

Print ISSN: 2617-4766

E-ISSN: 2617-4774

# Đamá Nínau

REVUE INTERDISCIPLINAIRE  
LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES



Revue trimestrielle - N° 21, MARS 2026

REVUE TRIMESTRIELLE - N° 21 Đamá Nínau | REVUE INTERDISCIPLINAIRE LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES

Mise en page et Impression  
IMPRIMERIE ST LOUIS

53, Rue N'ZARA Doulassamé Face Première Eglise Baptiste du TOGO  
BP: 61536 / Tel Bureau: (228) 22 22 10 45 / Mobile : (228) 90 12 37 30  
E-mail: imprimerie.stlouis@yahoo.fr



**SJIFactor - Scientific Journal Impact Factor**

**E-mail : [evaluation@sjifactor.com](mailto:evaluation@sjifactor.com)**

**Website : <http://sjifactor.com/>**

**SJIF 2026 = 7.918 (Scientific Journal Impact Factor Value for 2026).**

**SJIF Impact Factor Evaluation [ SJIF 2026 = 7.918 ]**

"Dama Ninao" est une revue scientifique interdisciplinaire qui accepte et publie tous les articles relevant des Lettres, Arts et Sciences Humaines. A cet effet, elle s'intéresse aux études et théories littéraires, linguistiques, sociologiques, philosophiques, anthropologiques et historico-géographiques. La Revue "Dama Ninao", entendu "L'Entente" en langue kabyè du Nord Togo, est créée dans l'intention de matérialiser la mondialisation ou la globalisation qui s'opère avec l'esprit d'équipe et d'échanges et la désuétude du monde autarcique. Le monde scientifique universitaire ne peut échapper à cet esprit d'équipe qui fonde un creuset où « le fer aiguise le fer », les échanges se croisent, puis s'entremêlent pour aboutir à une reconstruction des connaissances scientifiques individuelles dans la collectivité.

La Revue Dama Ninao nous renvoie à la Civilisation de l'Universel du poète sénégalais Léopold Sédar Senghor, qui prône la porosité des âmes avec l'acceptation de l'autre, de ce qu'il dispose d'utile pour mon avancement : sa civilisation, sa culture, sa langue ... Elle se fonde notamment sur la philosophie de Paul Ricœur qui préconise la perception de Soi-même comme un autre. Considérer soi-même comme un autre aux yeux de l'autre, nous amènerait à faire taire nos distensions et ressentiments afin de redimensionner notre espace, reconstruire notre histoire et notre société.

La Revue Dama Ninao s'est inspirée de la nature. Des insectes en miniature nous produisent de bels chefs-d'œuvre architecturaux, conjuguent leur génie créateur et leur force dans la patience et dans la tolérance. Ils créent des œuvres monumentales qui dépassent l'entendement humain, les termitières. A cet effet, la nature semble nous parler, nous guider, nous instruire dans le silence. Seules ces créations nous interpellent sans autant faire de nous des disciples. Comme la termitière qui, pour la plupart du temps, est une composante de maillons surgissant de la même matière, la Revue Dama Ninao se veut une termitière scientifique dont les enseignants-chercheurs en sont les maillons.

Au confluent de diverses sciences, la Revue Dama Ninao se propose de promouvoir la recherche scientifique et universitaire en impulsant le dialogue interdisciplinaire, le dialogue entre divers champs disciplinaires et divers contributeurs du monde universitaire.

**Professeur Koutchoukalo TCHASSIM**

**Université de Lomé**

## ADMINISTRATION DE LA REVUE

**Directeur de publication et rédacteur en chef :**

**Professeur TCHASSIM Koutchoukalo**, Université de Lomé

**Directeur de rédaction :**

**Professeur Arthur MUKENGUE**, Université de Rhodes (Afrique du sud)

### Comité Scientifique

Professeur Yaovi AKAKPO, Université de Lomé (Togo), Professeur Kodjona KADANGA, Université de Lomé (Togo), Professeur Xavier GARNIER, Université Paris 3 (France), Professeur Norbert VIGNONDE, Université de Bordeaux (France), Professeur Adama COULIBALY, Université Félix Houphouët-Boigny (Côte d'Ivoire), Professeur Okri Pascal TOSSOU, Université d'Abomey-Calavi (Bénin), Professeur Mamadou KANDJI, Université Cheikh Anta Diop (Sénégal), Professeur Komla Messan NUBUKPO, Université de Lomé (Togo), Professeur Amadou LY, Université Cheikh Anta Diop (Sénégal), Professeur Kazaro TASSOU, Université de Lomé (Togo), Professeur Dotsè YIGBE, Université de Lomé (Togo), Professeur Kodjo AFAGLA, Université de Lomé (Togo), Professeur Alain-Joseph SISSAO, Institut des Sciences des Sociétés (Burkina Faso), Professeur Komla Essowè ESSIZEWA, Université de Lomé (Togo), Professeur Gneba KOKORA, Université Félix Houphouët-Boigny (Côte d'Ivoire), Professeur Louis OBOU, Université Félix Houphouët-Boigny (Côte d'Ivoire), Professeur Ataféi PEWISSI, Université de Lomé (Togo), Professeur Vicente Enrique Montes Nogales, Universidad de Oviedo (Espagne), Professeur Mamadou FAYE, Université Cheikh Anta Diop (Sénégal), Professeur Akila AHOULI, Université de Lomé.

### Comité de lecture

Professeur Koutchoukalo TCHASSIM, Université de Lomé, Professeur Gbati NAPO, Université de Lomé, Professeur Didier AMELA, Université de Lomé, Professeur Komi KOUVON, Université de Lomé, Dr Komi BEGEDOU, Université de Lomé, Dr Koffi Dodzi NOUVLO, Dr Kpatimbi TYR, Université de Lomé, Dr Madis KROUMA, Université de Lomé, Professeur Arthur MUKENGE, Université de Rhodes (Afrique du Sud), Professeur Xolali MOUMOUNI-AGBOKE, Université de Lomé, Dr Anoumou AMEKUDJI (MC), Université de Lomé, Professeur Raphaël YEBOU, Université d'Abomey-Calavi (Bénin), Professeur Essodina Kokou PERE-KEZIMA, Université de Lomé, Professeur Follygan HETCHELI, Université de Lomé, Dr Ernest BASSANE (MC), Université Norbert Zongo de Koudougou (Burkina Faso), Professeur Komi Xolali AVEGNON, Ecole Normale Supérieur d'Atakpamé, Dr Ulrich-Ariel YEKE, Université Omar Bongo (Gabon), Dr Kokou AWOKOU (MC), Université de Lomé, Dr Gnabana PIDABI (MC), Ecole Normale Supérieur d'Atakpamé (Togo), Dr Bilakani TONYEME (MC), Dr Banabia LONGA, Université de Lomé, Dr Bantchin NAPAKOU (MC), Université de Lomé, Candide Achille Ayayi KOUAWO (MC) Université de Lomé, Dr Kossi Wonouvo GNAGNON, Université de Lomé, Dr Lodegaena Bassantea KPASSAGOU, Université de Lomé, Dr Weinpanga A. ANDOU (MC), Université de Lomé, Dr Napo GNANE (MC), Université de Lomé, Professeur Cal Komla AVONO, Université de Lomé, Dr Mohsen ZAMANI, Université de Tehran (Iran).

Revue Dama Ninao Print-ISSN 2617-4766 E-ISSN 2617-4774

E-mail : [revuedamaninao@gmail.com](mailto:revuedamaninao@gmail.com); [infos@revuedamaninao.net](mailto:infos@revuedamaninao.net)

**Revue Dama Ninao**

**Comité de rédaction**

Professeur Koutchoukalo TCHASSIM, Dr Wonouvo GNAGNON, Dr DOUHADJI Kossi, Dr Mohsen ZAMANI, Université de Tehran.

