

Expérience De La Grossesse À Risque Et Rapport Au Corps : Une Étude De Cas Auprès Des Parturientes Du District De Santé De La Menoua

FOKI TEINTANG Lewis

Psychologue clinicien & psychopathologue

Unité de Recherche en Philosophie et Sciences Sociales Appliquées (URPHISSA) **μ(1), (2),** lewisteintang009@gmail.com

NGUIMFACK Leonard

Psychologue clinicien & psychopathologue

Laboratoire du développement et du mal développement. Université de Yaoundé 1

Thierry DONG

Psychologue clinicien & psychopathologue

Unité de Recherche en Philosophie et Sciences Sociales Appliquées (URPHISSA)

Université de Dschang, Dschang, Cameroun

Email : thierry.dong@univ-dschang.org

Résumé

Contexte : La grossesse à risque expose les femmes à une incertitude vitale et à des contraintes corporelles susceptibles d'altérer l'image de soi.

Objectif : Comprendre l'expérience vécue de la grossesse à risque et le rapport au corps chez des parturientes suivies dans le District de Santé de la Menoua.

Méthode : Étude qualitative exploratoire menée auprès de cinq femmes présentant une grossesse à risque à l'Hôpital Régional Annexe de Dschang. Les données ont été recueillies par entretiens semi-directifs et observation clinique, puis analysées par analyse thématique de contenu.

Résultats : L'expérience est marquée par (1) un vécu de défaillance corporelle (douleur, alitement, menace), (2) un sentiment d'étrangeté corporelle parfois associé à des phénomènes dissociatifs, (3) une culpabilité et une auto-dévalorisation favorisant le désinvestissement du corps, et (4) un poids des attentes socio-culturelles autour de la maternité.

Conclusion : La grossesse à risque s'accompagne d'un rapport au corps fragilisé, souvent négatif, justifiant l'intégration d'un soutien psychologique périnatal en milieu hospitalier.

Mots clés : future mère incertaine, grossesse à risque, rapport au corps, corps enceint, corps féminin.

Introduction

La grossesse à risque est conçue comme cette période gestationnelle pendant laquelle la vie de la femme et celle du fœtus qu'elle porte sont mises à l'épreuve, soit par les menaces d'accouchements

prématurés (Dong et Foki Teintang, 2024), soit par une maladie comme un syndrome d'acné obstructive du sommeil (Ekono et al., 2021), qui empêche l'évolution proprement dite de cette grossesse et modifie le mode d'accouchement si la grossesse arrive à terme. Il s'agit concrètement d'une grossesse au cours de laquelle les complications pouvant engendrer un décès materno-fœtal Center for Maternal and Child Enquiries [CMACE]. (2021) ; UNFPA, 2023).

On dénombre plus de 130 000 décès maternels à la suite des complications dans une grossesse en Afrique [Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2025]. La Stratégie Sectoriel de Santé de 2020-2030 montre qu'au Cameroun, les politiques de santé essaient de mettre en place des stratégies pour limiter les conséquences drastiques liées aux grossesses à risque. Cette dernière se manifeste par plusieurs symptômes comme les menaces d'accouchements prématurés, les douleurs abdominales importantes, les douleurs pelviennes, les douleurs au niveau du col de l'utérus, surtout si ce dernier n'a pas une taille normale (soit trop court pour contenir le fœtus, soit incapable de se fermer de lui-même pour contenir le fœtus sans intervention chirurgicale (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2019).

Selon l'American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2019), les facteurs en lien avec la grossesse à risque sont l'âge précoce ou tardif, l'apparition d'une maladie avant ou après la grossesse, la gémellité (grossesse multiple). La grossesse à risque est responsable de plusieurs perturbations psychologiques et physiologiques. Elle semble être à l'origine d'un vécu difficile (Foki

Teintang et Dong ; 2024). Ce qui vient créer un voile opaque au sujet de l'avenir de la grossesse. En effet, les parturientes ont du mal à percevoir le bonheur avec leur enfant dans un avenir proche. Ceci en raison des expériences traumatogènes vécues et du fait que leur pronostic vital soit engagé. La grossesse à risque semble être un poids qui empiète culturellement sur la féminité en raison de ce que ces parturientes n'ont pas le statut de femme si elles n'ont pas d'enfant (Tsala Tsala, 1996).

La prise en charge de la grossesse semblent souvent très complexes au regard des exigences physiologiques dans lesquels la parturiente est ancrée. En effet ; Elle doit prendre en compte le suivi psychologique qui nécessite la compréhension de l'expérience vécue de cette grossesse à risque. En fait pendant cette grossesse, la femme traverse généralement des expériences difficiles qui peuvent affecter son bien-être psychologique. Pourtant, dans notre contexte, il n'y a pas de prise en charge psychologique dans les hôpitaux. La grossesse à risque semble être à l'origine d'une expérience particulière et difficile.

Selon Gantheret (1968), le rapport au corps est conçu comme cette distance, cette représentation de sa position à l'égard de son propre corps. C'est aussi la conception, et l'image qu'une personne peut avoir de son corps, ou de son apparence. Il intègre la représentation consciente et ou inconsciente que la personne a ou avait de son corps par rapport à un phénomène bien précis. Cette définition du rapport au corps démontre qu'il est difficile de l'appréhender en raison de la variabilité des facteurs qui le constitue et de la subjectivité dont il dépend. Les travaux de Bisson (2019) ; de Barreto et Wendland (2022) ont montré que certaines femmes enceintes ne sont pas satisfaites de leurs corps en raison des modifications physiologiques que subissent ces corps pendant cette grossesse à risque.

Méthode

Devis de recherche et posture épistémologique

Recherche s'inscrit dans un devis qualitatif exploratoire à orientation phénoménologique, visant à décrire l'expérience vécue d'une grossesse à risque et la manière dont les parturientes signifient, dans et par leur corps, les menaces, contraintes et transformations liées à cette grossesse.

Contexte et lieu de l'étude

L'étude a été conduite à l'Hôpital Régional Annexe de Dschang, dans le District de Santé de la Menoua (Cameroun), auprès de femmes suivies pour une grossesse à risque. La collecte des données s'est déroulée sur une période de six (6) mois, dans le cadre d'une période de trois mois

Participants, recrutement et stratégie d'échantillonnage

Cinq (5) parturientes présentant une grossesse à risque ont été incluses selon une stratégie d'échantillonnage raisonné (non probabiliste), adaptée à une étude centrée sur la profondeur et la richesse du vécu plutôt que sur la représentativité statistique. Les participantes ont été anonymisées par pseudonymes et décrites à l'aide d'un tableau synthétique (âge, profession, antécédents obstétricaux, plaintes corporelles, éléments psychologiques rapportés).

Critères d'inclusion/exclusion. Les critères d'inclusion retenaient : la grossesse à risque et notamment les menaces d'accouchement prématuré, incompetence cervicale, métrorragies, allitement prescrit, etc. Les critères d'exclusion comprenaient : instabilité clinique majeure, impossibilité de consentir, etc.

