prématurés », nous pouvons nous interroger sur les effets de ses premiers temps passés au fond d'une couveuse, « coupés » des échanges émotionnels, dans la construction de leur vie psychique.

16 Plusieurs auteurs comme Bion et Winnicott émettent l'hypothèse de l'existence d'une « préconception » ou de « protoreprésentations » chez le nouveau-né, qui lui permettrait de le « guider » dans l'adaptation à son environnement. Le nouveau-né serait alors « en attente de confirmation par les réponses de l'environnement » (Roussillon, 2011 : 1498).

17 Ainsi, nous pouvons nous interroger, d'une part, sur l'éventuelle existence de ces protoreprésentations eu égard à la prématurité de l'enfant. Lorsque l'enfant naît très prématurément, a-t-il déjà cette « maturité psychique » ?

18 Nous pouvons également faire référence au concept freudien de l'« élan pulsionnel » (Freud, 1930) ou encore à celui d'« appétence symbolique » du nouveau-né, en référence aux travaux de Graciela Cullere-Crespin (Cullere-Crespin, 2007). Un bébé grand prématuré qui n'est pas autonome sur le plan de la respiration et de l'alimentation peut-il être dans cet élan pulsionnel vers l'autre ?

19 D'autre part, nous pouvons nous interroger sur les effets de l'absence de « réponses de l'environnement » que mentionne Roussillon comme

la présentation de certains objets (seins, bras) dans le développement de sa subjectivité (Roussillon, 2011). Qu'en est-il de la construction de sa vie psychique lorsque le nouveau-né prématuré se trouve privé des échanges émotionnels qui s'ancrent dans les éprouvés corporels ressentis dans les soins corporels, le nourrissage ou le portage ?

20 Les émotions ou les affects en tant que noués à la représentation participent aux processus de subjectivation autant du côté des parents que du côté des bébés. Dans la clinique de la grande prématurité, l'éventuel traumatisme peut venir délier les affects et les représentations, ce qui n'est pas sans effets dans la rencontre entre le bébé prématuré et ses parents.

21 Dans cette approche psychanalytique de l'émotion, une réflexion épistémologique paraît nécessaire. Parler d'émotions lorsque nous nous référons au cadre théorique de la psychanalyse n'est pas chose facile. Le terme « émotion » n'apparaît pas dans le dictionnaire de la psychanalyse. Et pour cause, nous parlons d'« affect », notion contemporaine de la naissance même de la psychanalyse, puisque Freud opère sa première classification des névroses selon la façon dont le sujet se comporte au regard de ses affects. Mais parlons-nous de la même chose lorsque nous parlons d'émotions et d'affects ? N'est-ce qu'une question de vocabulaire ? Pouvons-nous penser des liens entre ces deux concepts ou n'est-ce là qu'une manière différente de tenter d'« épingler » ce même réel qui surgit et s'impose au sujet ?

Approche psychanalytique de l'émotion

22 Afin d'interroger le concept d'émotion à la lumière de la psychanalyse, un premier exercice de différenciation terminologique entre l'émotion, l'affect et la sensation s'impose.

23 L'*émotion* est définie dans le Larousse (2015) comme une : « réaction affective transitoire d'assez grande intensité habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement » [2].

24 Dantzer précise : « qu'elles soient agréables ou désagréables, les émotions ont pour caractéristique commune de ne pas rester purem-

ent cérébrales mais d'être accompagnées de modifications physiologiques et somatiques [...]. Cette caractéristique permet de différencier les émotions des simples sentiments [...] » (Dantzer, 1988 : 9).

25 Ainsi, nous pouvons mettre en exergue que l'émotion serait une réaction à une stimulation extérieure qui entraînerait des modifications à l'intérieur du corps.

26 Quant à l'*affect*, il est défini comme un : « processus de décharge de l'énergie pulsionnelle qui constitue l'une des deux manifestations fondamentales de la pulsion, l'autre étant la représentation »[3] (Larousse, 2015).

27 Un dictionnaire spécialisé nous permet d'aller un peu plus loin avec les notions de plaisir et de déplaisir, que nous pouvons d'une certaine manière associer à l'émotion : « des modalités d'expression des pulsions, manifestant des états internes de la vie psychique à partir des deux polarités primitives de plaisir et de déplaisir » (De Mijolla, 2002 : 28).

