



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2014 N°

## **LA PARENTALITÉ À L'ÉPREUVE DE L'HISTOIRE DU SUJET**

**REFLEXION THEORICO-CLINIQUE SUR LES ENJEUX DE LA PARENTALITE A TRAVERS  
L'ETUDE DE PATIENTS PRESENTANT UN POLE D'ORGANISATION NARCISSIQUE-IDENTITAIRE**

THESE

Présentée  
À l'Université Claude Bernard Lyon 1  
et soutenue publiquement le 6 octobre 2014  
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

**RENOUX Alice**  
Née le 24/07/1983 à Muret

# UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président de l'Université	François-Noël GILLY
Président du Comité de Coordination des Études Médicales	François-Noël GILLY
Secrétaire Général	Alain HELLEU

## **SECTEUR SANTE**

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Jérôme ETIENNE
UFR DE MEDECINE LYON SUD – CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directrice: Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Directeur : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION	Directeur : Yves MATILLON
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Pierre FARGE

## **SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES**

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Claude COLLIGNON
POLYTECH LYON	Directeur : Pascal FOURNIER
I.U.T.	Directeur : Christian COULET
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Véronique MAUME- DESCHAMPS
I.U.F.M.	Directeur : Régis BERNARD
CPE	Directeur : Gérard PIGNAULT

# FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST

## LISTE DES ENSEIGNANTS 2013/2014

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Chatelain	Pierre	Pédiatrie (surnombre)
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Kohler	Rémy	Chirurgie infantile
Mauguière	François	Neurologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Peyramond	Dominique	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Raudrant	Daniel	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Baverel	Gabriel	Physiologie
Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Finet	Gérard	Cardiologie
Fouque	Denis	Néphrologie
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Laville	Maurice	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Perrin	Gilles	Neurochirurgie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Scoazec	Jean-Yves	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
-------------	--------	-------------

Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bastien	Olivier	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducercf	Christian	Chirurgie digestive
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Jegaden	Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lina	Gérard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mertens	Patrick	Anatomie
Mion	François	Physiologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Rousson	Robert-Marc	Biochimie et biologie moléculaire

Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ruffion	Alain	Urologie
Rymlin	Philippe	Neurologie
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Tilikete	Caroline	Physiologie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Truy	Éric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

#### Seconde classe

Allouachiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Calender	Alain	Génétique
Chapet	Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Cotton	François	Anatomie
Dalle	Stéphane	Dermato-vénéréologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Faure	Michel	Dermato-vénéréologie
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Guyen	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Hot	Arnaud	Médecine interne
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey	Etienne	Pédiatrie

Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophthalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rossetti	Yves	Physiologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Vukusic	Sandra	Neurologie
Wattel	Éric	Hématologie ; transfusion

#### **Professeur des Universités - Médecine Générale**

Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain

#### **Professeurs associés de Médecine Générale**

Flori	Marie
Zerbib	Yves

#### **Professeurs émérites**

Bérard	Jérôme	Chirurgie infantile
Boulanger	Pierre	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Bozio	André	Cardiologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Itti	Roland	Biophysique et médecine nucléaire
Kopp	Nicolas	Anatomie et cytologie pathologiques
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Rousset	Bernard	Biologie cellulaire
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Tissot	Etienne	Chirurgie générale

Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Paul	Neurologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie

### Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Bui-Xuan	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Davezies	Philippe	Médecine et santé au travail
Germain	Michèle	Physiologie
Hadj-Aissa	Aoumeur	Physiologie
Jouvet	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Lièvre	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Pharaboz-Joly	Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton	Éric	Cytologie et histologie
Rigal	Dominique	Hématologie ; transfusion
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

### Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Bricca	Giampiero	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Cellier	Colette	Biochimie et biologie moléculaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charbotel-Coing-Boyat	Barbara	Médecine et santé au travail
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon	Grégoire	Immunologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Escuret Poncin	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Franco-Gillioen	Patricia	Physiologie
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lasset	Christine	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
Laurent	Frédéric	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lesca	Gaëtan	Génétique
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques

Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Peretti	Noël	Nutrition
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ritter	Jacques	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire
Voiglio	Éric	Anatomie
Wallon	Martine	Parasitologie et mycologie

### Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

#### Seconde classe

Buzluca Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
Charrière	Sybil	Nutrition
Duclos	Antoine	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Rheims	Sylvain	Neurologie (stag.)
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence (stag.)
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Thibault	Hélène	Physiologie
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques (stag.)
Venet	Fabienne	Immunologie

### Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Figon	Sophie
Lainé	Xavier

## LE SERMENT D'HIPPOCRATE

---

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

## REMERCIEMENTS

---

### *Aux membres du jury :*

A Monsieur le Pr Georgieff,

Pour l'honneur que vous me faites d'accepter la présidence de ce jury de thèse.

Je vous remercie de l'intérêt et de la curiosité que vous savez susciter pour tous les aspects de notre spécialité. Pour la synthèse et la complémentarité qui apportent une unité à notre pratique. Trouvez dans ces lignes et le travail qui suit l'expression de ma reconnaissance.

A Monsieur le Pr Fournernet,

Avec tous mes remerciements pour avoir accepté de participer à ce jury de thèse.

Pour votre confiance et votre bienveillance toujours témoignées dans ma pratique clinique. Pour tout ce que j'ai pu apprendre lors de mes passages dans votre service universitaire. Que ce travail, je l'espère, soit à l'image de la qualité de ce que vous m'avez offert.

A Monsieur le Pr Claris,

Je vous remercie grandement d'avoir accepté ma demande de faire partie des membres de ce jury de thèse. Mon passage dans votre service et votre témoignage ont contribué à l'intérêt et à l'engouement que je porte à la pédopsychiatrie. Ils m'ont rendue sensible à cette thématique centrale que constitue l'accès à la parentalité.

A Monsieur le Dr Villand,

Que ces remerciements disent d'abord combien ce travail vous doit. Pour la patience, le temps et l'écoute que vous m'avez accordés. Pour la finesse de votre raisonnement clinique, pour son humanité que vous savez transmettre avec constance et bienveillance. Veuillez trouver dans ces quelques lignes l'expression de ma profonde reconnaissance.

## ***A tous ceux qui m'ont formée :***

A tous mes patients sans qui je ne serais pas le psychiatre que je suis en train de devenir. Pour la confiance qu'ils m'ont accordée.

A l'équipe de N2, au Dr Hostland, au Dr Reboul, et au Dr Boissonet pour une première expérience de la psychiatrie riche et intense

A l'équipe d'Ulysse, au Dr Charvet et au Dr Rochet, pour ma première plongée dans le monde adolescent.

A l'équipe du Centre de Thérapies Brèves. A Ségolène, Serge, Elanie, Patricia, Christine et Christine. A Nicole et Sophie. Pour la richesse de votre enseignement et de votre pratique clinique.

A l'équipe d'Erasmus. A Aurélie. Au Dr Zeroug-Vial.

Au service de psychopathologie de l'enfant et l'adolescent.

A toi Yanis pour tes précieux conseils ; travailler à tes côtés est à la fois un plaisir et une source d'enseignement.

A Anne ; tes éclairages, ton expérience et ta bienveillance m'ont beaucoup apporté.

A Amélie, à ta finesse clinique mais aussi à sa rigueur, à l'amour que tu m'as transmis de la clinique périnatale.

A Catérina, pour tout ce que tu m'as transmis.

A Isabelle pour nos échanges et ton soutien indéfectible.

A Pascale, Vanessa et Aurélie

A l'équipe du CMP enfants de Lyon 5 et à l'équipe du CDJ Prévert : pour m'avoir accueillie, pour avoir partagé et transmis une pratique riche, vivante et créative, pleine de réflexion. Je ne saurais vous dire à quel point cette année a compté pour moi.

Au Dr Collet, pour sa bienveillance.

A Caroline, pour ta gentillesse et ta disponibilité.

A Aude pour ton précieux soutien et tes conseils tout au long de la rédaction de cette thèse ; les petites graines que tu as semées porteront, je l'espère, leurs fruits. Merci pour tout, du fond du cœur.

Aux Docteurs Julie Marmorat, Julie Vignalou, Loïc Brancart, Nina Gabaï, Diana Burnel et à l'ensemble de l'équipe du I 13. Merci de m'avoir fait découvrir toutes les facettes d'un soin institutionnel de qualité, et comment rester vivant dans les périodes de crises ...

Au Dr Bourdellon, vos supervisions resteront pour moi un moment fondamental de ma formation.

***A ma famille, à mes amis,***

A toi Laura, pour toutes ces conversations, ces émotions partagées qui ont jalonné notre parcours d'internat. Durant ces quatre années, nous avons fait nos « premières armes » ensemble ... c'est un plaisir et un honneur de te compter parmi mes amies.

A Sylvain, Fabrice, Ben, pour tous ces bons moments.

A Alexandra et Marie Dominique, de très belles rencontres, pleines de promesses.

A tous mes co-internes.

A Stéphane, Florent, Anne-Cécile, Julie, Laurent, Anna, Julien, Marie-Charlotte, Thomas, Clémence, Marie, mes amis de longue date, votre amitié m'est précieuse.

A toi maman pour te dire mon admiration et l'exemple que tu es toujours pour moi.

A Thierry, un grand merci pour toutes ces relectures. Ta rigueur et ton organisation ont été un grand soutien.

A Valentin, Antoine, mes deux frères adorés.

A toi Sterenn pour tout ce que tu apportes à notre famille.

A Marie-Geneviève, Thibaut, Gauthier et Marie.

A vous deux, les rayons de soleil de ma vie, pour la joie et le bonheur que vous amenez dans mon existence.

A toi tout particulièrement mon amour, pour ton soutien, ta confiance tout au long de ces années.

## LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

---

AEA :	Aide Educative Administrative.
ASE :	Aide Sociale à l'Enfance.
CHS :	Centre Hospitalier Spécialisé.
CMP :	Centre Médico-Psychologique.
EMDIPEHC :	Espace Maternel de Différenciation et d'Identification Psychique de l'Etre Humain Conçu.
IVG :	Interruption Volontaire de Grossesse.
MOI :	Modèle Interne Opérant.
OPP :	Ordonnance de Placement Provisoire.
PMA :	Procréation Médicalement Assistée.
PMI :	Protection Maternelle et Infantile.
ROV :	Relation d'Objet Virtuel.
SEP :	Sclérose En Plaque.
SPDT :	Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers.
TOC :	Trouble Obsessionnel Compulsif.
TS :	Tentative de Suicide.

## SOMMAIRE

---

<b>Introduction</b> .....	<b>2</b>
<b>Partie A : Analyse du concept de parentalité, état des lieux</b> .....	<b>4</b>
1. De la création d'un néologisme à la constitution d'une notion complexe : rétrospective historique du terme de parentalité .....	4
2. Approche anthropologique de la parentalité : les concepts de parenté et de filiation.	6
3. Approche juridique : rétrospective historique des règles de la parentalité .....	9
4. La parentalité : tentative de définition .....	12
5. La notion de parentalité partielle.....	16
<b>Partie B : Construction de la parentalité : un processus long et complexe.....</b>	<b>18</b>
1. Du désir d'enfant .....	18
2. La parentalité: un bouleversement au sein du couple, ou comment passer de deux à trois.....	21
3. La réorganisation psychique durant la grossesse.....	22
4. La construction des premiers liens : un nouveau pas vers la parentalité .....	25
5. Les fonctions parentales maternelles et paternelles .....	32
6. Mécanismes psychologiques contemporains de la transition vers la parentalité .....	35
7. Parentalité et attachement .....	40
8. Pathologie de la filiation.....	43
<b>Partie C : Illustrations cliniques.....</b>	<b>48</b>
1. Mme D et Kevin, ou le défaut de contenance.....	49
2. Mme E et Mohamed, ou comment devenir mère quand on n'a pas fini d'être un enfant en souffrance .....	56
3. Mme C et Laura, ou la reviviscence traumatique .....	66
4. Mme A et Lucie, ou lorsque le fantasme prend le devant de la scène .....	74
5. Mme B et Julien, ou comment faire trois sans être deux .....	84
<b>Partie D : Troubles narcissiques identitaires et parentalité .....</b>	<b>91</b>
1. Désorganisation de la parentalité chez les personnes présentant un pôle d'organisation narcissique identitaire et conséquences sur l'enfant .....	91
2. Les propositions de D. Houzel pour soutenir cette parentalité .....	95
<b>Conclusion</b> .....	<b>98</b>
<b>Table des matières.....</b>	<b>101</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>104</b>
<b>Appendice : Le village indien (Ernest Hemingway) .....</b>	<b>109</b>

## INTRODUCTION

---

Ce travail de thèse est né d'une pratique pédopsychiatrique en CMP et en périnatalité. La prise en charge d'enfants en souffrance nous a conduits à nous intéresser toujours plus aux parents et plus particulièrement à leur parentalité. En effet, régulièrement, nous avons été amenés à constater qu'une symptomatologie, un mal-être chez l'enfant, pouvaient être très en lien avec un processus ayant débuté dès sa naissance, parfois même avant. Devenir parent, permettre à son enfant un développement harmonieux et la construction d'une base identitaire solide, est un exercice complexe.

Ce travail a également émergé d'un questionnement personnel sur un contexte social en pleine évolution. De nos jours, avec l'augmentation de la fréquence des divorces et des séparations, le couple tend en effet à ne plus être la base de la cellule familiale. Le mariage ne constitue plus l'assise sociale de la parentalité, dans le sens où il n'est plus instituant de la filiation. Le système d'alliance horizontale semble se défaire au profit du système de filiation verticale qui revêt alors une importance toute particulière. Etre parent dans ce contexte implique beaucoup.

Mais là où la parentalité est décrite comme étant en crise, la famille menacée de disparition, ne pouvant plus assurer ses fonctions, alors qu'il existe de profondes mutations dans le « devenir parent », à travers des situations aussi diverses que l'adoption, la procréation médicalement assistée, l'homoparentalité, les familles recomposées, il nous a paru essentiel de revenir à la source et au questionnement premier, dégagé de toute revendication et idéologie. Qu'est-ce que la parentalité ? Pourquoi et comment devient-on parent ? Qu'est-ce que cela signifie, implique ?

Nous verrons que la parentalité est une notion très complexe dans sa globalité et toute tentative de définition n'est que partielle. C'est pourquoi il est intéressant de l'appréhender dans sa genèse, ses fonctions mais aussi ses dysfonctionnements. C'est l'objet de cette thèse.

### **Dans un premier temps, nous reviendrons sur le concept de parentalité (Partie A).**

En repartant de l'origine et en suivant l'évolution de ce terme, nous tenterons d'en saisir la complexité et de comprendre pourquoi, de nos jours, son usage, bien que fréquent, reste polysémique et revêt encore un caractère équivoque.

Une approche anthropologique et juridique nous permettra d'explorer différents aspects de cette notion et de bien comprendre dans quel cadre nous nous situons.

Nous terminerons cette première partie par une présentation des travaux sur la parentalité réalisés à la demande du ministère de l'Emploi et de la Solidarité par le groupe de recherche dirigé par D. Houzel. Ces travaux nous serviront de base de travail dans l'analyse des cas cliniques qui seront présentés par la suite.

### **Dans un second temps, nous aborderons la construction de la parentalité (Partie B).**

Il s'agit d'un processus long et complexe qui, comme nous le verrons, prend ses racines dans l'enfance. En partant du désir d'enfant, en passant par les modifications psychiques de la grossesse et en allant vers la construction des premiers liens, nous développerons

également les fonctions parentales et plusieurs mécanismes psychologiques contemporains de la parentalité ; nous développerons ensuite les liens entre parentalité et attachement et nous aborderons enfin les pathologies de la filiation, qui sont à distinguer des dysfonctionnements de la parentalité.

**Nous nous intéresserons ensuite à ces dysfonctionnements à travers l'analyse de cinq cas cliniques (Partie C).**

Les trois premiers cas seront centrés sur des patientes présentant un pôle d'organisation narcissique identitaire. L'accent mis sur ce mode d'organisation vient du fait que, dans la clinique, la fréquence de ce trouble nous semble de plus en plus grande ; de plus ce dernier entraîne sur le plan psychique des conséquences qui nécessitent souvent une prise en charge du parent en psychiatrie adulte et de l'enfant en pédopsychiatrie. Ce mode d'organisation apparaît également, selon nous, comme celui mettant le mieux en lumière l'importance et le caractère fondamental des fonctions parentales dans l'établissement des liens premiers et dans la constitution des bases identitaires.

Les deux autres cas cliniques viennent en écho, répondant aux trois premiers. Par leurs différences, ils soulignent combien, selon le pôle d'organisation de la patiente, les capacités d'élaboration et de symbolisation sont différentes et comment, entre autres, le destin des pulsions violentes et agressives varie selon les différentes économies psychiques.

**Nous terminerons cette thèse par une réflexion sur les conséquences des troubles narcissiques identitaires dans la construction de la parentalité (Partie D).**

Nous verrons ainsi l'implication des troubles narcissiques identitaires dans la désorganisation de la parentalité et les conséquences de ces troubles sur l'enfant. Nous développerons enfin les propositions de D. Houzel pour soutenir cette parentalité.

### 1. De la création d'un néologisme à la constitution d'une notion complexe : rétrospective historique du terme de parentalité

En France, au cours de ces vingt dernières années, le terme de parentalité est devenu familier tant il en est question partout, et dans des milieux aussi divers que celui de la politique, de l'éducation, de l'action sociale ou de la psychologie. On parle de « reparentaliser » des parents jugés trop peu investis, de « parentification », de « co »parentalité ... Chacun propose sa représentation de ce terme devenu flou et derrière lequel se cache souvent des revendications diverses. Mais le caractère équivoque de cette notion et son usage polysémique interrogent. En écho aux nombreux changements de notre société et de la famille, ceci ne ferait que révéler une inquiétude face à cette question essentielle. C'est pourquoi il nous paraît important, dans un premier temps, de revenir sur les origines de ce terme et son évolution, d'aborder les multiples approches de la notion selon les différentes disciplines, ceci afin de comprendre dans quel cadre se situe notre exposé.

Le terme de parentalité est apparu pour la première fois sous la plume de Thomas Benedek, psychanalyste Américain, en 1959 [6]. L'idée forte, sous-tendue par ce dernier, dans le terme de « *parenthood* » réside essentiellement dans le fait qu'il désigne une étape maturative, un processus de développement psychoaffectif du devenant parent. Autrement dit, être parent ne serait ni une donnée du biologique ni une donnée du social, et il ne suffirait pas de concevoir un enfant, ou d'être désigné par la société en tant que parent de cet enfant, pour en remplir toutes les conditions. Comme a pu l'écrire D. Houzel « *encore faut-il « devenir parent », ce qui se fait à travers un processus complexe impliquant des niveaux conscients et inconscients* » [40].

En soulignant le fait que la parentalité n'est pas un état mais un mouvement, T. Benedek rompt avec les conceptions naturalistes incluant, entre autres, l'idée d'un instinct maternel. Cela anticipe les idées défendues par Elisabeth Badinter dans les années 80. Il détache également cette notion d'une lecture qui ne serait que juridique et offre une place au psychologique dans le champ de la parentalité.

Le terme apparaît par la suite en France dans un article de Paul-Claude Racamier sur les psychoses puerpérales [58]. Celui-ci y décline la parentalité en termes de maternalité et paternalité ; ces termes ne sont utilisés alors que dans le contexte de la pathologie et employés uniquement par des spécialistes.

Dans les années 80, la démographie française et la chute des natalités inquiètent et c'est autour de la question du désir d'enfant et de l'accès à la parentalité que des questions se posent. Le terme et la notion de parentalité sont alors repris par un plus large public. En 1985, par exemple, en association avec un démographe et un sociologue, Serge Lebovici les utilisent dans la revue de **Pédiatrie** [47], dans un article consacré au désir d'enfant. S. Lebovici est certes un spécialiste de la pédopsychiatrie, mais le fait qu'il se serve du terme

de parentalité en collaboration avec des spécialistes d'autres disciplines témoigne de l'extension du concept à un plus large public.

Le terme de parentalité se démocratise donc peu à peu, faisant écho aux modifications sociétales et répondant à un certain besoin. Ce néologisme se développe parce qu'il est alors en lien avec une attente et une préoccupation déjà diffuse dans notre société. Mais en sortant du champ unique de la psychologie et de la psychiatrie, un reproche est alors fait : si nous nous limitons à cette vision psycho-dynamique de la parentalité, toute la dimension sociologique, juridique et anthropologique de ce terme nous échappe. C'est ce qu'explique l'anthropologue Maurice Godelier dans son ouvrage intitulé *métamorphose de la parenté* [34]. La parentalité ou « *parenthood* », ne peut se réduire au « *parenting* », c'est-à-dire au désir et au fait de se comporter en parent. Elle ne peut non plus être réduite au « *processus psychique de devenir parent* ». Chaque parent, à titre individuel, souhaite être cette mère ou ce père idéal qui sera confronté, certes, à son enfant réel, mais également à une société avec ses modèles traditionnels de parenté. C'est ainsi que la rencontre de ces modèles idéaux individuels avec les mutations de la famille auxquelles nous assistons depuis la fin de la seconde guerre mondiale a fait tout le succès de la notion de parentalité, dans des champs aussi variés que la sociologie, la politique, l'anthropologie, la psychanalyse ...

A partir de la fin des années 60, la configuration classique, unique, triangulaire, de la famille « papa-maman-enfant » a laissé place progressivement à une véritable mutation de la famille avec l'augmentation des divorces, des familles monoparentales, recomposées, homoparentales, les adoptions, la PMA ... La diffusion du terme de parentalité se fera alors essentiellement par les sociologues à travers l'utilisation de préfixes (co-parentalité, pluri-parentalité, homo-parentalité), non moins pour traduire une pensée nouvelle que pour décrire les mutations de notre société. La notion de famille n'étant plus univoque, le terme de parentalité permet alors d'englober toutes les façons de « faire famille ». Avec le terme de pluri-parentalité, par exemple, sont désignés tous les acteurs (père, mère, beau-père, belle-mère, conjoint) exerçant une fonction parentale auprès de l'enfant. Avec le terme d'homoparentalité est posée la question de la différence des sexes. Mais à chaque fois, derrière ces termes, se cache une revendication portée par des personnes différentes qui toutes veulent faire valoir leur place auprès de l'enfant. L'usage du terme de parentalité traduit alors une lutte entre les adultes revendiquant une reconnaissance parentale. Il est également souvent utilisé dans un contexte de recherche de « compétences parentales » et est ainsi lié à une certaine idéologie et à nos représentations de la famille. Mais si la question des compétences parentales est au cœur des discours sur la parentalité, la parentalité n'est en aucun cas réductible à cette dimension.