Procédure de recrutement. Les participantes ont été approchées au sein du site d'étude et informées des objectifs, du déroulement et de la nature volontaire de la participation. Nous avons utilisé l'approche chercheur/sage-femme, pour rencontrer les participantes à la suite de couche. Une fois le contact établi et la confiance installée, la sage-femme devait sortir de la salle pour garantir la confidentialité des échanges. Il faut noter que parmi plus de dix cas qui ont accepté prendre part à la recherche ; seulement cinq ont finalement pris part en raison des désistements, de l'inconfort prolongé pendant les entretiens.

Dispositif de collecte des données

La collecte s'est appuyée sur deux sources principales :

1. des entretiens semi-directifs répétés ;
2. une grille d'observation clinique/contextuelle.

Entretiens. Chaque participante a réalisé trois (3) entretiens, d'une durée moyenne de 30 à 45 minutes, permettant de soutenir une approche phénoménologique attentive aux variations du vécu au fil du temps (annonce du risque, évolution des sensations corporelles, ajustements émotionnels et pratiques). L'ensemble des entretiens a été enregistré en audio, puis retranscrit intégralement sous forme de verbatim. La répétition des entretiens a favorisé la densification des descriptions et l'accès progressif aux significations.

Observation. Une grille d'observation a été utilisée en complément afin de documenter des éléments comme la posture, l'expression émotionnelle, l'engagement dans l'entretien et certains indices de rapport au corps (p. ex. présentation de soi, signes de fatigue, retenue corporelle), apportant des informations contextuelles utiles à l'interprétation.

Guide d'entretien (orientation phénoménologique)

Un **guide d'entretien semi-directif** a structuré l'exploration de l'expérience vécue, en privilégiant des questions ouvertes centrées sur la description : « comment cela se manifeste », « comment cela se vit dans votre corps ». Cette posture évite de forcer des explications causales et vise à recueillir des descriptions situées de l'expérience corporelle et émotionnelle.

Traitement des données

Les enregistrements audios ont été retranscrits en verbatim. Les verbatim et éléments d'observation ont été organisés à l'aide de Microsoft Word, notamment via un tableau facilitant la segmentation, la catégorisation et le regroupement des unités de sens par thèmes et sous-thèmes.

Analyse des données (analyse thématique à visée phénoménologique)

Les données ont été analysées par une analyse thématique de contenu avec une intention phénoménologique : identifier et organiser les unités de sens portant sur le vécu corporel, l'étrangeté, la douleur, les limitations, l'image de soi, et les significations attribuées à la grossesse à risque.

Tableau 1 : tableau récapitulatif des participantes de la recherche

Pseudonymes	Âges /an	Professions	Ethnies	Antécédents de G. R	Étiologie de G. R actuelle	Plaintes au sujet du corps	Antécédents psychologiques
Mme Berthe	39	Institutrice	Ouest/ Menoua	Une grossesse molaire, deux fausses couches avec 4 cerclages sans succès,	Incompétence cervical/taille de l'utérus réduit/ col utérin endommagé	Douleurs généralisées	RAS
Mme Horty	41	Styliste	Ouest/ Menoua	naissance par césarienne, grossesse extra-utérine	Position inadéquate de l'enfant malgré tous les soins	Douleurs abdominales récurrentes et fausses contraction, Prise de poids pendant la grossesse	RAS
Mme Gwenaël	35	Ménagère	N.O/ Bambili	Fausse couche à répétitions et avortement spontané répété	Endométrioses permanentes, Douleurs à l'utérus	RAS	
Mme Pimpia	37	Ménagère	NO/ Dop	Problèmes de GR chez la mère, échec d'une grossesse issu d'un viol, Fausse couche répétée	Agitation suite aux douleurs corporelles/ violence	Identification au corps de la sainte vierge marie avec culpabilité de trahison de ce corps	Angoisses, stress pathologique,
Mme Annie	17	Ménagère	Darak/Logone et Chari/ E.N.	Césarienne, IVG répété	Âge gestationnel, enfant en position siège	Souffrance maternelle pendant les grossesses avec des douleurs importantes	

Vignette : Le tableau ci-dessus présente un récapitulatif des différentes participantes de la recherche. Il contient les pseudonymes, l'âge, la profession, leurs origines ; les antécédents des grossesses à risques, l'étiologie actuelle de la grossesse à risque ; les plaintes que nous avons

Organisation de l'analyse. La présentation des résultats est réalisée sous forme d'analyse transversale, en veillant à maintenir une articulation constante entre thèmes et données empiriques (citations).

Considérations éthiques

Les participantes ont été informées des objectifs de l'étude, des bénéfices/risques potentiels et de leurs droits, et les données ont été anonymisées par pseudonymes. L'étude a obtenu l'autorisation du Comité Éthique de la Région de l'Ouest.

Le type de consentement (écrit/oral) ainsi que la conduite prévue en cas de détresse émotionnelle lors des entretiens.

Cette partie présente les résultats issus de cette recherche. Elle commence par un tableau qui montre un aperçu des caractéristiques sociodémographiques et psychologiques de toutes les participantes et aboutit à une analyse transversale de contenu des verbatim retranscrits.

relevées pendant les entretiens et les observations et en fin les symptômes psychologiques

Source : la présente étude

Analyse transversale des résultats d'entretien semi directif

Histoire de la grossesse à risque et vécu corporelles

Cette partie traite de l'histoire de la grossesse à risque en lien avec les participantes ont grandi. Elle présente comment les participantes ont été confronté aux antécédents liés à la grossesse à risque. C'est en questionnant l'histoire infantile que nous avons comprendre antécédents de la grossesse à risque dans la famille et faire ressortir le rapport que les participantes entretiennent avec leurs corps enceint et l'image du corps y afférent.

Antécédents liés au phénomène de la grossesse à risque de leurs mères

Le contact avec la grossesse à risque dans la période de l'enfance est un moment important pour comprendre le vécu actuel de la grossesse des participantes.

Le cas d'Annie et Pimpia, montre qu'elles étaient confrontées à la grossesse de leurs mères quand elles n'avaient que 13 ans et 14 ans respectivement. C'est aussi le cas de Mme Berthe qui avait été confrontée à la grossesse à risque de sa sœur. Les manifestations telles que les menaces d'accouchements prématurés étaient plus présentes chez Pimpia.

De ces différentes confrontations à la grossesse à risque, chacune d'elle avait été impactée négativement par le vécu des personnes porteuses de grossesse à risque. Pour Mme Gwenaël, la confrontation à la grossesse à risque avait généré de la souffrance liée à la mort de la mère de sa camarade et ses jumeaux dans le ventre. En effet, selon Gwenaël «la mère de ma camarade Lemwui était enceinte des jumeaux et elle est morte dans mes bras après avoir perdu beaucoup de sang ». Cette situation avait amplifié son traumatisme pendant sa propre grossesse. En plus de cet événement de vie, elle a perdu sa camarade. Cette dernière était morte en accouchant comme sa mère. Autant de mort en lien avec l'accouchement vient construire une fondation du vécu difficile pendant leurs propres grossesses. C'est ainsi qu'elles pouvaient avoir un traumatisme appris ou vicariant.

