Devenir, volume 28, numéro 1, 2016, pp. 43-64

Recherche

Anxiété et mécanismes d'adaptation spécifiques à la grossesse ; une étude longitudinale et qualitative

Anxiety and pregnancy specific coping mechanisms ; a longitudinal qualitative study

Nicole Reeves[1,2], Virginie Pelletier[3], Claude Schauder[4], Jeanne Thériault[3] et Jaqueline Wendland[1,5]

[1] Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, rue de l'Ecole de Médecine 12, 75006 Paris, France, Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (LPPS), Centre Henri Piéron, Institut de Psychologie, avenue Edouard Vaillant 71, 92100, Boulogne Billancourt Cedex, France.

[2] Centre de Recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM) Pavillon R, rue St Denis 900, Montréal, Québec, Canada, H2X 0A9.

[3] Université du Québec à Montréal, UQAM, Département de Psychologie, Case postale 8888, Centre-ville, Montréal, Québec, Canada, H3C 3P8.

[4] Bd. d'Anvers 45, 67000 Strasbourg, France, ancien professeur associé à l'Université de Strasbourg.

[5] Unité Petite Enfance et Parentalité Vivaldi. Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Pitié Salpêtrière, Boulevard de l'Hôpital 47-83, 75013 Paris, France.

nicole.reeves@sympatico.ca
nicole.reeves.chum@ssss.gouv.qc.ca

Conflit d'intérêts : aucun

Approbation du Comité d'Evaluation Scientifique (CES) et d'Ethique (CER) du Centre de Recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM) : projet 09.288, 29/03/2010.

La recherche a bénéficié d'un support financier provenant de Conventions Université de Strasbourg-Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) (Paris) n° 124/07 133/09-DAS.

Introduction

En maternité, les symptômes anxieux plus ou moins prononcés chez les femmes enceintes constituent une large part des demandes de consultation qu'adressent les obstétriciens aux psychologues. Ces femmes réclament des examens, de l'écoute, du soutien et représentent un défi thérapeutique tant pour le médecin que pour le psychologue. Cette étude est née du désir de répondre à des questionnements issus tant de la pratique clinique quotidienne que des résultats préliminaires d'une étude s'intéressant aux attentes des femmes enceintes à l'égard des professionnels (Reeves, *et al.*, 2013). En effet, l'étude des attentes des participantes nous a amenés à constater l'importance de l'anxiété exprimée spontanément dans les entretiens recueillis, d'où l'importance de s'intéresser à ce phénomène répandu dont, de plus, les conséquences délétères sont bien documentées tant sur le cours de la grossesse (Kramer, *et al.*, 2009) sur la mère (Sutter-Dallay, *et al.*, 2004) que sur l'enfant (Van den Bergh et Marcoen, 2004).

Ainsi ont émergé les questions suivantes : quelle est la nature de cette anxiété ? Quel malaise traduit-elle ? Comment évolue-t-elle tout au long de la grossesse ? Quels sont les mécanismes d'adaptation privilégiés par les femmes enceintes ? Quelles sont les implications cliniques de ces considérations ?

Cet article rapporte les résultats d'une étude qualitative longitudinale qui vise à comprendre davantage les caractéristiques de l'anxiété prénatale et les mécanismes d'adaptation spécifiques à la grossesse afin de mieux prévenir et intervenir.

Devenir, volume 28, numéro 1, 2016, pp. 43-64

Le vécu psychique de la grossesse

La littérature psychanalytique (Bydlowski, 2001 ; Pascal, *et al.*, 2011 ; Raphael-Leff, 2005) apporte un éclairage sur les singularités du psychisme de la future mère. Dès l'annonce de la grossesse, on assiste chez la femme enceinte à un profond remaniement identitaire s'accompagnant d'une résurgence des conflits infantiles. Bydlowski (2001) qualifie ce phénomène de transparence psychique et Raphael-Leff (2005), quant à elle, parle de perméabilité psychique. Le concept de « maternalité » (*motherhood*) désigne, pour sa part, l'ensemble des processus psychiques engendrés par la grossesse (Benedek, 1959 ; Racamier, *et al.*, 1961).

La régression vécue invite les femmes à se centrer davantage sur elles-mêmes en cette période de crise identitaire et de maturation psychologique (Leifer, 1977 ; Racamier, *et al.*, 1961). La grossesse déclenche en même temps une montée d'angoisse et une fragilisation de la structure psychique chez toute mère. L'expérience de passivité inhérente à la gestation teinte également le vécu des parturientes, un nouvel être investissant désormais l'intérieur de leur corps. Cette effraction peut générer de l'angoisse et une impression d'envahissement, s'accompagnant fréquemment d'un sentiment d'étrangeté, difficilement nommable, et d'une ambivalence à l'égard de la gestation (Pascal, *et al.*, 2011). L'augmentation d'angoisse particulière à la grossesse est à l'origine de plusieurs symptômes anxieux observables et mesurables chez la future mère.

Anxiété spécifique à la grossesse

Les troubles anxieux en période périnatale ont fait l'objet d'un nombre important de travaux de recherche ces trois dernières décennies. Plusieurs chercheurs se sont intéressés à l'étude de la spécificité des manifestations anxieuses lors de la grossesse et ont tenté d'en dégager les thématiques dominantes.

Burstein, *et al.*, (1974) décrivent un modèle tridimensionnel de l'anxiété vécue durant la grossesse qui se décline ainsi : anxiété par rapport à la grossesse, à l'accouchement, et enfin, en lien avec l'hospitalisation. Standley, *et al.*, (1979) ont démontré la présence de sentiments d'anxiété lors du dernier mois de gestation et les ont regroupés en deux dimensions, selon qu'ils sont liés à la grossesse et à l'accouchement, ou au rôle de futur parent. Sjögren (1997) évoque l'existence de peurs spécifiques et intenses chez la femme enceinte, telles que la crainte de l'incompétence, de la douleur ou de la perte de contrôle durant l'accouchement,

de complications médicales ou encore de changements dans la vie personnelle. En plus de ces préoccupations liées à l'accouchement, Huizink, *et al*., (2004) relèvent également chez les femmes enceintes une préoccupation quant à leur apparence, ainsi que la peur de porter un enfant atteint d'un handicap physique ou mental.

Plus récemment, le concept d'anxiété spécifique à la grossesse a émergé de l'ensemble de ces travaux (Huizink, *et al.*, 2004). Dunkel Schetter (2011) et Huizink, *et al.* (2004) définissent l'anxiété spécifique à la grossesse comme un syndrome distinct se référant aux peurs exprimées par la femme au sujet de sa santé, de celle de son bébé, des expériences reliées au suivi médical et à l'hospitalisation (incluant sa propre santé et même sa survie durant la grossesse), de l'accouchement imminent et ses suites, et enfin des préoccupations autour du rôle de mère.

Dans une revue de littérature s'intéressant à l'évaluation psychométrique de l'anxiété spécifique à la grossesse, Alderdice, *et al*., (2012) rapportent que de nombreux questionnaires ont été conçus depuis quelques décennies dont l'intérêt, au plan clinique, est d'apporter de précieux renseignements sur ce qui préoccupe les femmes enceintes afin de mieux orienter le travail de soutien et de réassurance auprès de ces dernières.