Du côté des experts également, se retrouve cette bataille pour savoir lequel est le plus légitime et le plus pertinent dans ce domaine. Conseillers conjugaux, médiateurs familiaux, travailleurs sociaux, tous l'utilisent, mais ils n'abordent souvent que l'angle de leur spécialité. Le terme de parentalité se trouve ainsi mobilisé pour des finalités différentes. Pour les juristes, par exemple, le terme de parentalité a longtemps été synonyme d'autorité parentale, terme mieux connu et plus délimité. Pour les psychiatres et psychologues, il désigne toujours le processus de développement psychoaffectif du devenant parent. Pour les éducateurs et travailleurs sociaux, l'angle d'approche apparaît plus systémique et la parentalité désigne souvent le système d'interactions des parents avec leurs enfants. Pour

les médecins, la parentalité renvoie souvent plus à une pratique et des préoccupations touchant au « prendre soin ». Enfin, pour les sociologues, il est question, comme nous l'avons vu, de traduire les modifications structurelles de la famille.

Le terme de parentalité est donc parti d'une définition issue du domaine de la psychologie traitant du processus maturatif de devenir parent et ouvrant la porte à des questions déjà complexes : comment ce processus se met-il ou non en place ? Quand débute-t-il ? Où prend-il ses racines ? Est-ce, in fine, un des aboutissements du développement psychoaffectif de tout individu ?

Ce terme sera ensuite repris par un grand nombre de professionnels, face à un besoin naissant issu de la complexification de la famille. Mais il est fréquemment utilisé pour n'aborder qu'un des aspects de la parentalité, source de nombreux conflits et d'incompréhension, ce d'autant plus qu'il touche un sujet essentiel : celui des origines, de la filiation, et de ce par quoi nous nous définissons. Bien souvent donc le débat est passionnel, empreint d'idéologie et de revendications.

## 2. Approche anthropologique de la parentalité : les concepts de parenté et de filiation.

Afin d'avoir une représentation la plus claire possible de ce que désigne et implique le terme de parentalité, et afin de comprendre dans quel cadre il se situe, il nous paraît indispensable d'aborder le point de vue anthropologique. En effet cette discipline a depuis longtemps introduit la notion de parenté<sup>1</sup> qui est à distinguer de celle de parentalité. Depuis la publication des *Structures élémentaires de la parenté* [51], nous savons à quel point le concept de parenté est complexe et son étude, dégagée le plus possible de tout ethnocentrisme, nous ouvre des perspectives que souvent nous oublions et un angle d'éclairage différent. Le terme de parenté représente un des aspects de la parentalité, même s'il ne suffit pas à le définir. Bien le comprendre est donc essentiel.

D'un point de vue anthropologique, l'étude des systèmes de parenté dans une société comprend la description de six composantes [51]. Ce n'est qu'au prix de l'étude de l'intégralité de ces composantes que nous pouvons appréhender ce que signifie être parent ou être enfant dans cette société ; il s'agit de comprendre ce que signifient les mots de paternalité et maternalité dans un lieu et un temps définis.

En premier lieu il s'agit d'étudier les **modes de descendance et de filiation** :

- Le terme de « filiation » permet de désigner un enfant, à sa naissance ou lors de son adoption, en tant que fils ou fille de père(s) et mère(s) qui sont eux-mêmes fils et filles de père(s) et mère(s) ; la filiation désigne donc l'ensemble des liens reliant des enfants

---

<sup>1</sup> Parenté : lien de filiation ou d'alliance qui unit deux ou plusieurs personnes entre elles.

à leurs parents : elle est bilatérale et cognatique<sup>2</sup> et relie donc aussi bien l'individu à ses agnats<sup>3</sup> qu'à ses utérins<sup>4</sup>.

- Le terme de « descendance », lui, relève d'autres principes : une descendance peut être unilinéaire :
  - Patrilineaire quand c'est l'homme qui transmet la descendance : ses fils et filles appartiennent à sa descendance et seuls ses fils la transmettent.
  - Matrilinéaire quand c'est la femme qui la transmet : les fils et filles d'une femme appartiennent à son groupe de descendance et seules les filles la transmettent.

Mais une descendance peut être également duolinéaire (combinaison des deux principes unilinéaires précédemment décrit), bilinéaire (très rare : les fils appartiennent à la descendance du père, et les filles à la descendance de la mère, ou inversement) ou non linéaire (le sexe des individus ne crée pas de différence et la descendance passe indifféremment par les hommes et les femmes.

A travers ces modes de descendance et de filiation, il s'agit également d'étudier comment sont transmises et héritées les réalités matérielles et immatérielles par les générations qui se succèdent (terres, biens, mais également grades hiérarchiques, fonctions religieuses, etc.).

En deuxième lieu, il s'agit d'étudier les **formes d'alliances et d'unions** : comment les femmes et les hommes sont « échangés » entre des groupes, contre richesses ou non, etc. ; quelles sont les règles en la matière, notamment les interdits ? Ces règles peuvent être positives et même prescriptives, notamment dans les sociétés traditionnelles où les personnes avec qui les alliances doivent être conclues sont désignées. Ces règles peuvent être également négatives en ne désignant que les personnes avec qui l'alliance est « interdite ».

Mais en plus de ces deux premiers principes bien connus, il est indispensable de décrire d'autres composantes d'un système de parenté pour en saisir son fonctionnement :

- L'étude de la **composition d'une famille** (monogame, polygame, polyandre, etc.), son mode de dissolution, possible ou non, et son lieu de résidence après l'union.

Cela implique également l'étude « des droits et des devoirs » de chaque individu vis-à-vis d'un enfant de sa parenté et, réciproquement, l'étude des droits et des devoirs de chaque enfant vis-à-vis de son parent.

- L'étude du **vocabulaire, des termes utilisés** pour désigner les liens de parenté, c'est-à-dire la terminologie de parenté (exemple : certaines tribus utilisent le terme de « père » pour désigner aussi bien ce que nous appelons père que tous les frères du père). Il existe en moyenne une trentaine de mots, appris et connus de tous les membres d'une société, qui permettent à chacun de se situer, selon son sexe et sa génération, par rapport à soi et aux autres.

---

<sup>2</sup> Cognatique : se dit d'un mode de filiation non unilinéaire, passant aussi bien et indifféremment par les hommes que par les femmes

<sup>3</sup> Agnats : se dit des personnes qui, descendant d'une même souche masculine, appartiennent à la même famille

<sup>4</sup> Utérins : se dit des membres de la branche maternelle d'une famille en comprenant à chaque génération les seuls enfants des filles de cette famille.

- L'étude des **représentations sociales du processus de la conception d'un enfant** : participation de l'homme, de la femme, d'une divinité ou d'un ancêtre dans la fabrication d'un enfant.
- L'étude des **interdits sexuels**, notamment des interdits de l'inceste.

Après étude de ces six composantes, les anthropologues s'accordent à dire qu'il n'existe en fait dans le monde que six principaux types de systèmes de parenté : le type « *dravidien* », le type « *australien* », le type « *crow-omaha* », le type « *iroquois* », le type « *soudanais* » et le type « *eskimo* ». Le système de parenté français est dit de type « *eskimo* » : c'est une transformation de l'ancien système latin qui était de type « *soudanais* ». Ceci sous-entend qu'un même type de système peut être apparu à plusieurs endroits dans le monde en même temps ou à plusieurs époques.

L'étude des systèmes de parenté permet donc d'appréhender les rapports de parenté qui, comme tous rapports sociaux, n'existent pas seulement entre les individus mais également en eux-mêmes. Dès sa naissance, chaque personne est marquée dans son intimité, dans sa conscience et son inconscient, par le fait d'être né garçon ou fille, issue de telle personne, dans telle société, avec cet héritage et cette représentation de ce qu'est une famille, un enfant. Et bien sûr, elle vient au monde avec tout ce que cela implique pour sa vie future, dans son commerce et ses échanges, avec la prescription plus ou moins forte d'assumer et de reproduire ces rapports.

Mais lorsque Claude Lévi-Strauss publie les structures élémentaires de la parenté, les liens de parenté apparaissent alors comme le fondement organisateur des sociétés, leur étude permettant d'en comprendre le fonctionnement. Il y avance la thèse selon laquelle la prohibition de l'inceste a permis, non seulement l'émergence des rapports de parenté, mais également la naissance des sociétés humaines, séparées désormais de l'animal par la culture. Par cette théorie, C. Lévi-Strauss donnait à l'anthropologie une dimension toute autre : il ne s'agissait plus de décrire et de comprendre le fonctionnement des sociétés dites tribales, mais de saisir l'essence même de l'humanité, de comprendre ce qu'il y a de véritablement humain dans l'Homme. Il rejoignait par-là les théories freudiennes exposées dans ***Totem et tabou*** publié en 1912 [28], un demi-siècle plus tôt.

Il est intéressant néanmoins de souligner que, contrairement à Sigmund Freud, C. Lévi-Strauss relie l'origine du rejet de l'inceste à l'émergence progressive du langage et de la pensée symbolique, là où S. Freud avait avancé une théorie, bien plus sulfureuse pour l'époque, mettant en avant la sexualité et sa répression. Dans ***Totem et tabou***, S. Freud évoque en effet sa théorie de la horde primitive dirigée par un père despotique et incestueux. Le meurtre du père par les fils, pour pouvoir accéder à leurs mères et leurs sœurs, aboutit à un renoncement de l'union incestueuse afin d'éviter à ces fils d'avoir à s'entretuer dans l'avenir. Les liens de parenté seraient alors apparus, auraient pris un sens aussitôt que les frères eurent échangés leurs sœurs et leurs mères avec les hommes d'un autre clan qui auraient fait de même.

Mais, dans les années qui suivront, les théories structuralistes de C. Lévi-Strauss seront attaquées, notamment celles consistant à placer de façon universelle et ethnocentrique la famille et les liens de parenté comme fondement organisateur d'une société. Plusieurs

sociétés, par exemple, ont été décrites, basées, non pas sur la parenté, mais sur la coopération effective dans le travail d'une même parcelle de terre, travail qui déterminerait le droit pour les individus d'en hériter ; ces sociétés ne sont en effet pas fondées sur la parenté, mais sur d'autres rapports (économiques) ou d'autres valeurs (religieuses et cosmiques). Ceci est une des thèses fondatrices de Maurice Godelier [34] qui stipule que, nulle part, la famille ou les rapports de parenté ne constituent les fondements d'une société, en réponse aux détracteurs prônant que les mutations actuelles de la famille mènent notre société à sa perte.

Une autre notion, distinguant filiation biologique/symbolique et affective, est apparue et s'est imposée en regard de la complexification des liens familiaux ces dernières décennies :

- La **filiation biologique** est déterminée par le parent géniteur,
- La **filiation symbolique** est déterminée par le parent juridique, c'est-à-dire celui qui est reconnu comme parent de cet enfant au regard de la loi de la société,
- La **filiation affective** est déterminé par le vécu et l'éprouvé intra-subjectif.

Nous voyons comment, à travers les évolutions de notre société, les progrès de la médecine, ces trois types de filiation ont tendance à se dissocier, se complexifier, avec le cas des familles recomposées, des familles homoparentales, des mères porteuses, du don d'embryon et de gamètes ...

En conclusion, l'approche anthropologique nous permet de mieux comprendre et aborder la notion de parentalité, en précisant, d'une part, la distinction entre les termes de parenté et de parentalité, mais en soulignant, également, leur complexité et leur richesse. La parentalité ne peut s'aborder et se comprendre que dans un cadre sociologique et temporel précis qu'il convient de connaître. Il est en effet important de rappeler que, nulle part, un homme et une femme seuls ne suffisent à faire un enfant.

### 3. Approche juridique : rétrospective historique des règles de la parentalité

Dans notre société moderne de droit écrit, les normes juridiques définissent les règles qui, dans les sociétés traditionnelles, déterminent les structures élémentaires de parenté. De ce point de vue, l'approche juridique s'avère essentielle pour avoir une vision globale du concept de parentalité.

Il est bon de rappeler que le droit a, non seulement une valeur organisatrice et régulatrice de nos sociétés, en définissant les règles d'échanges et de transmission, mais qu'il évolue également dans le temps, et que, de ce point de vue, il permet de garder la trace, l'histoire d'un groupe. Ce qui signifie, qu'au-delà de son pouvoir organisateur, son aspect dynamique en fait le lieu d'équilibre, de stabilisation d'une dynamique sociale complexe. Les normes juridiques constituant le droit de la famille ne sont donc à considérer « *ni comme une simple transcription écrite des mœurs de l'époque, ni comme une structure inamovible et transcendante échappant au mouvement évolutif de la société qu'ils règlent* » [40, p. 122].

En partant de ce constat, nous allons reprendre les principaux éléments juridiques qui ont défini les règles de la parentalité de notre société.

Dans le droit romain, c'est la notion de paternité qui était l'élément central organisateur. Le « *pater familias* » avait tout pouvoir pour reconnaître ou non un enfant né de son épouse légitime et c'est le lien de filiation qui prévalait et permettait de transmettre nom, patrimoine et culte des ancêtres. En l'absence de fils naturel, le père pouvait en adopter un afin d'assurer cette transmission. C'est le lien juridique qui prenait le pas sur le lien biologique ou social.

Dans le droit canon, c'est, non plus le droit de filiation verticale, mais le lien d'alliance horizontale qui organise la parenté. Sous l'ancien régime, le mariage chrétien est un acte religieux, sacrement indissoluble désignant comme père de l'enfant, l'époux de la femme qui lui a donné naissance : sa paternité lui est imposée comme « possession d'état » et lui donne autorité sur tout enfant vivant dans son foyer. L'épouse et mère n'a alors aucun droit, et le divorce est interdit par l'église, à moins que des preuves de la non-consommation du mariage ne soient avancées.

Après la révolution française, en 1804, apparaît le code civil, souvent appelé « code Napoléon », qui institue le mariage civil. Celui-ci n'était pas obligatoire mais il s'est rapidement révélé indispensable car il est devenu la seule voie légale pour légitimer les enfants à naître de l'union d'un couple. Les naissances sont alors consignées dans les registres d'état civil et non plus uniquement dans les registres de baptême des paroisses. Au XIX<sup>e</sup> siècle, le concubinage reste stigmatisé et les enfants nés hors mariage n'ont aucun droit. Toutefois, en l'absence de mariage, le père peut reconnaître un enfant, première apparition de la filiation biologique dans notre droit. Au sein de la famille, seul le père exerce l'autorité, et il est investi de « *la puissance paternelle* », terme issu du droit romain qui donne au père le devoir d'assurer les conditions matérielles d'existence de sa famille mais également tous les droits. La femme non mariée est donc sous l'autorité de la puissance paternelle puis, une fois mariée, soumise à la puissance maritale ; elle est juridiquement incapable. Le mariage, qu'il soit civil ou religieux, reste donc l'acte fondateur du couple.

De nombreux changements ont bouleversé et complexifié le droit de la famille dans la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle :

- D'une part, en matière de filiation, la question du biologique va prendre une part toujours plus importante sous-tendue par les progrès de la science.

En 1972 (loi du 3 janvier 1972) [78], nous assistons à une première réforme du droit de filiation. Grâce à l'analyse des groupes sanguins, il existe désormais la possibilité d'établir l'absence de lien biologique entre un père prétendu et un enfant, ou au contraire d'affirmer la filiation naturelle par « *possession d'état* » dans la mesure où il n'y a pas incompatibilité biologique.

La loi du 8 janvier 1993 [81] franchira encore un cap en permettant d'établir la paternité en fonction de la filiation biologique indiscutable grâce à l'examen de l'ADN. Mais, paradoxalement, les progrès de la science ont également conduit à privilégier d'autres liens que ceux du biologique, dissociant les concepts de filiation biologique et juridique. Le développement de la procréation médicalement assistée nous en donne

un exemple : en effet, la loi du 29 juillet 1994 [82] dispose qu'en cas d'insémination artificielle avec sperme de donneur, le concubin de la mère voit sa paternité établie, même s'il ne reconnaît pas l'enfant, pourvu qu'il ait consenti à l'insémination par un tiers donneur.

- D'autre part, les droits et les devoirs parentaux ont également évolué ; en 1889, une loi permettait la déchéance paternelle en cas d'inconduite notoire du père ; ce n'est qu'en 1970 que la loi du 4 juin [77] substitue à la notion de « *puissance paternelle* » celle « *d'autorité parentale* » partagée entre le père et la mère. L'autorité parentale est alors considérée comme une fonction d'ordre public dont l'état est le garant. Ainsi les parents sont-ils conjointement en devoir d'assurer « *la santé, l'éducation, la sécurité et la moralité* » des enfants dont ils ont la charge (art. 371-2 du code civil) [76].

Avec l'augmentation des divorces, à partir des années 60, la législation sur la garde des enfants a dû également s'adapter : la loi du 11 juillet 1975 [79] dispose que, selon l'intérêt de l'enfant, la garde est confiée à l'un ou l'autre des parents, l'autre parent pouvant bénéficier d'un droit de visite et d'hébergement. Mais, dans la pratique, nous nous apercevons que, dans la grande majorité des cas, la balance penchera du côté de l'autorité maternelle. La loi du 22 juillet 1987 [80] introduit la possibilité d'une autorité parentale commune en cas de divorce, sous réserve que le parent qui avait la garde initiale accepte. Enfin, depuis la loi du 8 janvier 1993 [81], il existe une autorité parentale commune de plein droit.

- Enfin le divorce, d'abord reconnu après la révolution française, est aboli sous la restauration en 1816 ; il est rétabli en 1884 pour faute, uniquement. Et ce n'est qu'en 1975 qu'apparaît la notion de divorce par consentement mutuel.

Depuis le milieu du XX<sup>e</sup> siècle, nous assistons à une multiplication des divorces. Le concubinage et les enfants nés hors mariage sont aujourd'hui courants et tout à fait acceptés dans notre société. Avec la multiplication des familles monoparentales et des familles recomposées, notre société se compose aujourd'hui d'une multitude de modèles alternatifs à la famille nucléaire. Ainsi, d'une façon générale, le mariage n'est-il plus aujourd'hui l'acte fondateur, ni du couple, qui se forme le plus souvent avant, ni de la famille qui ne s'établit vraiment qu'à l'arrivée d'un enfant ; et nous pouvons nous demander quelles sont les forces qui ont modifié, depuis un demi-siècle, les formes et l'exercice de la parenté dans nos sociétés modernes.

L'anthropologue Maurice Godelier tente de répondre à cette question dans son ouvrage intitulé « *Métamorphoses de la parenté* » [34]. Il rapporte, d'une part, l'importance croissante qu'ont pris les notions de désir, de sentiment et de libre choix de son partenaire, avec une libération croissante des contraintes morales de se marier dans son milieu, de transmettre son nom, de pérenniser un patrimoine, etc. D'autre part il souligne la modification des rapports homme/femme avec le développement de l'égalité des sexes qui permet de plus en plus une indépendance des partenaires. Enfin, selon lui, la troisième force, qui a indiscutablement modifié le champ de la parenté, est le mouvement de valorisation de la place de l'enfant et de l'enfance en général. Avec l'introduction de la contraception, de l'IVG, de la PMA, l'arrivée d'un enfant est de moins en moins subie et de

plus en plus programmée. La notion de désir domine désormais, et l'enfant occupe une part toujours plus grande de la vie affective et économique des familles.

Dans cette approche juridique, nous abordons donc un autre aspect de la parentalité, celui de l'angle légal qui désigne telle ou telle personne comme père ou mère d'un enfant et qui désigne également qui exerce l'autorité parentale. A moins d'une déchéance de l'autorité parentale ou d'un exercice partiel prononcés par un juge, de nos jours, seuls les parents désignés par la loi exercent l'autorité parentale.

#### 4. La parentalité : tentative de définition

En 1993, face aux nombreuses questions posées par la clinique, face aux difficultés rapportées dans l'exercice des fonctions parentales et face aux mutations de la cellule familiale, le ministère des affaires sociales décide de former un groupe pluridisciplinaire et pluri-institutionnel de recherche sur cette thématique. Il en confie la direction à D. Houzel, psychiatre et psychanalyste, qui s'entourera alors de psychiatres, psychanalystes, juristes, sociologues, psychologues, médecins de PMI, éducateurs ... Après six années de travail et de recueil des pratiques selon des points de vue psychanalytique, systémique, juridique, administratif et social, une tentative de synthèse est réalisée.

La parentalité, notion complexe et riche, est décrite en trois axes complémentaires les uns des autres : **l'axe de l'exercice**, **l'axe de l'expérience**, et **l'axe de la pratique**. [40].

##### 4.1 L'axe de l'exercice de la parentalité

L'exercice est à entendre ici comme exercice d'une responsabilité, d'une fonction. Cet axe fait référence à la dimension des droits et des devoirs de chaque parent. Il correspond, entre autres, à une approche juridique : être parent, c'est en effet être investi d'une autorité parentale incluant des devoirs et d'une responsabilité définie par l'article 371-1 du code civil modifié en 2002 [77]: *« l'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux pères et aux mères jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement dans le respect de sa personne. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité »*.

Cet axe rappelle que la parentalité ne peut être réduite à la dimension psychologique, qu'il n'est pas seulement question du désir d'enfant, mais que la famille est une institution régulée de l'extérieur par des règles et des normes.

Les droits et les devoirs de chaque parent varient selon les époques et les sociétés, mais les modifications de la loi établie en 2002 montrent que les attentes sociétales en faveur de l'enfant vont en s'accroissant. C'est au nom de l'intérêt de l'enfant que la notion de responsabilité parentale s'imposera, notamment dans la sanction.

Selon le groupe de travail de D. Houzel, cet axe comprend également une dimension symbolique : celui de l'aspect de la filiation généalogique qui transcende chaque individu.