28 Nous nous retrouvons là au cœur de l'appareil psychique avec la notion de pulsion. La pulsion, concept majeur de la doctrine psychanalytique, est définie comme la charge énergétique qui est à la source de l'activité motrice de l'organisme et du fonctionnement de l'appareil psychique. Selon Freud, toute pulsion s'exprime dans les deux registres de l'affect et de la représentation, qui ne sont pas forcément liés. La séparation de l'affect et de la représentation lui permet de penser les premiers modèles théoriques des névroses en décrivant différentes possibilités de transformation de l'affect : conversion dans l'hystérie, déplacement dans la névrose obsessionnelle et transformation dans la névrose d'angoisse. L'affect serait la traduction subjective de la quantité d'énergie pulsionnelle, soit un représentant psychique de la pulsion ou encore la partie libidinale détachée de la représentation. Le mouvement général du psychisme vise l'abaissement de la tension sans jamais y parvenir. Et c'est dans ces mouvements de variation entre l'augmentation et la suppression de la tension, qu'alternent des états dits de plaisir et de déplaisir.

29 En ce qui concerne la *sensation* ou *l'éprouvé*, les choses sont plus simples. Dans le Larousse, la sensation, du latin « *sentire* » qui signifie percevoir, se définit comme : un « phénomène qui traduit de façon

interne chez un individu une stimulation d'un de ses organes récepteurs » comme « les sensations visuelles » et/ou comme un « état psychologique découlant des impressions reçues et à prédominance affective ou physiologiques » comme « une sensation de bien-être » [4].

30 Ainsi, le sujet tente de caractériser ce qu'il ressent de « l'intérieur ».

31 À travers ces définitions, nous pourrions penser que la source permettrait de différencier les émotions des affects : elle serait externe dans le cas de l'émotion et interne dans le cas de l'affect. L'émotion apparaîtrait comme un mouvement du sujet dont la source serait un évènement du monde extérieur. L'affect, de par son lien à une représentation, serait en relation avec l'histoire du sujet. Mais lorsque nous nous référons à la psychanalyse, nous nous intéressons au sujet dans sa singularité. Une même stimulation extérieure n'aura pas le même effet sur chaque personne. Il s'agit bien de l'impact, de la résonance psychique ou encore de la rencontre entre la stimulation extérieure et un sujet singulier qui suscitera de l'affect.

32 La prise en considération de l'implication du sujet psychique ouvre sur la dimension inconsciente et par essence à tout ce qui échappe. En effet, nous n'avons pas directement accès à l'affect de la même manière que nous n'avons pas directement accès à l'inconscient. Nous n'avons accès qu'à des manifestations de l'affect ou à des dires sur cet affect. Ainsi, nous pourrions dire que l'affect serait davantage une affaire singulière en lien avec des enjeux inconscients, alors que l'émotion serait plus liée à des aspects conscients, serait plus spéculaire, repérable par un autre dans un lien social. Le concept de l'émotion et celui de l'affect recouvriraient quelque chose de commun mais nous aurions une façon différente d'« épingler » ce réel qui surgit et s'impose au sujet. Nous entendons le réel en référence aux travaux de Lacan : ce qui est hors sens, ce qui échappe, ce qui est irreprésentable. Ces réflexions nous amènent à différentes hypothèses : pourrions-nous envisager l'émotion comme une voix de symbolisation de l'affect ? En référence au concept de pulsion, pourrions-nous envisager une différence de quantité d'énergie pulsionnelle entre l'émotion et l'affect ?

33 Cette réflexion épistémologique nous permet de mettre en lumière les liens entre l'affect et le sujet de l'inconscient et de comprendre ainsi comment des enjeux inconscients se dessinent « en filigrane »

des procédés conscients. Afin d'illustrer comment l'émotion « en situation », en référence à la théorie psychanalytique, prend une place particulière, nous allons aborder la question de l'émotion dans le cadre de l'entretien de recherche en psychologie clinique.