Mécanismes d'adaptation et grossesse

Parallèlement à l'étude de l'anxiété et du stress prénatal, un axe de recherche s'est développé autour des mécanismes d'adaptation présentés par les femmes enceintes. Le concept de coping, issu de la psychologie du moi, est défini par Lazarus et Folkman (1984) cité par Huizink, *et al*., (2002) comme l'ensemble des pensées et comportements utilisés pour résoudre un problème et diminuer le stress. Guardino et Dunkel Schetter (2014), dans une importante revue de littérature sur la question, rapportent que la façon dont les femmes enceintes s'adaptent à l'anxiété et aux multiples changements entraînés par la grossesse n'est pas encore bien documentée. Dunkel Schetter (2011) et Guardino et Dunkel Schetter (2014) insistent sur l'importance de mieux connaître les sources de stress particulières à la grossesse avant de tenter d'identifier les mécanismes de coping spécifiques aux femmes enceintes.

A cet égard, les résultats de l'étude de Huizink, *et al.* (2002) sur les mécanismes d'adaptation durant la grossesse ont permis d'identifier deux grands types de mécanismes tels que décrits classiquement par Folkman et Lazarus (1984) : les mécanismes centrés sur la solution de problème et ceux sur l'émotion. Les stratégies centrées sur le problème

Devenir, volume 28, numéro 1, 2016, pp. 43-64

visent la source de stress directement et sont habituellement utilisées dans des situations où un certain contrôle est possible.

A l'opposé, les stratégies centrées sur l'émotion sont privilégiées dans les cas où l'origine du stress échappe au contrôle. Ces comportements visent plutôt à réduire les émotions négatives liées à la situation. L'étude de Huizink, *et al.* (2002) indique que les femmes enceintes privilégient dans une large mesure les mécanismes centrés sur les émotions telles que la recherche de réconfort et de réassurance et l'expression des émotions.

Yali et Lobel (1999, 2002) ont identifié l'attitude positive comme étant un mécanisme associé à un niveau bas de détresse chez les femmes enceintes. L'évitement, au contraire, serait associé au fait de ne pas chercher de soutien social ni de soutien professionnel, d'où une plus grande détresse.

Suivis de grossesse au Québec

Quelques considérations s'imposent, avant de présenter nos résultats, en raison des pratiques différentes d'un pays à l'autre. Au Québec, la majorité des suivis de grossesse est assurée par des médecins obstétriciens ou généralistes. Un pourcentage très marginal (3%) de femmes bénéficie d'un suivi offert par une sage-femme. La pratique de ces dernières n'est légalisée et règlementée que depuis 1999 au Québec.

Objectifs de l'étude

Nous avons choisi, à travers cette étude qualitative, d'étudier en profondeur, la nature de l'anxiété vécue et ce, de manière longitudinale, en fonction des trimestres de grossesse. Dans une perspective de prévention et d'intervention, il nous apparaît important d'analyser attentivement le discours des femmes enceintes. Comment cette anxiété s'exprime et évolue ? Au-delà des singularités propres à chaque femme, pouvons-nous dégager des dénominateurs communs permettant de mieux saisir ce phénomène ? Quels sont les mécanismes d'adaptation utilisés par les femmes enceintes pour tenter de diminuer cette anxiété ? En conclusion, quelles sont les implications cliniques de ces considérations ?

Méthode

Participantes

Recrutées dès le premier trimestre de leur grossesse, onze femmes enceintes ont participé à cette recherche. Cinq ont été recrutées dans un

centre hospitalier universitaire par la chercheuse principale lors de leur rendez-vous pour le suivi de grossesse. Les six autres l'ont été via des petites annonces et le bouche à oreille. Toutes les femmes ont signé un formulaire de consentement tel que demandé par le Comité d'éthique de la recherche qui a donné son approbation au projet (29/03/2011). Les participantes devaient répondre aux critères d'inclusion suivants : être en début de grossesse (8 à 12 semaines d'aménorrhée), être francophone et avoir un conjoint.

Toutes sont nées au Québec, âgées de plus de 18 ans et vivent en milieu urbain. La moyenne d'âge est de 35 ans (max = 40 ; min = 31). Neuf sont suivies par des médecins, et parmi celles-ci deux ont aussi recours à une accompagnante à la naissance et les trois autres consultent une sage-femme. Elles ont toutes complété des études postsecondaires, le nombre moyen d'années d'études est de dix-sept ans. Aucune ne présente de complications majeures au plan médico-obstétrical (nécessitant un suivi pour grossesse à risques élevés). Parmi ces femmes, quatre ont déjà mené au moins une grossesse à terme, alors que les sept autres n'ont pas d'enfant. Quatre ont été suivies pour des problèmes de fertilité et cinq ont déjà vécu un ou plusieurs avortements spontanés du premier trimestre.

Recueil des données

Dans une perspective longitudinale, nous avons rencontré les participantes à trois reprises, soit à chaque trimestre de grossesse.

Outils de recherche

Les données sociodémographiques ainsi que les informations obstétricales ont été récoltées dans un questionnaire complété lors de la première rencontre suite à la signature du formulaire de consentement.

L'outil de recherche est l'entretien semi-directif qui vise l'expression personnelle du sujet et l'exploration de thèmes particuliers. Ces entretiens ont été réalisés dans le cadre et selon le protocole de la recherche « Prévention en périnatalité. Etude comparative interculturelle de l'attente des hommes et des femmes d'aujourd'hui en période périnatale, au regard de la démarche préventive d'éducation à la parentalité » (Schauder, 2007). L'entretien était composé de questions ouvertes visant à explorer de façon très large le vécu et les attentes des femmes enceintes autour de quatre thèmes principaux : « Comment cela se passe depuis que vous êtes enceinte » ? « En parlez-vous ? » « A qui en avez-vous parlé ? » « Qu'attendez-vous des professionnels ? ».

Devenir, volume 28, numéro 1, 2016, pp. 43-64

L'anxiété n'était pas la thématique recherchée au moment de l'entretien mais cette dimension s'est imposée à la lecture des verbatim. Deux cliniciennes chercheuses ont rencontré les participantes. Chaque patiente était toutefois interviewée par la même personne, aux trois temps de collecte des données, dans le but évident de favoriser le lien de confiance et la continuité. Les rencontres étaient d'une durée moyenne de 45 minutes, réalisées soit à domicile, soit au bureau de la psychologue à l'hôpital.

Analyse des données

Les entretiens ont tous été enregistrés et retranscrits fidèlement. L'ensemble du travail d'analyse thématique et d'élaboration des catégories a été fait selon les principes décrits par Paillé et Mucchielli (2012). Dans un premier temps, les entretiens ont été lus, relus et soumis à une première analyse en petits groupes (psychologues et étudiants en psychologie) de façon à ce que chacun puisse s'imprégner et s'approprier de la tonalité et du contenu, tout en ayant une vue d'ensemble du corpus à analyser. Les trois entretiens de chaque participante ont été analysés à la suite l'un de l'autre de façon à mettre en évidence la singularité de chacune dans une perspective temporelle. Ultérieurement, le corpus a été soumis à une étude trimestre par trimestre afin de dégager pour chacun de ceux-ci les divergences, convergences et relations entre les thèmes abordés.