Dans son ouvrage « *la parentalité décryptée* », Catherine Sellenet [63] met néanmoins en garde contre les dérives possibles de la prise en compte de l'aspect symbolique dans la dimension de l'exercice de la parentalité. Il convient d'être attentif à ne pas confondre les termes de parenté et de parentalité ; dans l'exercice de la parentalité, C. Sellenet valide bien l'exercice concret des droits et des devoirs parentaux, mais pas le niveau symbolique qui, selon elle, est mieux cerné par le concept de parenté, antérieur à celui de parentalité. Glisser du terme de parenté à celui de parentalité reviendrait à bouleverser les principes de filiation. Toucher à l'ordre symbolique des liens entre parent et enfant modifie l'organisation sociale dans son ensemble. C. Sellenet donne pour exemple une modification de la loi québécoise, datant de 2002, actant le passage du statut d'homoparentalité (où le parent du même sexe bénéficiait d'une mise en œuvre des fonctions de parents) au statut d'homo-parenté inscrivant l'enfant dans une filiation nouvelle reconnue par la société.

## 4.2 L'axe de l'expérience de la parentalité

Cet axe fait référence à l'éprouvé, au vécu intime de chacun à la naissance d'un enfant. Il fait référence à l'expérience subjective d'être parent, consciente et inconsciente, affective et imaginaire. Comment chaque parent se sent-il parent ou non de cet enfant ? Quelles sont les représentations qu'il en a ? C'est en quelque sorte la dimension psychique de la parentalité. Le terme de parentalité est souvent utilisé par les psychiatres et les psychologues pour rendre compte uniquement de cette dimension de l'expérience. Dans leur ouvrage « *Souffrances autour du berceau* », Martine Lamour, psychiatre, et Marthe Barraco, psychologue clinicienne, [45] définissent la parentalité comme « *l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parent, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur enfant à trois niveaux : le corps, la vie affective et la vie psychique. C'est un processus maturatif* ». Ce n'est pas tant la dimension « d'être parent » qui est prise en compte dans cette définition, qui exclut les aspects culturels et socioéconomiques, mais le processus de « *devenir parent* ».

Dans tous les cas, cette dimension aborde le « comment devenir parent » de cet enfant réel, et non pas de l'enfant imaginaire qui l'a précédé. Comment chacun transcende sa propre histoire d'enfant, son histoire familiale, pour faire avec ce nouvel être. Cet axe contient la question de la transmission inter- et transgénérationnelle.

Prenons par exemple appui sur l'histoire d'une personne qui, enfant, a vécu dans une famille modeste où les sucreries étaient interdites pour des raisons économiques. Lorsque cette personne devient parent à son tour, que va-t-elle permettre ou non à son enfant ? Va-t-elle s'appuyer uniquement sur ses références parentales et interdire les sucreries à son enfant au motif qu'elles ne sont pas indispensables ? Ou, ayant trop souffert de ce manque, va-t-elle permettre sans retenue celles-ci à son enfant ? Ou bien encore, va-t-elle considérer, qu'au regard du contexte économique, ses parents faisaient ce qu'ils pouvaient mais, qu'aujourd'hui, elle peut accorder occasionnellement ce plaisir à son enfant. Dans les deux premières propositions, le parent refuse ou permet des sucreries non pas à son enfant, mais

à lui-même comme ancien enfant, soit en répétant la décision de ses parents, soit en se nourrissant lui-même à travers son enfant.

C'est cet axe, représentant la construction de la parentalité, que nous aborderons dans la deuxième partie de cet exposé.

### **4.3 L'axe de la pratique de la parentalité**

La pratique de la parentalité désigne les actes concrets de la vie quotidienne que les parents ont à réaliser vis-à-vis de leurs enfants. Elle comprend l'ensemble des soins parentaux aussi bien physiques que psychiques. Il s'agit de l'axe le plus souvent délégué, partiellement ou totalement, à d'autres personnes, qui ont alors des fonctions de suppléance. La continuité des soins représente la condition première pour préserver la santé psychique et physique d'un enfant.

Cet axe, le moins complexe en apparence, ne peut être limité à une simple liste d'actes concrets du quotidien. Les exigences normatives concernant les soins parentaux varient, en effet, beaucoup d'un pays à l'autre, d'une époque à une autre. De nos jours une certaine pression, une exigence, semblent s'exercer sur les parents qui se voient ainsi soumis à une certaine « performance parentale ». Les notions de normes, de bonnes pratiques, notamment en matière de psychologie, abondent aujourd'hui et imposent une modélisation de la parentalité toujours plus exigeante.

Pour comprendre cette situation il faut se référer à l'histoire de l'intérêt porté aux soins parentaux, longtemps qualifiés de « soins maternels ». En effet le domaine des soins maternels a fait l'objet d'études approfondies depuis plus de cinquante ans. C'est suite à la seconde guerre mondiale, et à ses conséquences pour de nombreux enfants (déplacements massifs en institution ou dans des familles d'accueil afin de protéger notamment des bombardements, ruptures familiales multiples du fait des déplacements et des morts laissant de nombreux orphelins, etc.), et suite au développement de la psychanalyse d'enfants, que s'est développé un intérêt certain pour la vie psychique et relationnelle de l'enfant et son développement. Cette situation a permis d'étudier et de mettre en lumière les conséquences désastreuses de la privation de soins maternels pour le développement psychoaffectif de l'enfant, et a mis en avant l'importance de la qualité des soins physiques mais également psychiques. Des personnes comme Anna Freud ou Mélanie Klein en Angleterre, René Spitz aux Etats-Unis, et John Bowlby ont grandement contribué à l'avancement de ces études. Les théories sur l'attachement, la mise en lumière des compétences du nouveau-né, ont permis de voir le bébé autrement qu'un être totalement immature doté uniquement de réactions réflexes à son environnement.

Dans une continuité et une évolution du regard porté sur l'enfant, naîtra le courant interactionniste avec des auteurs comme S. Lebovici, Daniel Stern ou Bertrand Cramer soutenant la notion d'interaction parents-enfants et mettant en avant la participation active de l'enfant dans le processus d'établissement des liens entre ce dernier et ses parents. L'enfant serait non seulement à l'origine, mais aussi l'un des acteurs, du processus de parentification. Le bébé, en fonction de ce qu'il est, de son tempérament, renverrait à son entourage des messages qui lui sont propres. Cette question, nous le voyons bien, renvoie à

l'éternel problème de l'inné et l'acquis. Il n'en reste pas moins que plusieurs niveaux d'interaction parent/bébé ont été mis en avant [44] : les « interactions fantasmatiques » qui se réfèrent à l'axe de l'expérience de la parentalité, « les interactions comportementales et affectives » qui se réfèrent, elles, à l'axe de la pratique.

Les interactions comportementales observables permettent d'évaluer l'axe de la pratique. Elles comprennent, entre autres, les modalités de portage, les ajustements posturaux, les différentes qualités de dialogue tonique entre un enfant et son parent mais aussi tous les échanges sensoriels. En effet, il est important de pouvoir noter les échanges visuels, l'interpénétration des regards durant le nourrissage par exemple, mais aussi tout le dialogue préverbal, aussi bien auditif, visuel que tactile. Une observation attentive permet de mettre en lumière les différentes manières qu'ont chaque parent de pouvoir respecter les micro-rythmes et macro-rythmes de leur enfant et comment certaines pathologies (dépression, psychose) ou certains événements de vie (deuil, événement stressant comme le chômage) viennent entraver les capacités parentales à respecter les cycles attention/retrait de leur enfant.

Les interactions affectives, elles, ne sont pas directement observables mais constituent un aspect fondamental de la pratique de la parentalité. « *C'est à travers elles, en effet, que l'enfant va pouvoir accéder à la sphère de l'intersubjectivité, selon l'expression de Trevarthen, [...] base du développement d'un monde intrapsychique* » [40, p.159]

L'analyse de la pratique de la parentalité, donc, ne doit pas être limitée à une liste normative de soins à apporter à l'enfant. Dans notre société basée souvent sur la recherche de performances et de normalisation, le risque de dérive vers un dictat de canon de la puériculture est grand. La prise en compte de cet axe est bien plus complexe, basée sur l'observation d'un large panel d'interactions comportementales et affectives.

#### 4.4 La parentalité : une définition impossible ?

A ce jour, il n'existe finalement pas de définition synthétique qui identifie clairement le sens et les enjeux du terme de parentalité et le différencie de façon notable des notions d'autorité parentale ou de parenté.

Il existe en conséquence une prolifération des définitions, souvent partielles car centrées chacune sur la discipline d'origine de l'auteur. Si la richesse de ce que représente ce terme est sans doute à l'origine d'une telle prolifération, il n'en reste pas moins que son usage reste extensif et confus. Si nous prenons par exemple la définition du Petit Robert [75], nous nous apercevons que le terme y est apparu en 2001 sous la forme suivante : « *la parentalité est la qualité de parent, de père, de mère* ». Cette définition est pour le moins floue. Dans son ouvrage ***La parentalité, défi pour le troisième millénaire***, [66], Leticia Solis-Ponton propose la définition suivante « *la parentalité est l'étude des liens de parenté et des processus psychologiques qui en découlent* ». Nous y retrouvons l'association directe, et prêtant à confusion, des termes de parenté et de parentalité ainsi que la mise en avant de l'axe de l'expérience uniquement. Ainsi, dans le champ du politique et du social, le terme de parentalité est-il souvent un équivalent du terme parent ; dans le domaine juridique il est vu sous l'angle de l'autorité parentale ; dans le domaine sociologique le terme de parentalité

désigne plutôt les différentes façons de faire famille ou couple, voire désigne la filiation. Enfin, comme nous venons de le voir dans les champs de la psychiatrie et de la psychologie, la parentalité désignerait plutôt les aspects psychologiques du fait d'être parent, le processus de parentification. Dans son ouvrage ***Métamorphoses de la parenté*** [34], Maurice Godelier propose sa propre définition : « *la parentalité est l'ensemble culturellement défini des obligations à assumer, des interdictions à respecter, des conduites, des attitudes, des sentiments et des émotions, des actes de solidarité et de actes d'hostilité qui sont attendus ou exclus de la part d'individus qui se trouvent dans des rapports de parents à enfants* ». Il délimite ensuite ce qu'est, selon lui, le champ de la parentalité :

- Le domaine numéro 1 consisterait à concevoir ou engendrer,
- Le domaine numéro 2 consisterait à élever, nourrir et protéger les enfants,
- Le domaine numéro 3 implique l'instruction, l'éducation des enfants,
- Le domaine numéro 4 implique le fait d'avoir un ensemble de droits et de devoirs aux yeux de la loi et de la société ainsi que d'être responsable et de se porter garant des actes de l'enfant,
- Le domaine numéro 5 consiste à doter l'enfant d'un nom, d'un statut social, de droits,
- Le domaine numéro 6 implique le fait d'avoir le droit d'exercer une certaine forme d'autorité sur l'enfant, d'en attendre une certaine obéissance, un certain respect.
- Le domaine numéro 7, enfin, représente l'ensemble des interdits notamment ceux de l'inceste.

Si la définition semble assez complète, la description des domaines délimitant les champs de la parentalité est critiquable. Par exemple, dans le domaine numéro 1, nous voyons que n'est pas prise en compte la parentalité adoptive par exemple. L'auteur ne tient pas compte non plus de l'axe de l'expérience subjective de la parentalité. En revanche, il met bien en avant la contrainte exercée par la société sur la parentalité

Le travail du groupe dirigé par D. Houzel a, quant à lui, le mérite de transcender les clivages des disciplines en tenant compte des différentes facettes du concept. Les trois axes présentés ci-dessus, inscrits dans un contexte culturel, une époque donnée et un cadre juridique précis, doivent tous être pris en considération pour comprendre à quoi se réfère la notion de parentalité. Ce travail offre également l'avantage de proposer une méthode d'analyse de situations cliniques, sociales et juridiques qui permet à chaque professionnel de prendre en compte l'ensemble des aspects d'une situation et de travailler au mieux ensemble.

## **5. La notion de parentalité partielle**

Une des conséquences du travail de D. Houzel a été de mettre en avant la possibilité pour certains parents de continuer d'exercer un aspect de leur parentalité lorsque les autres sont entravés par leur psychopathologie et/ou une situation sociale trop préoccupante. Il invite ainsi, à travers un travail d'élaboration autour de chaque cas concernant une « *famille à*

*problèmes multiples* », à analyser les trois axes de la parentalité, notamment lorsqu'est envisagée l'éventualité d'une séparation. Ceci permet, d'une part, de gérer la séparation dans des conditions qui préservent au mieux les liens de l'enfant à ses parents, et, d'autre part, d'éviter des séparations qui s'avèreraient inutiles et plus traumatiques que structurantes. Il invite à reconnaître une « *parentalité partielle* », en encourageant la création de nouveaux modes de prise en charge (comme les placements à temps partiel) et appelle à un travail en réseau qui permet, pour chaque situation, de proposer une solution où le parent pourrait continuer à assumer certains aspects de sa parentalité, toujours dans l'idée de préserver l'enfant et de lui éviter toute discontinuité inutile.

## **Partie B : CONSTRUCTION DE LA PARENTALITÉ : UN PROCESSUS LONG ET COMPLEXE**

---

Dans cette deuxième partie, nous allons nous pencher plus particulièrement sur l'ensemble des processus psychologiques qui se déroulent lorsqu'un individu devient père ou mère. Ces processus se situent plus spécifiquement au cours de la période de la grossesse et des premiers mois de la vie de l'enfant. Mais nous verrons qu'ils prennent racine dès la petite enfance, continuent à se remanier tout au long de la vie et se rejouent même dans d'autres crises maturatives comme la grand-parentalité.

Mais ces processus, comme nous l'avons vu dans la première partie, sont sous l'influence de déterminants multiples, sociaux et culturels. La transition vers la parentalité dépend aussi de ces variables, ce cadre à la fois juridique, sociologique, anthropologique et culturel. L'approche psychologique de la transition vers la parentalité ne peut s'entendre que dans ce cadre et s'adresse à un niveau d'intégration spécifique : celui du fonctionnement mental individuel.

### **1. Du désir d'enfant**

Avec l'avènement de la contraception, la question du désir d'enfant a suscité un grand intérêt et fait l'objet de nombreuses recherches. Il en ressort le plus souvent que tout enfant, voulu ou non, naîtrait d'abord d'un « désir », conscient et inconscient. Son premier lieu d'existence est celui du rêve, de l'imaginaire, du fantasme.

Dans notre société, où la contraception est maintenant largement répandue, chaque sujet est amené à se prononcer de façon consciente sur son souhait de se reproduire, ou non, ce qui laisse présupposer un contrôle, une maîtrise du choix et du moment d'avoir un enfant. C'est cependant dénier le fait que la transmission de la vie échappe nécessairement pour partie à ceux qui en décident, et que tout désir conscient est infiltré d'inconscient. Cet inconscient peut être mis à jour dans la venue d'un enfant « non programmé » mais il infiltre également l'ensemble de nos « choix conscients », comme ceux d'arrêter une contraception, par exemple.

#### **1.1 Genèse du désir d'enfant dans la théorie freudienne**

Selon la théorie freudienne, le désir d'enfant prendrait ses racines dans la résolution du complexe d'œdipe [27].

Le petit garçon, par menace de la castration, devrait renoncer à sa mère ; il intégrerait par ce fait, à la fois, l'interdit de l'inceste et la différence des générations, ce qui le pousserait ultérieurement vers un partenaire extérieur.

La petite fille, elle, est confrontée d'emblée à l'absence du pénis. Du désir d'obtenir le pénis du père, elle déplacerait, par la suite, son investissement libidinal vers un désir d'enfant du

père. Elle devrait cependant y renoncer en intégrant l'interdit de l'inceste. Par la suite, à travers son désir d'enfant, la petite fille s'identifierait au parent du même sexe.

Fantasmatiquement donc, toute grossesse serait un acte transgressif en puissance où viendrait se réactualiser la problématique Œdipienne.

Piera Aulagnier [1] souligne également, qu'avant de désirer un enfant du père, l'enfant désirerait avoir un enfant de la mère. Les désirs de maternité renverraient donc également à la reconnaissance des fonctions maternelle et paternelle.

Mais, si les désirs de maternité et de paternité sont liés aux désirs œdipiens et précœdipiens d'obtenir un enfant des parents, il serait caricatural de les réduire à cela.

## **1.2 Apports ultérieurs sur la question du désir chez la femme**

### **1.2.1 Le désir conscient**

D'autres auteurs se sont penchés sur la question du désir d'enfant. Monique Bydlowski [13], par exemple, place le désir d'enfant aussi bien à un niveau conscient qu'inconscient. Selon elle, sur le plan conscient, désirer un enfant c'est se positionner, d'une part, en tant que parent, au même titre que ceux qui nous ont précédé, par un processus d'identification mais c'est aussi se perpétuer, transcender son propre destin, sa propre finitude, et réaliser un désir d'immortalité, c'est « *jouer le germen immortel contre le soma périssable* » [12, p. 459].

### **1.2.2 Le désir inconscient**

Sur le plan inconscient, M. Bydlowski [15] donne également un certain nombre d'éléments sur la question du désir.

#### **1.2.2.a Désir de grossesse/désir d'enfant**

Elle distingue, par exemple, désir de grossesse et désir d'enfant. Le désir de grossesse pour la femme serait le désir d'être grosse d'un bébé et, ainsi, de confirmer sa féminité et sa capacité à faire des enfants. Inconsciemment, certaines femmes n'auraient qu'un désir de grossesse et pas le désir de maternité qui l'accompagne habituellement. Ces grossesses, où prévaut le désir de plénitude, n'auraient pas d'autre finalité qu'elles-mêmes, avec des difficultés potentielles dans l'établissement futur des liens mère/enfant.

#### **1.2.2.b L'enfant imaginaire**

Un autre élément important, mis en avant au sujet du désir inconscient, est celui de l'enfant imaginaire. L'enfant imaginaire est celui dont toute petite fille a rêvé, l'enfant parfait qui viendra tout réparer, tout combler, répondre au désir absolu : pour la femme, cet enfant est l'objet par excellence. C'est cet enfant imaginaire que la femme désire à chaque grossesse ; seule la rencontre physique donnera son statut d'objet réel à l'enfant. Jusqu'à la naissance, l'enfant reste impossible à se représenter, les techniques modernes d'imagerie ne faisant

qu'alimenter une fantasmagorie. « *Ce que la femme enceinte entoure de ses bras, c'est un ventre, pas un enfant ; un ventre porteur de tous les mystères* » [13, p. 58].

Cet enfant premier, issu des rêves et des fantasmes des parents en devenir, voire de ceux qui, avant eux, ont contribué à la transmission de la vie, est tout sauf un enfant. Il demeurera à tout jamais dans le panthéon des fantasmes infantiles et ne prendra jamais corps, aucune femme ne l'accouchera.

#### 1.2.2.c Au-delà des racines Œdipiennes : versant homosexuel de la maternité

Selon M. Bydlowski toujours, enfanter c'est reconnaître sa propre mère à l'intérieur de soi. Avec la grossesse « *une femme rencontre et touche sa propre mère : elle la prolonge en se différenciant d'elle* » [15, p. 76]. Une femme ne peut devenir mère que par référence à une image maternelle. Traditionnellement, dans de nombreuses civilisations, les femmes qui accompagnent les accouchées en sont un témoin : elles sont l'incarnation symbolique de la mère portant un regard sur sa fille en train de devenir mère elle-même. Cet auteur parle de « *dette de vie* » : en donnant elle-même la vie, notamment la première fois, une femme reconnaît et règle sa dette à l'égard de sa propre mère. Pour une femme, le tout premier enfant, c'est de sa mère qu'elle l'a désiré.

En désirant un enfant, et par la grossesse, une femme reconnaît sa « *dette maternelle* » et accepte de s'identifier à sa mère vieillissante, ce qui l'approche de sa propre finitude ; « *Ainsi la dette à la mère prend corps dans le corps de l'enfant. Dans cet « entre deux femmes » de la maternité, il y a promesse d'un corps déclinant dans le corps renouvelé d'un enfant à naître* » [13, p. 59].

#### 1.2.2.d Autres théories sur l'origine inconsciente du désir d'enfant

Comme nous l'expliquerons plus tard, durant sa grossesse, la femme traverse un état particulier de sensibilité qui provoque, à l'évocation de son enfance, un état de régression psychique qui la conduit à s'identifier à l'enfant qu'elle porte dans son ventre, mais aussi au bébé qu'elle a été. Plus précisément elle s'identifie à une image idéalisée d'elle-même où elle serait l'objet d'amour total et inconditionnel de ses parents.

B. Cramer [18] place l'origine du désir d'enfant dans cette nostalgie du paradis perdu et le désir de retrouver cet état de bonheur. La future mère éprouve donc le désir d'aimer et de soigner son enfant comme elle aurait voulu être aimée et soignée.

### 1.3 Le désir d'enfant chez le futur père

Comme pour sa compagne, il n'y aurait pas, pour le futur père, de grossesse « accidentelle ». Elle serait toujours précédée de désirs, de représentations inconscientes préexistantes, d'une préhistoire.

Un des aspects du désir d'enfant, chez l'homme, résiderait dans la part d'identification féminine, dans la dimension féminine de la paternité [15]. Ce versant féminin et homosexuel, de désir d'enfant ou de fécondation fantasmagorie par son propre père, serait extrêmement refoulé mais reflet de la bisexualité psychique de chaque individu. La

mythologie abonde de récits mettant en scène les désirs de l'homme à l'égard de la maternité et rendent compte du désir de l'homme d'être à l'origine de la création d'un enfant [19]. Dans la mythologie grecque, par exemple, Zeus met au monde Athéna sortie de son crâne ou bien Dionysos qui grandit, lui, dans sa cuisse. Chacun de ces récits exprime un fantasme d'auto-engendrement, d'intervention réelle ou métaphorique d'une femme exclue secondairement et souvent dans la violence, ou bien encore met en scène la fécondation de l'homme par un autre.