Les émotions « en situation » : la pratique de l'entretien de recherche en psychologie clinique

34 Dans ce travail de recherche clinique, la question de l'émotion ne se pose pas seulement dans l'approche théorico-clinique de la « grande prématurité », mais également dans l'approche méthodologique. La vulnérabilité psychique des femmes enceintes, associée à un éventuel accouchement prématuré, ainsi que le fait de les rencontrer avant et après la naissance de leur enfant sont autant d'éléments cliniques qui rendent ces temps d'entretiens de recherche très chargés émotionnellement. Ainsi, il apparaît primordial de pouvoir penser une façon de travailler la place des émotions en lien avec la théorie psychanalytique, soit articulée à la question de la représentation.

35 Dans un entretien de recherche, le psychologue se référant à la psychanalyse est à l'écoute du discours du sujet. Qu'est-ce à dire ?

36 La théorie freudienne postule l'existence de processus psychiques inconscients à l'œuvre dans toutes activités langagières. Ainsi, lorsque le sujet parle, deux niveaux s'enchevêtrent continuellement : le discours manifeste ou l'énoncé, soit ce que le sujet veut dire, et le discours latent ou l'énonciation, soit ce qui échappe au sujet et se dit à travers les lapsus, les répétitions, les procédés défensifs, ce qui se produit comme non évidence de sens, ce qui se dévoile comme autre ou ce qui introduit un doute ou une coupure. À cet endroit s'entrevoit le sujet de l'inconscient, l'espace d'un instant.

37 Au cours d'un entretien de recherche, les affects s'expriment certes dans des comportements comme les pleurs, les rires et les silences, mais aussi de manière moins « visible » à travers l'énonciation du sujet : répétitions, style discursif, manière de se protéger…

Sous-jacents au discours manifeste, les affects pourraient s'envisager comme des « marqueurs de l'inconscient » dans le sens où ils seraient le signal d'un conflit psychique, d'une représentation qui demande à être réélaborée, d'une parole restée en souffrance. Leurs expressions viendraient en quelque sorte donner à entendre ce qui se passe pour le sujet au-delà ou en deçà des mots qu'il énonce.

38 Les extraits suivants d'un entretien de recherche réalisé avec une femme enceinte de 31 semaines d'aménorrhées, soit à 7 mois ½ de grossesse (pour qui la grossesse se déroule sans problèmes somatiques), visent à illustrer comment nous pouvons entendre l'émotion en position de chercheure mais également de psychologue clinicienne orientée par une écoute analytique. En effet, en référence à la théorie psychanalytique, l'émotion ou plutôt l'affect est considéré comme une charge affective non élaborée en rapport avec le mécanisme de défense du déplacement, défini comme une :

> Opération caractéristique des processus primaires par laquelle une quantité d'affects se détache de la représentation inconsciente à laquelle elle est liée et va se lier à une autre qui n'a avec la précédente que des liens d'associations peu intenses ou même contingents (Chemama et Vandermeersch, 1998 : 92).

39 Ainsi, une représentation plus acceptable peut alors se voir attribuer une valeur psychique, une signification, une intensité qui originellement étaient liées à une autre représentation, alors refoulée.

40 Au cours de cet entretien d'une heure, nous pouvons repérer deux moments communément appelés d'émotions par l'irruption de larmes. Le premier moment d'« émotions » apparaît lors de l'évocation de l'annonce de la grossesse. Les affects semblent liés à l'idée de l'absence de son mari. Le deuxième moment d'« émotions » surgit à l'évocation de la maladie de son père.

41 Nous avons posé comme hypothèse que les affects seraient alors liés à l'idée que son père pourrait mourir avant la naissance de son enfant.

L'annonce de la grossesse

42 Nous lui demandons : « Est-ce que vous pourriez parler du moment de l'annonce quand on vous a annoncé ou quand vous avez découvert que vous étiez enceinte ? »

43 Cette femme explique qu'elle a d'abord fait un test urinaire de grossesse quand elle s'est rendue compte qu'elle avait un retard de règles. Dans son discours, surgit la description d'une scène comme un « arrêt sur image » qui vient traduire l'affect accroché à cette représentation : « Mon mari cherchait le pain ».