La transcription verbatim des entretiens a été analysée en fonction des thèmes pertinents à nos questions de recherche. En second lieu, la constitution de catégories conceptuelles impliquant un niveau d'inférences plus élevé a permis progressivement d'arriver à une conceptualisation de la problématique des sujets.

La mise en relation des catégories d'analyse a été faite, telle que recommandée par Paillé et Mucchielli (2012), à la fois sur un mode empirique, reposant sur les données du terrain, spéculatif, prenant source dans l'expérience clinique du chercheur, et enfin théorique, en référence aux écrits psychodynamiques et à la littérature sur les mécanismes de coping.

Résultats

Les résultats seront présentés de façon transversale, trimestre par trimestre, en mettant l'accent sur les convergences et les divergences entre les thèmes identifiés par les participantes. En raison de l'abondance et de la richesse du matériel recueilli, concernant les préoccupations et les inquiétudes des participantes, nous avons choisi de limiter notre présentation, dans

le cadre de cet article, à deux aspects particuliers de l'anxiété durant la grossesse qui ont été moins décrits dans la littérature. Nous souhaitons, en effet, mettre en relief deux dimensions qui se déploient de façon longitudinale, du début à la fin de la grossesse. D'une part, la perte de contrôle et son corolaire, l'hypervigilance, et d'autre part l'anxiété en lien avec l'expérience corporelle singulière de la grossesse.

Dans un second temps, nous décrirons les mécanismes d'adaptation mis en œuvre pour tenter de maîtriser l'anxiété. Des extraits d'entretien seront présentés pour illustrer nos propos. Les prénoms des participantes ont été changés afin de préserver leur anonymat.

Trimestre 1

Au premier trimestre, la peur de perdre le bébé ou que son développement soit menacé est la thématique dominante. En effet, presque toutes les femmes craignent que le bébé se développe de façon anormale, mais surtout de faire un arrêt de grossesse.

La peur de l'avortement spontané est abondamment exprimée par huit participantes. Toutes les primipares sont angoissées par cette idée ainsi que toutes celles, quel que soit leur statut de parité, qui ont des antécédents de fausse couche (n = 5) ou d'infertilité (n = 4). Camille, enceinte d'un troisième enfant, est encore habitée par des difficultés à concevoir.

« *J'ai peur de le perdre, là jusqu'à douze semaines, je me disais que ça ne se peut pas que ça se passe bien… J'étais extrêmement nerveuse pour la clarté nucale, la première chose que j'ai voulu savoir c'est est-ce que le cœur bat ?, j'étais hyper-angoissée* ».

Claire, seule primipare dont la grossesse n'était pas planifiée, exprime, quant à elle, sa peur de perdre l'enfant et son ambivalence à travers un rêve.

« *Je rêvais que je perdais le bébé, je pleurais, c'était étrange, il était collé à moi et puis il décollait, c'était l'ambivalence qui était représentée là, un attachement mais en même temps, le sentiment d'être envahie… ça contrôle un peu ma vie… J'aurais aimé avoir la chance de le désirer… »*

Le vécu de trois des quatre multipares est toutefois différent de celui des primipares, doublé du fait qu'aucune n'avait planifié cette grossesse. Elles sont surtout préoccupées par le futur, l'inconnu, soit l'après naissance. Comment pourront-elles accueillir un enfant de plus, inquiètes de leurs capacités à faire face à ces nouvelles responsabilités. Justine se demande si elle saura aimer cet enfant autant que le premier.

Devenir, volume 28, numéro 1, 2016, pp. 43-64

En parallèle à cette peur de faire une fausse couche, les participantes rapportent une anxiété reliée à la perte de contrôle sur leur corps, celui-ci se transformant rapidement et de façon importante. D'une part, plusieurs parturientes évoquent la question des symptômes physiques plus ou moins prévisibles de la grossesse, notamment la fatigue et les nausées.

« *Je n'avais pas pensé que mon corps allait être si instable, si imprévisible, j'ai de la misère à le gérer, je suis super fatiguée pour un rien, il y a plein de choses comme ça, on ne sait pas comment le corps va réagir, c'est pour ça que c'est plus difficile d'être stable émotionnellement* » (Lucienne).

D'autre part, les femmes qui ont des antécédents d'infertilité se sentent particulièrement impuissantes à contrôler le bon déroulement de la grossesse. Leur corps, sa capacité à procréer et à mener à terme une grossesse échappe totalement à leur volonté. Angélique se demande avec angoisse si elle réussira à « *garder le bébé vivant* » en elle, témoignant ainsi à la fois de la peur de perdre le bébé, mais aussi des inquiétudes à propos de ce corps qui pourrait défaillir à donner la vie.

Enfin, sept participantes s'inquiètent de perdre le contrôle sur leur vie émotionnelle, se sentent à fleur de peau, irritables, ne se reconnaissent pas.

Camille rapporte qu'elle trouve très désagréable ce « *flot d'hormones en peu de temps, je trouve cela très difficile au niveau de mon corps et de mon humeur* ». Dans le même sens, Maryse ajoute « *J'ai moins de facilité à rationaliser les choses, on dirait que la moindre chose va m'affecter, et j'ai toujours tendance à anticiper le pire* ».

Quelques participantes s'inquiètent aussi que ce bouleversement affectif ne nuise au bébé. Elles sont anxieuses à l'idée d'être anxieuses. Anne Marie, hantée par six fausses couches, s'inquiète que son anxiété affecte le bébé qu'elle porte.

Ainsi, les préoccupations des mères en début de grossesse sont centrées sur ce qui se passe à l'intérieur d'elles, autant au plan physique que psychique. Cette réalité leur échappe en partie, en raison du caractère inaccessible et invisible du fœtus, accentuant ainsi le sentiment d'impuissance et de perte de contrôle. Parallèlement, elles rapportent de l'hypervigilance par rapport à toutes les manifestations somatiques. Elles cherchent à savoir si tout se déroule normalement. Comment se fait cette nidation à l'intérieur d'elles ? Elles sont à l'affut de tous les signes donnés par le corps, cherchant à les interpréter.

« *Je fais les courses, les sacs sont lourds, j'ai une petite crampe…chaque chose que je fais… quand je vais à la salle de bains, je me demande si je saigne presque à chaque fois… ça c'est le côté négatif et stressant* » (Anne Marie).

Certaines femmes sont fébriles, vigilantes à des signes qui pourraient trahir une fin abrupte de grossesse. D'autres, celles qui doutent de leur capacité à procréer, recherchent les symptômes attendus de la grossesse confirmant le bon déroulement et la réalité de cette dernière.

«*Je suis attentive aux sensations, les petits élancements, les pincements, il y en a même qui disent qu'à douze semaines on peut le sentir bouger, j'attends toujours*»… «*Je n'ai pas beaucoup de symptômes, c'est difficile de m'assurer que je suis vraiment enceinte*» (Sylvie).