Le cas de Mme Berthe, montre que sa confrontation à la grossesse à risque s'était produite à l'adolescence. Cette dernière, a été témoin des menaces d'accouchements prématurés de sa sœur. La particularité dans cette confrontation est que la menace d'accouchement prématuré est tachée d'un caractère agressif de sa sœur « son agressivité doublait d'intensité et elle me faisait parfois avoir l'impression que c'est moi qui suis à l'origine de sa souffrance pendant sa grossesse ». Il y avait ceci de particulier que l'agressivité présentée par sa sœur semblait être en réponse à un certain sentiment de possession de son corps par un esprit démoniaque.

L'agressivité serait donc une réponse manifeste à un combat spirituel que livrait la sœur de la participante.

Comme chez Annie, sa première grossesse était à l'âge de 13 ans. Ces différents âges étant des périodes critiques du développement chez l'individu. On peut penser qu'à ces périodes critiques, les participantes ont vécues des événements difficiles avec leurs grossesses, interrompu avant le terme. On va constater en plus de cela que les échecs des précédentes grossesses ont la peur et anxiété de perdre la nouvelle grossesse. D'ailleurs, la grossesse actuelle a fait renaître chez elle un vécu traumatique lié à un sentiment d'incapacité induit ou transmis. Cette incapacité induite a été l'élément décisif dans le besoin d'interrompu volontairement sa deuxième grossesse, car celle-ci lui infligeait de souffrance tant émotionnelle que physique et corporelle. Annie était confrontée à la grossesse à risque de sa mère. Cette dernière ayant eu une première grossesse qui l'a menacé, et les deux autres qui se sont soldées par l'accouchement de deux enfants qui handicapés. En effet, ces deux enfants étaient nées avec une invalidité. Laquelle invalidité ne leur permettait pas d'être considérées selon la participante comme des personnes normales.

En plus de la grossesse de sa mère, la participante a été confrontée à la grossesse de sa tante et celle sa fille. Toutes les deux avaient également fait l'expérience des avortements spontanés répétés, d'où le sens de la grossesse à risque. Toutes ces confrontations ont mis la participante dans un état de panique généralisée. Laquelle panique s'est transformée en une force, qui selon elle, venait de l'habitude à ce genre de situation.

Comme les autres Pimpia, était confronté à la grossesse à risque de sa mère. En effet, Pimpia avait vu sa mère souffrir pendant sa grossesse à risque. Souffrance à l'issue de laquelle la grossesse s'est interrompue « j'ai tellement souffert malgré ça je l'ai toujours perdu ». Pimpia aurait subi un traumatisme transgénérationnel issu des événements de vie difficile que vivait sa mère. Ladite confrontation aurait conduit la participante à renoncer à l'idée d'avoir un enfant dans sa vie « avec tout ce que j'ai vu là, je ne voulais plus moi faire l'enfant ». C'était là, la preuve d'un traumatisme transgénérationnel.

Chez Horthy, la confrontation à la grossesse était marquée par une prise de poids importante par sa tante. Mais, le plus grave ici selon la participante, c'est la manifestation difficile à laquelle cette tante était soumise quand elle était enceinte. Ladite grossesse se serait terminée par une césarienne comme chez les autres participantes. Ce vécu difficile a donc été introjecté et s'est reproduit lorsqu'elle-même était enceinte. Ajoutés à cela, les antécédents de sa propre prématurité renforçaient ce vécu difficile. Et cela a compté pour beaucoup dans sa gestion de l'image du corps pendant sa grossesse à risque.

Expérience de la grossesse à risque et rapport négatif au corps.

Toutes les participantes avaient donc des antécédents de grossesse à risque. Elles avaient toutes une image du corps désinvesties. La confrontation à la grossesse à risque avait induit chez-elles un rapport conflictuel avec leurs propres corps. On pouvait voire de façon plus concrète que, le rapport négatif à leurs corps pendant la souffrance périnatale maternelle aurait été à l'origine d'un sentiment d'impuissance face à la difficulté qui s'imposait à leurs corps.

Être confronté à la grossesse à risque de la mère, avait transmis un traumatisme acquis, qui était à l'origine de la déliquescence de l'image inconsciente de leurs corps. Ce corps qui aurait subi des métamorphoses psychophysiologiques pendant leurs propres grossesses, était aussi une conséquence d'une mauvaise alimentation associée à des difficultés financières et du manque de temps. Ce manque de temps se justifie par leurs occupations obsédantes à prendre soin de leurs mères plutôt que d'elles-mêmes. Ce corps qui se métamorphosait négativement, en raison de sa maigreur, était déprécié et désinvesti. Un corps qui selon elles, ne méritait plus beaucoup d'attention.

Chez Pimpia, l'expérience vécue en lien avec la grossesse à risque avait un retentissement sur son image inconsciente du corps comme chez les autres. Sur le plan psychologique, l'interruption involontaire de grossesse (IVG) qu'elle avait subie était source de culpabilité «je suis la seule cause de ma souffrance. Si je n'avais pas fait ça, je ne serais jamais dans cette situation». Aussi, les circonstances probables de conception étaient en liées à un viol. Tout le monde semblait banaliser cela, et même sa propre mère qui savait ce qui se passait, avait choisi de garder le silence face à ce que vivait sa fille.

Ainsi, il est important de préciser que l'image du corps de Gwenaël avait pris un coup en raison de ce que son travail et donc son rêve de devenir styliste modéliste avaient été interrompus. Il serait important de comprendre à présent comment toutes les participantes ont vécu leurs différentes grossesses à risque de l'annonce à l'issue finale.

Expérience émotionnelle vécue dans la grossesse à risque actuelle.

La subjectivité que nous avons questionnée ici est en rapport avec la façon dont les participantes ont vécu leurs grossesses de l'annonce à jusque pendant les menaces. Nous avons analysé les verbatim en confrontant le vécu spécifique de la grossesse à risque pour chacune d'elle. Selon une analyse transversale, leurs vécus de la grossesse étaient teintés des émotions négatives. Chacune d'elle présentait un état de morosité pendant les entretiens. On pouvait percevoir chez elle de l'anxiété en lien avec l'issue final de leurs grossesses.

Le cas de Pimpia était particulier. Cette particularité fait en sorte que de nombreux événements de vie inhérents à sa grossesse se sont produits parfois sans qu'elle n'informe les autres de ce qui se passait. Les manifestations de la grossesse à risque chez cette dernière étaient beaucoup plus recentrées sur le plan psychologique. Elle dit avoir été stressée en permanence.

Selon elle, sa grossesse est le plus pire événement en raison de ses manifestations tout à fait singulières «c'est une période un peu difficile que je n'aime pas beaucoup évoquer mais bref j'étais enceinte et j'avais caché cela à ma tante» Notons que les difficultés rencontrées pendant cette première grossesse auraient inhibé sa capacité de procréation.