**Secrétariat : HOGNON Komi Mosé**

**Contact : [revuedamaninao@gmail.com](mailto:revuedamaninao@gmail.com)**

**Site Internet de la Revue Dama Ninao : <https://revuedamaninao.net/>**

## LIGNE EDITORIALE DE LA REVUE DAMA NINAO

**Dama Ninao** est une revue scientifique internationale. Dans cette perspective, les textes que nous acceptons en français ou anglais sont sélectionnés par le comité scientifique et de lecture en raison de leur originalité, des intérêts qu'ils présentent aux plans africain et international et de leur rigueur scientifique. Les articles que notre revue publie doivent respecter les normes éditoriales suivantes :

### La taille des articles

Volume : 10 à 15 pages ; interligne 1.5, police 12 pour le corps du texte et les courtes citations ; police 11 pour les longues citations, Times New Roman, les références des citations doivent être incorporées dans le texte. Exemple : Guy Rocher (1968, p. 29), pas de référence en foot-notes à l'exception de quelques commentaires.

### Ordre logique du texte

- Un **TITRE** en caractère d'imprimerie et en gras. Le titre ne doit pas être trop long ;
- **Nom et prénom(s)** du contributeur ou des contributeurs, **nom de l'institution** d'appartenance, **adresse mail**
- Un **Résumé (Abstract)** de 8 lignes en français et anglais, en interligne simple, suivi de 6 **Mots clés (Key words)**
- Une **Introduction** : elle doit avoir une problématique, une méthode et une structure.
- Un **Développement** : les articulations du développement du texte doivent-être titrées comme suit :

1-Pour le **Titre** de la première section

1-1-Pour le **Titre** de la première sous-section

1-2- Pour le **Titre** de la deuxième sous-section

2- Pour le **Titre** de la deuxième section

2-1-Pour le **Titre** de la première sous-section

2-2- Pour le **Titre** de la deuxième sous-section

3- Pour le **Titre** de la troisième section (si l'auteur de l'article le souhaite)

-Une **Conclusion** : elle doit être courte, précise et concise en mettant en relief l'authenticité des résultats de la recherche.

- **Références bibliographiques** (Mentionner uniquement les auteurs cités)

Les divers éléments d'une référence bibliographique sont présentés comme suit : NOM et Prénom (s) de l'auteur, Année de publication, Zone titre, Lieu de publication, Zone Editeur. Exemples :

- AMIN Samir, 1996, *Les défis de la mondialisation*, Paris, L'Harmattan.

- BERGER Gaston, 1967, *L'homme moderne et son éducation*, Paris, PUF.

- DIAGNE Souleymane Bachir, 2003, « Islam et philosophie. Leçons d'une rencontre », *Diogène*, 202, p. 145-151. (Pour les articles).

### **Typographie française**

- La Revue Dama Ninao s'interdit tout soulignement et toute mise de quelque caractère que ce soit en gras.

- Les auteurs doivent respecter la typographie française concernant la ponctuation, l'écriture des noms, les abréviations...

### **Tableaux, schémas et illustrations**

En cas d'utilisation des tableaux, ceux-ci doivent être numérotés en chiffre romains selon l'ordre de leur apparition dans le texte. Ils doivent comporter un titre précis et une source. Les schémas et illustrations doivent être numérotés en chiffres arabes selon l'ordre de leur apparition dans le texte.

### **Soumission des manuscrits**

Tous les manuscrits doivent être soumis uniquement par voie électronique à l'adresse suivante : [revuedamaninao@gmail.com](mailto:revuedamaninao@gmail.com)/[infos@revuedamaninao.net](mailto:infos@revuedamaninao.net). Tous les échanges entre le secrétariat de la revue et l'auteur se feront uniquement par internet, il importe donc de fournir un mail actif que l'auteur consulte très régulièrement et d'envoyer toutes les informations relatives au processus de publication des articles uniquement par mail. Les frais d'instruction de l'article sont de **20000f** payables immédiatement au moment de l'envoi de l'article. À l'issue de l'instruction, si l'article est retenu, l'auteur paie les frais d'insertion qui s'élèvent à **30.000f**. Les frais d'instruction et d'insertion s'élèvent donc à **50.000f** payables par transfert, frais de

transfert y compris. Le paiement des frais d’insertion donne droit à un tiré à part. Si un auteur achète un exemplaire, les frais d’envoi sont à sa charge. Les frais de gravure des clichés, des schémas et l’expédition des tirés à part (pour ceux qui voudraient les avoir par la poste) sont à la charge des auteurs. La Revue Dama Ninao paraît trimestriellement. Toute soumission doit parvenir au secrétariat de la rédaction un mois voire deux semaines (délai de rigueur) avant la publication du numéro dans lequel l’article pourra être inséré. Pour toute information, envoyez un mail à : [revuedamaninao@gmail.com](mailto:revuedamaninao@gmail.com)/[infos@revuedamaninao.net](mailto:infos@revuedamaninao.net) ou visitez le site de la revue : [www.revuedamaninao.net](http://www.revuedamaninao.net).

### **Evaluation par les pairs**

Les instructeurs à qui la revue affecte les articles de leur spécialité, doivent les lire avec rigueur, rejeter tout article dont le contenu est en inadéquation avec le titre et/ou dont le raisonnement n’offre pas une qualité scientifique, faire des propositions pour l’amélioration dudit article, renvoyer l’auteur de l’article à la ligne éditoriale de la revue au cas où elle n’est pas respectée. Ils se doivent notamment de vérifier, par le biais d’internet, si le même article n’est pas déjà publié dans une revue en ligne.

### **Objectifs et portée**

La revue Dama Ninao, de par son nom qui signifie « entente », a pour objectifs :

- de matérialiser le monde universitaire qui est un creuset où « le fer aiguise le fer », les échanges se croisent, puis s’entremêlent pour aboutir à une reconstruction des connaissances scientifiques individuelles dans la collectivité ;
- de promouvoir la recherche scientifique et universitaire en impulsant le dialogue interdisciplinaire, le dialogue entre divers champs disciplinaires et divers contributeurs du monde universitaire.

La revue Dama Ninao a une portée scientifique et sociale. A cet effet, elle publie tous les articles relevant des Lettres, Arts et Sciences Humaines et s’intéresse aux études et théories littéraires, linguistiques, sociologiques, philosophiques, anthropologiques et historico-géographiques sur appel à contribution thématique (colloque) ou varia. Elle est un espace de rencontre, de construction et de reconstruction des réseaux relationnels et scientifiques.

**Professeur Koutchoukalo TCHASSIM**

**Université de Lomé**

## SOMMAIRE

1. **DE LA SANCTION A L'ACCOMPAGNEMENT : UNE NOUVELLE ERE POUR L'EVALUATION AU TCHAD. ----- 12**  
**ABDELKERIM BREME IDEKHIM, Université Roi Fayçal (Tchad )**
2. **SOUMISSION DE MICHEL HOUELLEBECQ : UNE ÉCRITURE CATÉGORIELLE ----- 33**  
**AMANI Dieudonné Désiré, Université Alassane Ouattara(Côte d'Ivoire)**
3. **CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES EN MILIEU UNIVERSITAIRE A PARTIR DE L'EXEMPLE DE CINQ FACULTES A BAMAKO----- 48**  
**Dr COULIBALY Abdourahamane, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (Mali)**  
**Dr DIALLO Issa, Institut National de Formation des Travailleurs Sociaux, Bamako (Mali)**
4. **GESTION DES EAUX USEES ISSUES DES TOILETTES ET DEGRADATION DU CADRE DE VIE URBAIN A NIAKARA EN CÔTE D'IVOIRE ----- 66**  
**GNANKOUEEN Anicet Renaud, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)**  
**NAHOUA Yéo Sitiombebin Didier, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)**
5. **LA PROBLEMATIQUE DE LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE DANS LA POLITIQUE SANITAIRE COLONIALE AU DAHOMEY (1924-1960) ----- 84**  
**GNIDEHOUE Arnaud Achille Gbènassou, Université d'Abomey-Calavi (Bénin)**
6. **STRATEGIE ENONCIATIVE AU SERVICE DE L'EXPRESSION DE LA SOUVERAINETE DANS LE DISCOURS DE BASSOLMA BAZIÉ A LA 78<sup>E</sup> SESSION DE L'ASSEMBLEE GENERALE DES NATIONS UNIES ----- 108**  
**DAILA Babou, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina-Faso)**
7. **L'ETHIQUE DE L'INJURE DANS LA SOCIETE FANG DU GABON. UNE APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE ET PHILOSOPHIQUE ----- 120**  
**Dr BEH NDONG Flavien, Institut de Recherche des Sciences Humaines(Gabon).**