La fin du premier trimestre est marquée par l'échographie qui permet, entre autres, la mesure de la clarté nucale. La fonction rassurante de l'échographie est clairement nommée par toutes les femmes. Cinq d'entre elles ont eu, pour diverses raisons, une première échographie très précocement, soit à moins de huit semaines. Cet examen a non seulement la fonction de rassurer mais aussi d'inscrire la grossesse dans la réalité par un tiers.

Marie rapporte «*peut-être que le bébé n'existe pas, personne ne sait que tu es enceinte avant l'écho*». Elle nous dira aussi «*se sentir plus enceinte depuis qu'elle l'a vu*», tout comme Lucienne: «*Avant c'était comme un corps étranger, j'ai l'impression que le bébé est plus intégré en moi*». Claire, qui reconnaît son ambivalence, dira que ce bébé vécu comme un parasite, commencera à exister autrement après la première échographie.

Trimestre 2

La grossesse est plus visible, plus tangible, confirmée par l'échographie de la douzième semaine. La peur des avortements spontanés du premier trimestre est moins palpable pour environ la moitié des participantes qui l'avaient rapportée au premier trimestre. Plusieurs participantes avaient précédemment évoqué le fait qu'elles attendaient la fin de ce trimestre pour être rassurées quant à la réalité de la grossesse. Il s'avère, toutefois, qu'au-delà de ces considérations rationnelles, la peur de perdre l'enfant persiste pour plusieurs, en particulier celles dont la conception a été semée d'embuches (7). Elles restent inquiètes de ne pouvoir mener leur grossesse à terme, que leur corps leur fasse défaut ou de réussir à concevoir un bébé normal.

Pour d'autres, un glissement se fait de la peur de perdre l'enfant à la crainte qu'il soit porteur de malformations. Ces craintes seront réactivées et apaisées pour la plupart des femmes autour de l'échographie morpho-

Devenir, volume 28, numéro 1, 2016, pp. 43-64

logique de la vingtième semaine. Une seule des participantes décrit un sentiment d'étrangeté et de bizarrerie devant cette image du bébé porté. Deux recourront à l'amniocentèse.

Devant cette grossesse, maintenant confirmée par l'échographie et bien apparente, les femmes enceintes sont préoccupées par la nécessité de protéger le bébé des menaces potentielles de l'environnement. C'est ainsi qu'à l'anxiété du premier trimestre, portant sur l'intérieur du corps, cet univers mystérieux, s'ajoutent, pour quatre des participantes, des craintes au sujet du monde extérieur et ses menaces. Ces femmes tentent de compenser cette perte de contrôle par une vigilance accrue, cette fois-ci à l'égard du monde extérieur.

« *On dirait que l'environnement extérieur est plus menaçant, je trouve que c'est un gros mot, parce que je ne me sens pas nécessairement toujours menacée, mais je me sens plus en alerte, j'aurais tendance à faire plus attention… quand c'est plein de monde dans le métro, je suis hyper-consciente de mon environnement, de tous les dangers possibles* » (Lucienne).

Cinq participantes nommeront aussi, dans le même sens, des peurs liées aux conditions hygiéniques, à la présence de virus, de bactéries ou de risques de complications liées à une vaccination, l'amniocentèse et à l'injection pour la péridurale.

Dès le premier trimestre, en lien avec l'expression d'un vécu émotif débridé, cinq participantes avaient évoqué le fait qu'elles attendaient de leur partenaire qu'il puisse rester serein, patient devant ces mouvements d'humeur. Au deuxième trimestre, à ces attentes s'ajoute le fait que six participantes expriment des besoins de dépendance accrus à l'égard du conjoint.

« *Je suis plus dépendante de ce sentiment de sécurité, j'ai besoin qu'il soit avec moi, qu'il dorme à mes côtés. Je me sens beaucoup plus vulnérable parce que j'ai quelqu'un d'autre à protéger en moi* » (Lucienne).

Cette régression peut être source de grande anxiété, la perte d'autonomie étant vécue parfois comme une perte de contrôle, ainsi qu'en témoigne Sylvie.

« *J'ai tendance à faire mes choses toute seule, je suis habituée d'être indépendante, je ne me sens plus comme cela, ça me fait peur* ».

Dans le même sens, mais sous une autre forme, Anne Marie se défend devant l'expression de ses besoins et se dit irritée par les comportements protecteurs de son mari. Finalement, trois participantes expriment leur

déception devant le fait que leur conjoint ne soit pas présent et soutenant comme elles le voudraient.

Trimestre 3

Les préoccupations au sujet de l'accouchement, ou d'une éventuelle césarienne, sont exprimées dès le début de la grossesse pour un grand nombre de nos participantes (n = 7). Les quatre multipares avaient évoqué spontanément la question en référence à la façon dont les choses s'étaient passées pour elles lors des grossesses précédentes. Trois d'entre elles rapportent un accouchement difficile au point où l'éventualité d'une nouvelle grossesse était remise en question. Elles se montrent angoissées à l'idée de revivre une telle expérience. Ces grossesses non planifiées s'inscrivent aussi dans un vécu de perte de contrôle sur le corps et sa fonction reproductrice.

Les primipares sont plutôt habitées, comme nous l'avons vu, par la peur de perdre l'enfant, et seulement trois sur sept ont évoqué la question de l'accouchement en début de grossesse. Toutes les craintes et appréhensions concernant l'accouchement à venir, son déclenchement et son déroulement, sont parmi les grandes préoccupations exprimées au troisième trimestre. L'accouchement représente, en effet, l'acmé de la perte de contrôle, tant sur le corps que sur l'expression émotive. Le déclenchement de l'accouchement est nommé par plus de la moitié de nos participantes comme étant source d'inquiétudes. Comment et quand aura lieu ce passage ? En raison du caractère imprévisible de l'accouchement, elles s'inquiètent car elles ne peuvent en planifier le déclenchement, prévoir le moment, le lieu. Sauront-elles reconnaître les signes annonciateurs ? « *Ce qui me fait le plus peur c'est de ne pas savoir à quel moment il faudra partir* » dira Sylvie. « *C'est comme si j'avais une bombe positive sans minuterie* » dira Justine, témoignant ainsi de son angoisse devant la violence de l'événement et son caractère imprévisible.

Claire, dont l'ambivalence et les angoisses sont envahissantes depuis le début, tente encore ultimement de contrôler l'incontrôlable : « *J'essaie de la garder en dedans le plus longtemps possible, j'essaie de retarder le moment, essayer que ça se passe à 40 semaines comme prévu. …Ça serait bien de pouvoir décider quand ça va arriver, parce que chaque fois que je vais me coucher, je suis toujours un peu sur le qui-vive, ça peut être stressant, c'est imminent mais on ne sait pas exactement…puis j'ai l'impression que je peux un peu contrôler cela en restant au repos…* »

Devenir, volume 28, numéro 1, 2016, pp. 43-64

La peur de la douleur, la crainte de la perte de contrôle devant celle-ci domine le discours de six des neuf participantes qui prévoient d'accoucher par voie basse. Pour les deux autres femmes, une césarienne élective est déjà planifiée.