Dans la clinique, nous retrouvons régulièrement des somatisations chez le futur père, souvent d'ordre gastro-intestinale. Enfin, dans de nombreuses ethnies, nous retrouvons des rituels de « la couvade » consistant à associer le père à la naissance de l'enfant (mime de l'accouchement, alitement, etc.). Il peut être intéressant de noter que ce rituel de la couvade a également été compris comme un acte permettant au père d'adopter son enfant, d'instaurer une relation père/enfant et d'établir sa filiation, mais aussi comme un rite de substitution. Le père se substitue à la mère et à l'enfant afin de les protéger des mauvais esprits. Ce rituel serait le témoin du refoulement de l'hostilité inconsciente du père à l'égard de la dyade. Le désir agressif est attribué aux démons, tandis qu'il ne reste à l'homme que des sentiments tendres. Cette couvade rituelle montre l'ambivalence où coexistent tendresse consciente et volonté de protéger de l'hostilité inconsciente.

## **2. La parentalité: un bouleversement au sein du couple, ou comment passer de deux à trois.**

Le passage du couple conjugal au couple parental constitue une véritable crise au sein de la relation qui jusque-là était duelle et où s'imisce désormais un tiers. Si la constitution du couple, dans la plupart des cas, avait permis d'aboutir à un certain équilibre impliquant l'accès à une psycho-sexualité adulte génitale, et à une distanciation d'avec la sexualité infantile, l'accès à la parentalité crée un bouleversement certain de cet équilibre. Il existerait un « *véritable télescopage de mouvements psychiques contradictoires, progrédients et régrédiants et ce, aussi bien sur le plan intrapsychique qu'interpsychique* » [67, p. 44].

Il existerait, d'une part, un mouvement progrédient d'identification au couple parental, où chaque sujet du couple quitterait son statut d'enfant pour devenir parent à son tour, bouleversant à jamais les générations. Le futur bébé devient le réceptacle de la transmission des espoirs, des valeurs, des idéaux, de la culture, mais aussi de la vie psychique de chacun de ses parents. D'autre part, nous assisterions à des mouvements régressifs où chacun des nouveaux parents s'identifierait au bébé, le choyant, l'aimant comme lui-même l'a été ou comme il aurait aimé l'être. Dans ce moment de régression, ressurgit toute la problématique du roman familial et des liens premiers que chacun a vécus.

Chaque parent doit également articuler ce double rôle de conjoint et de parent avec cette crainte que le nouvel être arrivant dans le couple n'exclue l'un des membres. Les motions maternelles de chaque partenaire orientées jusqu'à présent sur l'autre membre du couple vont aller se focaliser sur l'enfant nouveau-né. L. Solis-ponton note également un autre élément qui concernerait particulièrement la sexualité féminine : elle serait à la fois

sensuelle et maternelle. « *Ce double rôle de la femme, d'amante et de mère, et sa tendance à mater son amant et à érotiser les liens à son enfant contribuent, dès le début, à faire de la situation à trois un enjeu œdipien* » [67, p. 45]. L'annonce de l'arrivée d'un enfant remet donc au premier plan la question du tiers exclu et remet au travail l'œdipe qui avait trouvé un équilibre jusque-là dans l'organisation de la vie conjugale.

Les questions de l'incomplétude, de la dépendance et de l'exigence d'un nouveau-né, vont également se poser et s'immiscer au sein de l'intimité du couple. Comment chaque partenaire va-t-il répondre à ces questions, mais également comment pourra-t-il garder en tête l'autre, est une question centrale. Des angoisses plus archaïques de fusion et de séparation d'avec l'objet maternel peuvent également ressurgir.

Dans un premier temps, le couple passerait donc par une période de déséquilibre, de mise à l'épreuve, permettant un travail psychique dont l'enjeu serait la constitution d'une triade symbolisante. Durant cette période, la libido de chaque parent, notamment la mère, est centrée sur le bébé. L'autre partenaire a alors une position plus « périphérique » qui lui fait revivre, plus ou moins, des angoisses d'abandon et/ou une certaine rivalité. Dans un second temps, lorsque tout va bien, se mettra en place ce que Michel Fain [24] a nommé « *la censure de l'amante* ». La femme, mais aussi l'homme, se détourne du bébé pour retrouver son partenaire, remettant ainsi l'enfant en place de fruit de la sexualité des parents et non comme partenaire de la mère, ou du père.

### **3. La réorganisation psychique durant la grossesse**

Lors de la grossesse, le désir d'enfant laisse progressivement place à l'investissement de l'enfant. Le futur parent poursuit son travail maturatif, la réorganisation psychique de la grossesse débute.

La grossesse représente une période de crise maturative, intégrative dans la vie du sujet. Tout comme l'adolescence, il s'agit d'une étape de la vie, d'une période de conflictualité exagérée, où conflits latents et anxiété sont réveillés, mais qui possède également ses propres capacités évolutives qui permettent la formation d'une identité nouvelle : celle de parent.

#### **3.1 La transparence psychique**

Selon M. Bydlowski [14], la vie fantasmatique de la femme serait influencée par la grossesse. Cette période de la vie serait marquée par un état de susceptibilité, de transparence psychique où des fragments de l'inconscient viendraient à la conscience. De plus, dès le début de la grossesse, l'équilibre relationnel de la femme serait bousculé. Un certain repli hors du monde extérieur, un état de régression, favoriseraient l'alliance thérapeutique, ce qui offrirait un potentiel formidable à tout espace de soin psychique. M. Bydlowski note, durant cette période, une réactivation du passé qui affleure à la surface du psychisme et une certaine facilité, chez les jeunes femmes, à se remémorer des faits anciens, des fantasmes et des rêveries habituellement censurés. Fantasmes incestueux, thématiques de régression

orale, deuils, et même affect à l'état brut, qui appartiennent à l'enfant que la femme a été, viennent prendre la première place sur la scène psychique. Tout se passe comme si le refoulement protecteur n'assurait plus aussi bien sa fonction. A l'écoute de ces femmes, nous nous apercevons également qu'elles sont souvent plutôt silencieuses sur l'enfant qu'elles portent et que le discours porte plus sur le passé et l'enfant qu'elles ont été. La transparence psychique est donc caractérisée par la résurgence intense de fantasmes régressifs et l'afflux de remémorations infantiles qui contrastent avec l'absence d'un discours centré sur la réalité de l'enfant qu'elles portent. La prise en charge psychothérapeutique de ces futures mères offre un espace où déployer les conflits anciens qui peuvent revoir le jour. « *Donner la parole à l'enfant qu'elle a été l'aide ainsi à restaurer celui qu'elle porte* » [14, p. 97].

Pour expliquer ce phénomène, M. Bydlowski soutient que la grossesse est un nouvel investissement narcissique qui envahit progressivement la psyché maternelle avec une intensité exceptionnelle. Ainsi tous les autres thèmes étrangers à cette nouvelle condition se voient-ils désinvestis et délestés de leur charge libidinale qui les soumettait à la censure et au refoulement ; souvenirs, deuils, fantasmatique autour de la sexualité infantile ... tout se passe comme si plus rien de tout cela n'avait d'importance. Le silence autour de l'enfant attendu, lui, est vu comme un témoin de l'érotisation dont il est l'objet. Il se suffirait à lui-même. « *L'érotisation de la grossesse est une énergie nouvelle qui dévalue ce qui était précédemment érotisé. Cette force est analogue à celle du transfert, mais c'est un transfert sur l'enfant, et le lien ainsi créé restera actif la vie durant* » [14, p. 99].

Après la naissance, cet état de transparence psychique se refermera progressivement pour laisser place à une re-sexualisation des liens sociaux et conjugaux. Il serait difficile de se remémorer cet état qui est souvent soumis au refoulement par la suite.

### **3.2 La préoccupation maternelle primaire**

La préoccupation maternelle primaire est une notion développée par Winnicott [73] qui désigne un état psychique particulier que la future mère mettrait progressivement en place durant la grossesse et qui durerait quelques semaines encore après la naissance de l'enfant. Cet état de sensibilité accrue, comparé à un état de repli, de dissociation, pourrait, en dehors de cette période, faire évoquer un épisode schizoïde. Il faut pourtant que la future mère ait à la fois des capacités psychiques suffisamment bonnes, et soit suffisamment bien entourée, notamment par le père, pour qu'elle puisse être, non seulement capable d'atteindre ce stade d'hypersensibilité, mais encore de s'en remettre. Une des caractéristiques de cet état est que les mères ne s'en souviennent que difficilement lorsqu'elles en sont remises et ont tendance à refouler ce souvenir.

Cette « maladie normale » permettrait à la mère de s'adapter au mieux aux besoins de son nouveau-né totalement dépendant. Ceci nécessite un état de grande sensibilité, une préoccupation centrée uniquement sur l'enfant et une capacité d'identification forte. Seule une mère sensibilisée de la sorte pourrait se mettre à la place de son enfant et répondre à ses besoins. En permettant de répondre au plus près et au plus juste aux besoins de l'enfant et surtout à sa grande prématurité, la préoccupation maternelle primaire permet alors

l'établissement d'un cadre suffisamment bon pour fournir à l'enfant un sentiment continu d'exister et l'établissement d'un sentiment du Moi. Elle protège d'angoisses d'annihilation et permet la « continuité d'être (going on being) ».

### 3.3 La constellation maternelle

D. Stern [69, 70] a proposé le terme de constellation maternelle pour décrire un nouvel organisateur psychique figurant les comportements, fantasmes, peurs, désirs, pensées spécifiques de la femme venant de mettre au monde un enfant. Cette constellation maternelle, fait référence à la constellation Œdipienne, mais s'en différencierait en s'organisant autour de trois types de préoccupation différents et donc de trois discours différents :

- Celui de la mère avec sa propre mère en tant qu'enfant de cette mère,
- Celui d'elle-même en tant que mère,
- Celui d'elle-même avec son bébé.

Ces trois préoccupations constitueraient ainsi une nouvelle triade psychique.

Les thèmes de ces discours seraient centrés autour des préoccupations suivantes, toutes en rapport avec le bébé nouveau-né :

- Suis-je en capacité d'apporter les soins suffisants à la croissance et au développement physique de mon enfant, puis-je assurer sa survie ?
- Est-ce que je peux mettre en place des liens de qualité pour le bon développement psychique de mon enfant ? ces questions concernent tout ce qui a trait à la relation primaire ?
- Arriverai-je à mettre en place des supports nécessaires à l'accomplissement de mes fonctions maternelles ? Serai-je capable de tisser une matrice de soutien et de m'y appuyer ?
- Est-ce que je serai en mesure d'accéder à une certaine réorganisation identitaire qui me permettra d'accéder à la mise en place et au développement de mes fonctions ?

Cette constellation maternelle serait temporaire et durerait de quelques semaines à quelques mois mais serait, durant cette période, l'axe d'organisation dominant de la vie psychique de la mère. L'organisation centrale antérieure, tournée autour de la problématique Œdipienne, ainsi que la pulsionnalité qui lui est liée, seraient reléguées au second plan.

Cette constellation maternelle serait également influencée par la culture et l'époque dans laquelle la mère se trouve. Elle serait unique et propre à chaque mère, normale et indispensable à son accession à la parentalité. Ce serait également une donnée indispensable à prendre en compte par le thérapeute car elle modifie les liens thérapeutiques et les systèmes transférentiels. D. Stern [69] propose de nommer « *le transfert de la bonne grand-mère* » l'attitude induite et développée par le thérapeute dans ce contexte spécifique.

### 3.4 Les modifications psychiques durant la grossesse, chez le futur père

Souvent, durant la grossesse, le père peut apparaître comme exclu, exclu des discours, des représentations, des préoccupations. La maternité est souvent un lieu d'exclusion du masculin et il n'existe aucun lieu consacré à la naissance de la paternité. Pourtant c'est bien le père qui, en actes, est en partie à l'origine de cette grossesse. La naissance à la paternité est également, pour l'homme, une crise maturative, une crise existentielle majeure. Le processus de paternalité qui se met à l'œuvre durant la grossesse vient transformer l'homme qu'il était auparavant. La clinique, bien que peu étudiée jusqu'à maintenant, nous en fournit des exemples fréquents : fuite du futur père au moment de la grossesse, rencontre d'une nouvelle compagne, début de violences conjugales, phobies d'impulsion, couvades, passage à l'acte homosexuel ...

Pour l'homme, la grossesse serait un moment menaçant de réactivation d'angoisses de castration [15]. Si l'enfant est le phallus, c'est la femme qui l'a désormais et l'homme s'en trouverait dépossédé. La grossesse est pour l'homme, comme le pénis pour la femme, une impossibilité anatomique. La mise en corps d'un enfant est la seule mise en acte irréalisable de son désir infantile. La fuite dans la non-paternité serait donc une manière de ne pas renoncer à sa toute-puissance infantile, de rester le fils perpétuel. « *Faute de ne pas pouvoir être mère soi-même, autant n'y être pour rien* » ... [15, p. 106].

Le futur père passe également d'un statut d'enfant à celui de parent. S'il ne pouvait y renoncer, la rivalité s'installerait car il serait alors à la même place que sa descendance ; et « *il n'y a pas de place pour deux enfants à la fois auprès d'une seule femme* » [15, p. 106].

Devenir père est un démenti au sentiment de toute-puissance infantile. Dernier d'une lignée, l'homme se voit détrôné au profit d'un autre issu de lui-même. La vie, le nom, il n'en est plus l'ultime détenteur.

Enfin l'accession à la paternité présuppose que le géniteur accepte l'idée de sa propre mort et, ce faisant, transmette un héritage et un nom à son enfant pour qu'il les porte à son tour. C'est donc se découvrir mortel, être envoyé « *ad patres* », comme le dit le langage populaire, qu'est le prix à payer pour le devenir père. L'homme ne devient père qu'en étant confronté à la mort et à la succession des générations. Accéder à l'ordre des pères, c'est se reconnaître avant tout mortel.

## 4. La construction des premiers liens : un nouveau pas vers la parentalité

### 4.1 La Relation d'Objet Virtuel, ou ROV

La notion de ROV a été introduite par Sylvain Missonnier [54, 55] pour désigner la constitution du lien biopsychique qui s'établit en prénatal entre les devenant parents et ce qu'il nomme « *l'enfant du dedans* ». L'enfant du dedans se situe à l'entrecroisement du bébé virtuel prénatal et du bébé actualisé en post-natal. L'anticipation parentale périnatale, étape

essentielle du devenir parent, se situerait dans une confrontation dialectique permanente entre ces deux bébés. Cette anticipation serait donc basée sur un processus psychique dynamique et adaptatif que S. Missonnier nomme la ROV.

La ROV concerne l'ensemble des comportements, affects, et représentations (aussi bien conscientes, préconscientes qu'inconscientes) à l'égard de l'embryon puis du fœtus. Il s'agirait également d'une relation d'objet qui concernerait toutes les personnes gravitant autour des devenant parents (fratrie, grands-parents et même les professionnels). En fait, S. Missonnier soutient que la ROV s'inscrirait au préalable des autres modalités de relations d'objet (orale, anale, génitale), mais serait, quant à elle, utérine. Elle représenterait donc la matrice de toute la filière ultérieure de la relation d'objet ; elle en serait à l'origine et rendrait possible le dynamisme évolutif futur.

La ROV décrirait un processus dynamique, un parcours, allant de l'investissement narcissique extrême et tendant vers un degré zéro de la relation d'objet, à l'émergence progressive d'un investissement (pré)objectal. « *Au fond cette ROV est une interface entre le devenir parent et le naître humain qui précède - et rend possible - celle de la relation parents/bébé [...]. Elle offre à l'embryon/fœtus la possibilité d'être un mammifère viable pouvant prétendre à « naître humain » au sein d'une ROV suffisamment bonne : la nidation embryofœtale dans une nidification parentale constitue la partition interactive de la ROV* » [55, p. 122].

Il est également intéressant de se pencher sur l'utilisation du mot « virtuel ». Etymologiquement cela signifie « qui n'est qu'en puissance » ; le sens du mot « virtuel » ne s'oppose donc pas à celui de « réel », mais à celui de « l'actuel ». A l'origine, avant sa conception, l'enfant existe « en puissance ». L'actualisation de cette virtualité est au cœur du processus de parentalité. Selon S. Missonnier, cela s'exprimerait aux différents âges de la vie, bien avant la concrétisation du projet d'enfant. « *Quand elle se réalise harmonieusement, cette conception met en œuvre le double sens de son étymologie : contenir l'enfant à venir en le représentant par la pensée et en le formant biologiquement* » [55, p. 126].

S. Missonnier insiste donc particulièrement sur le caractère dynamique et dialectique de la ROV. L'enfant virtuel n'est pas uniquement une incarnation du narcissisme parental tout au long de la grossesse. Le travail psychique du devenant parent est bien plus complexe, évolutif, et aboutit progressivement à une véritable préfiguration de l'altérité objectale de l'enfant à venir. Il parle de « *fonctionnement psychique parental placentaire* », métaphore qui permet de comprendre ce travail de gestation psychique consistant à contenir cet enfant virtuel, et à mettre en place une interaction, au prix d'une renégociation du narcissisme primaire parental dont l'embryon n'est au départ, et uniquement au départ, qu'une incarnation. La métaphore du placenta illustre, à l'image de l'organe, comment la qualité filtrante et contenante du « *placenta psychique parental* » est déterminante pour la genèse de la relation d'objet à l'égard de l'enfant virtuel. « *Du degré de maturation objectale de l'enfant aquatique du dedans dépendra, en partie, l'empathie parentale en post-natal à l'égard du bébé aérien* » [55, p.128-129]. Lors de la grossesse, donc, avec cette objectalisation progressive de la relation, les futurs parents vivent une réactualisation de leurs conflits de séparation, des plus archaïques aux plus élaborés. Nous comprenons pourquoi, avec la transparence psychique de la grossesse, cette période est une période de

crise maturative à haut risque. Les traumatismes anciens, les fantômes, peuvent être ravivés au cours de cette période et mettre en péril la cohésion du virtuel parental et de l'enfant actuel.

Enfin, S. Missonnier décrit trois temps à cette ROV, qui correspondent approximativement aux trois trimestres de la grossesse. Lors du premier trimestre, la mère serait centrée sur la grossesse, puis l'attention évoluerait vers le fœtus, l'enfant du dedans, pour finir au troisième trimestre sur le bébé, l'enfant bientôt du dehors. Ces trois étapes seraient une « répétition » de la relation à venir avec le nourrisson, un premier travail préalable au processus de séparation/individuation.

#### **4.2 L'Espace Maternel de Différenciation et d'Identification Psychique de l'Être Humain Conçu, ou EMDIPEHC**

Dès sa conception, l'être Humain évolue dans un environnement psychoaffectif. Selon Benoît Bayle [1, 4], la femme enceinte développerait un espace psychique de préoccupation maternelle. Cet espace permettrait la nidification et la gestation psychique de l'être humain conçu. L'auteur a nommé cet espace « *l'espace maternel de différenciation et d'identification psychique de l'être humain conçu* » ou EMDIPEHC. Cet espace structurerait déjà la relation des parents à l'être humain conçu, et toute problématique (deuil, traumatisme, etc.) affectant les parents perturberait l'environnement psychoaffectif de l'être conçu. Il fait l'hypothèse, par exemple, que, dans les dénis de grossesse, ce processus fait défaut, ou, plus précisément, se construirait sur un mode inconsciemment actif de déni de l'être créé. L'auteur va même plus loin en expliquant que la création de cet espace est une réaction adaptative du psychisme féminin face à l'intrusion que représente le fœtus dans son espace psychique et corporel. Il évoque un véritable phénomène de « *greffe psychique* » de l'être humain conçu. En s'appuyant sur les travaux de P.-C. Racamier, qui avait noté chez la femme enceinte une modification de la relation d'objet allant, comme chez les psychotiques, à une confusion soi/non-soi, B. Bayle soutient que cette indifférenciation soi/autrui favoriserait cette greffe psychique dans la psyché maternelle, protégeant alors d'un éventuel « *rejet* ». L'auteur reprend alors les termes de S. Missonnier pour désigner cette greffe qu'il nomme « *nidification psychique* ». Une fois cette « *nidification* » réalisée, une objectalisation progressive peut alors se mettre en place au sein de l'EMDIPEHC. Il existerait donc, parallèlement au développement physique du fœtus, une véritable gestation psychique.

La construction de cet espace, en plus d'être modifiée par l'environnement psychoaffectif, serait également influencée par « l'identité conceptionnelle » de l'enfant à naître. En effet, dès sa conception, l'être humain possède une identité en tant « qu'être conçu d'un homme et d'une femme, à tel moment de l'histoire, dans tel lieu et telle circonstance » avec l'ensemble des déterminations psychosocioculturelles que cette définition suppose. Ainsi l'être humain conçu n'est-il pas issu uniquement du narcissisme maternel et de l'enfant imaginaire, mais également de l'enfant réel avec son histoire et son identité conceptionnelle. Dès son origine, il serait un être biopsychique unique et différent, ce qui induirait un phénomène d'intersubjectivation réciproque. L'être humain conçu se subjectivise et se définit en fonction de l'identité et de l'histoire de ceux qui lui donnent la

vie, mais réciproquement il transforme aussi, dans leur propre identité et subjectivité, ceux qui l'ont conçu en les faisant parents de cet enfant unique.

*« Ainsi l'espace psychique maternel se construit-il en empruntant deux directions : celle de la femme devenant mère avec son histoire personnelle, l'histoire de son couple, sa psychologie etc. et celle de l'être conçu et de son identité conceptionnelle singulière », [4, p. 334].*

La conception inaugure un rapport intersubjectif à trois, le père, la mère et l'enfant, chacun transformant l'autre dans son identité. L'être humain conçu posséderait ce que B. Bayle appelle une « *structure intersubjective* ».

### 4.3 La première rencontre : du fantasme à la réalité

S. Lebovici [47] distingue cinq types de représentation que la mère a de son enfant :

- **Le bébé imaginaire** : comme nous l'avons vu précédemment, ce bébé est le produit du désir d'enfant ; c'est le bébé rêvé, idéalisé, supposé tout réparer, tout combler. Il est dépositaire d'une forte valence narcissique et se situe au niveau conscient et préconscient de la mère.
- **Le bébé fantasmatique** : il se situe au niveau de l'inconscient maternel ; il est l'héritier du complexe d'œdipe, source de honte et de culpabilité.
- **Le bébé narcissique** : c'est le bébé du narcissisme de la mère ; il est comme le prolongement corporel et psychique de la mère ; il renvoie, à la mère, sa propre image.
- **Le bébé mythique** : le bébé est porteur de l'ensemble des références culturelles de la mère.
- **Le bébé réel** : c'est le bébé dans sa corporalité propre.