8. **RÉCIDIVE DES MINEURS AYANT CONNU LA PRIVATION DE LIBERTÉ AU CENTRE D'ACCÈS AU DROIT ET À LA JUSTICE POUR ENFANTS AU TOGO**----- 134  
AGLOH Abla Egnonam, Université de Lomé (Togo)  
Pr PARI Paboussoum, Université de Lomé (Togo)
9. **L'IMPLICATION DES LEADERS MUSULMANS DANS LA VIE SOCIOPOLITIQUE AU MALI (1992-2020)**----- 150  
Dr DEMBELE Adama, Direction nationale d'aménagement du territoire (Burkina-Faso)  
Pr DICKO Bréma Ely, Université Yambo Ouologuem de Bamako
10. **LA DÉIXIS DANS *UNE SI LONGUE LETTRE* DE MARIAMA BÂ : ENTRE CLASSIFICATION ET INTERPRÉTATION** ----- 168  
COULIBALY Aminata Lidwine, Université Alassane Ouattara, Bouaké (Côte d'Ivoire)
11. **LE PATRONYME COMME MARQUEUR DU SOUTIEN PARTISAN EN LIGNE EN CÔTE D'IVOIRE : UNE ANALYSE DE LA SYMBOLIQUE ET DE LA POLARISATION SUR FACEBOOK** ----- 189  
COULIBALY Sirabana, Université Peleforo GON COULIBALY (Côte d'Ivoire)
12. **FEMMES ET POUVOIR DANS *DU SANG POUR UN TRÔNE* DE CHEIK ALIOU NDAO** ----- 208  
COULIBALY Aicha Sitiho, Université Alassane Ouattara, Bouaké (Côte d'Ivoire)
13. **SAVOIRS ENDOGENES AFRICAINS ET DECOLONISATION DE L'ETHIQUE ENVIRONNEMENTALE** ----- 224  
DOUMADINGAR Frédéric, École Normale Supérieur de N'Djamena (Tchad)  
VAIDJIKE Dieudonné, Université de N'Djamena (Tchad)
14. **LE DROIT A L'INTEGRITE PHYSIQUE DES EPOUX MAJEURS : ENTRE DEVOIR CONJUGAL ET AUTONOMIE PERSONNELLE EN DROITS CIVILS NIGERIEEN ET FRANÇAIS** ----- 243  
HAROUNA Zakari Ibrahim, Université de Tahoua (Niger)

- 15. GESTION DES EAUX USÉES, PLUVIALES ET DES DÉCHETS DANS LA VILLE DE KOLDA (SENEGAL) ----- 263**  
SECK Henri Marcel, Université Ziguinchor (Sénégal)  
DIALLO Ibrahima UASZ, Université Ziguinchor (Sénégal)  
FAYE Bonoua, Northeast Agricultural University (Chine)  
KOUYATE Mohamadou Moctar Kébé, Université Ziguinchor (Sénégal)  
*LES NAUFRAGÉS DE L'INTELLIGENCE DE JEAN-MARIE ADIAFFI : ENTRE ANCRAGE IDENTITAIRE IVOIRIEN ET IMAGINAIRE PANAFRICANISTE ----- 282*  
KOUYATÉ Ibrahim, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)  
BLÉ Kain Arsène, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)
- 16. LES FONDEMENTS ÉTHIQUES DU DÉVELOPPEMENT DURABLE DANS L'ŒUVRE DE GILBERT HOTTOIS ----- 299**  
KOUAME Innocent Kouakou, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)
- 17. SCIENCE CITOYENNE ET LANGUES LOCALES : IMPLIQUER LES COMMUNAUTÉS DANS LA RECHERCHE DURABLE EN CÔTE D'IVOIRE ----- 316**  
DAGNOGO Kadohofanan Fatoumata, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)
- 18. LA RESTITUTION DES BIENS CULTURELS : VERS QUEL AVENIR POUR LES BIENS CULTURELS UNE FOIS RENDUS ? CAS DES OBJETS BATABWA ----- 333**  
KASEBA Hervé Katolo, Uclouvain-Saint-Louis Bruxelles (Belgique)  
Université de Lubumbashi (Congo)
- 19. CRISES SOCIOPOLITIQUES ET BONNE GOUVERNANCE EN AFRIQUE FRANCOPHONE ----- 356**  
KPODJAHON Kodjovi Jean Marcellin, Université de Lomé (Togo)  
AMEZUNYE Kodjo Mensavi, Université de Lomé (Togo)

20. **LE TRANSHUMANISME DANS LA POSTMODERNITE : ENTRE DEFIS ET ENJEUX**----- 371  
KOFFI Konan David, Université Peleforo GON COULIBALY (Côte d'Ivoire)  
KOUADIO Konan Sylvain, Université Peleforo GON COULIBALY (Côte d'Ivoire)
21. **NUMÉRIQUE ÉDUCATIF DANS LES ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES DE LA VILLE DE YAMOOUSSOUKRO : SITUATION DE MISE EN ŒUVRE ET ENJEUX PÉDAGOGIQUES**----- 390  
KOFFI Yao Julien, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)
22. **TOURISME ET DANSES TRADITIONNELLES DANS LE DÉPARTEMENT DE M'BAHIAKRO (Centre de la Côte d'Ivoire) : ENTRE NÉCESSITÉ DE VALORISATION ET POSITIONNEMENT D'UN PRODUIT D'APPEL TOURISTIQUE** ----- 409  
KOUADIO Ekani Frejus, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)  
N'GORAN Kouame Fulgence, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)  
DJAH Josué Armand, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)
23. **ÖKOKRISEN, IDENTITÄTSWANDEL UND GESELLSCHAFTLICHE ZUKUNFTSENTWÜRFE, AM BEISPIEL VON CHRISTA WOLFS ERZÄHLUNG KASSANDRA** ----- 430  
HARAKAWA Massimlawè, Université de Kara (Togo)  
DOUTI Boaméman, Université de Lomé (Togo)
24. **PÊCHE ARTISANALE LACUSTRE ET ACTIVITÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES DES FEMMES D'AYAMÉ DANS LE SUD-EST DE LA CÔTE D'IVOIRE**----- 445  
KOUASSI Kouassi Eric, Université Félix Houphouët-Boigny (Côte d'Ivoire)  
KOUAMAN Koffi Mouroufié, École Normale Supérieure-Abidjan (Côte d'Ivoire)  
ALADJI Soualiho, Université Polytechnique de San Pedro (Côte d'Ivoire)
25. **BEYOND THE CLASSICAL VIEW OF METAPHOR IN *THEIR EYES WERE WATCHING GOD* BY ZORA NEALE HURSTON: A COGNITIVELY CONSTRUCTED APPROACH** ----- 462  
KOUASSI Kouamé Firmin, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)