Expérience fonctionnelle du corps et désinvestissement de l'image fonctionnelle

Ici nous analysons le sens donné à la fonction des organes responsables d'assurer le développement du fœtus. Le sentiment d'incapacité de procréation traduisait une parole sous-jacente à la remise en cause des fonctions de son utérus. Cette dysfonction traduisait clairement une mauvaise image fonctionnelle du corps fonctionnant pour mettre au monde un enfant, permettant d'avoir le statut de femme pour sa communauté. Aussi, Annie dans ses propos le disait clairement «mon ventre n'est qu'une boîte qui ne sert à rien». Ce verbatim démontre le sens donné à l'image fonctionnelle était négatif. Le fait de dire que le ventre ne sert à rien connote bien avec un décontentement du ventre (utérus) et de sa fonction de procréation.

L'expérience de l'échec dans le processus d'enfantement a été vécue comme un choc. Lequel choc serait venu aider à un désinvestissement de l'image du corps par le truchement de l'image fonctionnelle. Il se pourrait donc que les participantes auraient souhaité avoir une grossesse qui ne fait pas prendre du poids.

Le vécu chez Gwenaël, mettait en exergue une image érogène éprouvée la grossesse à risque. En effet, on constate qu'après l'annonce du risque dans la grossesse, la participante a été assaillie par un sentiment de déplaisir permanent et envahissant.

Il serait nécessaire de spécifier que les tentatives de remaniement mis en place pour réinvestir le corps ont été vouées à l'échec en raison de ce que la participante n'avait pas atteint son désir. Celui de faire enfin un enfant saint : «je veux dire que une femme n'a de valeur que parce qu'elle peut enfanter et c'est son corps qui lui permet d'arriver à cela». Le fait pour elle de n'avoir pas pu jusqu'ici donner naissance à un enfant était une condition sine qua non pour que son corps et plus spécifiquement son utérus aient un regain d'énergie qui lui permettrait de se réinvestir. Ce qui était loin d'être le cas.

Le rapport au corps de Berthe faisait clairement ressortir un désinvestissement de son image du corps

dans les moments où la grossesse à risque devenait insupportable. De façon plus claire, son conjoint était un instigateur de ce désinvestissement à travers ses propos défavorisant sur le corps de la participante. Il avait qualifié l'odeur corporelle de celle-ci comme étant celui du bouc. Cette appellation donnait un retentissement de femme stérile et incapable, malgré la grossesse présente. On peut dire ainsi que l'image fonctionnelle était atteinte en raison de son incapacité à la procréation. Cette mise à l'épreuve de l'image du corps au travers de l'image fonctionnelle et plus spécifiquement de la fonction que ce corps pouvait jouer dans le sens d'inhibiteur de la procréation. Il y avait en plus chez la participante cet imaginaire négatif qui faisait irruption dans son psychisme chaque fois que la grossesse lui produisait des douleurs. Elle aurait trouvé plus tard que son corps était incapable et ne lui servait à rien.

La fonction de l'utérus était pour cela remise en cause. Elle pouvait le dire «mon utérus est aussi incompetent et je pense à le supprimer si cette grossesse ne se termine pas bien». Elle trouve que cet organe en particulier, ne jouait pas bien le rôle qui était le sien. D'où l'idée d'une image fonctionnelle non équilibrée, dysfonctionnelle.

Expérience de culpabilité après l'échec de la grossesse et rapport négatif au corps

On note chez Berthe, ce sentiment de culpabilité qui était présent au moment où l'annonce du risque a été faite. Elle disait avoir l'impression que c'est elle qui était la cause des menaces dans la grossesse. En effet, la question posée par la sage-femme lors de l'annonce de la grossesse à risque pouvait justifier ce sentiment de culpabilité «je suis sorti de mon corps un instant pour me regarder de l'extérieur». Cette culpabilité pouvait être considérée comme une autoflagellation du corps. C'était ici un moyen de désavouer ce corps qui selon elle n'était pas capable d'enfanter.

Le vécu de la grossesse à risque pendant son déroulement a été animé par dévalorisation «mon corps ne valait pas la peine». Ne pas valoir la peine suppose que le corps ne joue pas le rôle qu'elles auraient censé jouer «je ne sers à rien. Mon corps est une poubelle». Des mécanismes de défense comme le clivage du corps au travers un désir hystérectomie venait renforcer l'idée d'un désinvestissement de cette image fonctionnel.

Désir de réincarnation comme facteur de désinvestissement de l'image du corps

Une autre situation qui démontre qu'effectivement la participante vivait un désinvestissement de l'image du corps est le fait qu'elle avait ce désir de changer de corps pour avoir un corps qui puisse lui faire faire des enfants «j'ai pensé à changer mon corps pour devenir une autre femme capable d'accoucher sans stress (pleure)». C'était donc là une forme de réincarnation symbolique du sujet désirant. On voit bien le sentiment que cette réincarnation était

présente mais de façon inconsciente en raison du fait que la participante ne se projetait pas dans l'avenir avec ce corps. Puisqu'elle se serait réincarnée dans un autre corps moins affligeant de souffrance «je ne me vois même pas après l'accouchement. Je ne veux même pas me voir car je pense que ne n'existerai pas».

Au sujet du désinvestissement de l'image du corps chez Berthe pendant la grossesse à risque, on pouvait aussi voir le manque d'entretien corporel. Comparativement au cas de Horty, on va se rendre compte que celui de Berthe était légèrement différent.

Il y avait chez Gwenaél, de nombreuses problématiques qui pouvaient attirer l'attention. Ces problématiques étaient les suivantes : la déréalité à l'annonce du risque «c'était comme du film. je n'arrivais pas à comprendre ce qui m'arrive». On retenait également de la dépersonnalisation «je suis sorti de mon corps un instant pour me regarder de l'extérieur». Ces différentes problématiques, bien qu'étant absentes chez d'autres participantes, on pouvait voir après analyse des verbatim que d'autres processus de symbolisation émergeaient et étaient en lien avec la psycho physiopathologie de la grossesse.

Ces processus pouvaient faire penser à un bon déroulement de la grossesse. Pourtant, ladite grossesse se déroulait avec beaucoup de difficulté. Il faut mettre en exergue les ratés dans l'élaboration mise en place par Berthe. Lesquels ratés dans les grossesses précédentes faisaient en sorte que le désespoir naisse. Toutefois, des efforts étaient présents «malgré tout cela, je parvenais à me décider de retomber enceinte car c'était vraiment difficile de dire non. À un moment, je prenais des décisions juste pour ne pas être marginalisé davantage». Contrairement au cas des autres participantes qui face à ces risques, avaient décidé de ne plus faire d'enfant.