Lorsque le bébé naît, toutes ces représentations se mélangent, s'alternent et influencent les interactions de la mère avec son bébé. Il existe donc une interdépendance des processus de maturation de l'enfant et de la vie imaginaire de la mère ; cette interdépendance va être véhiculée à travers les soins que la mère procure à l'enfant. Nous comprenons comment la construction du monde représentationnel de l'enfant dépend en grande partie des représentations que sa mère s'est forgée de lui en tant que bébé. L. Solis-Ponton a ainsi pu écrire [66, p. 33-34] : *« la naissance du bébé marque un brusque face-à-face avec le bébé réel que la mère doit accueillir sans avoir terminé la gestation du bébé imaginaire, non achevé par définition, et ce, dans la pleine effervescence de ses fantasmes inconscients réactivés par les aspects les plus profonds du narcissisme transgénérationnel et des conflits œdipiens. Cet ensemble de circonstances fait de la période périnatale une phase pleine de vicissitudes et une terre fertile pour les projections inconscientes des parents, ce qui explique la complexité des processus d'harmonisation des premières interactions mère bébé ».*

#### 4.4 La relation d'objet à l'enfant

L'enfant étant un objet d'investissement libidinal pour ses parents, il est, de ce point de vue, intéressant d'aborder la question de la relation d'objet à l'enfant. Dans un de ses articles, Serge Stoléru [71] aborde cette question que nous allons reprendre.

S. Freud décrit comment, au sortir de l'œdipe, les tendances libidinales sont en partie désexualisées et sublimées pour se transformer en motions de tendresse. Or c'est précisément, en grande partie, de sentiments tendres et désexualisés que sera fait plus tard l'amour d'un parent pour son enfant. Mais cette désexualisation n'est en fait que partielle et ce, de manière consciente et inconsciente. A travers les soins portés à leur enfant et au fur et à mesure de son développement psychoaffectif, les parents vivraient une réactualisation de leur propre évolution libidinale. Par exemple au moment de l'allaitement, le fonctionnement psychique maternel serait retraversé par la problématique de l'oralité. Il en serait de même par la suite des autres aspects des pulsions et du développement libidinal.

Mais cette excitation libidinale, remise sur le devant de la scène psychique, est également accompagnée des angoisses et des conflits qu'elle peut susciter. Le parent met alors en place les défenses, les capacités d'élaboration et d'intégration de ses excitations qu'il a acquises lors de phases ultérieures à sa maturation psychique, défenses dont l'enfant n'est pas encore doté. C'est donc de façon très asymétrique, et non en miroir, que normalement parents et enfants sont traversés par ces pulsions. Cette asymétrie se retrouve également dans le positionnement de chacun. Si nous reprenons l'exemple de l'allaitement, la mère est cette fois active face à son nourrisson qui reçoit le sein. L'un des aspects de la psychodynamique de la maternalité et de la paternalité pourrait être défini comme un processus grâce auquel la tendance passive « à être nourri » et « à recevoir » du nourrisson, que fut autrefois le parent, se transforme en une tendance active « à nourrir, donner, secourir ». D'un point de vue psychopathologique, il est important de souligner que les capacités de défense et d'élaboration des pulsions libidinales dont disposent les parents jouent un rôle primordial dans le développement des capacités de défense et d'élaboration des excitations de l'enfant.

Ces excitations libidinales sont de plus accompagnées de représentations fantasmatiques. D'une part, l'interaction des pulsions libidinales infantiles et les rudiments de l'organisation défensive du nourrisson, et, d'autre part, l'organisation libidinale et défensive des parents, constituent l'un des aspects fondamentaux de phénomènes décrits par S. Lebovici sous le nom d'interactions fantasmatiques [46].

#### 4.5 L'accordage affectif

L'accordage affectif est une notion développée par D. Stern [68]. Il s'agit d'un processus de partage intersubjectif des états affectifs entre parent et enfant. Cette compétence, le nouveau parent doit être capable de la mettre en place car, selon D. Stern, il s'agit du « *problème de nature clinique qui a le plus d'incidence sur la connexité intersubjective* » [68, p. 181]. Ainsi ce partage intersubjectif de l'affect permet-il à l'enfant de faire émerger un sens subjectif de soi.

Pour cela, le parent doit être tout d'abord capable de repérer l'état émotionnel de son enfant à travers son comportement. Il pourra ensuite faire une réponse empathique, en écho, mais allant au-delà de l'imitation, qui permettra au nourrisson de sentir que la réaction parentale à son comportement a un rapport avec sa propre expérience émotionnelle de départ.

D. Stern donne l'exemple d'un enfant de huit mois qui désire très fort un objet placé à distance de lui. Pour l'attraper, ce dernier s'étire, se tord sous le regard et les paroles de sa mère qui l'accompagne d'un « oooohhh hisssse » dont la modulation suit les efforts de son fils. Cet exemple anodin montre comment cet accordage affectif infiltre toute la relation ; ce sont ces accordages, enchâssés dans leur contexte, qui colorent la relation et renvoient une impression de « qualité relationnelle ».

L'accordage affectif s'appuie, pour une large part, sur la trans-modalité, si bien que le comportement renvoyé par le parent n'est pas une imitation du comportement de l'enfant, mais est un reflet qui s'accorde avec l'état émotionnel de l'enfant. Ainsi l'accordage est-il une transaction affective qui commence, comme l'empathie, par une résonance affective (nécessitant une capacité d'identification régressive) mais qui en fait quelque chose de différent. « *L'accordage prend l'expérience de la résonance émotionnelle et la refond automatiquement en une autre forme d'expression* » [68, p. 189]. Cet accordage a plus une valeur de communion que de communication dans le sens où il n'a pas pour vocation de changer la conduite ou le comportement de l'enfant. Il se fait le plus souvent inconsciemment ou de façon partiellement consciente.

L'accordage affectif permet également au nourrisson, à travers ses perceptions sensorielles, de faire l'expérience cognitive d'un monde cohérent et unifié. En effet, le parent, bien qu'utilisant un canal sensoriel différent, conserve des propriétés de rythme, d'intensité, de forme permettant de faire le lien entre les deux actions et d'établir une unité de sens.

A partir des accordages affectifs, D. Stern décrit également des processus qu'il nomme « *ajustements* ». Il s'agit d'accordages « *intentionnellement manqués* », c'est-à-dire s'appariant excessivement ou insuffisamment à l'intensité du comportement du nourrisson dans le but d'augmenter ou diminuer le niveau d'affectivité du bébé. Tout se passe comme si la mère saisissait l'état émotionnel de son enfant et le traduisait avec suffisamment de déformation pour transformer son comportement sans aller jusqu'à briser le sens de l'accordage en cours.

Mais les accordages sont aussi l'un des principaux vecteurs de l'influence des fantasmes des parents sur leur nourrisson. Par essence, l'accordage permet au parent de transmettre au nourrisson ce qui est partageable, c'est-à-dire les expériences subjectives qui font partie du champ des préoccupations et du consensus mutuel, et celles qui sont en dehors de ces limites. C'est donc en ayant recours à un accordage sélectif, c'est-à-dire survenant seulement dans certaines situations, que les parents transmettent alors leurs craintes, désirs, interdictions et fantasmes. Les parents choisissent inconsciemment ce sur quoi va porter l'accordage. Le nourrisson, lui, percevra avec acuité que ces états partagés ont un statut spécial, ce qui permet d'atteindre l'union intersubjective. L'accordage sélectif possède donc un véritable pouvoir de communication, il détermine quels sont les comportements acceptables et ceux qui ne le sont pas. D. Stern donne l'exemple de parents s'accordant

uniquement dans les moments d'excitation ou uniquement dans les moments d'apaisement qu'il appelle exthousiasme par opposition à enthousiasme. « *Pour un nourrisson, n'être un partenaire subjectif que dans les moments d'enthousiasme situera les états plus dépressifs d'exthousiasme hors du domaine du partageable, dans l'expérience personnelle. Et à l'opposé, n'être un partenaire que dans les moments d'exthousiasme placera les états d'excitation positifs d'enthousiasme, hors du champ de l'expérience personnelle partageable* » [68, p. 266]. Il s'agit donc d'un modèle de transmission intergénérationnel, notion sur laquelle nous reviendrons plus tard. Mais nous comprenons également comment, à travers ces accordages sélectifs, un « faux self » peut commencer à se construire, le nourrisson percevant, dans le domaine intersubjectif, la part d'expérience interne approuvée par l'expérience interne de l'autre, alors que les parties restantes de son expérience interne n'acquièrent pas la même valeur. L'exclusion de certaines expériences du domaine intersubjectif partageable viendra créer un désaveu ou un refoulement de ces expériences qui pourront plus tard créer un « faux self ». Enfin, selon D. Stern, il s'agit d'une des modalités de transmission du surmoi parental : en n'utilisant pas l'accordage transmodal dans certaines situations, le parent transmet implicitement l'interdit, voire la nécessité de refoulement.

#### **4.6 La fonction contenante**

Lors de ses premières semaines de vie, le bébé s'accroche à des stimulations sensorielles et des sensations (lumière, bruit, sensations digestives internes, etc.) qui maintiennent, durant ce temps, son attention et, par là même, son sentiment d'exister. En dehors de ces moments, nous pouvons imaginer que le bébé est en proie à des vécus de désorganisation et de désintégration où tout vécu d'identité est quasi absent. Ces points d'agrippements, constitués par des objets sensoriels, représentent les premiers objets contenant. Mais ces objets, proches des objets autistiques, ne maintiendront que provisoirement l'illusion d'un rassemblement. Leur utilisation exclusive, sans recours à l'autre, rappelle la position auto-sensuelle et adhésive présentés par les enfants souffrant d'autisme.

Un des rôles primordiaux du parent réside dans sa fonction contenante. Au début de sa vie, le nourrisson serait donc en proie à des angoisses qui menacent son état d'intégration. Nous pouvons nous représenter la vie interne du nourrisson comme une alternance de moments de désorganisation, de dissociation, et de moments où il se sent rassemblé, unifié dans son corps et dans sa vie mentale. Le bébé a besoin de cet état d'intégration et cherche à le maintenir. Si cet état est maintenu avec suffisamment de continuité, il lui donne alors le sentiment continu d'exister. Mais sa capacité à maintenir seul cet état est faible. Toute expérience désagréable, comme la faim, menace cet état d'intégration et fait alors appel à la fonction contenante de l'environnement.

Dans la situation prototypique que constitue le nourrissage, le parent va transformer le vécu chaotique de son enfant en un vécu intégratif où il existe une jonction de toutes les modalités sensorielles. La transformation d'une sensation désagréable en sensation agréable passe par un portage (ou holding) de qualité, une manipulation (ou handling) douce et contenante, une interpénétration des regards, une voix douce et apaisante, un contact avec

le mamelon dans la bouche : tout cela offre à l'enfant une expérience de rassemblement interne, un sentiment moïque, un sentiment d'identité et de sécurité de base, ainsi qu'une première organisation de l'image du corps. Si cette expérience est suffisamment bonne et répétée, avec une rythmicité la rendant prévisible, le bébé pourra alors l'introjecter et peu à peu la retrouver seul, hallucinant alors le sein en l'attendant : c'est le début de la pensée.

T. B. Brazelton [11], dans ses travaux d'observation du nourrisson, a noté comment le rappel d'une seule de ses modalités sensorielles pouvait ensuite suffire à rassembler le bébé en cas de pleurs et de désorganisation. Dans son échelle d'évaluation du comportement du nourrisson, il hiérarchise les modalités d'apaisement, depuis la simple présentation d'un visage associé à une voix douce jusqu'à la prise dans les bras et au berçage, et mesure ainsi la sensibilité d'un nouveau-né et sa capacité à être consolé.

W. R. Bion, quant à lui, a étudié plus particulièrement la fonction psychique de l'objet contenant maternel [8, 9]. Il offre une représentation des interactions entre la psyché maternelle et la psyché naissante du bébé et postule que la naissance de la vie psychique d'un enfant et sa qualité dépendent de la vie psychique de l'objet maternel, c'est-à-dire sa mère, son père ou toute autre personne assurant cette fonction maternelle. Pour cela il développe la notion de « **rêverie maternelle** », c'est-à-dire un état d'esprit sensible, réceptif, capable d'accueillir toutes projections de l'enfant, toutes les identifications projectives bonnes ou mauvaises. Cet état d'esprit permet la **fonction alpha** dont le rôle est de transformer les **éléments bêta** en **éléments alpha**. C'est-à-dire de transformer des contenus psychiques non pensables, à l'état brut, en contenus psychiques disponibles à la pensée. Les éléments bêta n'ont d'autre destin que d'être évacués. Ces « vécus bruts », non symbolisés, ne peuvent ni être mentalisés, ni devenir inconscients, ni être mémorisés. Par sa rêverie interprétatrice, la mère détoxifie les projections du bébé et lui restitue des éléments ayant un sens, une signification. Ceci repose sur des mécanismes d'identification projective où le bébé clive et projette, dans l'objet maternel, une partie de lui qui se trouve alors dans un état chaotique et confus. L'objet maternel reçoit cette partie et, par sa rêverie, transforme l'expérience émotionnelle, utilise sa pensée et sa capacité de symbolisation. La fonction alpha permet ainsi d'appareiller les contenus projetés avec un contenant afin que ces éléments « contenus-contenants » puissent être réintrojetés. Tout se passe comme si le bébé pensait d'abord avec l'appareil psychique d'un autre qui lui permettrait de construire progressivement le sien propre. Petit à petit, l'enfant construit sa propre fonction alpha qui lui permettra ensuite d'interpréter et d'intégrer, seul, ses expériences subjectives.

## 5. Les fonctions parentales maternelles et paternelles

Tout d'abord, il convient de distinguer le père de la fonction paternelle, et la mère de la fonction maternelle, et de considérer fonction paternelle et fonction maternelle en tant que fonctions psychiques. La fonction paternelle ne revient pas seulement au père et inversement. Les fonctions paternelles et maternelles sont à articuler et ce, à l'intérieur de chacun des parents dans ce qui constitue la bisexualité psychique [61].

Nous avons développé précédemment la fonction contenante du parent. Une des caractéristiques de l'objet contenant est justement de coupler harmonieusement fonctions paternelles et maternelles. Les fonctions maternelles concernent la réceptivité, l'accueil des projections, la compréhension, etc. ; et les fonctions paternelles sont la fermeté, la structure, l'organisation des expériences etc. Pour que l'enfant puisse introjecter une image de « *parents combinés bons* », une combinaison harmonieuse de ces fonctions doit exister, non seulement à l'intérieur des objets parentaux, mais également dans l'espace des relations sociales [59].

### 5.1 La fonction maternelle

Les fonctions maternelles d'accueil et de réceptivité ont déjà été développées précédemment ; rêverie maternelle, fonction alpha, préoccupation maternelle primaire, accordage affectif, fonction contenante, sont quelques-unes des qualités que le parent met en place pour instaurer le narcissisme primaire de son enfant et lui permettre une naissance à la vie psychique.

### 5.2 La fonction paternelle

La fonction paternelle, elle, est bien souvent moins développée dans la littérature. Un des aspects premiers de la fonction paternelle est celle d'appui, de support à la fonction maternelle ; par exemple, le père soutient la mère dans l'instauration de sa préoccupation maternelle primaire, il l'accompagne, lui permet cette régression qui la rend disponible à son enfant. Ainsi le père supporte-t-il et contient-il la relation mère/bébé de toutes les angoisses, tensions, peurs et émotions intenses que suppose une telle relation. Il permet également à la mère d'avoir une réassurance narcissique et une confirmation bienveillante dans son rôle de mère [61].

Bien avant de séparer, fonction paternelle souvent mise en avant, le père joue également le rôle de pont. Avant tout, il réunit la mère et l'enfant en assurant les conditions de la rencontre et de la création du lien. L'image du pont qui sépare et qui unit en même temps est parlante à ce titre. La fusion première mère-bébé est irrémédiablement suivie d'une séparation qui permet l'émergence de l'identité propre de l'enfant. Le père soutient la mise en place de ce pont qui unit mère et enfant et permet de passer de la fusion à l'identité, sans risque d'être précipité dans le gouffre qui pourrait naître de la séparation. Salomon Resnik emploie le terme de « *triangle linéaire* » [59] pour décrire cette relation première antérieure au triangle œdipien. La fonction paternelle est gardienne de l'espace où la fonction maternelle pourra se déployer en toute sécurité ; elle permet à la mère et à son enfant de se rencontrer, de communiquer dans un espace protégé des attaques internes et externes.

Sous le terme de fonction paternelle, il est question également du rôle fondamental du tiers. En effet, de nos jours, les pères s'autorisent de plus en plus à prendre part aux soins premiers de l'enfant et participent ainsi naturellement au nourrissage, change et autres activités dit « de maternage ». Les pères peuvent assurer des ajustements et des accordages d'aussi bonne qualité que les mères et être un miroir « suffisamment bon » pour assoir le

narcissisme primaire de leur enfant. Mais un des rôles premiers et spécifique de la fonction paternelle réside dans sa fonction tiercéisante. En effet la mère, par ses états affectifs, ses comportements particuliers vis-à-vis du bébé, lui désigne, lui signifie, qu'il existe un autre dans ce qui devient le triangle primaire père-mère-bébé. Ainsi au sein de la relation homosexuelle primaire en double, elle indique au bébé sa relation avec un autre, un adulte, un adulte sexué, un adulte autre sujet, non double. Elle signifie qu'il existe autre chose qu'un monde marqué par « le plaisir du double ». Cet étranger est porteur de la différence et du plaisir pris dans cette différence. C'est ainsi que commence à s'introduire la différence des sexes et des générations [61].

Enfin, et c'est sûrement l'aspect le plus connu de la fonction paternelle, apparaît, au moment de l'œdipe de l'enfant, la fonction symbolique de castration. Par sa présence, le père marque la différence des sexes et des générations, il introduit l'interdit de l'inceste, il est transmetteur de la loi dans le sens où il y est soumis et la respecte. Mais comme nous venons de le voir, il serait totalement caricatural de réduire la fonction paternelle, et encore plus le rôle du père, à cette seule fonction.

### 5.3 Fonction parentale et couple

Si, dès sa naissance, le bébé est confronté à la triadisation, à la reconnaissance précoce du père et de la mère en tant qu'objets différenciés, il est également confronté à l'objet « couple » en tant que soi. La différence et l'articulation de cette différence au sein du couple ouvrent la porte à la symbolisation. Le bébé perçoit, non seulement un père et une mère différents, qui apportent des choses différentes, mais également l'articulation de l'un à l'autre soutenant la tiercéité.

De plus, lorsque le couple fonctionne harmonieusement, les fonctions paternelles et maternelles de chacun des membres se voient narcissiquement valorisées par l'autre, ce qui permet alors un épanouissement et un renforcement de tous. Le couple est alors le lieu d'une double articulation : l'articulation fonction paternelle/fonction maternelle et l'articulation de l'érotique au parental. M. Fain [24] décrit l'articulation du sein nourricier et du sein érotique lorsqu'il parle de « *la censure de l'amante* ». Albert Ciccone propose, lui, une « *censure de l'amant* », la fonction paternelle effaçant l'érotique du père tourné pour un moment vers un ailleurs mais auquel elle s'articule. « *C'est l'articulation de la différence, bien plus que l'imposition ou la prescription du manque, qui ouvre la voie de la symbolisation et la supporte* » [61, p. 105].

## 6. Mécanismes psychologiques contemporains de la transition vers la parentalité

### 6.1 L'ambivalence

Toute grossesse impose à la femme un travail mental dont une part consiste à gérer l'ambivalence. L'ambivalence entre le deuil à faire de sa situation d'avant la grossesse et la place à donner à son nouvel état et au fœtus.

La haine participe avec l'amour au sentiment d'ambivalence. Elle réside au fond de toutes les relations d'affection et d'amour entre les êtres humains ; selon S. Freud [30], « *la haine en tant que relation à l'objet est plus ancienne que l'amour* ». Toute femme enceinte éprouverait donc un sentiment de haine pour son fœtus, bien avant de l'accepter et de le considérer avec amour.

C'est D. W. Winnicott [72] qui a le premier attiré l'attention sur le sentiment de haine qu'une mère éprouve pour son petit enfant. Comme D. W. Winnicott, François Sirol [65] s'interroge sur l'origine de cette haine et pense que le fœtus est objet de haine car il lève partiellement l'amnésie de l'adulte, vis-à-vis de son infantile, en se plaçant au bout d'une chaîne symbolique qu'il représente, personnifie. Toute représentation qui a été source de haine au cours du développement infantile peut figurer dans cette chaîne symbolique par des mécanismes de substitution et de déplacement, et le fœtus vient au final à la représenter.

Selon F. Sirol, « *le fœtus serait dans cette chaîne symbolique :*

- *Substitution de la représentation de la différence des sexes et de ses vicissitudes (ne pas avoir de pénis pour une femme et ne pas pouvoir enfanter pour un homme,*
- *Substitution de la représentation de l'imaginaire maternel archaïque sadique qui peut tuer les bébés dans le ventre,*
- *Substitution de la représentation de l'objet du deuil c'est-à-dire [...] ce que la mère perd lors de la naissance de son bébé ».*

Le fœtus impose donc, à chaque femme, pour chaque grossesse, un retour aux étapes infantiles de son développement qui ont été source de haine. Chaque grossesse déçoit, rappelle à la future mère qu'elle ne peut pas, par exemple, être à la fois homme et femme.

Mais la haine vis-à-vis du fœtus, puis du bébé, est aussi due à l'ensemble des renoncements que la femme se voit imposer par la situation de grossesse, puis, après, par sa maternité et ceci de manière irrémédiable : transformation du corps, limitation de son activité, dépendance totale et absolue de l'enfant vis-à-vis d'elle, déception et écart entre imaginaire et réalité ... Ainsi D. W. Winnicott et F. Sirol dressent-ils une liste de l'ensemble des raisons qu'une femme peut avoir de haïr son fœtus.