26. L'EUTHANASIE ET SON APPLICATION EN AFRIQUE : VERS UN  
CONFLIT DES VALEURS ? ----- 481  
GOLI Kouassi Yves Romaric, Université Peleforo GON COULIBALY (Côte  
d'Ivoire)
27. DÉSIR DE GROSSESSE ET VÉCU DE LA MALFORMATION  
CONGÉNITALE DU BÉBÉ CHEZ LA PRIMIPARE ÂGÉE À YAOUNDÉ 494  
KWENDAHOUA NSANGO Dényse, Université de Maroua (Cameroun)
28. GOUVERNANCE MULTI-ACTEURS ET MECANISME DE GESTION DE  
L'ASSAINISSEMENT URBAIN DANS LA COMMUNE DE MOUNDOU AU  
TCHAD ----- 510  
DOUMDE Marambaye, Université de Doba,  
SOLMEM Diane, Université de Maroua (Cameroun)
29. EFFECTIVENESS OF DIRECT WRITTEN CORRECTIVE FEEDBACK IN  
REDUCING GRAMMAR ERRORS IN EFL LEARNERS' ESSAYS ----- 530  
TRAORE Lobou Fulgence Ismaël, Université Joseph KI-ZERBO  
MILLOGO Gérard, Université Lédéa Bernard OUEDRAOGO
30. ARTS DU SPECTACLE ET REDYNAMISATION DES MUSÉES EN CÔTE  
D'IVOIRE : EXEMPLE DU MUSÉE DES CIVILISATIONS ----- 549  
Dr MABA Tagbo Victor, (INSAAC)-Côte d'Ivoire  
Dr MEMEL Yooul Silvie, (INSAAC)-Côte d'Ivoire
31. LA BONNE GOUVERNANCE EN CÔTE D'IVOIRE : ENTRE RÉFORMES  
INSTITUTIONNELLES, DÉFIS POLITIQUES ET IMPACTS SOCIO-  
ÉCONOMIQUES (1990-2020)----- 567  
MAH Gli Modeste Franck, Université Alassane Ouattara-Bouaké (Côte  
d'Ivoire)  
AHORO Moro Jean Martial, Université Alassane Ouattara-Bouaké (Côte  
d'Ivoire)
32. MÉDIATION ET CIRCULATION DE LA PRESSE CHRÉTIENNE À  
LIBREVILLE----- 584  
MEBIAME ZOMO Maixant, Université Omar Bongo

- 33. LE MYTHE FONDATEUR DES RELATIONS A PLAISANTERIE  
CIRAŊBA-LOBI----- 603**  
Pr SISSAO Alain Joseph, Institut des Sciences des Sociétés (INSS/CNRST),  
Burkina Faso  
Dr SOULAMA Mandjin Adama, Université Joseph-KI ZERBO (Burkina Faso)
- 34. BESTIAIRE, AFFECTS ET ECRITURE DANS LES FICTIONS  
LITTERAIRES D'ALAIN ROBBE-GRILLET ----- 628**  
AGUIE Marc, Université Alassane OUATTARA  
COYAULT Sylviane, Université Clermont-Auvergne
- 35. PHONOLOGIE LEXICALE DU NANGJERE ----- 641**  
MBAIORNOM Kali, Université de Yaoundé I (Cameroun)
- 36. SOUCCÔT ET FÊTE DES IGNAME : QUAND LES RÉCOLTES  
DEVIENNENT MÉMOIRE ET IDENTITÉ COLLECTIVE ----- 654**  
ANZIAN Mlan Kouakou Pierre, Université Catholique de l'Afrique de l'Ouest,  
Abidjan (Côte d'Ivoire)
- 37. DESCRIPTION CONDENSEE ET PRECISION DU SOCIAL DANS LE  
ROMAN GABONAIS----- 673**  
MOUNZIEGOU-MOMBO Narcice Wolfgan, Université Omar Bongo (Gabon)
- 38. LE DROIT DES GENS RAWLSIEN ET LA QUESTION DE LA  
SOUVERAINETÉ DES PEUPLES----- 692**  
OUEDRAOGO Hamado, Université Joseph Ki-ZERBO (Burkina-Faso)
- 39. LA RATIONALITÉ DU PATHOLOGIQUE CHEZ CLAUDE BERNARD - 709**  
KONAN Pascal Koffi, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)
- 40. PRATIQUES ANCESTRALES ET CONFLITS FAMILIAUX : UNE  
ANALYSE D'UNE VIE HYPOTHEQUÉE D'ANNE-MARIE ADIAFFI ET  
FUREURS ET CRIS DE FEMMES D'ANGÈLE RAWIRI----- 728**  
SAMSIA Paul, Université de Maroua (Cameroun)
- 41. NIVEAU DE STRESS SCOLAIRE ET RESULTATS DES CANDIDATS A  
L'EXAMEN DU BACCALAUREAT DANS LA VILLE DE MARADI (NIGER)  
----- 742**  
SOUMANA Aboubacar, Université Abdou Moumouni de Niamey (Niger)

42. **POUR UNE SÉMANTIQUE DU COMPLÉMENT DÉTERMINATIF DANS  
LA CARTE D'IDENTITÉ DE JEAN-MARIE ADIAFFI**----- 761  
NATAMA Tilado Jérôme, Université Joseph Ki-Zerbo (Burkina Faso)
43. **TRAITEMENT STYLISTIQUE DU DISCOURS POLITIQUE EN COTE  
D'IVOIRE : CAS DES MARQUES ENONCIATIVES ET DES  
CONSTRUCTIONS FIGURALES DANS QUELQUES DISCOURS  
D'ALASSANE OUATTARA, DE LAURENT GBAGBO ET DE HENRI  
KONAN BEDIE.** ----- 776  
TRAORÉ Mamadou, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)  
AKPANGNI Ernest, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)
44. **THE CONTRIBUTION OF THE BLACK CHURCH IN THE RISE OF  
BLACK MOVEMENTS IN THE UNITED STATES.**----- 796  
KABORE Wenoanga, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso)
45. **APPROCHE LITTÉRAIRE DU DISCOURS DU SUKU, LANGUE SECRÈTE  
DES MASQUES DE ZEGUEDEGUIN (PROVINCE DU NAMENTENGA,  
BURKINA FASO)** ----- 810  
SISSAO Alain Joseph, INSS / CNRST (Burkina Faso)  
YAMEOGO Saydou, Université Joseph Ki- Zerbo (Burkina Faso)
46. **ESTHÉTIQUE DES TITRES DE NOUVELLES CHEZ FLORENT COUAO-  
ZOTTI ET DATE ATAVITO BARNABE-AKAYI** ----- 828  
YEBOU Raphaël, Université d'Abomey-Calavi (Bénin)  
DETONGNON Mètondjangninou Nicodème, Université d'Abomey-Calavi  
(Bénin)
47. **LA CITE HISTORIQUE DE TOMBOUCTOU : UN ESPACE DE  
CONVOITISE ET DE DIVERSITE CULTURELLE DU VIII<sup>E</sup>-XVIII<sup>E</sup>  
SIECLES** ----- 848  
IBRAHIM Ahmed, Ecole Normale Supérieure (Mali)  
CISSE Djibrilla, Ecole Normale Supérieure (Mali)
48. **LES RELATIONS AMOUREUSES ET LA SEXUALITE CHEZ LES KONGO  
DE LA VALLEE DU NIARI A L'EPOQUE PRECOLONIALE (XVII<sup>E</sup>-XIX<sup>E</sup>  
SIECLES)** ----- 863  
NIANGUI GOMA Lucien, Université Marien Ngouabi (Congo)

- 49. DE LA NÉCESSITE DE L'UNITÉ D'ACTION DES DIRIGEANTS  
AFRICAINS AU DÉVELOPPEMENT DE L'AFRIQUE ----- 880**  
MAKATAWA Wéla , Université de Lomé (Togo)
- 50. LE CONTROLE A PRIORI ET A POSTERIORI DE LA REGULARITE DES  
OPERATIONS DES MARCHES PUBLICS EN COTE D'IVOIRE ----- 897**
- 51. Dr OUATTARA Oumar, Autorité de Régulation de la Commande Publique,  
(Côte d'Ivoire)**

## DÉSIR DE GROSSESSE ET VÉCU DE LA MALFORMATION CONGÉNITALE DU BÉBÉ CHEZ LA PRIMIPARE ÂGÉE À YAOUNDÉ

**KWENDAHOUA NSANGOU Dényse**  
École Normale Supérieure,  
Université de Maroua, Maroua, Cameroun.  
kndenyse@yahoo.fr

**Résumé :** Un rêve d'enfant devient une réalité à l'âge adulte : celui d'un état gravide. La maman a déjà tracé un chemin exceptionnel pour son bébé idéalisé. Souvent la mère s'arrête à une seule échographie du premier trimestre. Une dernière échographie aurait révélé l'état de l'enfant. Le bébé est transféré en néonatalogie dès sa naissance pour une prise en charge. La mère est sidérée face à la découverte de son bébé né avec une malformation physique. Comment la primipare âgée vit-elle la malformation physique de son bébé réel ? Afin de comprendre ce vécu psycho-affectif, une analyse qualitative et de contenu est convoquée dans cette étude.