Les participantes s'imaginaient tout le plaisir qui accompagnait le fait de vivre une vie sexuelle épanouie avec la procréation à l'issue de la grossesse. Il y avait là, une relation fusionnelle non accomplie du fait du sentiment de vide laissée par l'imagination d'une absence de plaisir «je me suis sentie immédiatement comme vide car je me voyais la même histoire se répéter». Ce sentiment de vide était en réalité une matérialisation de l'idée qu'il n'aurait pas de grossesse et par ricochet pas de plaisir qu'on aurait à avoir dans la sexualité. C'était à ce moment son image érogène qui avait pris un coup. On peut penser que la zone érogène (l'entrée du vagin) ne devrait pas être stimulée comme la participante l'aurait toujours souhaité.

Les symptômes tels que la dépersonnalisation, les hallucinations auditives liées aux sentiments d'être à l'extérieur du corps, le cataclysme émotionnel ressenti en lien avec l'envahissement d'un déplaisir du corps, le sentiment de vide sont des signes qui venaient tous caractériser le désinvestissement de l'image du corps chez les participantes. Outre cela, on pouvait

constater que le désinvestissement de ce corps devenait chronique car la participante nous révèle que ce désinvestissement était présent quelque mois après sa toute première grossesse à risque « Il y a des moments que je me déteste. En tout cas je me suis toujours détestée ».

Un des facteurs spécifiques qui aurait marqué l'attention chez la participante est celui de l'interprétation qu'elle donnait à son rêve. Elle révèle par exemple les douleurs ressenties pendant sa grossesse se matérialisaient dans les rêves par une situation de conflictualité entre la mère et son fœtus. Dans ce conflit, l'enfant avait de la dominance sur sa mère. En effet, cet enfant poursuivait sa mère avec le couteau dans les rêves « je rêve souvent qu'il a un couteau et il veut me poignarder avec. Il me pourchasse dans la forêt de l'église et quand je fuis jusqu'à arriver au portail, je me réveille toujours très épuisée ». L'analyse de contenu latent de ce rêve démontrait en réalité la peur d'être chassé de l'église. La raison ici est que la participante disait n'avoir pas respecté les principes de cette congrégation. De l'analyse du contenu manifeste, il en ressort que la grossesse était conflictuelle et cette conflictualité venait peindre le vécu difficile de la grossesse à risque.

Dans ce rapport archaïque que la femme entraînait avec son fœtus, on note une certaine victimisation à l'égard de la grossesse et à l'égard de ce fœtus. Elle l'appelait à un moment donné « ça, un truc ». Un qualificatif qui connotait avec le sens d'un objet immatériel, et non pas un objet dans le sens de Mélanie Klein. Le terme « ça » démontre un peu ce caractère conflictuel et matériel qui émerge de la réalité psychique de la participante. Cette réalité quand bien même négative, reste dans l'inconscient de la participante au travers ce désir de faire un enfant de rêve tout parfait.

Différemment de Pimpia, on va constater au sujet de sa sphère onirique qu'Annie, dans son discours latent, présentait des vœux en lien avec la façon dont elle aurait souhaité que la grossesse se déroule. Par ailleurs, les résultats issus de l'analyse du discours manifeste permettent de constater que ces propos ne témoignaient pas de l'existence de ces vœux. La participante se voit déjà sans son accouchement. Ce qui ne traduit pas le fait qu'elle aurait déjà accouché, mais plutôt qu'elle n'aurait jamais souhaité être enceinte. Il y a donc dans ces propos les éléments en rapport avec la façon dont la participante envisageait son image inconsciente du corps.

La symptomatologie physique à ce moment démontrait clairement une endométriose, des douleurs mammaires atroces et des douleurs pelviennes. Une autre analyse de ce même verbatim laisse émerger chez la participante de l'agitation pendant son sommeil, laissant voir clairement qu'elle n'avait pas un sommeil tranquille. Ceci pouvait caractériser le fait que son corps était véritablement en activité dans le sommeil.

Une grossesse à risque qui se manifestait sur le plan psychologique par le sentiment d'être exploité par son propre enfant pour venir au monde. Il faut ajouter qu'un tableau clinique en lien avec l'anxiété et la dépression était bien présent et pouvait aller jusqu'à affecter la représentation son image inconsciente du corps.

Chez Pimpia, l'anxiété était due à un déséquilibre de l'enfant dans son ventre. Elle le disait avec beaucoup de tristesse, et parfois de la colère manifeste « je m'adressais à l'enfant que je porte en moi ». Dans le désinvestissement de l'image du corps chez Pimpia, on va remarquer que les souhaits et les désirs de la participante au sujet du déroulement de la grossesse montraient que son image de base est mise à l'œuvre. Il apparaissait clair que son narcissisme était éprouvé. En effet, les désirs souhaités semblaient être défaillants et mettaient en mal l'investissement de l'image inconsciente du corps.

La défaillance à l'origine du blocage dans la réalisation des désirs, est présente parce que le corps de la participante n'a pas pu être entretenu à l'image de la Sainte Vierge Marie. Rappelons que cette Vierge Marie était le modèle sur lequel la participante avait modélisé sa vie. Elle avait désinvesti ce corps parce qu'il a failli au modèle de la Sainte Vierge Marie. Le corps de la Sainte Vierge Marie est un modèle pour la participante en raison de ce qu'il a su garder sa pudeur. Et la grossesse de la Sainte Vierge Marie elle-même est venue du Saint-Esprit. Cette justification vient donner du sens dans la compréhension de ce désinvestissement qui passe par l'incapacité à réaliser ses désirs « je n'aurai pas souhaité avoir un corps aussi bizarre et sans uniformité ».

Outre cette difformité entre l'image du corps de Pimpia et celui de la Sainte Vierge Marie, on peut constater que l'image du corps de la participante a été désinvestie en raison des représentations négatives qu'elle avait des modifications psychophysiologiques et notamment de la prise de poids comme c'était le cas avec Gwenaél. En effet, la prise de poids, la pesanteur mammaire et la présence des douleurs bénignes étaient très mal appréciées par la participante pendant sa grossesse. C'était pour elle un calvaire. Elle précise également que l'apparition de l'acné sur son visage a permis de formuler l'hypothèse d'un désinvestissement de l'image du corps.

Expériences psychophysiologiques de la grossesse et désinvestissement de l'image du corps

Des interrogations au sujet de son corps justifiaient également ce désinvestissement : « quel corps j'aurai à la fin de tout ça ? Je me demande si je pourrais me supporter en me regardant dans un miroir ». L'analyse de ce verbatim, fait ressortir l'idée d'une incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant. Il s'agit donc là d'une image inconsciente du corps qui est désinvestie. Tout comme chez Pimpia, on constate

que les modifications physiologiques auraient contribué fortement à un désinvestissement de l'image inconsciente de ce corps. Ceci malgré le fait qu'elle aurait été avertie de ce qui pourrait se passer «c'est vrai que la sœur supérieure m'avait prévenu des modifications qui pourraient survenir sur mon corps pendant la grossesse. Mais je ne m'attendais pas à autant de mal formation sur mon corps».