Mais, dans un contexte favorable, cette haine a une utilité, une fonction : elle participe au travail de liaison que nécessite la grossesse. La haine, qu'elle soit refoulée, aménagée, permet au processus de maternité de se mettre en place, en soutenant, entre autres, la mise en place de la préoccupation maternelle primaire ou la constellation maternelle. Ainsi, dans des conditions suffisamment sécurisantes, cette ambivalence va-t-elle participer à la

reconnaissance précoce du fœtus en tant qu'être différencié. Ce travail de différenciation s'opère tout au long de la grossesse à travers des mouvements psychiques oscillant entre rejet et amour.

## **6.2 Le narcissisme**

Dans l'étude des mécanismes psychologiques impliqués dans la transition vers la parentalité, il est important de s'arrêter sur la notion de narcissisme. En effet, le narcissisme parental est impliqué dans l'investissement libidinal de l'enfant par le parent et il est fréquent, en clinique, de retrouver des troubles de la parentalité et de la relation parent-enfant lorsque le parent est porteur d'une défaillance de son narcissisme, voire souffre d'une pathologie narcissique.

### **6.2.1 Parentalité et narcissisme**

Dans son article sur le narcissisme, S. Freud [29] écrit : « *L'amour parental [...] si touchant et au fond si enfantin n'est rien d'autre que la reviviscence du narcissisme parental et, bien que transformé en amour objectal, il révèle son caractère antérieur* ». Les motions narcissiques infantiles du parent sont donc réactivées par l'enfant qui va leur donner forme et réalité.

La parentalité représente un bouleversement et modifie l'équilibre narcissique d'un individu. D'un côté, accéder au statut de parent est une source de satisfaction narcissique : le nouveau parent accède au même statut que ses propres parents et peut s'identifier à leurs qualités qu'il a introjectées. Mais dans un mouvement simultané et opposé, l'individu doit renoncer à son statut d'enfant, unique et merveilleux. Le fait même de dépendre d'un enfant pour accéder au statut de parent est une blessure narcissique à la toute-puissance infantile. Si nous considérons les soins et l'éducation à apporter à un enfant, nous retrouvons cette dialectique entre gratification et frustration dans l'économie narcissique : la fierté parentale de voir son enfant grandir et s'épanouir grâce aux soins apportés s'oppose au renoncement à un certain nombre de satisfactions narcissiques : carrière professionnelle, sorties et amusements, vieillissement du corps de la femme ...

S. Stoléru [71] souligne le fait que l'enfant est l'objet d'un double investissement : d'une part, d'un choix d'objet anaclitique et, d'autre part, d'un choix d'objet narcissique ; par exemple, certaines femmes peuvent dire « *j'attends un enfant* » et d'autres « *je suis enceinte* ». Ce double investissement est présent chez chaque parent, mais c'est l'équilibre entre l'un et l'autre type d'investissement qui varie ; cet équilibre variable est très lié au type des autres choix objectaux d'un individu.

### **6.2.2 Le narcissisme primaire parental et sa transmission**

La grossesse est le moment d'une forte stimulation du narcissisme primaire des futurs parents. C'est cette stimulation, cette réactivation, qui, au moment de la naissance, va leur permettre normalement d'être de bons parents, heureux d'exercer leur parentalité.

Interviewé par L. Solis-Ponton [66], S. Lebovici dira « *Le narcissisme primaire définit la parentalité : pour être parent il faut donner à ses enfants le sentiment d'être vécu par eux comme un enfant désiré* ». En regardant sa mère qui le regarde, l'enfant devient « *sa majesté bébé* » ; en train d'être vue par lui, la femme devient alors mère. Ainsi les parents ont-ils également besoin d'être parentalisés par leur enfant, et l'enfant, en se sentant aimé par sa mère construit, à son tour, son narcissisme primaire. C'est cette boucle interactive positive, basée sur la projection, qui constitue une narration positive dans l'imaginaire de l'enfant.

Selon A. Ciccone, chaque enfant tisse, avec ses parents, un **contrat narcissique** liant les deux générations où l'enfant, comme extension d'eux-mêmes, assied le narcissisme parental et a pour mission d'assurer leur immortalité. L'enfant, en faisant sien cet énoncé fondateur, en y répondant, est alors reconnu de ses parents qui l'inscrivent dans leur arbre généalogique et assurent son narcissisme propre. Lorsqu'il grandira, la mère, ou plus largement le parent, commencera à se détacher de l'enfant afin de ressentir et d'assurer ses propres besoins qu'elle satisfera en assurant sa survie à travers le narcissisme primaire qu'elle a hérité de ses propres parents.

### 6.3 La question de la transmission psychique et de la transgénérationnalité

Une des découvertes majeures du XX<sup>e</sup> siècle, en termes de psychologie, est la question de la transmission transgénérationnelle, c'est-à-dire la transmission inconsciente d'une génération à l'autre, voire à plusieurs générations, de représentations, de problèmes et de fonctionnements psychiques non résolus, insuffisamment élaborés, susceptibles d'entraver le développement et l'harmonie de la personnalité. Cette notion est à distinguer de la transmission intergénérationnelle qui désigne la transmission d'éléments bien élaborés, assimilables par le psychisme de celui qui les reçoit, et qui viennent soutenir un développement psychique harmonieux n'entravant pas sa créativité.

#### 6.3.1 Apports de la psychanalyse sur la question de la transgénérationnalité

La psychanalyse s'est très tôt intéressée à la question de la transmission transgénérationnelle, c'est-à-dire aux mécanismes de transmission qui ne passent pas par l'hérédité du biologique. Pour une large part, cette transmission s'appuierait sur le mécanisme **inconscient** qu'est l'identification [16, 41], à bien distinguer du processus d'imitation conscient. Par exemple, l'enfant qui s'identifie à l'un de ses parents est conscient du résultat de cette identification (faire le même métier que papa, ...) mais il est inconscient du processus qui est à l'origine de ce choix (contrairement à l'imitation).

L'identification primaire aux personnages de la constellation Œdipienne, c'est-à-dire au père et à la mère, tiendrait une place privilégiée. En 1922, dans sa seconde topique, S. Freud décrit la constitution des différentes instances psychiques par la différenciation du Ça en Moi, Surmoi et Idéal du Moi, grâce aux identifications [31]. Pour la psychanalyse, c'est par l'identification que s'introduirait la transmission transgénérationnelle, et ce, d'autant plus que l'identification se fait moins à la personne de l'un des parents qu'à une de ses instances

psychiques. S. Freud précise bien que la constitution du Surmoi, où se logent les représentations des soins parentaux, l'ensemble des règles et des interdits, se forme, non pas par identification aux parents, mais par identification au Surmoi parental ; « *Il se remplit du même contenu, il devient porteur de la tradition, de tous les jugements de valeur à l'épreuve du temps qui par cette voie se sont perpétués de génération en génération* ».

Salma Fraiberg, elle, a décrit ce qu'elle appelle les « *fantômes dans la chambre d'enfant* » [26], c'est-à-dire des éléments du passé des parents qui se rééditent inconsciemment dans la relation actuelle parent-enfant. Cette réédition s'appuierait également sur un mécanisme d'identification : le mécanisme d'identification à l'agresseur. Le parent s'identifierait à une personne de son histoire qui l'a fait souffrir, en même temps qu'il refoulerait les affects liés aux événements qui l'ont fait souffrir. Ce sont ces affects qui feraient leur retour dans la relation du parent à l'enfant, le parent projetant sur l'enfant la souffrance qui a été la sienne et qu'il a refoulée, en le faisant souffrir à son tour. Il s'agit d'éléments, non intégrés dans la personnalité du sujet, qui refont surface, à son insu, dans la relation qu'il établit avec son propre enfant.

Les psychanalystes Nicolas Abraham et Maria Torok ont, eux, mis en avant la notion de « *crypte* » qui passerait par la transmission transgénérationnelle [1]. Ils parlent de « *mécanisme d'identification endocryptique* ». Le sujet se trouverait identifié à un objet incorporé dont le deuil serait impossible et qui constituerait alors une crypte dans son espace psychique. Le deuil serait impossible du fait que l'objet perdu est considéré comme idéal et qu'il existerait un secret honteux le concernant. En s'identifiant à cet objet, le sujet essaierait de maintenir le statut antérieur au traumatisme de la perte. Une crypte peut potentiellement se transmettre d'une génération à la suivante.

Haydée Faimberg a décrit, elle, une « *capture identificatoire* » de l'enfant par ses parents internes réalisant un véritable « *télescope des générations* » [23]. Cette capture conduit l'enfant à assumer une histoire qui n'est pas la sienne. A cause de ce processus d'identification narcissique aux parents intériorisés, l'enfant ne pourrait plus s'individualiser, et représenterait, en quelque sorte, les parties que les parents n'auraient pu, eux, intégrer à leur personnalité. A. Ciccone parle, lui, de « *d'empiètement imagoïque* » [16] pour décrire le processus lorsqu'un enfant est identifié comme réplique, dépositaire ou héritier d'un imago parental. L'imago parental, en tant qu'objet psychique du parent, s'impose ou est imposé comme objet d'identification à l'enfant.

### **6.3.2 Apport du courant interactionniste sur la question de la transmission inter et transgénérationnelle**

Le courant interactionniste a mis en avant le fait que le jeune enfant interagit avec son entourage et n'est en rien passif dans ses relations et ses échanges.

Comme nous l'avons décrit précédemment, les interactions du bébé avec ses parents ont été systématisées en trois catégories : les interactions **comportementales**, **affectives** et **fantasmatiques** [44]. Ces interactions sont un support important de la transmission inter et transgénérationnelle.

A travers les interactions comportementales, celles que l'on peut observer, le parent transmet inconsciemment énormément. Avec les interactions affectives c'est également le cas ; l'enfant s'étaie, par exemple, sur la réaction émotionnelle de sa mère avant de s'engager dans une relation avec un tiers ou dans l'exploration. L'enfant, par ses conduites de référence sociale, va se guider sur la réaction de l'adulte pour évaluer une situation et s'en faire une représentation ; il y a donc là un mécanisme de transmission essentiel. Comme nous l'avons vu précédemment, l'accordage affectif participe également à cette transmission tout en co-construisant l'intersubjectivité dont Trevarthen a montré toute l'importance dès le début de la vie.

Les interactions fantasmatiques, elles, sont tout à fait inconscientes. Elles sont sous-tendues par des projections fantasmatiques d'un parent sur un de ses enfants, qui avive en lui le souvenir refoulé d'un événement traumatique ou d'une relation conflictuelle de sa propre enfance. Il y a là un puissant levier pour les transmissions transgénérationnelles pathogènes. Il existe donc une influence des représentations et des fantasmes parentaux sur les interactions fantasmatiques entre parents et enfants. Cette transmission d'objets, de désirs et de fantasmes inconscients, déterminerait, non seulement la représentation que les parents se font d'eux-mêmes, mais aussi la manière dont ils se comportent avec leurs propres enfants.

Il est néanmoins important de souligner que lorsque l'on se penche sur la question de la transgénérationnalité, il est aisé de ramener la causalité de tout problème affectif d'un enfant à son parent et de se positionner en accusateur. Mais il faut rappeler que la relation de cause à effet est un raccourci dangereux, d'une part, et que, d'autre part, le parent, tout comme l'enfant, subit ces transmissions transgénérationnelles, en est victime et c'est bien malgré lui que passe ce phénomène dans quelque chose que lui-même n'a pu intégrer ; rappelons-le, ce qui se transmet d'un parent à son enfant est avant tout un phénomène essentiel à sa construction psychique. La transmission intergénérationnelle est fondamentale mais parfois mêlée à une transmission transgénérationnelle qui vient en réduire la qualité.

### **6.3.3 Le mandat transgénérationnel**

Le concept de mandat transgénérationnel a été créé par S. Lebovici, à partir des théories systémiques venues des Etats-Unis, et repris dans la clinique de la filiation, et notamment dans son rapport avec la problématique Œdipienne [50]. Il est souvent mal compris, et la notion de « mandat » est confondue avec celle de « transmission » transgénérationnelle.

Le mandat est l'acte par lequel le mandant donne à une autre personne le pouvoir de faire quelque chose en son nom. Il s'agit d'une opération verbale, située donc dans le champ de la transmission par la parole, et donc possiblement partiellement inconsciente.

Selon S. Lebovici, chaque individu, au regard de sa filiation ascendante et descendante, est inscrit dans un « *arbre de vie* » (à ne pas confondre avec l'arbre généalogique, le « *tree of life* » des Anglo-Saxons). Il s'agit d'une métaphore végétale représentant un arbre au feuillage épais et aux multiples racines dans lequel s'inscrit à la fois la filiation d'un individu, ses origines, mais aussi son affiliation, c'est-à-dire sa parentalisation.

L'affiliation est, pour lui, le processus complexe par lequel le sujet va adopter sa tradition, sa culture, ses antécédents. Dans la mesure où il s'agit d'un mouvement ascendant, rétrograde, il y sera aidé par le poids des conflits de sa névrose infantile, et centralement par le poids du conflit Œdipien. Inversement, on rencontre en clinique des enfants psychotiques incapables de s'affilier et, donc, de partager la parole et le patrimoine culturel que lui tendent leurs ancêtres et leurs parents. Ainsi, pour S. Lebovici, l'affiliation se construit-elle à partir de l'influence des conflits infantiles des parents sur le développement de l'enfant : ou bien ce dernier est condamné par « *ses fantômes de la nursery* » [23] à reproduire inéluctablement les conflits infantiles de ses parents avec la génération ascendante, ou bien il aura plus de liberté à l'égard de son mandat et il se développera alors en s'affiliant à la culture dans laquelle il baigne. S. Lebovici en conclut que les règles, qui président à la transmission intergénérationnelle, ne doivent rien au hasard, mais sont celles de la problématique Œdipienne.

#### **6.3.4 La compulsion de répétition**

Des éprouvés et des modalités relationnelles se rééditent dans la relation au bébé. L'enfant tient alors, dans le fonctionnement fantasmatique des parents, la place de la mère et/ou du père du parent. Hélène Deutsch [21] a expliqué comment, pendant sa grossesse, la femme considère son enfant, à la fois, comme une partie de son Moi, et comme un objet extérieur envers lequel elle répète toutes les relations objectales positives et négatives avec sa mère. M. Klein [43] avait également développé ce point de vue en soulignant le fait que la relation de la mère à son enfant se fondait sur ses premières relations objectales. Ainsi, selon le sexe de son enfant, répète-t-elle plus ou moins ses rapports affectifs de la première enfance avec son père, ses oncles et frères, ou avec sa mère, ses tantes et sœurs.

Mais bien que la répétition transgénérationnelle soit bien souvent à l'œuvre, il est important de souligner que tout n'est pas répétition à l'identique. D'une part, l'enfant a sa réalité et ses qualités propres qui interviennent et influencent la qualité des scénarios qui tendent à se répéter ; son sexe, sa ressemblance physique avec tel ou tel membre de la famille, mais également son comportement, sa réactivité, sont autant d'éléments qui rencontrent et influencent la fantasmatique parentale. D'autre part, la compulsion de répétition affecte à la fois les deux parents ; ainsi l'enfant est-il le lieu de projection de deux fantasmatiques différentes ; il est le lieu de croisement de deux histoires, de deux désirs qui, à l'image de ce que produit la génétique, rend ce nouvel individu unique.

## **7. Parentalité et attachement**

Dans la théorie de l'attachement, le « *caregiving* » désigne le système motivationnel qui organise les soins parentaux en réponse aux besoins d'attachement de l'enfant [35]. Il va donc du parent, le « *caregiver* », vers l'enfant. Lorsque tout va bien, le système de l'attachement, lui, part de l'enfant en direction du parent. Ces deux systèmes se répondent donc et ont la même finalité adaptative, à savoir la protection et la survie de l'enfant, le garder dans un état organisé afin qu'il puisse explorer et se développer.

Le caregiving est un système d'alerte qui s'active lorsque le parent perçoit que son enfant est en situation de détresse et vise à rétablir une proximité physique et psychologique afin de répondre à ses besoins et de lui fournir une protection. Il est activé par des signaux spécifiques (verbaux, extra-verbaux, contextes dangereux ou stressants) et entraîne des comportements « corrigés quant à leur but », c'est-à-dire adaptatifs, modifiables en fonction de la situation et du comportement de l'enfant (par exemple, se rapprocher, appeler l'enfant, le prendre dans les bras, le bercer, etc.). Lorsque cette proximité est rétablie et que le parent perçoit que l'enfant est apaisé, le système est mis en veille. Le caregiving est associé, chez le parent, à des émotions spécifiques, comme le plaisir et le soulagement quand il parvient à protéger son enfant et à la colère, la peur, l'angoisse quand ce n'est pas le cas. Il est organisé par un système de représentations mentales, une sorte de « postulats » appelés modèles internes opérants (MIO) de caregiving. Ces postulats concernent la capacité des parents à lire et à comprendre les signaux, leur volonté de répondre aux besoins d'attachement de l'enfant et l'efficacité de leur stratégie de protection. Normalement, chez des parents présentant un attachement sécurisé, il y a synergie entre le système d'attachement de leur enfant et leur système de caregiving ; l'un favorise la pleine expression de l'autre. Mais chez les parents insécures, le système d'attachement de l'enfant ne joue pas son rôle facilitateur de l'expression du caregiving ; il peut même y avoir, chez les parents désorganisés, ou lors d'un stress intense, une compétition entre les deux systèmes motivationnels ; le propre système d'attachement des parents prend alors le dessus sur leur caregiving.

Pour que le parent ait un caregiving sécurisant, c'est-à-dire permettant la construction d'un attachement sécurisé chez son enfant, il faut qu'il déploie un engagement et un sentiment de responsabilité dans la protection de son enfant, une motivation à vouloir instaurer une relation durable avec l'enfant. Il faut également qu'il ait une capacité à percevoir, comprendre les signaux envoyés par l'enfant, notamment les signaux émotionnels (angoisse, colère, chagrin), et à y répondre. La sensibilité aux émotions négatives est caractéristique du « *caregiving sensible* ». Dans un caregiving sécurisant il existe une capacité parentale réflexive où le parent exprime qu'il a compris l'état émotionnel de son enfant tout en apportant une solution concrète à ses difficultés. Le parent montre cette sensibilité en verbalisant l'émotion ou, sur un registre infraverbal, en créant un effet de miroir, c'est-à-dire en exprimant le même registre émotionnel, ce qui permet à l'enfant de se sentir « validé », compris dans l'expression de son émotion, tout en modifiant suffisamment son expression pour que l'enfant comprenne bien que le parent n'est pas submergé par cette émotion, ne la vit pas. La sensibilité aux besoins d'attachement s'exprime, non seulement par une disponibilité émotionnelle, une capacité à consoler et reconforter, mais aussi par une capacité à n'intervenir que si l'enfant demande de l'aide, sans interférer, et même en soutenant le système d'exploration. Il doit exister une sensibilité à l'équilibre exploration/attachement.

Le système de caregiving se construit tout au long de la vie ; il est le produit de l'interaction complexe de nombreux éléments, biologiques et environnementaux. Le petit enfant commence à se faire une représentation des soins à donner à l'autre à travers l'expérience des soins parentaux qu'il a eus ou se voit donner. Les modèles familiaux jouent un rôle prépondérant dans le développement du caregiving pendant l'enfance. Au moment de la

puberté, la poussée hormonale pourrait initier l'instauration d'un caregiving mature pendant que les représentations du sujet commencent à évoluer allant de l'enfant « attaché à » vers l'adulte « prenant soin de ». Cette transition vers un caregiving mature est également influencée par le contexte culturel et, encore une fois, l'expérience antérieure. La construction des MIO du système de caregiving, c'est-à-dire la représentation des soins parentaux, se construit donc progressivement et parallèlement à celle des MIO du système d'attachement. Mais le système de caregiving se développe surtout durant les périodes de la transition vers la parentalité, c'est-à-dire durant la grossesse et au moment de la naissance de l'enfant. Là encore, il existerait une interaction de facteurs psychologiques, sociologiques et biologiques. Si nous prenons l'exemple des facteurs biologiques, les hormones libérées durant la grossesse, l'accouchement et la lactation, représentent l'un des déterminants des soins parentaux. [10, 52].

Le système représentationnel du caregiving est influencé par le système représentationnel de l'attachement du parent. En effet, par exemple, la perception des signaux de besoin d'un enfant est influencée par le type d'attachement présenté par le parent. Le type d'attachement du parent jouera donc sur l'activation du système de caregiving. Mais les discontinuités de transmission, que ce soit dans le sens sécuritaire comme insécure, évoquent que le caregiving n'est pas uniquement lié au système d'attachement parental. Une mère, qui présente un attachement insécure, ne présentera pas obligatoirement un caregiving insécure. Le « *bonding* » influence également le caregiving et en est un puissant facilitateur ; il s'agit du sentiment d'être indispensable à ce bébé, d'avoir un lien particulier avec lui. Il se met en place chez la mère après l'accouchement et déclencherait la formation du lien mère bébé. Le *bonding* serait favorisé, entre autres, par l'ocytocine sécrétée durant l'accouchement et la lactation [35] ; l'ocytocine intracérébrale est sécrétée sous l'influence de divers stimuli sociaux, dont la présence du bébé, le contact peau à peau, le réflexe de succion ; l'ocytocine interagit avec les systèmes de récompense/plaisir, notamment la dopamine, ce qui renforce positivement l'expression du caregiving.

Les représentations culturelles jouent également un rôle sur le caregiving à travers l'influence des normes socioculturelles en matière de soins et d'attention portés à l'enfant. Les conditions de la naissance influencent également le caregiving par la représentation que la mère s'en fait. Mais l'enfant lui-même intervient ; son apparence physique, son comportement, sa consolabilité, sa capacité à être en lien, constituent des puissants stimuli du caregiving. Nous comprenons alors comment une séparation précoce, une prématurité, avec les conséquences que nous savons sur l'aspect physique et les compétences du nouveau-né, peuvent entraver l'engagement dans le caregiving. L'enfant aurait la capacité de rendre sa mère capable de modifier ses représentations concernant l'attachement. En termes Piagetien, nous pouvons dire que la mère « assimile » son expérience actuelle avec son enfant à ses représentations du passé ; elle va « accommoder » ses représentations à la réalité présente : de nouvelles représentations du caregiving peuvent s'élaborer à partir de l'expérience actuelle de caregiving.