**Mots-clés :** bébé, grossesse, malformation congénitale, primipare âgée, vécu.

## DESIRE FOR PREGNANCY AND EXPERIENCE OF CONGENITAL MALFORMATION IN BABIES AMONG OLDER PRIMIPAROUS WOMEN IN YAOUNDÉ.

**Abstract:** A woman's long-held dream of having a child becomes real in adulthood through pregnancy, often with an idealized image of the baby. However, prenatal care is sometimes limited to only one ultrasound in the first trimester, which may not detect certain problems. At birth, the baby is taken to the neonatal unit because of a physical malformation discovered at that moment. This situation leaves the older first-time mother in shock, as she faces the difference between the baby she imagined and the real one. This raises the question of how she emotionally experiences her baby's condition. To understand this, the study uses a qualitative method based on content analysis.

**Keywords:** baby, congenital malformation, experience, older primipara, pregnancy.

### Introduction

Le désir de maternité est un bonheur, une joie, une preuve et un devoir dans la communauté. Encore toute petite, la jeune enfant joue par simulation et imitation :

elle est la maman et administre des soins à son jouet, une poupée en plastique ou une touffe d'herbes dont les racines sont des cheveux. Ce jeu dès le plus jeune âge implique des projections futures, des représentations d'une maman idéale qui prend parfaitement soin de son beau bébé tant aimé. L'âge adulte arrive, jalonné par un parcours, des choix, des actes et un vécu particulier des divers et multiples évènements qu'offre la vie. Le moment tant attendu est enfin arrivé de pouvoir vivre ce rêve d'enfance : être maman, un état gravide confirmé par une échographie du premier trimestre de grossesse. La joie est à son comble, car enfin c'est vrai qu'il y a une vie qui se forme. L'heureuse maman se fait des multiples et diverses représentations de cet être : sa beauté, sa perfection, la vie exceptionnelle qu'il aura. Il est à noter que les malformations congénitales des bébés ne sont pas systématiques chez les primipares âgées. Le fait de s'intéresser aux primipares âgées dans cette étude a pour visée de faire ressortir une expérience d'un des aspects divers de la vie humaine.

La primipare âgée est une femme de 35 ans et plus qui accouche pour la première fois selon la Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique (1958). Mais, il est à préciser que plus la mère est âgée, plus les anomalies chromosomiques sont fréquentes à l'instar de la Trisomie 21, estimé à une naissance sur mille pour les mères de 30 ans et s'élève à une naissance sur 50 chez les mères de 42 ans.

L'état gravide est marqué par des moments riches en émotions et en représentations des différentes attentes de la mère. Lebovici (1994) parle de « rêverie maternelle » qui est une période d'investissement et parfois de surinvestissement du bébé à venir en lien avec des transferts de l'enfance de la mère. Cette dernière se laisse aller librement et avec plaisir dans ses pensées, dans la construction partie par partie de cet être si cher, ce « bébé imaginaire ». A la naissance, la maman découvre son enfant tel qu'il est vraiment, il s'agit de « l'enfant réel ». Cette confrontation peut être difficile chez certaines parturientes surtout dans le cas d'un nouveau-né porteur d'une malformation physique, le rêve est brisé par la réalité inattendue de l'anomalie, (Skrivan-Flocard et Habersaat, 2009).

La grossesse est l'état d'une femme enceinte qui vit une maternité, établissant un lien entre elle et son bébé, qui part « l'ensemble des réaménagements psychologiques et affectifs devient parent, c'est-à-dire capable de répondre aux besoins de son enfant » (Lamour et Barroco, 1998, p. 114).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2010, p. 1) : « Les malformations congénitales sont des anomalies de structure ou de fonction, dont les troubles métaboliques sont présents à la naissance. Le terme de troubles congénitaux a la même définition, et les deux expressions sont interchangeables ». De même, « quelle que soit la définition, les malformations congénitales peuvent provoquer des avortements spontanés, la naissance d'enfants mort-nés sont une cause importante, mais méconnue, de mortalité et d'incapacités chez les enfants de moins de cinq ans. Elles peuvent constituer une menace vitale, entraîner des incapacités sur le long terme et avoir un impact préjudiciable sur les individus, leur famille, les systèmes de santé et la société ». Les anomalies congénitales causes des dysfonctionnements de manière fréquente avec près de «260 000 morts dans le monde en 2004 (soit environ 7 % de l'ensemble des décès néonataux) », (Organisation mondiale de la Santé, 2010, p. 2).

Le Collège Français des Pathologistes (CoPath, 2011, p. 17) distingue des : « Malformations de causes intrinsèques, liées à une anomalie génétique (polykystose rénale infantile) ou chromosomique (trisomie 21, 13 ou 18) et de causes extrinsèques, en rapport avec des agents infectieux (rubéole, toxoplasmose, syphilis), physiques (radiations ionisantes, hyperthermie), médicamenteux (isotrétinoïne, thalidomide), métaboliques (diabète maternel, carence en acide folique, en iode), toxiques (syndrome d'alcoolisation fœtale), mécaniques (oligoamnios). Plus de la moitié des malformations sont d'origine multifactorielle ou inconnue ».

Il est question de ressortir l'expérience manifeste de la mère de l'accueil de son bébé en salle d'accouchement et de sa découverte en service de néonatalité. Accueillir son bébé est un moment merveilleux, ressenti et parfois inexprimable par la mère. Mais selon Denormandie (2002), la venue d'un bébé avec « une malformation congénitale est une épreuve » pour sa génitrice. C'est « un préjudice

esthétique pour l'enfant, qui atteint la mère dans son identité narcissique », (Merg, 1998, pp. 58-59). La « dyade » est une relation qui s'établit entre le parent et le bébé à partir de la conception. Mais la découverte d'une malformation du bébé à la naissance perturbe la relation interpersonnelle avec des débordements émotionnels manifestes, une « anxiété qui joue un rôle capital dans la perturbation des modes relationnels », (Townsend, 2010, p. 223). La maman est confrontée et bouleversée par son enfant né avec une malformation. Cette découverte est une épreuve psychique majeure : « Chaque fois, des parents sont traumatisés, effondrés et angoissés par une malformation qui ne se cache pas. La malformation aura gâché la fête qu'aurait dû être à la naissance, tant attendue » (Herzog, 2003, p. 5).

Dans un contexte hospitalier, il est nécessaire d'envisager et d'évaluer les enjeux immédiats de la relation mère-enfant. Le nourrisson est totalement dépendant de sa maman, avec un lien visuel qui est établi car il « est un être social et semble disposé à l'interaction avec ses parents dès la naissance » (Brazelton et Nugent, 2001, p. 9). La prise en charge de cette malformation nécessite un accompagnement pendant lequel les rôles et actes de l'Autre sont spécifiques dans le travail de deuil de ce « bébé idéal », (Townsend, 2010, p. 714).

Cette recherche permet d'étayer ces aspects : la découverte subite de la malformation physique du bébé produit un choc émotionnel chez la mère ; plusieurs réactions défensives sont observées. Alors, quand le rêve est brisé, comment l'Autre peut-il soutenir la maman et l'enfant dans l'établissement si possible d'une relation profitable à tous ? Quel rôle jouent la famille, le partenaire et l'équipe médicale face à cette situation ?

## **1. Méthodologie**

### **1.1. Cadre de recherche**

Ce travail est une recherche menée auprès des primipares âgées. Afin de ressortir un aspect particulier de la réalité d'être maman, seules nous intéressent les primipares dont les bébés naissent avec une anomalie congénitale physique et

transférés en néonatalogie pour une prise en charge. Les mamans âgées dont les bébés sont nés par césarienne ou par voie basse, présentant une souffrance fœtale aigüe, ou une pré-éclampsie de la mère ne font pas parties de cette étude. Ce travail est mené auprès des femmes célibataires âgées de 35 à 45 ans vivant à Yaoundé et qui ont voulu participer à cette étude.

### **1.2. Outil et technique de collecte des données**

Une méthode qualitative et une analyse de contenu permettent d'explorer le vécu psychoaffectif de la malformation congénitale du bébé chez la mère âgée. La démarche méthodologique retenue pour cette étude repose sur la compréhension et l'identification du vécu de la malformation congénitale du bébé par la mère. Celle-ci permet de visualiser l'expérience psychologique de la mère, dont son enfant naît avec une malformation, et dont le pronostic vital est engagé.