Le cas d'Annie a attiré notre attention dans le même sens. Mais, de façon spécifique, on constate une nette différence par rapport au déroulement de la grossesse et de la façon dont son image inconsciente du corps avait été désinvestie. Pour ce qui est du déroulement de la grossesse, on va noter qu'elle avait des connaissances sur ce qu'était la grossesse à risque. Ces connaissances font penser qu'elle connaissait à quoi s'en tenir. Et cela ne lui poserait pas trop de difficulté si la souffrance advenait à s'installer. Ce qui n'a pas été le cas selon ses verbatim. En effet, on note que la stratégie d'ajustement mise en place lorsque le risque a été annoncé dans la grossesse.

Outre ce déroulement différent de la grossesse, la recrudescence de la grossesse à risque dans sa famille a permis de comprendre qu'elle a reçu d'un héritage traumatique de ces grossesses. Son vécu de la grossesse à risque est donc entaché de nombreuses reviviscences traumatiques en lien avec le vécu de la grossesse de sa mère et de sa tante. Comme dans les autres cas, on constate que ce vécu s'est étendu d'une première interruption involontaire de grossesse et à une situation de risque accru dans laquelle la participante se retrouve actuellement.

Pour ce qui est de la sphère du retentissement de la grossesse à risque sur l'image du corps, on constate avec les analyses faites qu'Annie aurait mis en place des remaniements psychiques qui entachaient négativement ses représentations de son corps. Elle le dit d'ailleurs « je souhaitais avoir un garçon mais maintenant je ne sais plus. Je suis troublée et je sens mon corps gaspillés». On a le sentiment que son image de base est désinvestie à cause de la souffrance ressentie. En effet, on constate que dans son désir d'enfant, la participante met en avant le fait que ses désirs ne sont pas exhaussés, mais ceux de l'enfant pour sa communauté le sont.

L'image fonctionnelle et l'image de base (le narcissisme) sont mises en mal dans le désinvestissement de l'image inconsciente du corps. C'est ce qu'on perçoit dans les verbatim suivant « je n'ai même plus la force de prendre soin de moi comme je faisais avant parce que mes efforts ne m'aident pas. Je me bats n'importe comment, je sens que ça ne sert à rien d'entretenir un corps qui est moche et qui ne fait que finir». Le retentissement de la grossesse à risque a fait perdre beaucoup de poids au lieu de faire prendre comme chez Pimpia. C'est donc un processus opposé qui s'observerait

chez les deux participantes. Les deux processus allant tous dans l'extrême de l'expression de désirs inhérents à leurs images inconscientes du corps. Chez Annie plus spécifiquement, on se rend compte de ce que le désinvestissement de l'image inconsciente du corps est envahissant. On peut même penser que son rapport à son corps est vide. Vide parce qu'il frôle le négatif et même le pire. On pouvait voire clairement comme déjà signalé plus haut, que la participante a du mal à un bon entretien corporel «pourquoi penses-tu que je devrais entretenir le genre de corps ci».

Discussion

Les résultats issus de cette recherche nous montrent que l'expérience est marquée par un vécu de défaillance corporelle (douleur, alitement, menace), un sentiment d'étrangeté corporelle parfois associé à des phénomènes dissociatifs, une culpabilité et une auto-dévalorisation favorisant le désinvestissement du corps, et un poids des attentes socio-culturelles autour de la maternité.

Au sujet de l'expérience vécue, cette recherche montre que chacune de nos participantes avait vécu une expérience traumatique de leur grossesse à risque. Ceci en raison des contraintes que leur imposaient leurs statuts physiologiques, ainsi que les contraintes liées à l'alitement obligation si la grossesse devait bien se solder. Il est important de signaler que ce vécu était spécifique pour chacune des participantes, même si on peut retenir des similarités sur le plan physiologique comme les menaces d'accouchements prématurés présents tout au long de la grossesse. Ces menaces de façons spécifiques ont été analysées par Dong et Foki Teintang (2024) comme donnant sens aux allures de paranoïa que pouvaient vivre d'autres femmes dans ces circonstances. Sur le plan psychologique, les travaux de Shuld (2019) faisaient état de ce que ces femmes culpabilisaient d'être responsable de l'incapacité à donner naissance à des enfants sains. Dans cette recherche nous avons constaté que seulement trois participantes sur les cinq avec qui nous avons mené la recherche avaient de la honte et culpabilisaient leur corps en raison de leurs incapacités à pouvoir procréer comme les autres. Les deux autres participantes avaient tendance à jeter le tort sur les autres autour d'elles. Ceci vient démontrer la variabilité dans le vécu de la grossesse à risque, au regard de la subjectivité des expériences.

Les résultats des travaux de Shuld (2019) corroborent donc partiellement les résultats de notre recherche. En insistant sur la complicité du vécu de nos participantes au regard de ce qu'elles n'avaient pas de suivi psychologique pendant leur grossesse et pendant qu'elles étaient en hospitalisation à l'hôpital Régional Annexe de Dschang. À la différence des participantes de la recherche menée par Shuld (2019) qui avaient un suivi psychologique pouvant apaiser le vécu et les expériences difficiles qu'elles pouvaient traverser. Par ailleurs, on peut penser que le fait

d'avoir eu plusieurs fois la grossesse à risque a semblée atténuer leur ressenti physique, au regard de ce qu'elles disaient être déjà presque habituées à ça.

Sur le plan culturel, les résultats de cette recherche démontrent que le facteur culturel joue pour beaucoup dans l'expérience vécue lors d'une grossesse à risque. En effet, la femme dans la culture africaine semble porter un poids important qui est celui de perpétuation de l'espèce. Les travaux de Ngo Nonga (2012), Ondo (2015), Koukam (2016) et Minka'a (2019) ont montré que l'expérience vécue dépend en grande partie du contexte dans lequel les femmes présentant la grossesse à risque vivaient et du contexte dans lequel la grossesse à risque avait été contractée. En clair, le statut de femme n'est acquis que lorsque le processus de maternalité est accompli. Ainsi le corps de la femme devient porteur d'un devoir culturel. Ce corps est donc criblé de signifiants qui viennent alourdir pour certaines l'expérience difficile de la grossesse, lorsqu'elle devient à risque. C'est dans ce sens que les travaux de Nguendon (2017), portant sur le corps enceint à risque, avaient démontré que les représentations culturelles et les expériences vécues des femmes camerounaises avaient une allure d'anxiété avec des sentiments de vulnérabilité pendant la grossesse à risque. Les résultats de ces travaux montraient que ces femmes sont dans des expériences de stigmatisations et de jugement de la part de leurs communautés. Ces résultats corroborent avec les analyses issues des résultats de la présente recherche. À la différence que l'analyse profonde de nos résultats démontre qu'à force de vivre dans la souffrance de la grossesse à risque, ces femmes auraient décidé de se couper mentalement de la souffrance vécue. Ceci en refusant de se fier aux exigences de leurs communautés d'appartenance. Ce qui témoigne en partie l'hypothèse d'un investissement négatif de l'image du corps chez elles. Cette rupture aurait permis de moduler le vécu difficile de la souffrance, de la douleur psychique et du sentiment de redevance que leur infligeait la grossesse à risque.