La peur de perdre l'enfant ou qu'il ne soit pas en bonne santé n'est évoquée spontanément que par deux femmes. Marie-Lucie craint plus particulièrement qu'«*il ne passe pas*». Deux participantes qui ont des antécédents d'accouchement traumatique feront allusion à des risques pour leur propre survie.

Mécanismes d'adaptation

L'analyse des entretiens a permis d'identifier trois grandes catégories de stratégies directes et actives pour soulager l'anxiété. Le recours à la science, au savoir qui relève surtout de mécanismes centrés sur le problème (coping actif, planification, recherche de soutien instrumental, assistance, information) ; la recherche de soutien social, mécanisme centré essentiellement sur l'émotion (expression des émotions, recherche de réconfort et de réassurance) et enfin l'acceptation (lâcher prise, rationalisation), stratégie aussi centrée sur l'émotion.

Le recours à la science, la technique

L'échographie est, comme nous l'avons vu, un moment phare, intense quant à l'émotion et au soulagement de l'anxiété. L'examen rassure, permet le passage du caché au visible et confirme la grossesse par l'intervention d'un tiers.

Dix parmi les onze participantes désirent connaître le sexe de l'enfant. Soulignons aussi l'importance d'entendre le cœur du bébé, moment parmi les plus rassurants et les plus émouvants décrits. Une participante souhaite même s'acheter un stéthoscope afin de pouvoir se rassurer dès que l'anxiété se manifeste.

L'hypervigilance se manifeste, comme nous l'avons constaté, par une surveillance accrue de tout signe physique mais aussi par une recherche parfois effrénée de réponses à toutes les questions que soulève ce corps en changement et cet accouchement lié à tant d'inconnues. Toutes les primipares rapportent passer un temps considérable à rechercher de la documentation sur internet ou à travers divers types de publication sur la maternité. Marie nous confiera «*Je me suis acheté une pile de livres*». La recherche d'informations factuelles a toutefois un effet pervers dénoncé

par certaines. Angélique reconnaît être stressée par tout ce qu'elle peut lire. Devant ce conflit vécu entre « lâcher prise et contrôler », elle cesse toute consultation de ce type ayant le sentiment que cette littérature nourrit ses craintes.

En vue de l'accouchement, toutes les femmes déploient plus d'une manœuvre pour se donner un sentiment de maîtrise. A titre d'exemple, citons les cours prénataux, la formation à une technique de préparation à l'accouchement avec participation du conjoint (Bonapace, 2009), la visualisation, l'autohypnose, la rédaction d'un document en fin de grossesse dans lequel sont exprimés par le menu tous les souhaits des patientes, concernant le mode de soulagement de la douleur, les personnes présentes, etc. Ce « plan de naissance » permet à la future mère d'exprimer toutes ses demandes au sujet de la façon dont elle aimerait que se passe son accouchement.

« *Je passe beaucoup de temps à aller sur internet, à lire sur l'accouchement sans stress, J'assiste à la formation sur la méthode Bonapace, ça fait beaucoup d'informations à aller chercher…* » (Claire).

L'expérience des multipares est encore ici fort différente. Elles diront toutes avoir cherché toutes ces informations lors de la première grossesse, mais ne plus être confrontées à la nouveauté et à son lot d'incertitudes.

La recherche de soutien émotionnel

Les trois quarts des femmes soulignent à quel point elles recherchent le réconfort et la réassurance auprès d'autres femmes enceintes, amies, parentes ou rencontrées sur un mode épistolaire virtuel via les forums sur internet. Le sentiment d'appartenance à la communauté des femmes enceintes est rassurant et réconfortant. « *On est ensemble dans notre bulle de femmes enceintes* » dira Angélique. Justine ajoutera « *On partage beaucoup entre mamans, on se fait des thérapies de groupe, on se sent très libre de dire tout ce qu'on veut…de parler de tous les tabous…* »

La question de l'importance du lien, de la relation avec les soignants est évoquée par toutes les participantes. Ces dernières reconnaissent la compétence des professionnels mais déplorent parfois le manque de continuité dans le suivi et le peu de disponibilité des soignants. Anne Marie, qui a souffert de fausses couches à répétition, rapporte: « *c'est la première*

Devenir, volume 28, numéro 1, 2016, pp. 43-64

fois qu'un médecin s'engage avec moi». La qualité du lien est pour elle déterminante dans la poursuite de cette grossesse.

Cinq d'entre elles trouvent cet apaisement à leur anxiété auprès des accompagnantes à la naissance ou auprès des rares sages-femmes en exercice au Québec. «*Dès que j'ai des signes un peu étranges, j'appelle une amie sage-femme*» rapporte Sylvie. Le soutien du conjoint a aussi été identifié, ainsi que nous l'avons rapporté plus tôt, tant durant la grossesse qu'en prévision de l'accouchement quoique deux femmes s'inquiètent de la capacité du conjoint à vivre l'accouchement.

L'acceptation

L'emploi des termes «lâcher prise», «laisser-aller» et autres synonymes sont les témoins d'une stratégie d'adaptation qui consiste essentiellement en l'acceptation et que nous retrouvons chez sept participantes. Claire dira «*Il y a un travail d'acceptation qui est fait de lâcher prise, on ne peut pas le forcer le lâcher prise*». Ainsi se dessine clairement l'ambivalence entre l'idéalisation de l'instinctuel et d'un lâcher prise qui signifierait un renoncement à tout contrôler et se référer à un savoir qui pourtant rassure. Toutes expriment leur inquiétude, l'intensité du conflit vécu, certaines cherchant aussi à rationaliser et se rassurer: «*mon corps va savoir quoi faire*» dira Sylvie, qui pourtant se demande à la fois si elle va paniquer, ou être agressive. Marie, dans un effort d'acceptation, nous dira «*J'essaie de me dire que ça va arriver quand ça va arriver parce que je devenais obsédée, je pensais juste à ça*». Le travail d'acceptation fait de rationalisation, de lâcher prise consiste à renoncer au contrôle et à l'hypervigilance.

Discussion

De façon générale, nous avons retrouvé dans nos entretiens de recherche l'expression de l'anxiété en lien avec l'expérience corporelle, telle que décrite dans la littérature. Le premier trimestre est dominé par la peur de perdre l'enfant alors qu'en fin de grossesse, les peurs autour de l'accouchement se font plus intenses (Huizink, *et al.*, 2004; Standley, *et al.*, 1979).

Perte de contrôle, passivité et expérience corporelle

Au-delà de ces thématiques, toutefois, l'analyse a surtout permis de décrire et de mettre en évidence deux dimensions singulières de l'anxiété durant la grossesse, soit la peur de perdre le contrôle et les préoccupations concer-

nant le corps comme lieu de passage. Ces inquiétudes quant à la perte de contrôle et son corolaire, l'hypervigilance, se sont avérées être le fil conducteur de nos entretiens d'un trimestre à l'autre, mais s'expriment différemment en fonction des enjeux spécifiques et de l'expérience corporelle propre à chaque trimestre.