Enfin, les facteurs sociaux et environnementaux influencent également l'expression du caregiving. Un entourage étayant, la présence d'un conjoint, une bonne insertion sociale favorisent les capacités de la mère à prendre soin de son enfant. Au contraire un état psychologique défavorable (dépression du post-partum, état de stress post-natal), des

événements ou un environnement stressants, peuvent entraver le déploiement du caregiving.

Au final le système de caregiving, dans son rôle de protection, de prendre soin de l'autre, de le consoler, le soutenir dans son exploration, est une tâche extrêmement complexe allant bien au-delà du simple fait d'aimer son enfant. Sa dynamique complexe impliquant l'intrication de nombreux facteurs aussi bien psychologique, sociologique que biologique, son interaction avec les autres systèmes motivationnels, en particulier celui de l'attachement, fait de sa compréhension un élément essentiel pour éclairer les difficultés de la parentalité.

## 8. Pathologie de la filiation

Outre les dysparentalités, des pathologies de la filiation ont été décrites : délire de filiation, psychose puerpérale, réaction psychopathologique à l'IVG, à la contraception, à la stérilité, à l'insémination artificielle ... Toutes ces situations ont en commun la mise en cause de la relation de filiation et du processus de filiation. C'est à travers l'analyse de ces situations que Jean Guyotat a mis en avant le concept de « *filiation narcissique* » [36, 37].

Selon lui le « *lien de filiation* » désigne « *ce par quoi un individu se situe, consciemment ou non, et est situé par le groupe auquel il appartient par rapport à ses ascendants et descendants réels ou imaginaires* » [39, p. 17]. Ce lien peut être explicite, hyper investi, implicite, renié ou méconnu mais tout individu a affaire à lui.

Ce lien de filiation se structure en deux axes [38] :

- **Le lien de filiation institué** : il désigne ce qui, dans le lien de filiation, est le résultat d'une convention instituée du groupe. C'est ce qui fait que tel enfant est désigné comme « fils de » ou « fille de ». Le terme de filiation institué dépasse le rattachement à tel ou tel parent pour faire référence à une forme d'organisation du groupe. Il implique la notion d'origine, et de position par rapport à l'origine, à travers la chaîne des générations. Il permet de se définir à partir d'un réseau symbolique en tant que fils, père, fille, mère avec évidemment la transmission du nom, des biens, de l'autorité parentale, etc. Nous pouvons parler d'une inscription symbolique instituée de la filiation, dont le droit, la définition juridique, sont les plus typiques.

Ce lien de filiation institué se manifeste dans le discours du groupe, c'est-à-dire à travers les « institutions langagières », mais également à travers les « institutions non langagières » comme les usages, les règlements juridiques, les règles d'appartenance à telle ou telle famille, les droits à l'héritage etc.

Il peut exister de nombreuses singularités de ce lien de filiation institué : absence ou décès du père, changement de patronyme, absence de descendance, enfants posthumes, filiation des prénoms, des noms, mésalliance (au sens de manquement aux conventions), toute situation vécue par le sujet comme une mise hors filiation : être déshérité, ne pas être averti d'un événement important concernant la filiation instituée ...

- **Le lien de filiation narcissique** où se trouve captée, selon J. Guyotat, la dimension imaginaire de la filiation. C'est ce lien de filiation narcissique qui serait prépondérant et prendrait le pas sur le lien de filiation institué dans les pathologies de la filiation.

L'étude de la structure des délires de filiation apporte un éclairage sur l'organisation fantasmatique de la filiation et de son rapport au réel. Si nous nous appuyons sur la clinique, nous retrouvons quasi systématiquement, dans ces délires, des traits dysthymiques : une position mégalomane accompagnée d'une évolution d'allure souvent maniaco-dépressive. Ces délires seraient également caractérisés par une sémiologie délirante productive, très riche, avec de fréquents phénomènes de télépathie, d'intuition, de transmission de la pensée mais aussi, bien souvent, d'un besoin de réparation, de soigner, d'intervenir magiquement sur autrui et son corps. Cette toute-puissance de la pensée, les actes magiques sur le corps des autres, renvoient à un positionnement infantile où l'enfant ne ferait qu'un avec sa mère qui le devine, et inversement. Ces caractéristiques, organisation maniacodépressive, toute-puissance renvoyant au positionnement infantile, peuvent être interprétées comme se rapportant à un trouble de l'économie narcissique. Il s'agirait donc, dans ce type d'organisation de la filiation, de maintenir une prévalence du fonctionnement narcissique, et du choix d'objet narcissique, dans le lien de filiation.

De plus, si nous nous penchons sur l'histoire réelle de ces patients, nous retrouvons fréquemment une anomalie de la filiation instituée. Nous pouvons donc dire que, structurellement, le délire de filiation se constituerait autour d'une atteinte de la filiation instituée par où s'engouffrerait l'inflation narcissique. Il existerait un véritable système de filiation narcissique où se trouverait captée la dimension imaginaire de la filiation. A la différence du roman familial décrit par S. Freud, et caractérisant les patients névrosés, dans les délires de filiation, il y a atteinte de l'institution langagière et non langagière, atteint du sens symbolique. Comme il n'existerait pas de distance entre le mot et la chose, le trouble de la filiation, faute d'être symbolisé, passe dans la réalité du patient.

Par ailleurs, dans ces situations cliniques, nous notons fréquemment un intérêt du patient pour sa généalogie ou, au contraire, un refus ou une méconnaissance étonnante. Il s'agira, par exemple, d'importantes erreurs de dates. Sur la généalogie, nous retrouvons souvent des non-dits, des silences et des exclusions. Souvent également, des situations vécues par les générations précédentes sont fantasmées par le patient qui en a l'intuition. Lorsque nous repérons ces indices au cours d'une prise en charge, il est important, voire thérapeutique, de travailler cette généalogie avec le patient et de vérifier ces fantasmes. En effet lorsqu'un événement historique concernant la filiation instituée, fonctionne comme un fantasme, ou au moins comme un non-dit, il maintient alors une situation psychotisante ou, du moins, un type de fonctionnement magique de la relation. Ce qui est non-dit est actif dans l'ombre et favorise la toute-puissance de la pensée. Derrière ces manques, c'est la filiation narcissique qui est à l'œuvre. De plus, nous pouvons considérer que lorsque nous travaillons le lien de filiation institué, il existe une valeur thérapeutique en nous. En effet, le lien de filiation institué nécessite un travail mental du sujet sur lui-même. Il doit se construire une représentation de sa situation par rapport à ses parents : comment se relie-t-il à ses ascendants et descendants éventuels ? Mais si un sujet parvient à faire cette construction, parvient à se donner un nom et à se considérer « fils » ou « fille de », ce travail se fait en lien avec la façon dont ses parents conçoivent leur propre filiation, laquelle est elle-même en lien

avec ce qu'ils ont reçu de leurs grands-parents. Il existe donc toute une chaîne de connexion qui se construit et nous pouvons dire que, sur le plan cognitif, le lien de filiation est un organisateur mental. Lorsque nous travaillons ce type de lien avec ces patients, nous proposons une organisation mentale à valeur thérapeutique qui vise à réduire l'inflation narcissique.

Le lien de filiation narcissique présente plusieurs caractéristiques qu'il est intéressant de repérer dans le discours du patient, qui orientent alors vers une pathologie de la filiation :

- Tout d'abord, la filiation narcissique fonctionne à partir du mythe de l'unicité des origines ; il n'existe plus de différenciation des sexes mais un système unisexué, parthogénétique, caractérisé par le redoublement des générations. Tout se passe comme si, au lien de filiation institué, était étroitement intriqué un lien narcissique de reproduction du même. Ce système serait un fantasme qui serait une défense contre la mort : il s'agit d'un fantasme d'immortalité. Dans ce système de filiation narcissique, il y aurait une sorte de transmission en direct, qui ne serait plus modélisée par le symbolique de la filiation instituée. Des choses qui auraient eu lieu également dans les générations antérieures traversent le psychisme du sujet sans être assimilées.

Certaines situations cliniques favorisent ce système de filiation narcissique ; par exemple, un manque du côté du père dans la filiation instituée sur plusieurs générations, aboutit à une sorte de « transmission par les femmes ».

Nous retrouvons un exemple de ce principe dans certaines psychoses puerpérales où il y aurait un maintien de l'enfant imaginaire aux dépens de l'enfant réel. Cet enfant imaginaire ne serait plus « l'enfant idéal, rêvé », mais le représentant traversant l'individu de la filiation narcissique. De même, certaines stérilités psychogènes se maintiendraient pour garder intacte cette filiation narcissique. Dans cet exemple J. Guyotat [37] note que, paradoxalement, la prescription de contraceptif permettrait, par un acte dans la réalité, d'amener à faire découvrir à cette femme, que son mari joue un rôle dans la fécondation, et qu'elle n'est pas la seule à transmettre la lignée, dans un postulat narcissique exclusif.

- L'organisation narcissique de filiation s'étaie également sur le corps et son image. Il existerait une représentation de cette filiation passant par le corps, figurant la proximité métonymique du corps de l'enfant et du corps de la mère. Ceci renvoie à l'adage romain « *mater certissima, pater incertus* » : seule la mère est certaine car c'est de son corps que l'enfant sort. Ce système de filiation s'appuie sur l'ordre de « l'évidence visuelle », il n'est pas le résultat d'une convention instituée. La filiation narcissique a d'autant plus besoin de s'étayer sur le corps qu'elle fonctionne au niveau de l'imaginaire et est affranchie de toute convention instituée, notamment langagière. Ainsi selon J. Guyotat [37, p. 645] « *filiation imaginaire et filiation de corps à corps fonctionnent comme un bipôle tel que ce qui se passe au niveau du corps a son double au niveau de l'imaginaire. Ainsi toute répétition d'atteintes somatiques (interventions chirurgicales à répétition) fonctionne comme étant en relation métonymique de corps à corps. Les atteintes somatiques se situent les unes par rapport aux autres comme des enfants sans père, non seulement dans l'histoire d'un même individu, mais aussi de génération en génération comme si l'atteinte somatique d'un parent passait dans le*

*corps même de l'individu qui en est le descendant* ». La marque dans le corps fonctionnerait comme la réalisation dans le corps de la toute-puissance des pensées, comme une coïncidence, comme un redoublement dans le réel de ce qui est dans l'imaginaire (bipôle réel-imaginaire). Lorsque qu'un patient présente ce type de pathologie, ainsi qu'une atteinte somatique, il est intéressant d'essayer de comprendre si le sujet ne vit pas les choses de cette manière, car, pour l'inconscient du patient, étiologie somatique équivaldrait à filiation. C'est comme cela que serait vécu l'enchaînement éventuel des différentes lésions somatiques (chez un même individu ou sur plusieurs générations).

- Le système de filiation narcissique tiendrait particulièrement compte et mettrait en avant les « correspondances et les coïncidences ». Classiquement, J. Guyotat évoque les coïncidences mort/naissance qui engendreraient une représentation de la filiation du type : une mort engendre une naissance. Mais il faut également noter un hyper-investissement des coïncidences de dates, d'anniversaires, de dispositions des lieux. Parfois ces coïncidences sont imaginaires et se retrouvent dans le discours du patient à travers des confusions de dates.
- Enfin, la filiation narcissique serait caractérisée par une organisation où règne une sorte de perte des limites du Moi dans le temps. Ce qui est vécu à la génération précédente passe comme une sorte d'inclusion dans le fonctionnement psychique du sujet. Tout se passe comme s'il n'y avait plus de temps institué. Nous retrouvons des erreurs de dates, des confusions dans le temps, des projections temporelles dans le passé ou le futur.

C'est à travers la filiation narcissique que nous pouvons comprendre la transmission des traumatismes qui traversent les générations sans pour autant être symbolisés. Parmi ces traumatismes, nous retrouvons tous les événements dits « symbolicides », c'est-à-dire qui détruisent le réseau symbolique, donc le lien de filiation institué.

Il y a, par exemple, la question des enfants morts. Lorsque nous retrouvons, dans l'histoire familiale d'un patient, un enfant mort, la filiation narcissique serait particulièrement à l'œuvre, notamment avec son système magique de reproduction du même. Il n'est pas rare, à la naissance d'un nouvel enfant, d'entendre une tentative de retrouver l'enfant mort dans le corps de l'enfant nouveau-né. Ces personnes seraient conduites à retrouver des stigmates dans le corps qui prouvent la continuité entre l'enfant mort et l'enfant à venir. Nous retrouvons un système où tout se passe en fonction de la reproduction du même et non pas en rapport avec un système symbolique.

Dans les événements symbolicides, nous pouvons également citer les doutes sur une paternité, une mort prématurée des parents, un changement de patronyme mal représenté, le fait de donner à un nouveau-né le prénom d'un enfant mort, un suicide. Il ne serait pas rare, en effet, de retrouver des fantasmes de reproduction du même dans les familles où un suicide a eu lieu. Enfin, il y a la coïncidence mort/naissance ; le décès d'une personne proche survenant dans le même temps qu'une naissance peut avoir parfois de graves répercussions psychopathologiques. Il en est de même lorsque

survient, neuf mois après un décès, la naissance d'un enfant. Il existe de célèbres exemples à l'image de Salvador Dali ou de Van Gogh.

Il y a donc des phénomènes qui sont traumatiques ; leur aspect symbolique représente justement l'aspect traumatique. Il y a traumatisme lorsque la filiation narcissique l'emporte sur la filiation instituée et symbolique.

## Partie C : ILLUSTRATIONS CLINIQUES

---

A travers les cas cliniques que nous allons détailler, nous verrons, dans un premier temps, comment l'accession au statut de parent vient véritablement bouleverser l'équilibre psychique préétabli et quels sont alors les questionnements propres à chaque patient qui peuvent refaire surface. Les traumatismes, les problématiques du lien à l'autre, le narcissisme, l'Œdipe, sont autant de thèmes remis au travail. Nous verrons comment ces questions qui ont marqué l'histoire du sujet, avec un impact plus ou moins fort en matière de psychopathologie, une fois réactualisés, peuvent entraver le processus de parentalité mais comment, également, cette accession à la parentalité possède un potentiel de transformation intrinsèque.

Afin d'illustrer cela, nous nous appuierons sur trois situations cliniques de jeunes mères présentant une pathologie limite. A titre de comparaison nous verrons ensuite le cas clinique d'une jeune maman névrotique et nous nous pencherons enfin sur le cas d'une mère schizophrène. Nous verrons comment, selon le pôle d'organisation de la patiente, les capacités de contenance, d'élaboration et de symbolisation sont différentes et comment une reprise des traumatismes est plus ou moins possible. Nous verrons comment le destin des pulsions violentes et agressives est bien différent selon les différentes économies psychiques. Chez une patiente névrotique, la peur du passage à l'acte peut rester contenue dans le fantasme et la pensée, elle peut se dire et est symbolisable ; une patiente état limite peut y avoir parfois recours ; c'est un risque à prendre en compte ; une patiente psychotique peut, elle, passer par l'acte.

## 1. Mme D et Kevin, ou le défaut de contenance

### 1.1 Présentation du cas

Lorsque nous rencontrons Mme D pour la première fois, elle vient d'accoucher prématurément d'un petit garçon, Kevin, son premier-né. Elle demande à nous voir car elle voudrait allaiter malgré un traitement neuroleptique à visée thymorégulatrice. Elle nous dit être bipolaire et « *état limite* » et nous explique être suivie dans le CMP de son secteur depuis peu. En effet c'est peu de temps après avoir appris qu'elle était enceinte qu'elle a déménagé de sa ville natale et quitté sa famille pour être avec le père de son enfant. Auparavant elle n'habitait pas avec lui et était en couple depuis quelques mois. Cette grossesse nous est présentée comme « *un accident* », mais dont l'annonce lui aurait apporté beaucoup de joie car nombreux seraient ceux qui ne la croyaient « *pas capable de devenir mère* » nous expliquera-t-elle plus tard. Mme D était suivie auparavant dans un hôpital de jour depuis de nombreuses années. Elle ne travaille pas.

Lorsque nous rentrons dans sa chambre, Mme D est seule ; Kevin, lui, est hospitalisé en néonatalogie. Mme D est une jeune femme de 27 ans, brune, les cheveux frisés. Elle est assez forte, sa peau est acnéique. Sa présentation voutée et les vêtements qu'elle porte font penser que Mme D a désinvesti son corps depuis longtemps. Par contre, lors de cette première rencontre, Mme D est très souriante, très avenante envers les psychiatres que nous sommes. Elle semble d'emblée en confiance et répond à nos questions sans réticence. Un lien fort semble tissé dès cette première rencontre. Nous y voyons là une caractéristique de son trouble de personnalité mais aussi le fait que nous semblons incarner quelque chose de familier dans ce monde si étranger, quelque chose qui la rassurerait.

Selon elle, Kevin irait très bien, il ne présenterait pas de problème de santé particulier, mise à part sa prématurité. En tout cas, Mme D ne semble se faire aucun souci ; elle nous dit en peu de mots que tout va bien, que l'accouchement s'est bien passé et qu'elle n'a aucune inquiétude. Sa demande est purement pratique ; elle souhaite changer de traitement afin d'allaiter.

Lorsque nous cherchons à en savoir un peu plus, nous apprenons que, durant sa grossesse, elle n'aurait pas bien pris son traitement qui a été modifié au moment de l'annonce de son état. Mme D nous dit l'avoir souvent oublié ou en « *avoir eu marre* » de le prendre ou bien encore ne pas le trouver « *aussi bien que celui dont elle avait l'habitude* ». Nous comprenons que son suivi a été irrégulier depuis son déménagement et que les liens d'étayage fort qu'elle avait tissés depuis son adolescence avec son hôpital de jour ont été rompus. Sa grossesse, elle, semble avoir été marquée par un repli sur soi, une grande variabilité d'humeur et globalement une charge anxieuse importante entraînant des disputes fréquentes avec son compagnon. Mme D nous dit avoir surtout beaucoup dormi et être très peu sortie. L'humeur était globalement triste et Mme D présentait surtout une anhédonie, un apragmatisme et une aboulie. Lorsqu'elle était trop mal, elle pouvait rester couchée toute la journée à écouter de la musique. Mais, mise à part cette description très pauvre et factuelle de son quotidien, Mme D ne peut pas nous parler de son monde interne, de ses inquiétudes, de ses angoisses, de ce qui la traverse d'une manière générale. Ce syndrome

dépressif ne semble pas accompagné de rumination anxieuse ni de préoccupation particulière, juste un vécu émotionnel subi de manière très passive. L'inquiétude que nous ressentons à l'écoute de son histoire, de son parcours de grossesse, et la préoccupation que nous avons d'emblée vis-à-vis des liens qu'elle pourrait tisser avec Kevin et pour sa santé psychique, ne semblent portées que par nous seuls.

En ce qui concerne la question de l'allaitement, Mme D nous explique qu'en fait, durant toute sa grossesse, elle s'était imaginée ne pas allaiter mais que depuis ce matin elle se disait qu'elle aimerait bien « *être comme les autres* » et ne pas faire en fonction de son traitement. Au vu de la fragilité et la nouveauté de cette demande, et dans une période de vulnérabilité et de risque de décompensation, nous expliquons à Mme D qu'il semble délicat de modifier, ce jour, son traitement de fond. Une anticipation aurait été plus prudente mais aujourd'hui le risque de décompensation semble trop important par rapport au bénéfice potentiel de l'allaitement, au vu notamment de la description qu'elle nous a faite de sa grossesse. Mme D acceptera en fait très facilement ce fait. Nous lui proposons néanmoins de la suivre durant son séjour à la maternité, ce qu'elle accepte également.

Dans un premier temps, durant tout le séjour de Kevin en néonatalogie, séjour qui a duré cinq jours, nous sommes surpris des capacités de maternage de cette maman, qui moyennant un regard bienveillant, un discours soutenant des puéricultrices, parvient à s'occuper de son fils de manière adaptée et même tendre. Le portage est minutieux, elle y porte beaucoup d'attention, des paroles douces sont présentes, les regards de la mère et du bébé s'interpénètrent ...

Mais après une semaine, Mme D et Kevin se retrouvent tous les deux en unité Kangourou. Dans cette unité la patiente ne peut recevoir de visites mise à part celles du père. Mme D se retrouve donc pour la première fois en tête-à-tête permanent avec Kevin.

Le papa de Kevin, lui, semble assez présent d'après les soignants. Pour notre part, nous avons plutôt des difficultés à le rencontrer, ce qui est également le cas de l'assistante sociale qui accompagne également cette famille pour des soucis financiers. Il semblerait que la confrontation à certaines réalités lui soit difficile. Lorsque nous rencontrons Monsieur pour la première fois, nous nous apercevons que ce dernier fait assez jeune dans sa présentation mais est plutôt de bon contact. Il travaille, semble bien inséré socialement, n'a pas de soucis psychiatriques en particulier. Mais la question de la psychiatrie lui fait visiblement peur. Il est dans un déni complet des troubles de sa femme, les minimise. Se sentant vite intrusé par notre présence, Monsieur se montrera rapidement distant, expliquant que ce sont probablement les médicaments et l'environnement de l'hôpital qui mettent sa femme en difficulté. Il sous-entend que nous pourrions être là pour les surveiller et placer Kevin en cas de problème.

Avec Kevin, par contre, Monsieur se montrerait assez attentionné, Mme D lui déléguant facilement les soins comme le bain ou les biberons. Ce sont les soignants qui nous rapporteront ces faits car en notre présence, Monsieur se montre plutôt inhibé et ne prendra jamais son fils dans les bras.