Il est important de signifier que les auteurs tels que Manka'a (2019) et Breton (2021) ont mis l'accent sur le fait que les expériences désagréablement vécues, sous fond d'anxiété, et de sentiment de vulnérabilité, ont été appréhendées en faisant référence à une approche purement phénoménologique. Ce qui à notre sens n'aurait pas permis d'accéder aux contenus latents présents dans les discours du rêve. Cette démarche que nous avons suivie a permis d'explorer la sphère inconsciente, comme l'approche psychanalytique le préconise. En respectant cette démarche d'analyse, nous avons exploré en profondeur des discours des participantes. Nous avons constaté qu'elles culpabilisaient leurs propres corps. En raison de ce que cette grossesse à risque était justifiée sur le plan médical par une incompetence du col de l'utérus et cervico vaginale qui, malgré de nombreux cerclages, ne parvenait pas

à maintenir jusqu'à son terme la grossesse. En effet, malgré les soins hospitaliers incluant les cerclages, les restrictions des mouvements de la «future mère incertaine», le col de l'utérus se comportait comme s'il n'était plus fonctionnel.

Au sujet du rapport au corps chez ces femmes, on note que l'investissement négatif de l'image du corps stopper dès lors qu'elles avaient remarqué que la fonction procréatrice de ce corps avait un mauvais représentant sur le plan culturel. En effet, la présente recherche, il a été démontré que l'investissement négatif du corps au travers l'abandon du désir d'enfantement pendant la grossesse, l'absence d'élaboration sur le corps porteur de souffrance, et la pauvreté des élaborations psychiques au sujet de la fonction du corps pendant la grossesse étaient très présentes dans le discours des participantes. Ce qui traduisait objectivement un rapport négatif au corps. Les travaux de Nguendon (2017), Manka'a (2019) et Fossi (2020) ont démontré dans le même sens que cet investissement négatif s'accroît beaucoup plus par la présence d'une perte de confiance en soi et en son corps. Le constat fait par ces auteurs a été également relevé chez nos participantes, avec les indicateurs tels que la perte de confiance en soi, la perte de confiance à l'égard des autres, ce qui correspond aux résultats trouvés par Fernandez (2015), Sanchez (2017) et Lopez (2019). Aussi nous avons constaté le désamour de soi avec des remaniements importants pour l'identité maternelle et la distorsion de la relation mère-enfant, lorsqu'il s'agissait de la grossesse à risque (Issher, 2011 ; Nicolson, 2013 ; Hughes, 2015 ; Leff-R, 2016). Ces résultats s'expliquent certaines du fait de l'universalité dans les théories qui s'élaborent autour du vécu corps ou de l'image du corps et du désinvestissement du corps.

Si l'investissement négatif de l'image du corps est la marque principale de nos résultats, c'est un signe qu'il envahit toute la sphère mentale des participantes au point où elles s'en rendent compte malgré son caractère inconscient. En effet, les résultats issus de l'analyse des données ont démontré qu'il y avait un manque d'intérêt par rapport à la situation que venait justifier cet investissement négatif. On peut notamment voir dans ce sens que les participantes étaient préoccupées en grandes parties par les dires qui calomniaient leurs apparences physiques, les attentes des communautés qui s'exprimaient de façon négative et les violences. Elles se sentaient interpellées par ce non-sens qui résonnait comme l'écho d'une maltraitance dans leurs sphères mentales.

Les mécanismes psychiques en lien avec le rapport au corps chez ces parturientes sont expliqués par Freud (1914). En effet, Freud (1914), l'investissement négatif d'un corps ou d'un objet renvoie à cette action qui consiste pour la personne à stopper l'attention qu'il porte à une partie spécifique ou totale de son corps. Cet investissement négatif ou retrait de l'énergie libidinale s'objectivait chez les

participantes par la perte totale ou partielle du contrôle qu'elles avaient sur leur corps. Ceci en raison de ce que leurs schémas corporels prenaient du volume, par augmentation de sa masse corporelle. C'est le cas avec l'une de nos participantes, qui avait souhaité être styliste modéliste dans sa vie. Mais, du fait de la grossesse à risque, son corps avait pris du volume. Elle ne pouvait pas contrôler cette prise de poids, ce qui venait mettre en mal ses désirs. Lesquels désirs étaient de plus en plus absents, et venaient témoigner une fois de plus que l'image de base était atteinte et démontrait ainsi la présence d'un investissement négatif de l'image inconsciente du corps.

On pouvait constater en plus de cet investissement négatif, que l'apparence physique non acceptée pouvait témoigner d'une régression à un stade inférieur comme le témoignait Freud (1923). En effet, le refus inconscient de prendre soin de son apparence physique au travers de l'absence totale d'hygiène corporelle, le manque d'intérêt pour le maquillage, le port de bijoux décoratifs du corps et autres artifices venaient ainsi témoigner de la présence de cet investissement négatif de l'image du corps. Rappelons que ces artifices constituent un prolongement de l'image du corps (Shilder, 2014).

Ce travail a des implications cliniques et notamment sur le plan clinique au regard des transformations corporelles. En effet, nous avons recommandé aux parturientes de se faire suivre sur le plan psychologique. Nous avons fait des psychoéducatifs sur transformations corporelles, ce qui a permis de réduire la culpabilité qu'elles avaient. Avec les sage femmes ; nous avons adopté l'approche trauma-informed, qui a consisté à leur donner de informations concrètes sur les manifestations du traumatisme psychique. Les résultats de cette recherche pourront être utilisés pour aider d'autres femmes qui présenteront les mêmes problèmes que nos participantes. Toutefois ces résultats ont des limites en raison de ce la recherche n'a pas été réalisée sur le long terme. Les participantes étaient juste cinq. Un nombre qui n'est pas représentatif pour la population des parturientes.

Conclusion

L'expérience de la grossesse à risque est un phénomène qui se présente comme le générateur de souffrance du corps chez certaines femmes qui vivent dans un contexte où le corps, la féminité et la maternité ont un sens particulier pour la communauté. Le phénomène de grossesse à risque qui n'est plus étrange au regard du nombre de femmes qui en souffre est bien présent dans le district de santé de la Menoua, on comptait en moyenne plus de 20 femmes par mois qui arrivaient en urgence dans à l'Hôpital Régional Annexe pour de raison de menace d'accouchement prématuré. Les femmes ayant la grossesse à risque que nous avons rencontrées dans cette localité se plaignent de leurs corps et décrivent chacune une subjectivité spécifique à un vécu

corporel de la grossesse à risque. Étant donné la défaillance de leurs corps, sont dans ce processus de grossesse à risque. La littérature à ce sujet est presque vieillissante et ne s'intéressait pas au cas spécifique de ces femmes alors qu'elles présentent un vécu important qui suscite une attention particulière sur le plan psychologique. L'analyse des résultats montre que ces femmes avaient tendance de désinvestir leur image du corps parce que ce dernier semblait être faux. Le rapport au corps était donc négatif. On va en plus de cela se rendre compte que la femme qui présente la grossesse à risque va procéder à un investissement négatif de son image du corps. Son apparence va être désavouée, au regard des changements physiologiques énormes qui s'y produisent. Elles auront tendance soit à se considérer comme une victime de ce qui leur arrive comme problème dans le corps, ou de se sentir persécuter. L'expérience subjective que nous avons voulu mettre en lien avec le rapport au corps dans cette recherche a donc permis de voir que la femme qui présente la grossesse à risque désinvestie son corps et cela peut aller jusqu'au désinvestissement de son apparence ou de son image du corps. Sur le plan culturel, nous avons pu constater qu'au regard du poids que le corps du féminin porte dans sa culture, la parturiente peut être accusée d'être la responsable de son mal être pendant la grossesse à risque, surtout si son utérus, son corps ou une partie de celui-ci empêche le bon déroulement de ladite grossesse.