### **1.3. Echantillon de l'étude**

Il s'agit d'une étude menée auprès de trois femmes âgées de 35 à 45 ans, dont les consultations prénatales figurent dans le registre de suivi dans les services de prévention maternelle et infantile (PMI) et de gynécologie-obstétrique. Elles sont choisies parce que leurs bébés sont admis en néonatalogie, un service assurant la prise en charge du nourrisson qui présente un souci, un dysfonctionnement dès sa naissance. Elles présentent d'autres aspects en commun : une seule échographie du premier trimestre de grossesse, célibataires, primiparité tardive ou para 1, pas de maladies chroniques connues, enfin heureuses d'être enceintes, accouchement par voie basse et par césarienne.

### **1.4. Spécificités des bébés selon chaque cas**

Les caractéristiques de ces malformations congénitales sont présentées selon le Collège Français des Pathologistes (CoPath, 2011).

Le cas 1 est une étudiante de 40 ans, dont le bébé présente une Trisomie 21, une malformation d'origine chromosomique et des pieds bots (malformation

musculo-génétique qui présente des pieds retournés vers l'intérieur) avec des orteils palmés, d'une malformation cardiaque et est oxygène-dépendant.

Le cas 2 est une comptable de 38 ans avec un nourrisson souffrant d'une fente labio-maxillo-palatine (fente du palais secondaire avec une atteinte du palais dur et/ou du voile du palais. C'est le résultat d'une anomalie du développement embryonnaire de la face (au cours du 40ème jour), concernant la formation des bourgeons faciaux et d'un dysfonctionnement au moment de leur collage (Hamony, 2011), qui touche la partie labio-narinaire du visage.

Le cas 3 est une commerçante de 40 ans, dont l'anomalie de l'enfant est une laparoschisis (absence de fermeture de l'abdomen), qui est une grande malformation externe, souvent grave et incompatible avec la vie, due à la perturbation d'un événement majeur de l'embryogénèse et d'une absence complète des yeux.

## **2. Résultats**

### **2.1. Vécu de la malformation congénitale du bébé**

Dans notre société les médias et les réseaux sociaux véhiculent un « idéal d'apparence », qui peut être lourd de conséquence dans le cas d'une malformation ou d'un dysfonctionnement surtout au niveau du physique. C'est terrible lorsqu'il s'agit d'un « bébé idéal, unique et parfait » attendu impatientement par le parent et dont la réalité morphologique est déconcertante.

L'annonce d'un diagnostic de malformation congénitale, qu'il soit anténatal ou postnatal, avec ou sans préparation, provoque chez la mère un bouleversement émotionnel et une vulnérabilité. Elle fait face à une réalité inattendue et encore moins représentée. A cause d'une seule échographie du premier trimestre, il est difficile d'aborder l'aspect anténatal dans le cadre de cette étude.

Les verbatim de ces trois cas, recueillis pendant les entretiens et sélectionnés, sont présentés afin de mettre en exergue le ressenti et les attitudes de chaque maman face à la découverte de son bébé.

### 2.1.1. La découverte postnatale

Dès la découverte d'un état gravide jusqu'à l'accouchement, naissent et s'installent chez la mère des émotions parfois innommables, inconscientes et conscientes. En effet à la naissance du bébé, il est maintenant possible d'établir un contact peau-à-peau avec le nouveau-né à travers le regard, le son de la voix, le toucher et l'expression du visage. Mais face à une anomalie congénitale, la mère éprouve un débordement émotionnel qui peut altérer son désir affectif de s'investir. Il est difficile et douloureux pour un parent de regarder, d'observer son nouveau-né dont le corps réel est différent de celui rêvé. « Un handicap apparent, révélé au moment de la naissance, est le cas de figure le plus redouté, il ébranle les parents », selon Korff-Sausse (1996, p. 30). C'est une situation vécue par le cas 2 dont le nouveau-né présente une fente labiale profonde.

Le cas 1 affirme :

*« Une fois mon bébé né, j'étais encore couchée sur la table d'accouchement, l'infirmière s'exclama : Oh une trisomie 21 et les pieds bots, c'est bon pour la néonate ». La trisomie 21 est connue dans nos communautés et vulgairement appelée « bébé mongolien ». Même si je ne suis plus avec le bébé-là, cette annonce résonne encore et encore dans ma tête. Je suis allée en suite de couche, et à l'heure de tétée de 18 heures, je ne suis pas allée en néonate. Une infirmière de ce service est venue me chercher pour la dernière tétée de 22 heures, je ne suis pas partie. Je lui ai dit que je n'arrive pas encore à marcher, demain ça va aller et j'y serais. Au fond de moi, je ne veux pas de ce bébé, mais la curiosité me pousse à aller voir à quoi il ressemble. En néonate, il se trouve dans le box des bébés en « danger ». Mon cœur s'est davantage refermé, en le regardant à distance, je vois ses pieds retournés, déformés, il est sous oxygène dans une couveuse. En lisant mon nom sur la couveuse, j'ai su que c'est le bébé en question. Je n'ai pas vu son visage, après quelques secondes, je suis sortie. En franchissant le seuil de la porte de ce service, je me suis dit que c'est la dernière fois, ce service ne me verra plus. La veille de ma sortie, je suis allée chercher de quoi manger, je ne suis plus jamais revenue. Ce bébé est une erreur, seul l'hôpital saura quoi en faire. Ce n'est pas la peine de me juger, il faut vite reconnaître ses limites et se protéger des*

*tracasseries de toute une vie. C'était une grossesse désirée vu mon âge, mais ce n'était pas mon bébé à moi, attendu et rêvé ».*

Le cas 2. Cette dame de 38 ans a accouché par césarienne : les contractions se sont arrêtées, le bébé présente une souffrance fœtale aigüe, ce qui motive une césarienne d'urgence après le résultat de l'échographie. La maman en salle de réveil, demande les nouvelles de son bébé et sollicite des images de ce dernier, dans ces propos :

*« Mais pourquoi vous l'avez filmé à distance, je ne vois pas bien son visage. Et en plus pourquoi n'est-il pas dans son berceau ? Je vois des perfusions, et ce qui l'aide à respirer, mon bébé ne va pas bien ?*

*– Reposez-vous madame, une fois la sonde enlevée, même avec la chaise roulante vous irez voir votre bébé en néonatalogie (réponse de l'infirmière).*

Le moment de visiter son nouveau-né arrive et une fois en néonatalogie, la mère est accueillie par la pédiatre qui la prépare et lui annonce l'anomalie congénitale du bébé. Lisons le choc de la mère dans ses déclarations :

*« A cet instant toute ma vie a défilé devant moi et est sortie de mon corps. Je me suis sentie nue, dépouillée de tout ce qui est force, joie, vitalité, désir, nouvelle identité d'être maman. La honte m'envahie, je suis sans voix, je suis dans la noirceur absolue, sans issue. La pédiatre m'encourage d'aller voir mon bébé, mais je n'ai pas la force de me lever. Aidée par une infirmière, j'arrive et me tiens face à « ce ventre artificiel » qui réchauffe mon bébé. J'introduis mes mains dans l'ouverture prévue et touche mon bébé. – Pourquoi est-il ici, je le trouve bien ? Sous l'ordre de la pédiatre, l'infirmière enleva le tissu blanc qui recouvre la tête du bébé : ooooh nooooo pas ça ! Je retire mes mains de la couveuse et recule. Ce n'est pas un être humain ça. C'est un monstre. Il n'a pas de nez, pas de palais, juste un trou qui va dans la gorge, oooh non non. Laissez-moi sortir, j'ai du mal à respirer, j'étouffe. En sortant je vois les mamans qui allaitent leur bébé...c'est ce que je ne pourrais jamais faire. Dans la chambre, ma douleur de la césarienne est intenable. Je dis aux infirmiers de la maternité de me rendre mon ancien corps sans cette grossesse. Et dire que j'ai souffert pendant ma grossesse, pour finir avec une césarienne pour un être inhumain !? Si j'avais fait une autre échographie à temps, j'allais interrompre cette grossesse. On vit avec le genre de*

*bébé ci comment ?! Et qu'est-ce que je vais dire aux autres, à ma famille, les voisines ? Ceux qui viennent voir le bébé là, qu'est-ce que je vais leur montrer ? Surtout pas ce que j'ai vu là-bas, ce truc qui doit rester là-bas. Lorsqu'enfin je veux être contente et vivre le bonheur d'une maman... donc c'est ça que j'ai porté pendant neuf mois dans mon ventre et je marchais avec, toute fière de l'être ! Ce n'est pas possible. Peu importe ce qu'a dit la pédiatre pour les soins à apporter, je ne peux pas et je ne veux même pas. Je dis aux curieux qui viennent voir ce truc qu'il est mort et enterré. Fin de cette mésaventure ».*

Denormandie (2002, p. 21) souligne que lors d'une anomalie apparente, comme dans le cas des fentes labiales, « la confrontation à la réalité de la représentation imagée jusque-là, constitue souvent un choc ».