44 Elle poursuit par la prise de sang qu'elle a faite pour confirmer sa grossesse. À nouveau, elle raconte la scène au style direct comme si elle la revivait :

> On va attendre la prise de sang, la confirmation ultime donc quand je suis allée déposer mes urines donc ils m'ont dit :
> – Vous voulez le résultat ?
> – Euh oui
> – Donc c'est positif
> Donc là, la première réaction c'est que j'ai fondu en larmes parce que sur le coup c'était confirmé.

45 À ce moment-là de l'entretien, les larmes lui montent aux yeux.

46 Au-delà de l'expression corporelle de l'émotion alors ressentie à ce moment-là de l'entretien de recherche, nous pouvons souligner le mélange de style direct et indirect, comme si elle était à la fois encore prise dans la scène et observatrice de celle-ci, ainsi que la répétition de l'emploi de la conjonction « donc », marquant la conclusion d'un raisonnement ou la conséquence d'une assertion comme dans une tentative d'intégration de l'annonce. Ces éléments semblent dire la difficulté d'appropriation subjective de ce moment en lien avec une intense charge émotionnelle afférente.

47 Afin d'entendre à quoi se rattache le surgissement de cette émotion, nous relançons par : « Ça vous émeut encore… Mais qu'est-ce qui vous a ému à ce moment-là ? »

> C'était de l'annoncer à mon ami parce qu'en plus il partait en déplacement donc je lui ai annoncé par téléphone j'aurais bien aimé qu'il soit là c'était fort en émotions j'étais plus déçue qu'il ne soit pas là.

48 Ainsi, l'émotion ou l'affect est alors associé à l'absence. La contradiction entre le récit qui relate la présence réelle de son mari et sa manière de formuler ce récit qui vient dire l'absence de ce dernier nous permet de poser l'hypothèse d'un processus défensif de déplacement.

La maladie de son père

49 Plus tard dans le déroulé de l'entretien, elle nous répond spontanément lorsque nous lui demandons « Est-ce que vous pourriez me parler de vos relations avec votre père ? » :

> Mon papa, ben ça va bien, on a de très bonnes relations, il a un cancer depuis 2006 on vit au rythme de son état de santé mais ça s'est bien stabilisé il est en rémission donc c'est le principal donc il s'était fait opérer en octobre et là justement j'attendais de dire que j'étais enceinte donc c'est vrai que je voulais aussi tomber enceinte avant qu'il se fasse peut-être (larmes aux yeux) voilà je suis un peu émue vous me faites pleurer ! (rires)

50 Ce deuxième temps d'entretien mettrait en lumière l'association de ces deux évènements : la maladie de son père et l'annonce de sa grossesse. Le surgissement de l'émotion viendrait dans un premier mouvement à la place d'une parole qui ne peut se dire au sujet de la perte de son père, puis, dans un deuxième mouvement, serait projetée sur le chercheur car ne pourrait être reconnue comme sienne.

51 Le repérage de ces deux moments d'émotions permet, entre autres, de poser l'hypothèse clinique que la charge affective liée à la représentation de l'absence de son mari au moment de l'annonce de sa grossesse serait un déplacement de la charge affective liée à la représentation alors refoulée de l'éventuelle perte de son père avant la

ement permettrait d'entendre l'intensité de la charge affective accrochée à la représentation de l'absence de son mari au moment de l'annonce de la grossesse.

52 Nous pouvons entendre à nouveau l'affect associé à la représentation de l'absence à travers un troisième temps d'entretien. À l'évocation de l'idée de la naissance de son enfant, elle parlera de sa peur que son mari ne soit pas là, qu'il soit « en déplacement ». Ainsi, nous pouvons entendre comment l'affect se déplace justement sur ces différentes figures de l'absence.

53 En ce qui concerne l'analyse du transfert et du contre-transfert, soit de ce qui se rejoue inconsciemment dans la rencontre entre le sujet de la recherche et le chercheur, nous pouvons reprendre la manière dont ce qu'elle ne reconnaît pas comme lui appartenant, soit l'affect associé à la représentation de la perte de son père, est projeté sur l'autre, en l'occurrence le chercheur : « Vous me faites pleurer ! ». Le fait d'avoir simplement accueilli cette parole sans rien lui renvoyer lui a peut-être permis de se réapproprier, dans un après coup, le surgissement de cet affect en la rationalisant. C'est ce que sa réponse, en fin d'entretien, lorsque je lui demande si elle souhaite dire quelque chose avant de terminer l'entretien, me donne à penser :

> Désolée d'avoir été un peu émue… je pense que si je n'étais pas enceinte, je n'aurais pas fondu en larmes comme ça.