Ainsi, les participantes expriment à quel point elles sont hypervigilantes dans une tentative de reprendre cette maîtrise sur leur corps et sur le monde extérieur. Cette peur de perdre le contrôle concerne d'abord le passage vers l'intérieur, puis de l'intérieur à l'extérieur. Les femmes sont préoccupées par tout signe, tout témoin de ce qui est vécu à leur insu, à l'intérieur d'elles : saignements, douleurs, contractions, etc. ainsi que par tout ce qui, de l'extérieur peut entrer dans le corps gestant (nourriture, médicaments, examens médicaux plus ou moins invasifs), et enfin, ultimement, par le passage de l'enfant vers l'extérieur. Ces inquiétudes propres à l'expérience corporelle contribuent à donner à l'anxiété durant la grossesse son caractère spécifique.

L'anxiété des femmes enceintes se déplace de l'intérieur du corps (peur de l'avortement spontané, des malformations) vers l'extérieur (menaces du monde environnant), puis à nouveau vers l'intérieur à l'approche du passage vers l'extérieur alors que l'accouchement et son caractère imprévisible sont au centre des inquiétudes des futures mères.

La perte de contrôle constitue un thème riche à explorer en lien avec la passivité inhérente à toute grossesse. Comme l'observent Pascal, *et al.*, (2011), «*la maternité peut être conçue comme la disparition d'une libre disposition de son propre corps dans laquelle la femme enceinte se voit confrontée à une perte de maitrise*».

Passivité et perte de contrôle sont étroitement liées suscitant angoisse, d'où les manifestations anxieuses dans cette expérience de non-maîtrise, tant des événements psychiques que somatiques. Pascal, *et al.*, (2011), se basant sur la conception élaborée par Schaeffer (1997) des angoisses du féminin et de leur lien avec l'ouverture et la fermeture, concluent que l'intérieur du corps féminin est objet d'angoisse par envahissement ou effraction. La passivité et la non-maîtrise caractérisent ce passage vécu dans l'ambivalence, tantôt devant la peur de l'envahissement, et tantôt devant celle de perdre. Cette dialectique se vit non seulement sur la scène physique mais aussi au plan fantasmatique, dans l'ambivalence plus ou moins reconnue des sentiments.

Devenir, volume 28, numéro 1, 2016, pp. 43-64

Angoisse d'intrusion et effraction sont vécues dans un corps en creux : « *Le corps féminin constitue un lieu de passage dans les deux sens, dans lequel la dynamique d'incorporation-rejet est constamment à l'œuvre* » (Pascal, *et al.*, 2011). Cette dynamique entre en résonance avec les versants opposés constitutifs de l'ambivalence. Le « lâcher prise » revient de façon récurrente dans le discours des participantes, lâcher prise devant ce corps qui pourrait échouer à concevoir, à mener l'enfant à terme et enfin à le laisser-aller le moment venu.

La passivité et la perte de contrôle sont difficiles à tolérer et sont compensées par une hypervigilance nécessaire à la survie, vigilance d'autant nécessaire que la future mère est maintenant responsable de deux vies. L'anxiété sous forme d'hypervigilance serait le témoin d'une tentative de retrouver ce contrôle, cette maîtrise sur son corps, ses émotions, sur les menaces tant internes qu'externes et, ultimement, sur la vie et la mort.

Cette forme très particulière de passivité propre à la grossesse est vécue comme une perte de contrôle, et s'oppose évidemment à l'activité, la maîtrise, voire la performance.

Perte de contrôle, grossesse parfaite, narcissisme et ambivalence

Le fantasme d'une grossesse parfaite, contrôlée, aseptisée dans tous les sens du mot, semble bien caractériser les représentations actuelles. La grossesse fait habituellement l'objet de planification, de contrôle, d'une surveillance médicale étroite et minutieuse. Les futures mères rapportent déployer une énergie considérable à se documenter pour favoriser un développement in utero optimal et éviter tous les dangers. Pensons aussi à cette mise en abîme que nous révèle la parole des femmes enceintes : elles sont anxieuses à l'idée d'être anxieuses ! Elles ont toutes lu ou entendu quelque part que le bébé porté doit être mis à l'abri de toute émotion négative et de tout « stress ».

Les futures mères craignent de perdre l'enfant, qu'il soit mal formé ou encore irrémédiablement affecté au plan psychique par les bouleversements émotionnels vécus par la femme enceinte.

Non seulement le danger peut se trouver du côté de l'extérieur mais il peut aussi venir de la mère, de son ambivalence plus ou moins consciente, plus ou moins acceptée. Ainsi que le souligne David (2006, p. 87) : « *La recherche de la perfection maternelle, celle d'un contrôle constant, témoignerait peut être du refus inconscient du pôle hostile de l'ambivalence inévitable dans l'exercice de la maternité* ». Avoir un enfant parfait confirme

la future mère dans sa toute-puissance, sa perfection. En effet, l'analyse des entretiens révèle que, très souvent, derrière les craintes de perdre le bébé ou d'avoir un enfant malformé, les futures mères expriment leur propre fragilité narcissique quant à leur capacité de procréer. Ce besoin d'être rassurée quant à la bonne santé du fœtus cache la demande implicite d'être confirmée dans sa capacité à mener à terme une grossesse et dans son pouvoir d'enfanter. Tout comme Bydlowski (2001) le décrit, on peut observer qu'à ces craintes au plan fantasmatique, s'ajoute le poids de la réalité pour toutes celles dont le narcissisme a été ébranlé par le parcours d'infertilité.

Ainsi que le soulignent Robert, *et al*., (2008), l'angoisse de performance et le mythe de la mère parfaite pourraient aussi expliquer, en partie, l'anxiété spécifique à la grossesse chez des femmes plus fragiles au plan narcissique. Dans le même sens, David (2006) soulève la question de la fragilité intérieure et des attentes narcissiques que les femmes auraient pour elles-mêmes. Elle propose le concept de mère « suffisamment folle » voulant ainsi insister sur la non-perfection, soit la capacité de tolérer l'ambivalence sans trop d'angoisse.

Anxiété, mécanismes d'adaptation, étayage et soutien

Tout au long de l'analyse des entretiens se dessinent clairement trois grandes stratégies pour soulager l'anxiété : le recours à la science, au savoir ; la recherche de soutien émotionnel ; et enfin l'acceptation, faite de lâcher prise et de rationalisation.

Il importe aussi, tel que le recommande Dunkel Schetter (2011), de se questionner sur l'efficacité de ces stratégies. L'accumulation d'informations factuelles peut avoir pour effet d'augmenter l'anxiété, ainsi que le soulignent quelques participantes. Ces effets paradoxaux sont aussi rapportés par Melender (2002). D'après cette dernière, les participantes n'en auraient jamais assez, alors que ce qui importerait le plus pour le soulagement de l'anxiété serait la façon dont l'information est transmise. De même, Lussier, *et al*., (1994) observent chez les femmes enceintes, une soif d'information, de savoir-faire, d'enseignement rarement satisfaite.

La réassurance grâce aux examens diagnostiques est parfois précaire, ainsi qu'en témoigne cette participante qui aimerait avoir un stéthoscope à portée de la main pour entendre le cœur du fœtus à la moindre inquiétude. Nous pouvons penser que les stratégies visant à accepter l'impuissance ou

Devenir, volume 28, numéro 1, 2016, pp. 43-64

à trouver réassurance à travers le lien à autrui ont un effet plus permanent, en permettant un travail au plan psychique.