Le cas 3 : Cette dame de 40 ans accouche par césarienne pour des raisons médicales selon les résultats de l'échographie selon l'état de la mère qui présente une pré-éclampsie. La maman est sous l'effet de l'anesthésie générale, ce qui ne lui a pas permis d'assister à la naissance de son bébé et pourtant un souhait si cher. Son nouveau-né est immédiatement amené en néonatalogie, car il présente une laparoschisis et une absence complète des yeux, pour une prise en charge. Ce service accueille tout bébé qui dès la naissance présente un souci de santé. Le nouveau-né de cette mère est sous une « table radiante », « un ventre secondaire » qui lui apporte le nécessaire. La maman une fois capable de se rendre en « néonat », va découvrir son bébé réel et s'exclame :

*« Un bébé dont les viscères sont dehors ?! C'est horrible. Vraiment c'est incroyable. Cette malformation existe dans la vie de l'homme ?! Comment un bébé peut naître avec tout son ventre dehors ?! Heureusement que je ne l'ai pas touché. Je n'ose pas imaginer une telle vie, une telle souffrance !! Et dire que c'est moi sa mère ?! Non non, non non ».*

S'engager et se projeter dans un futur avec un nourrisson « difforme » altèrent considérablement le psychisme de la génitrice et la relation maman-bébé.

### **2.1.2. Les interactions mère-enfant**

Apter (2008, p. 23) souligne l'importance du regard mère-enfant : « le bébé se construirait en regardant sa mère qu'il voit en train de le regarder, de le rêver ».

Très tôt, le nouveau-né développe des interactions en lien avec le visage de sa mère qu'il préfère à tout autre dès le deuxième jour de vie, selon Apter (2008). Mais dans le cadre de cette étude, ce regard mère-bébé n'a pas eu lieu chez les trois mamans, car les nouveau-nés sont dans un état de santé dont le pronostic vital est engagé. Pour le cas 1, le regard est unilatérale car elle aperçoit son bébé à distance et est effrayée par la déformation de ses pieds sur son abdomen et sa difficulté respiratoire. Le cas 2 est scandalisé par la fente labiale profonde de son bébé, qui selon elle « *ne mérite pas un second regard* ». Le bébé du cas 3 ne pourra jamais établir cette relation car l'échographie révèle une absence des yeux. Les trois mamans sont horrifiées face à la découverte de la malformation physique de leur bébé.

Cette absence du regard témoigne d'un manque de volonté, une impossible relation et une communication qui n'ont pas eu lieu. Il y a plutôt eu une peur, une sidération, un rejet, une distanciation de la relation mère-nouveau-né. Et « certains parents, dont l'enfant est porteur d'une anomalie visible au niveau du visage, comme dans le cas d'une fente labiale, peinent à regarder leur enfant », selon Hohfeld (2010).

### **2.1.3. Des émotions ambivalentes**

Les trois mères sont déstabilisées, elles doutent de pouvoir aimer chacune ce bébé « inhumain », difforme, « monstrueux, horrible », un nouveau-né tout simplement différent et très particulier. Les mères ont honte d'être les génitrices de tel enfant. Mais dans ces cœurs pleins d'amour d'une mère, naissent la pitié et un souhait perçu d'une cessation de souffrance. Le cas 1 affirme : « Je ressens cette douleur de ce bébé dans ma chair et si seulement il était possible d'y remédier ! ». Le cas 2 déclare qu'« *il ne devrait pas avoir ça, ça ne devrait pas exister, c'était pourtant un bébé attendu avec tout l'amour. Donc ce don de moi n'a pas pu purifier son corps !* ». Pour le cas 3 : « *Comment un bébé peut naître ainsi avec les intestins dehors ?! Comment peut-on fermer ça ?* ».

Il s'agit bien de manifestations psychologiques ou physiques qui apparaissent suite à l'annonce ou à la découverte des anomalies congénitales des nouveau-nés. Cette ambivalence des émotions révèle la douleur de la mère dans son désir de jouer son rôle, celui de prendre soins et de protéger son bébé.

#### **2.1.4. Le stress**

Lorsqu'il est possible à la mère de se projeter dans un futur, elle se sent responsable de l'anomalie de son bébé et nous pouvons lire une inquiétude profonde dans les propos du cas 2 : « Et si cet enfant vit, comment sera-t-il ? Comment vivra-t-il son handicap, et quelle image aura-t-il de lui-même ? Et comment vivra-t-il le regard de l'autre ? ». Ce cas 2 nous dit également : « Je vais trop loin, comment vais-je même le nourrir ? Pourra-t-il parler normalement ? ». Lebovici (1994) parle d'un « enfant imaginaire » et le cas 3 affirme :

« J'ai dessiné mon bébé, j'ai choisi scrupuleusement chaque partie de son corps, j'ai filtré et exempt de toute souillure, j'ai positionné au bon endroit et le résultat parfait m'a plu, j'étais comblée. Enfin, j'ai une petite sœur, ma jumelle, une amie, une complice pour la vie et adieu la solitude ». « Que d'imaginations me direz-vous ! ».

Face à cette réalité inenvisageable et innommable, la mère entre dans un travail de deuil de ce bébé parfait, source de détresse profonde.

## **2.2. Apport socio-familial**

Cette révélation est alors quelque chose de difficile à vivre pour les parents comme pour les soignants.

### **2.2.1. Vécu et rôle des membres de la famille**

Les membres de la famille proche présentent des réactions ambivalentes empreintes de stupéfactions. La sœur du cas 1 s'exclame : « Le genre de bébé-ci sort d'où ? C'est du jamais vu dans notre famille. Qu'est-ce que ma sœur a fait pour mériter une telle punition ? ». Le cas 3 n'a même pas permis à sa famille de voir son bébé attendu, car ce n'est pas ce qu'on montre aux autres. Mais son frère qui est allé enterrer le bébé décédé 5 jours après sa naissance affirme :

« Il y a des choses qui ne doivent pas exister. Un monstre finalement est beau comparé à ce que j'ai vu. Non, la nature qui est si belle, si forte et ne devrait pas générer ce genre d'horreur. Et dire que ça vivait en elle...vraiment ! ». « On dit qu'il faut voir pour le croire, mais l'autre-ci on ne peut pas, vraiment c'est impossible ».

### 2.2.2. Vécu et rôle du partenaire

Seul le compagnon du cas 3 est présent, mais n'arrive pas à verbaliser son bébé réel. Il est parfois absent, avec un regard plongé dans le vide, hagard et parfois hébété. Il a des yeux rouges et larmoyants, parfois hoche la tête et tape dans ses mains.