54 Les extraits de cet entretien de recherche permettent d'illustrer comment les affects circulent dans cette rencontre entre le sujet de la recherche et le chercheur. Les affects peuvent nous guider au fil de l'entretien dans la mesure où ils viennent indiquer là où « il y a du sujet » au sens du sujet inconscient, du sujet caché, tout en laissant entendre ses fragilités qu'il est primordial de respecter. Ils permettent également de montrer comment le clinicien-chercheur peut se positionner par rapport au surgissement des affects. En effet, il ne s'agit ni de consoler, ni de juger, mais simplement d'accueillir sans formuler d'interprétations. Les affects peuvent également nous servir de guide dans l'analyse de l'entretien de recherche en regard de l'hypothèse que le surgissement de l'affect serait le signal d'une parole restée en souffrance de ne pas avoir pu se dire. Enfin, le repérage des affects peut nous accompagner dans l'analyse du transfert et

du contre-transfert. Il ne s'agirait pas alors de chercher à objectiver les affects mais de travailler avec et sur les affects à travers l'analyse de la rencontre des inconscients.

BIBLIOGRAPHIE

Ansermet, F., 1999, *Clinique de l'origine*, Paris, Payot.

Binel, G., 2000, *Prématurité et rupture du lien mère-enfant, la naissance inachevée*, Montréal, Gaëtan Morin.

Bion, W., 1962, *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF.

Bydlowski, M., 2000, *Je rêve un enfant, l'expérience intérieure de la maternité*, Paris, Odile Jacob.

Carel, A., 1977, *Le « nouveau-né à risques » et ses parents*, Paris, PUF.

Chemama, R. et Vandermeersch, B., 1998, *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Larousse.

Cullere-Crespin, G., 2007, *L'épopée symbolique du nouveau-né*, Paris, Eres.

Dantzer, R., 1988, *Les émotions*, Paris, PUF.

Druon, C., 1996, *À l'écoute du bébé prématuré*, Paris, Aubier.

De Mijolla, A. (dir.), 2002, *Dictionnaire international de la psychanalyse*, Paris, Calmann-Lévy.

Garel, M., Bahuaud, M. et Blondel, B., 2004, « Conséquences pour la famille d'une naissance très prématurée deux mois après le retour à la maison. Résultats de l'enquête qualitative d'Épipage », *Archives Pédiatriques*, vol. 11, p. 1299-1307.

Golse, B., Gosme-Séguret, S. et Mokhtari, M., 2001, *Bébés en réanimation. Naître et renaître*, Paris, Odile Jacob.

Johnson, S., Hollis, C., Kochhar, P., Hennessy, E., Wolke, D. et Marlow, N., 2010, « Autism spectrum disorders in extremely preterm children », *Journal of Pediatrics*, 156(4), p. 525-531.

Kersting, A., 2004, « Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant », *Journal of psychosomatic research*, vol. 57, p. 473-476.

Muller Nix, C., Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B. et Ansermet, F., 2009, « Prématurité, vécu parental et relations parents/enfant : éléments cliniques et données de recherche », *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 52, p. 423-450.

Ouss-Ryngaert, L., Alavarez, L. et Boissel, A., 2012, « Autisme et prématurité : état des lieux », *Archives de Pédiatrie*, vol. 19, p. 970-975.

Pinto-Martin, J. A., Levy, S. E., Feldman, J. F., Lorenz, J. M., Paneth, N. et Whitaker, A. H., 2011, « Prevalence of autism spectrum disorder in

adolescents born weighing <2000 grams », *Pediatrics*, vol. 128, p. 883-891.

Roussillon, R., 2011, « Le concept du maternel primaire », *Revue Française de Psychanalyse*, 75, p. 1497-1504.