Les participantes rapportent rechercher soutien et réassurance particulièrement auprès des professionnels, de leurs conjoints, et d'autres femmes enceintes. Cette observation est à mettre en parallèle avec le fait que les stratégies centrées vers les émotions sont privilégiées dans les situations dans lesquelles on a peu de contrôle (Folkman et Lazarus, 1984, cité dans Huizink, *et al.*, 2002). En effet, ainsi que nous l'avons décrit, la grande part des craintes mentionnées durant la grossesse échappe au contrôle (avortement spontané, malformations, etc.).

De plus, Huizink, *et al.* (2002) observent que les stratégies d'adaptation centrées sur les émotions sont plus efficaces à réduire les plaintes liées à la grossesse que les mécanismes centrés sur la résolution de problèmes. Ces constats, quant aux effets bénéfiques du soutien émotionnel auprès des femmes enceintes, permettent d'étayer, si cela est encore nécessaire, l'importance de l'accompagnement que prône Molénat (2001, 2013) depuis quelques décennies.

Au regard du passé, nous pouvons constater que ces pratiques faisaient partie du processus social entourant la grossesse et la maternité. En effet, dans les sociétés traditionnelles, les femmes d'expérience offraient soutien aux plus jeunes ; les rites et rituels de protection de l'enfant permettaient de contenir l'anxiété des (futures) mères. Raphael-Leff (2005) souligne que les références anciennes aux sages-femmes et les données anthropologiques confirment que l'assistance aux femmes enceintes n'était pas seulement physique, mais incluait du soutien émotionnel. Dans certaines sociétés africaines, le soutien du réseau est fait de sollicitude, beaucoup plus que de transmission du savoir (Capponi et Horbacz, 2007).

Les résultats de notre étude suggèrent que les femmes d'aujourd'hui recherchent soutien, ancrage, repères identificatoires auprès de leurs semblables : « on est ensemble dans notre bulle de femmes enceintes », citation éloquente témoignant à la fois du partage mais aussi de la singularité de l'expérience. Dans le même sens, les participantes de Lussier, *et al.*, (1994) manifestaient le désir de pouvoir trouver dans la communauté un réseau d'entraide afin de sortir de leur isolement.

Les réseaux sociaux virtuels, fréquemment cités par nos participantes, occupent peut-être aujourd'hui la fonction de partage d'un savoir et de soutien qu'assumait autrefois la communauté. En termes préventifs, il nous semble intéressant de favoriser au sein de la communauté et même

de l'institution de tels groupes, non plus virtuels mais bien ancrés. Un tel groupe de femmes pourrait répondre, en partie du moins, à ce besoin qu'expriment nos participantes. La proposition de groupes de soutien au sein de la communauté permettrait de répondre à plusieurs objectifs auprès des femmes enceintes ; expression, partage émotionnel et « *empowerment* » et diminution de l'anxiété.

Conclusion et implications au plan clinique

Cette étude apporte un éclairage nouveau sur l'anxiété durant la grossesse en mettant en relief le vécu autour de la peur de la perte de contrôle et la singularité de l'expérience corporelle. En second lieu, l'analyse a permis de mettre en évidence trois grands types de mécanismes d'adaptation : la réassurance grâce à la science, à travers le soutien émotionnel et grâce à l'acceptation. Ces observations sont utiles au plan clinique. En effet, elles permettent aux soignants de mettre en place du soutien en tenant compte de cette anxiété et de ses particularités.

En raison de l'anxiété que les femmes peuvent vivre autour du passage de l'extérieur vers l'intérieur et puis de l'intérieur vers l'extérieur du corps, et tenant compte aussi de la perméabilité psychique des femmes enceintes, on peut croire que le holding est le meilleur accompagnement pour contenir et apaiser l'anxiété. Soutien et holding permettraient d'entendre et de contenir l'ambivalence et les conflits liés au retenir et son contraire, le laisser-aller.

Le défi actuel pour les professionnels est de redonner aux femmes enceintes un certain sentiment de maîtrise dans ce parcours hautement médicalisé, tout en assurant une fonction de « holding » de façon bienveillante. Il paraît aussi pertinent, en réponse aux exigences narcissiques et de contrôle que se donnent les femmes, d'intégrer le concept de « *Good enough mother to be* ».

Dans une optique préventive, il serait souhaitable d'offrir un espace de parole et d'écoute aux femmes enceintes, qui souvent vivent avec intensité et anxiété l'expérience de la grossesse. Il s'agit à la fois de leur redonner une certaine maîtrise mais aussi d'offrir un étayage permettant de mieux tolérer la perte de contrôle et la passivité inhérente à toute grossesse. Dayan, (2015, p. 4) souligne que « la grossesse est aussi le moment d'un épanouissement et d'une affirmation de soi, mais il conviendrait peut être d'ajouter qu'il s'agit en partie d'un soi infantile et archaïque et

Devenir, volume 28, numéro 1, 2016, pp. 43-64

que cette satisfaction régressive n'est atteinte que lorsque la mère peut s'y laisser-aller, ce qui suppose contrôle et soutien. »

Des recherches futures permettant de mieux documenter tant au plan qualitatif que quantitatif l'efficacité des mécanismes d'adaptation présentés par les femmes enceintes permettraient de mieux cibler nos interventions thérapeutiques devant les manifestations anxieuses. De même, il serait fort pertinent de procéder à une recherche approfondie sur la façon dont les femmes enceintes vivent le parcours médical. Il serait utile de mieux connaître les facteurs liés au suivi médical qui atténuent ou, au contraire, exacerbent l'anxiété des patientes.

Points importants

- La peur de la perte de contrôle et son corolaire l'hypervigilance, tout comme les préoccupations relatives au corps comme lieu de passage contribuent à donner à l'anxiété durant la grossesse, son caractère spécifique.
- Trois grandes catégories de stratégies d'adaptation directes et actives sont privilégiées par les femmes enceintes afin de contrer l'anxiété ; le recours à la science, au savoir, la recherche de soutien émotionnel et enfin une stratégie cognitive, l'acceptation.
- La mise en place de groupes de soutien au sein de la communauté permettrait de répondre à plusieurs objectifs auprès des femmes enceintes; partage émotionnel, soutien, « empowerment » et diminution de l'anxiété.
- Le défi pour les professionnels assurant le suivi des femmes enceintes est de donner à celles-ci un plus grand sentiment de maîtrise dans ce parcours hautement médicalisé, tout en assurant une fonction de « holding » de façon bienveillante.

Résumé

Cet article présente les résultats d'une étude longitudinale qualitative sur l'anxiété et les mécanismes d'adaptation spécifiques à la grossesse. Les entretiens de onze participantes rencontrées chacune aux trois trimestres de la grossesse ont été soumis à une analyse de contenu. Au-delà des thématiques identifiées propres à chaque trimestre, l'analyse révèle que la peur de perdre le contrôle, l'hypervigilance tout comme les préoccupations relatives à l'expérience corporelle participent à donner à l'anxiété durant la grossesse son caractère spécifique. Les mécanismes d'adaptation privilégiés durant la grossesse sont décrits. Les implications cliniques de ces constats sont discutées.