### 2.2.3. Vécu et rôle de l'équipe soignante

Dans le cadre de cette étude, les mamans n'ont fait qu'une échographie du premier trimestre. Le suivi prénatal n'a pas permis de connaître les précisions sur l'état de santé des bébés. Les malformations sont découvertes grâce à une échographie en situation d'urgence. Pour le cas 1 qui a accouché par voie basse ou normale, l'infirmière dans un état de choc affirme :

*« J'ai été surprise par l'apparence du bébé. Je me suis exclamée en présence de la mère malheureusement sans préparation tout comme moi. Je ne m'y attendais pas et dans l'urgence d'emmener le bébé en néonatalogie, j'ai donné les raisons à voix haute à ma collègue afin qu'elle continue d'administrer les soins à la dame ».*

Pour les cas 2 et 3 qui ont accouché par césarienne, le choc se manifeste à partir des résultats de l'échographie. Les mères sont sous anesthésie et ne sont pas préparées ni informées des malformations de leur bébé. C'est une situation gênante, troublante et embarrassante pour l'équipe médicale. Les praticiens font souvent face à une situation inattendue, qui les laisse souvent en-deçà d'eux-mêmes. Ils manifestent une réaction réflexe par la peur, la fuite, la pitié et même de la colère. Ce qui va entraîner une attitude d'évitement dans le continuum des soins à apporter à la maman, selon Korff-Sausse (1996). L'un des soignants, au sujet du cas 3, déclare : *« J'ai eu du mal à chaque fois que j'entrais dans sa chambre pour lui administrer des soins. Et parfois j'évitais d'y aller en demandant à une de mes collègues de le faire ».*

Le psychologue quant à lui crée un espace d'échanges, où la parole est exprimée, tout en manifestant les ressentis et les éprouvés, un moment qui permet à la mère de parvenir à nommer l'innommable. Cette prise en charge psychologique aide la mère à pouvoir vivre, exprimer et accepter les étapes du processus de deuil. Il est également question de raviver chez la mère ce désir de revivre ce bonheur, mais avec la connaissance évaluée des précautions à prendre tout au long de son suivi rapproché.

### **3. Discussion**

La maternité est une valeur inestimable au sein d'une communauté, car elle offre de la dignité, du respect, de la considération, de la stabilité et de l'acceptation dans son groupe d'appartenance. Mais lorsque le moment tant attendu arrive et présente des inconformités, le vécu est lancinant. C'est le cas dans cette étude qui met en exergue le vécu des malformations congénitales des bébés chez les primipares âgées. La souffrance est partagée et vécue singulièrement tant du côté de la mère que de la famille, des proches et de l'équipe soignante. C'est une situation inenvisageable, mais qui nécessite des conduites à tenir afin d'atténuer la douleur et d'accompagner au mieux toutes les personnes impliquées. Il est aussi nécessaire que toutes les conditions du suivi prénatal soient réunies beaucoup plus chez la parturiente afin que les soins apportés soient spécifiques. Ainsi il est important de mettre sur pied un système de soins avec pour rôle d'assurer un soutien aux parents et à l'équipe soignante. Cet accompagnement permet à chacun d'élaborer psychiquement cette malformation congénitale du bébé et d'intégrer un futur possible grâce au continuum de soin objectif et effectif. Le contexte médical est empreint d'empathie, raison pour laquelle Firouzeh (2010) propose à l'équipe soignante d'exprimer leur ressenti de manière professionnelle et concordante. Il est aussi question de planifier dans les hôpitaux des programmes de formation et de recyclage qui permettent d'assurer un accompagnement optimal des familles ayant un bébé avec des malformations congénitales.

La prévention suppose l'identification et la gestion des risques envisagées en fonction du stade de la vie. La diversité des causes des malformations congénitales impose l'implication de plusieurs aspects : du point de vue environnemental qui concerne la santé publique, comme la prévention des infections sexuellement transmissibles, le contrôle des produits chimiques pour l'agriculture, la vaccination contre la rubéole et l'enrichissement des denrées alimentaires de base en micronutriments (iode et acide folique), (CoPath, 2011).

Du point de vue chromosomique, il est question de tenir compte de l'âge de la mère. Il est possible de limiter le nombre d'enfants lorsqu'un risque de pathologie héréditaire est dépisté précocement et suivi des conseils génétiques. Les analyses biochimiques et les échographies ultrasonores permettent de dépister les troubles congénitaux pendant le premier trimestre de grossesse. Et au second trimestre une clarté nucale est utile pour déceler des anomalies majeures de structure, (CoPath, 2011, p. 17).

L'analyse documentaire a permis à travers la revue de la littérature, de rassembler des informations en rapport avec les définitions, les causes, les types et les préventions de cette malformation, des douleurs qui en résultent et les stratégies individuelle et collective.

Pour approfondir ce travail le psychologue dans sa méthode ne se limite pas seulement à l'observation et aux entretiens cliniques. Il est nécessaire d'utiliser des outils métrologiques adoptés au cas par cas, qui permettent d'évaluer les troubles psychiques causés par l'annonce et la découverte de la malformation physique du bébé. Il s'agit du PDI (Peritraumatic Distress Inventory) ou échelle de stress péritraumatique, qui identifie un stress dès l'annonce du diagnostic de la malformation physique. Le HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) ressort un état anxieux et / ou dépressif chez les parents. Le PCLS (Posttraumatic Stress Disorder Checklist Scale) permet de confirmer ou d'infirmer un état de stress post-traumatique chez la mère suite à la découverte des anomalies physiques de son nouveau-né par les reviviscences, les évitements et des réactions neurovégétatives.

## Conclusion

Cette étude menée auprès de trois primipares âgées, a permis de ressortir leur vécu face à l'annonce et la découverte des anomalies physiques de leur bébé. Une recherche documentaire a permis de préciser les différentes malformations, ainsi qu'un entretien psychologique qui a favorisé l'étayage de leurs expériences. Ainsi, les résultats obtenus confirment une souffrance psychologique et l'abandon de leur bébé réel. Face à cette détresse, il est nécessaire de mettre sur pied une équipe qualifiée afin d'assurer une qualité de soins aux parents et à toutes les personnes impliquées dans le circuit de prise en charge.

## Références bibliographiques

- Apter Gisèle, 2008, « Regarde-moi, je te regarde, et pourtant le sais-tu ? », *Enfances et Psy*, No 41. 23-42.
- Brazelton Thomas Berry et Nugent John Kevin, 2001, *Echelle de Brazelton. Evaluation du comportement néonatal*, 3<sup>ème</sup> édition, Paris, Médecine et Hygiène.
- Collège Français des Pathologistes (CoPath), 2011, *Anatomie et cytologie pathologiques*, Elsevier Masson.
- Denormandie Philippe, 2002, *L'annonce du handicap en maternité : Accueil de l'enfant « différent » et accompagnement des parents*, Paris, Mission Handicap.
- Fédération Internationale de Gynécologie et d'obstétrique (FIGO), 1958, <http://www.bibliosante.ml>.
- Firouzeh Mehran, 2010, *Thérapie cognitive émotionnelle*, Paris, Masson.
- Hamony Camille, 2011, « Malformation buccale du fœtus, quel accompagnement pour les parents », *Soins pédiatrie-puériculture*, 32, 259, 35-36.
- Herzog George, 2003, *Le sourire aux lèvres*, Lausanne, JPM Publications.
- Hohfeld Johannes et al., 2010, « Prise en charge multidisciplinaire des fentes labio-maxillo-palatines au CHUV », *Revue Médicale Suisse*.

Korff-Sausse Simone, 1996, *Le miroir brisé : l'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*, Mesnil-sur-l'Estrée (FR), Calmann-Lévy.

Lamour Martine et Barraco Marthe, 1998, *Souffrances autour du berceau : des émotions au soin*, Paris, Gaëtan Morin.

Lebovici Serge, 1994, « L'homme dans le bébé », *Revue Française de Psychanalyse*, 3, 661-680.

Merg Dominique, 1998, « Anomalie congénitale visible et identité maternelle », *Le Journal des Psychologues*, 155, 14-15.

Organisation Mondiale de la Santé, 2010, « Malformations congénitales, Rapport du Secrétariat », *Soixante-troisième assemblée mondiale de la santé*, A63/10 Point 11.7 de l'ordre du jour provisoire 1er avril 2010.

Skrivan-Flocard Valérie et Habersaat Stéphanie, 2009, « Naissance d'un enfant avec une malformation faciale : analyse du discours parental », *Enfance & psy*, 2, 43.

Townsend Mary C, 2010, *Soins infirmiers Psychiatrie et santé mentale*, 2<sup>ème</sup> édition, St.-Laurent (Québec), ERPI Compétences infirmières.