Conflit d'intérêt : l'article ne fait l'objet d'aucun conflit d'intérêt

Financement : nous déclarons l'article n'a fait l'objet d'aucun financement d'un organisme

Références bibliographiques

- Aulagnier, P. (1975). Violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé. Presse universitaire française.
- Barreto, J. & Wendland, J. (2022). Image du corps, vécu corporel et *bonding* chez les femmes dans les six mois suivants l'accouchement. Périnatalité. 14(1). Doi : 10.3166/rmp-2022-0145.
- Bisson, V. (2019). L'image du corps durant la grossesse : les expériences et perception des femmes de l'influence de Facebook » mémoire Montréal (Quebec canada). Université du Québec à Montréal.
- Bourgoin, E., Callahan, S., Séjourné, S., & Denis, A. (2012). Image du corps et grossesse : vécu subjectif de 12 femmes selon une approche mixte et exploratoire. Vol 57, Sep 2021 ; pp 205-213.
- Branchard, L., & Moyano, O. (2018). Les représentations dynamiques du corps. Psychologie clinique et projectives, N°1, p. 197-217. Doi : 10.3917/pcp.024.01907.
- Shilder, P. (2014). The image and appearance of the human body. International Universities Press.

- Breton, H. (2021). La narration du vécu à l'épreuve du problème difficile de l'expérience : entre mémoire passive et stricte. *Revista praxis educatinnal*. Doi : 10.22481/praxisedu.v17i44.8006.
- Dossier, M-C., bats, V., Vial. & Achtari, C. (2008). Les malformations utérines : diagnostic, pronostic et prise en charge en 2008. DOI : 10.53738/revmed.2008.4.176 2253
- Dulay, A. T. (2024). Facteurs de risques de complication des grossesses. MD, MSCR, Cleveland, Lerner College of medicine of case Western Reserve University.
- Ekono, M. R. G, et al. (2021). Mode d'accouchement des gestantes présentant un haut risque de syndrome d'apnée obstructives du sommeil à Yaoundé. *Health Science and Disease*. 22, 7 (Jun 2021). Doi: <https://doi.org/10.5281/hsd.v22i7.2829>.
- Eslier, M., Morello, R., Azria, E., & Dreyfus, M. (2020). Comparative study of changes in maternal and perinatal morbidity inequalities among migrant and native women over time between 2008 and 2014 in France. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*.
- Fernandez, G., & Ttomas, J. L. (2015). Du pouvoir agir aux marges de manœuvre : une proposition pour le développement psychologique des gestes. *Activités : Open Edition Journals*.
- Freud, S. (1914), Zur Einführung des Narzissmus. *Passim*. G.W., X 138-70 ; S.E., XIV, 73-102.
- Gagnon, A. J., Zimbeck, M., & Zeitlin, J. (2010). Migration and perinatal health
- Surveillance: an international Delphi survey. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and reproductive Biology*. Doi: 10.1016/j.ejogrd.2009.12.002.
- Gantheret, F. (1968). Le corps en psychologie clinique. *Bulletin de psychologies : groupe TTF d'étude de psychologie de l'université de Paris*.
- Jalin, H., Chandes, C., Congard, A. et Boudoukha, A. (2022). appréhender l'éco anxiété : une approche clinique et phénoménologique. Elsevier Masson. <https://www.elsevier.com/open-access/userlicense/1.0/>
- Katterfeld, B. V., Jianghong Li, McNamara, B. & Langridge, A. (2012). Perinatal complications and cesarean delivery among foreign-born and Australian-born women in Western Australia, 1998-2006. *International Journal of gynecology & obstetrics*, 116(2), pp.153-157.
- Maeland, K.S. et al. (2019). Risk for delivery complications in Robson group 1 for non-western women in Norway compared with ethnic Norwegian women –A population-based observational cohort study. *Sexual & Reproduction Healthcare*, 20, 42-45.
- Doi: 10.1016/j.srhc.2019.02.006.
- Merry, L., Vangen, S., & Small, R. (2016). Caesarean births among migrant women in High-income countries. *Best Practice Res clinical obstetrics gynecologist*; 32: 88-99. DOI: 10.1016/j.bpogyn.2015.09.02.
- Ministère de la Santé Publique (MINSANTÉ). (2020). *La Stratégie Sectoriel de Santé (SSS) 2020-2030*. Yaoundé : MINSANTE
- Ratcliff, B.G., Sharapova, A., Suardi, F., & Borel, F. (2015). Factors associated with antenatal depression and obstetric complications in immigrant women in Geneva. *Midwifery*, 31(9), 871-878. Doi: 10.1016/j.midw.2015.04.010
- Richetin, J. (2022). Implicit biases and differential perinatal care for migrant women: Methodological framework and study protocol of the BIP study part. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive biology*, 278; 234-240.
- Doi : 10.1016/j.jogoh.2022.10.2340.
- Sanahuja, A., Maidi, H. & Delostal, C. (2019). Honte et haine chez l'adolescente obèse. In *cliniques méditerranéennes*. P. 159 à 171.
- Shuld, J. (2016). Entre honte et culpabilité chez la femme enceinte suite à une interruption médicale de grossesse.
- Tsala Tsala, J. P. (1996). Grossesse et interdit chez la femme beti du Sud Cameroun.
- Cahier de sociologie économique et culturel. n°25, p. 85-94.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2025). Trends in maternal mortality 2000-2023 : Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA population Division. Genève : OMS.
- Center for maternal and child enquiries [CMACE]. (2021). Management of women with obesity in pregnancy : joint guideline (Rev. Ed.). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
- American college of obstetricians and gynecologists [ACOG]. (2019). Pratique bulletin on cervical insufficiency and high-risk pregnancy. Prediction of preterm.
- Dong, T. et Foki Teintang., L. (2024). Vécu des menaces d'accouchement prématuré et Émergence d'une afférence paranoïaque : une étude clinique auprès de 06 femmes [Mémoire de Master, Université de Dschang]. URIPHISSA.