Mots-clés

Anxiété spécifique à la grossesse.
Mécanismes d'adaptation.
Périnatalité.

Remerciements

Les auteurs remercient les femmes qui ont participé avec générosité au projet, toutes les étudiantes qui ont contribué avec enthousiasme et minutie aux analyses ainsi que le Professeur Irène Krymko Bleton, sans lesquelles ce projet aurait été impossible.

Références

[1] ALDERDICE F., LYNN F., LOBEL M. : « A review and psychometric evaluation of pregnancy-specific stress measures », *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, 2012 ; *33 (2)* : 62-77.

[2] BENEDEK T.: « Parenthood as a developmental phase », *Journal of the American Psychoanalytic Association*,1959 ; *7* : 379-417.

[3] BONAPACE J. : *Accoucher sans stress avec la méthode Bonapace*, Editions de l'Homme, Montréal, 2009.

[4] BURSTEIN I., KINCH R.A.H., STERN L. : « Anxiety, pregnancy, labor, and the neonate », *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1974; *118 (2)* : 195-199.

[5] BYDLOWSKI M. : « Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne », *Devenir*, 2001 ; *13 (2)* : 41-52.

[6] CAPPONI I., HORBACZ C. : « Femmes en transition vers la maternité : sur qui comptent-elles ? », *Dialogue*, 2007 ; *175 (1)* : 115.
[7] DAVID H. : « La mère suffisamment folle », *in* ANDRE J., DREYFUS-ASSEO S., *La folie maternelle ordinaire*, PUF, Paris, 2006 ; pp. 77-101.
[8] DAYAN J., ANDRO G., DUGNAT M. : *Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité*, deuxième édition, Elsevier Masson, Paris, 2015.
[9] DUNKEL SCHETTER C. : « Psychological science on pregnancy : Stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues », *Annual Review Psychology*, 2011 ; *62* : 531-558.
[10] GUARDINO C.M., DUNKEL SCHETTER C.D. : « Coping during pregnancy : A systematic review and recommendations », *Health Psychology Review*, 2014 ; *8 (1)* : 70-94.
[11] HUIZINK A.C., DE MEDINA P.G., MULDER E.J., VISSER G.H., BUITELAAR J.K. : « Coping in normal pregnancy », *Annals of Behavioral Medicine*, 2002 ; *24 (2)* : 132-140.
[12] HUIZINK A.C., MULDER E.J., DE MEDINA P.G., VISSER G.H., BUITELAAR J.K. : « Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome ? », *Early Human Development*, 2004 ; *79 (2)* : 81-91.
[13] KRAMER M.S., LYDON J., SEGUIN L., *et al.* : « Stress pathways to spontaneous preterm birth : The role of stressors, psychological distress, and stress hormones », *American Journal of Epidemiology*, 2009 ; *169 (11)* : 1319-1326.
[14] LAZARUS R.S., FOLKMAN S. : *Stress, appraisal, and coping*, Springer Publishing Company, New York, 1984.
[15] LEIFER M. : « Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood », *Genetic Psychology Monographs*, 1977 ; 95 *(1)* : 55-96.
[16] LUSSIER V., DAVID H., SAUCIER J.F., BORGEAT F. : « Enjeux maternels et dépression postnatale: rupture ou continuité », *Devenir*, 1994 ; *6 (4)* : 7-26.
[17] MELENDER H.L. : « Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland », *Journal of Midwifery & Women's Health*, 2002 ; *47 (4)* : 256-263.
[18] MOLENAT F. : *Accompagnement et alliance en cours de grossesse*, Editions Fabert, Bruxelles, 2013.
[19] MOLENAT F. : *Naissances : pour une éthique de la prévention*, Erès, Toulouse, 2001.
[20] PAILLE P., MUCCHIELLI A. : *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, (3e édition), Armand Colin, Paris, 2012.
[21] PASCAL C., SPEISS M., THEVENOT A. : « Expérience de passivité et affects d'angoisse dans le temps de la grossesse », *Dialogue*, 2011 ; *192 (2)* : 137-148.
[22] RACAMIER P.C., SENS C., CARRETIER L. : « La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum », *L'Evolution Psychiatrique*, 1961 ; *26* : 525-570.
[23] RAPHAEL-LEFF J. : *Psychological processes of childbearing,* Fourth edition, London, The Anna Freud Centre, 2005.
[24] REEVES N., BOCH B., PELLETIER V., THERIAULT J., KRYMKO-BLETON I.: « Pregnant women's anxiety, in their choice of professional who will follow their pregnancy », *Archives of Women's Mental Health*, 2013 ; *16 (1)* : Supplément 1-146, S-78.
[25] ROBERT E., DAVID H., REEVES N., GORON S., DELFOSSE S. : « Adaptation à la maternité : évolution discontinue de l'anxiété en pré- et en post-partum et valeur prédictive des différents types d'anxiété », *Devenir*, 2008 ; *20 (2)* : 151-171.
[26] SCHAEFFER J. : *Le refus du féminin*, PUF, Paris, 1997.
[27] SCHAUDER C. : « Prévention en périnatalité : Etude comparative interculturelle de l'attente des femmes et des hommes d'aujourd'hui en période périnatale, au regard de la démarche préventive d'éducation à la parentalité », *Conventions Université de Strasbourg-Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé*, Strasbourg, 2007.
[28] SJOGREN B. : « Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women », *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, 1997 ; *18 (4)* : 266-272.

Summary

This article presents the results of a qualitative longitudinal study on anxiety and pregnancy specific coping mechanisms. The interviews of 11 participants encountered at each of the three trimesters of pregnancy were subjected to content analysis. Beyond the identified themes specific to each trimester, the analysis reveals that fear of losing control, hypervigilance, and concerns about bodily experience contribute to the specific character of anxiety during pregnancy. The preferred coping mechanisms during pregnancy are described. The clinical implications of these findings are discussed.

Keywords

Pregnancy specific anxiety. Coping mechanisms. Perinatal period.

Devenir, volume 28, numéro 1, 2016, pp. 43-64

[29] STANDLEY K., SOULE B., COPANS S.A. : « Dimensions of prenatal anxiety and their influence on pregnancy outcome », *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1979 ; *135 (1)* : 22-26.
[30] SUTTER-DALLAY A.L., GIACONNE-MARCESCHE V., GLATIGNY-DALLAY E., VERDOUX H. : « Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms : A prospective survey of the MATQUID cohort », *European Psychiatry*, 2004 ; *19 (8)* : 459-463.
[31] VAN DEN BERGH B.R., MARCOEN A. : « High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8- and 9-year-olds », *Child Development*, 2004 ; 75 *(4)* : 1085-1097.
[32] YALI A.M., LOBEL M. : « Coping and distress in pregnancy : An investigation of medically high risk women », *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, 1999 ; *20 (1)* : 39-52.
[33] YALI A.M., LOBEL M. : « Stress-resistance resources and coping in pregnancy », *Anxiety, Stress & Coping*, 2002 ; *15 (3)* : 289-309.