Samara, M., Marlow, N. et Wolke, D., 2008, « Pervasive behaviour problems at six years of age in a whole population sample of children born at ≤ 25 weeks of gestation or less », *Pediatrics*, vol. 122(3), p. 562-573.

Spencer, N., Wallace, A., Sundrum, R., Bacchus, C. et Logan, S., 2006, « Child abuse registration, fetal growth, and preterm birth: a population based study », *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 60, p. 337-340.

Spiess, M., 1999, « La mise en jeu du corps dans la maternité : contribution à la question de la féminité », Thèse de doctorat : Psychologie, Strasbourg, université Louis Pasteur.

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

Winnicott, D.W., 1956, « La préoccupation maternelle primaire », in: *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, p. 285-291.

Zelkowitz, P., Papageorgiou, A., Bardin, C. et Wang, T., 2009, « Persistent maternal anxiety affects the interaction between mothers and their very low birthweight children at 24 months », *Early Human Development*, vol. 85, p. 51-58.

NOTES

1 Chiffres de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), mars 2014.

2 http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/émotion/28829

3 http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/affect/1409

4 http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sensation/72091

RÉSUMÉS

Français

La grande prématurité et la réanimation néonatale nous plongent au cœur des questions sur les enjeux de la vie et de la mort. La logique d'objectivation soutenue par le discours médical n'évince pas pour autant la charge émotionnelle afférente à cette problématique, tant pour les parents, pour les réanimateurs que pour les équipes médicales et soignantes. La clinique des bébés « grands prématurés » permet d'éclairer les liens entre les affects, les processus psychiques chez la mère et les processus de subjectivation du bébé. Face à l'irruption du réel de la vie et de la mort que peut provoquer

une naissance prématurée, les parents peuvent être amenés à vivre un réel traumatisme. Quel peut être l'impact de l'effroi dans la construction psychique du sentiment maternel ? Nous verrons comment l'effraction du réel peut venir suspendre les rêveries maternelles nécessaires à la construction du devenir mère, mais également au processus de subjectivation du bébé. Avant de traiter la question des émotions dites « en situation », soit dans le cadre d'un entretien de recherche, nous interrogerons le concept d'émotion à la lumière de la psychanalyse en nous risquant à un exercice de différenciation terminologique entre l'émotion, l'affect, et la sensation ou l'éprouvé. La vulnérabilité psychique des femmes enceintes associée à un éventuel accouchement prématuré rend ces temps d'entretiens de recherche très chargés émotionnellement. Ainsi, il apparaît primordial de pouvoir penser une façon de travailler les émotions dans le cadre d'un entretien de recherche. Comment le clinicien chercheur se situe-t-il par rapport au surgissement des émotions ? Qu'apporte la prise en compte des émotions dans l'analyse des entretiens de recherche ? L'analyse d'extraits issus d'un entretien de recherche mené avec une femme primipare de 31 semaines d'aménorrhées nous permettra d'illustrer nos propos.

English

Extreme preterm birth and neonatal resuscitation bring us to the heart of the questions of life and death. Objective medical opinion is incapable of lessening the emotional aspect related to this issue, neither for the parents, nor the resuscitators, nor the medical team. The clinic of extremely premature babies sheds light on the relation between affects, the mother's psychical processes and the baby's subjective experience. With extreme premature birth, parents are confronted to the harsh reality of life and death, and this can lead to real trauma. What is the impact of fear on the development of maternal feelings? In this article, we will reflect on how reality contravenes maternal fantasies necessary for women to develop into mothers and for the baby's subjective experience. Before addressing the issue of emotions "in situation" in a research interview, we will reflect on the meaning of emotions from a psychoanalytic view. We will differentiate between emotion, affect and sensation. The psychological vulnerability of pregnant women at risk of premature birth renders all research and interview work highly emotional and sensitive. It is therefore crucial to reflect on how to manage the emotional aspect when conducting research interviews. How do clinicians position themselves towards emotional outburst? The analysis of extracts of an interview of a primiparous woman at 29 weeks of pregnancy will be used to illustrate our arguments.

INDEX

Mots-clés
émotion, affect, grande prématurité, processus de subjectivation, entretien de recherche

Keywords
emotion, affect, extreme preterm birth, subjectivity process, research interview

AUTEUR

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