Au sein de l'unité Kangourou, durant les douze jours de l'hospitalisation de Kevin, l'équipe assistera petit à petit à une dégradation de l'état psychique de Mme D, dégradation qui entravera grandement la qualité du lien à son enfant. Mme D, par exemple, descend fumer

de plus en plus souvent et s'absente de longs moments, ne prévenant parfois pas de son absence et laissant Kevin seul dans sa chambre. Elle se plaint d'être très fatiguée et dort jusqu'à 11 h tous les matins, un casque sur les oreilles, ne nous entendant pas quand nous entrons dans sa chambre. Mme D se plaint également d'être très anxieuse, ce que nous constatons à plusieurs reprises. En effet Mme D pouvait montrer, par moment, une tension interne importante mais toujours très pauvre, ses affects semblaient systématiquement déliés de toute pensée. Son humeur et son contact étaient très variables et nous ne savions jamais, au moment où nous rentrions dans sa chambre, si Mme D serait dans l'adhésion et le lien ou si au contraire elle serait dans l'opposition et le rejet.

Kevin, lui, est un enfant « adorable », qui ne pleure jamais. Lorsque sa mère dort, il a les yeux ouverts dans son berceau, placé à bonne distance du lit et fixe le plafond silencieusement ... Il se montre par contre très appétant sur le plan relationnel et sourit, accroche le regard dès que nous lui montrons de l'attention. Nous ne verrons pratiquement plus Kevin dans les bras de sa maman. Mme D nous explique qu'il arrive qu'il pleure la nuit et « *ça lui est alors insupportable* » au point qu'elle se voit lui faire du mal. Dans ces moments, dit-elle, elle sort, le laissant là. Elle peut également nous dire que ses réactions alors lui font peur.

Mme D est aux prises avec des soucis financiers, des disputes avec son compagnon et est de moins en moins présente à Kevin qui s'efface progressivement de son discours. Lorsque nous lui renvoyons nos observations et lui faisons part de nos craintes pour le retour à la maison, Mme D alterne entre des moments d'adhésion à ce qui lui est proposé (renforcement de son suivi CMP, hospitalisation de jour en unité mère-bébé plusieurs fois par semaines, lien avec la PMI pour des visites à domicile) et des moments de refus catégorique se plaignant « *d'étouffer* » à l'hôpital et de l'intrusion que nous faisons dans sa vie. Son compagnon, quant à lui, continue à dénier les difficultés de sa compagne, les minimisant et pouvant dire « *qu'à la maison tout irait bien* ». Nous constatons qu'en sa présence, Mme D s'appuie beaucoup sur lui. Malheureusement cette présence se montrera de plus en plus irrégulière.

Nous parviendrons néanmoins à ce que Mme D et son compagnon prennent un premier contact avec l'unité d'hospitalisation de jour mère-bébé qui leur proposera un suivi. Nous rédigerons également une information préoccupante que nous lui lirons mais à laquelle Mme D adhérera reconnaissant ainsi ses difficultés et qui sera pensée comme un soutien à une demande d'aide très ambivalente et fragile.

## **1.2 Analyse**

### **1.2.1 La question de la dépendance**

Durant sa grossesse, Mme D traverse une période de rupture : rupture avec tous ses repères habituels aussi bien géographiques, relationnels, familiaux, soignants que ceux de son quotidien, son traitement. Elle perd tous ses liens d'étayage. Or la grossesse constitue précisément une période de la vie de fragilisation nécessitant un appui sur un entourage bienveillant, sûr et fiable. Cet entourage a justement la fonction de soutenir la mère qui

porte son enfant et favorise la régression nécessaire à la mise en place de la préoccupation maternelle primaire et à la construction des premiers liens avec le bébé « du dedans ».

Ceci semble d'autant plus vrai que, pour Mme D, ces repères apparaissent indispensables, vitaux, et qu'il existe une véritable dépendance à cet étayage sans lequel Mme D s'effondre. Durant la grossesse, la perte de ces repères apparaît avoir grandement participé à un certain effondrement psychique. Mme D semble tisser un mode de relation à l'autre de type anaclitique : les soignants, son compagnon et nous-mêmes servions à la fois d'appuis, de tuteurs, de ceux permettant de rappeler les règles et une certaine réalité, mais servions aussi de contenant, de pare-excitant, de médiateur à la relation à son fils. En fait l'autre, d'une manière générale, semble incarner, pour Mme D, une fonction à la fois maternelle et paternelle qu'elle n'aurait pas introjectée. Autrui servirait presque de Moi auxiliaire, d'annexe du psychisme de Mme D, la rendant de ce fait très dépendante de l'autre mais signant également la faible différenciation, la faible individualisation soi/autrui : l'autre, s'il est indispensable, représenterait donc également une menace : la menace de la fusion et de la perte du sentiment de soi.

Dans ces conditions, la relation intersubjective est complexe à mettre en place et nous comprenons d'autant plus comment la relation au bébé est de ce fait par trop compliquée et menaçante. Ce dernier, comme tout autre, représente cette menace de fusion mais de manière d'autant plus forte qu'il est lui-même complètement dépendant. Il nécessite en effet une sécurité interne, un sentiment d'individualisation d'autant plus solide qu'il faut pouvoir s'en dessaisir partiellement afin de pouvoir s'identifier à cet enfant et prendre soin de lui, sans non plus se confondre avec lui. La relation à un autre dépendant est donc trop menaçante pour cette jeune femme dont l'individuation est si fragile. Par ailleurs Kevin joue également le rôle de miroir de cette dépendance, miroir qui peut être insupportable. Il lui demande de faire pour lui ce qu'elle ne peut faire pour elle-même.

Autant, donc, Mme D semble dépendante de l'autre, autant la dépendance que son enfant lui fait vivre lui apparaît insupportable. C'est, par exemple, lorsqu'elle entre en unité Kangourou, lorsque Kevin est présent à ses côtés de manière permanente lui faisant vivre la dépendance absolue qu'un bébé renvoie, que Mme D s'effondre. C'est lorsque ce dernier pleure et lui renvoie de l'impuissance et l'impossibilité de fuir que Mme D est envahie par de l'agressivité. Nous pouvons imaginer comment, chez cette femme pour qui la question de la dépendance est si vive, celle que son bébé lui fait vivre entraîne une réminiscence traumatique de sa propre dépendance insupportable et des moments de détresse qu'elle a pu connaître enfant. Il peut exister comme une collusion entre le bébé de la réalité et l'enfant qu'elle a été qui seraient alors en compétition, en rivalité face aux soignants que nous sommes.

Mme D apparaît également très fragile sur le plan narcissique, et dépendante du regard de l'autre et de l'image qu'il lui renvoie. La grossesse, par exemple, est vécue, au début, comme une réassurance identitaire uniquement. Seul le fait qu'elle puisse accéder au statut de mère semble lui importer. La question de l'autre qu'elle porte est en tout cas absente de son discours même après l'accouchement.

### **1.2.2 La question de la contenance et du portage**

A l'écoute de ce cas, nous entendons que Mme D fait preuve d'un défaut de narrativité ; elle ne peut pas raconter son histoire, sauf peut-être en parlant de l'histoire de ses soins, seul fil conducteur et continu qu'elle parvient en tout cas à nous retranscrire. Mais elle ne peut que difficilement nous parler d'elle, se raconter à nous et, semble-t-il, se raconter à elle-même. A la place, c'est un sentiment de vide, de remplissage du discours par du factuel. Et ce défaut de narrativité renvoie directement à la fragilité de tout le processus de subjectivation de Mme D. En effet, sans une certaine subjectivisation, sans le sentiment d'une certaine continuité d'exister en tant qu'individu séparé et différencié, il n'y a alors pas de fil rouge qui puisse être repéré entre les différents épisodes de vie. Ce qui fait le lien entre ces différents épisodes, et donc le fait que nous puissions les raconter, c'est le sentiment du sujet d'être toujours lui-même tout au long d'un laps de temps donné, ce qui implique l'instauration d'un narcissisme primaire, première étape à la création de cette subjectivité. Nous retrouvons, chez Mme D, ce défaut d'instauration du narcissisme primaire, probablement en partie à l'origine de ses troubles psychiques.

Mais ce défaut de narrativité, de capacité à porter en soi son histoire et son monde interne, fait également écho au défaut de contenance, défaut de contenance de son histoire mais également de toute sa vie subjective. Mme D donne le sentiment de vivre des affects à l'état brut, non liés. Ceci renvoie à la notion de fonction contenant maternelle de W. R. Bion et à la capacité de rêverie : Mme D semble n'avoir jamais introjecté cette fonction alpha capable de transformer des éléments bêta primaires, à l'état brut, en contenu psychique symbolisable, pensable et disponible à la pensée, dont le destin est autre que d'être évacué.

Sans cette construction préalable, nous comprenons alors la difficulté de Mme D à pouvoir contenir, porter psychiquement son enfant, à pouvoir porter sur lui un regard, une préoccupation. Nous comprenons la difficulté à porter l'autre en soi quand il n'est déjà pas possible de se porter soi-même.

De même, Mme D semble ne pas pouvoir contenir, supporter le vécu lié à cette accession à la parentalité : l'angoisse, l'insupportable de la dépendance de l'autre, la déception ressentie face à ce bébé qui ne la « normalise » pas, l'ambivalence. Tout ceci semble évacué, provoquant une fuite physique (part fumer, sort de la chambre) ou psychique, une absence à soi-même et un refuge dans le sommeil.

Dans tous les cas, cette fonction contenant, cette préoccupation, semblent demander l'intervention, le portage d'un tiers. En néonatalogie, c'est sous le regard bienveillant des soignants que Mme D parvient à s'occuper partiellement de son fils. Il semble qu'elle ne puisse porter un regard sur lui que contenue dans le regard d'un tiers. De même, c'est nous qui semblons porter la préoccupation du lien entre Mme D et son fils, porter les doutes, les angoisses qui ne semblent pas pouvoir l'être par elle-même au début. Mme D renvoie la sensation de « devoir être portée à bout de bras ». Elle mobilise et inquiète toute une équipe qui assure un portage multidisciplinaire, qui porte une préoccupation à la fois pour elle et pour son enfant avec, là encore, un écrasement générationnel, une position d'égalité voire de rivalité entre elle et Kevin.

### 1.2.3 La question de la rivalité et de la haine

Nous avons vu combien la question de la dépendance était aiguë chez Mme D et comment la dépendance de Kevin était à la fois insupportable et menaçante pour son individualité propre. Tout se passe comme si son propre enfant, les soins et l'adaptation qu'il demande étaient une menace pour son équilibre psychique. Nous avons également souligné sa difficulté à pouvoir contenir, porter ses propres angoisses et qu'il existe une véritable dépendance à l'autre pour assurer cette fonction. Mme D se retrouve donc à la fois dans l'incapacité d'assurer le portage de son enfant, mais également en rivalité avec ce dernier qui accapare l'attention dont elle a tant besoin. Nous pouvons nous demander à quel point la négligence dont elle fait preuve, l'absence physique et psychique qu'elle montre, ne seraient pas une stratégie défensive pour lutter contre les pulsions d'agressivité qui l'envahiraient. Quitter sa chambre au moment où Kevin pleure peut être considéré, dans une certaine mesure, comme un acte de protection vis-à-vis d'un véritable passage à l'acte agressif. La menace du passage à l'acte apparaît trop proche de la réalité. Les motions agressives ne pouvant être contenues psychiquement, ne pouvant être ni verbalisées, ni symbolisées, c'est par la fuite que Mme D semble trouver la meilleure stratégie défensive.

Dans l'unité Kangourou, le patient est le bébé. Celui qui est normalement l'objet de la préoccupation de tous, soignants et parents, c'est ce nouveau-né. Administrativement parlant, la mère est accompagnatrice et cette unité Kangourou vise à atténuer les méfaits d'une séparation trop longue et à accompagner cette maman dans sa préoccupation pour son enfant. Dans ce cas, nous voyons comment l'unité Kangourou a été insupportable pour cette mère. Bien qu'indispensable (on imagine mal en effet les conséquences d'un retour directement à domicile sans passer par un lieu où un tiers a pu commencer à médiatiser la relation et mettre en place des soins), nous voyons comment « l'isolement » de cette unité, le fait que Mme D se retrouve seule avec son fils sous le regard des soignants, ont été insupportables. Mme D y a découvert la dépendance totale de cet être à elle, sa mère. Du fait de cette hospitalisation, du fait de Kevin, elle était privée de ces relations extérieures dont elle a tant besoin et se retrouvait sous le regard « de bonnes mères » qui lui renvoyaient alors une image insupportable. La fragilité narcissique de Mme D ne supportait probablement pas ce regard. En néonatalogie par contre, lorsqu'elle était « maman à temps partiel », qu'elle venait en visite et n'était donc pas en rivalité avec Kevin vis-à-vis des soignants, elle a pu, semble-t-il, sur un court temps déployer ses compétences.

Dans ce cas, nous notons que Mme D fait vivre aux soignants et à nous-mêmes, alternativement et de façon imprévisible, une demande d'attention, de portage, ou un rejet intense. Nous pouvons dire qu'il existe alternativement sur le soignant une identification projective d'un imago maternel comblant, fusionnel, idéal et une identification projective d'un imago maternel menaçant et destructeur. Mme D s'inscrit, de ce point de vue, dans un mouvement schizoparanoïde, au sens kleinien du terme. Elle ne semble pas pouvoir avoir accès à une certaine ambivalence et est toute entière bonne ou mauvaise, elle ne peut pas être une mère « *suffisamment bonne* » au sens winnicottien. La préoccupation maternelle primaire, et la régression que cela suppose, sont par trop menaçantes et le risque de décompensation, de ne pas « pouvoir se remettre » de cet état est trop grand.

Le fait est que, dans cette prise en charge, Mme D alternait les moments d'alliance, de lien où elle faisait entendre cette dépendance au portage dont elle avait besoin, et les moments où elle était envahie, menacée et intrusée par cette proximité. La confusion des limites soi/autre, et la menace que cela représentait, ne pouvaient que susciter une agressivité légitime dans le sens où elle était le dernier rempart au risque de la fusion.

#### **1.2.4 La question de la parentalité**

A la lecture de ce cas, nous voyons comment Mme D est en grande difficulté dans l'instauration de sa parentalité. Sur le plan de l'exercice, elle semble bien avoir inscrit Kevin dans sa lignée ; elle le reconnaît bien comme son fils. Mais la fragilité certaine de cette mère l'empêche, nous le voyons bien, de pouvoir offrir à son fils une relation sécurisée et prévisible. Dans sa pratique de la parentalité, elle lui fait vivre une discontinuité et une imprévisibilité des soins ; il peut être privé à tout moment de portage physique et psychique et, nous le voyons, il est en charge de s'adapter, de supporter ces moments de retraits. Il doit sans cesse faire face à la désillusion. Nous assistons à une véritable inversion des rôles où Kevin doit s'accorder avec une mère fragile, qui ne peut pas supporter ses pleurs et sa dépendance. La menace, pour le développement et la santé psychologique de Kevin, est grande. Nous pouvons également être raisonnablement inquiets pour sa santé physique et le risque de maltraitance n'est pas négligeable. C'est pourquoi nous rédigerons une information préoccupante. Sur le plan de l'exercice de la parentalité donc, dans l'avenir, il sera important de s'interroger sur la capacité de Mme D à assumer les devoirs incombant à chaque parent et de définir comment la soutenir au mieux dans ce parcours.

Ceci est d'autant plus vrai que nous notons également des difficultés du côté du père de Kevin. Ce dernier, il est vrai, ne semble pas rencontrer les mêmes problèmes que sa conjointe. Moins en rupture sur le plan socioéconomique, il offre une stabilité relative au foyer. Sa relation à son fils semble préservée des menaces identitaires habitant Mme D et il apparaît être en capacité d'offrir des soins de qualité et de pallier dans une certaine mesure les défaillances de sa compagne. Mais cet équilibre reste précaire. Monsieur semble avoir du mal à pouvoir s'appuyer sur les institutions qui représentent vite un danger. Il existe par ailleurs une certaine immaturité et une tendance à fuir ou dénier les difficultés. Nous voyons bien pourtant comment il ne pourra pas, seul, porter son fils et sa compagne. Un accompagnement multidisciplinaire apparaît être le plus juste positionnement pour mettre au travail et dépasser les problématiques de dépendance, de contenance et de menace du passage à l'acte violent.

## 2. Mme E et Mohamed, ou comment devenir mère quand on n'a pas fini d'être un enfant en souffrance

### 2.1 Présentation du cas

Mohamed est un jeune garçon de 9 ans, brun, les cheveux coupés en brosse. Il est grand et assez corpulent, faisant plus que son âge. Il vient consulter accompagné de sa mère. Cette dernière est assez petite et trapue, elle a des yeux très noirs, de longs cheveux bruns et une apparence sévère.

La demande est également portée par une association chargée d'une mesure d'AEA concernant Mohamed et qui travaille depuis longtemps déjà à accompagner la famille au CMP.

Mohamed vit avec sa mère, son demi-frère âgé de seize ans et sa demi-sœur âgée de douze. Chaque enfant bénéficie d'une mesure éducative. Tous les trois sont de pères différents. Mais pour Mohamed les choses sont plus complexes encore ; sa mère le présente au CMP sous son nom de famille à elle et nous explique qu'elle ferait des démarches pour qu'il ne porte plus le nom de l'homme qui l'a reconnu, mais qui n'en est pas le père biologique et qui ne le voit plus depuis qu'il a quelques mois. Par ailleurs Mohamed n'aurait jamais connu son père biologique. Mme E sous-entend que ce dernier était extrêmement violent.

Il vient en consultation, explique sa maman, car il serait violent également, à la maison comme à l'école. Il répondrait, se bagarrerait beaucoup, n'écouterait rien et surtout « *lui manquerait de respect* », comme elle le répète souvent. Mme E pourra également dire plus tard que la grand-mère paternelle de Mohamed le compare à son père à qui il ressemblerait ...

Lors de la première consultation, Madame s'étonne de devoir venir en entretien : « *c'est pour Mohamed que je suis là, pas pour moi* », dit-elle méfiante. Mohamed est comme ça « *depuis toujours* » nous explique-t-elle. « *Petit déjà il était agité* ». Elle nous demande ensuite si cela ne serait pas dû à sa prématurité. Mohamed serait, en effet, né prématurément avec un long passage en réanimation néonatale. « *Certains ont des séquelles physiques, moi je pensais qu'il avait rien mais en fait c'est peut-être ça qu'il a* ». Mme E s'agaçant facilement de nos questions notamment lorsque nous l'interrogeons sur la date et les causes de la prématurité, nous en venons alors à fantasmer que la violence du père de Mohamed pourrait ne pas être étrangère au fait que ce dernier soit venu si tôt au monde.

Nous apprenons également que Mohamed dort mal, qu'il refuse de se coucher et que, depuis qu'il a la télé dans sa chambre, il s'endort devant vers 23 h/minuit, s'écroulant de fatigue, dans l'incapacité, nous semble-t-il, de se séparer tranquillement pour le temps de la nuit. Le matin, les réveils sont difficiles et source de conflit avec la maman. « *Mohamed me répond tout le temps, me parle mal* », nous explique-t-elle tout en reprenant son fils sur sa posture sur la chaise « *oh ! tu te crois où ?* » ; « *Mais c'est bon j'ai rien fait, je me tiens bien* » répond-il. S'ensuit alors un échange verbal, empreint d'agressivité, où aucun des deux ne consent à laisser le dernier mot à l'autre ; en s'adressant à nous, la mère dit « *Vous voyez comment il me parle ? C'est pas parce que je te parle mal que tu dois faire comme moi ! Moi*

*je ne manque pas de respect à mon père, et pourtant je ne vivais pas avec lui* ». Nous apprenons que Madame a été placée dès son enfance, pour des raisons qu'elle ignorerait. Mais parler de son histoire est bien difficile et suscite toujours de l'agressivité et de la méfiance « *mais c'est bon pourquoi vous me posez ces questions ? De toute manière c'est toujours moi qu'on accuse !* ».

Avant, nous explique Madame, Mohamed arrivait à se calmer avec un biberon, mais depuis un an il n'en a plus. « *Ah ouais* », enchérit Mohamed qui jusqu'à présent montrait des signes d'impatience et d'ennui, « *j'adorais là l'odeur qu'il avait et quand tu le secouais* »...

En entretien, avec Mohamed seul, nous découvrons que celui-ci a beaucoup de mal à raconter : raconter ses journées, dire ce qu'il aime, etc. Mohamed ne joue pas. A la maison il ne fait que regarder la télé ou être sur l'ordinateur ; il ne peut pas nous citer d'émission qu'il aime et sur l'ordinateur, il joue à des jeux en ligne de réalité virtuelle mais dans des mondes uniquement « réalistes ». Sur un de ses jeux, nous explique-t-il, il vient d'acheter une maison qu'il décore. A l'école il aurait des copains et des résultats corrects.

Progressivement Mohamed s'intéressera aux jeux proposés dans le bureau. Mais ce sont des jeux de tout-petits : triturer, malaxer, étaler la pâte à modeler dont il s'étonne des caractéristiques : « *quand elle est chaude elle devient toute molle ! Quand on mélange les couleurs elle devient marron !* ». Mohamed est souvent très sale, en met partout. Il n'arrive au terme d'aucun de ses projets de création ; dès qu'il rencontre le moindre obstacle, il abandonne, s'exclamant « *ah ouais, en fait, je sais ce que je vais faire* », et doit être beaucoup soutenu par des encouragements pour aller un peu au-delà de cette simple déclaration. A peine le souhait émis, passe-t-il à l'action, ne pouvant visiblement pas passer par une phase de mentalisation précédant l'acte ... Malgré ces difficultés, Mohamed semble prendre énormément de plaisir, moyennant l'absence de « vide » d'activité qui le plonge alors dans un ennui dont il ne peut sortir seul.

Dans un second temps, et jusqu'à la fin du suivi, Mohamed jouera encore à un jeu de tout petit qui consiste à retrouver une bille cachée sous un pot parmi d'autres. Inlassablement, au moment de la découverte de la bille, Mohamed est dans l'excitation et la jouissance à l'image du jeu du « coucou » que nous retrouvons chez les enfants de quelques mois. Retrouver la bille apparaît être un jeu sans fin. La permanence de cette bille ne semble pas une certitude intériorisée. La « re »trouver est une surprise/jouissance à chaque fois. Il ne s'agirait pas d'un jeu symbolisant un plaisir des retrouvailles qui apaiserait une certaine tension mais d'un jeu de jouissance qui n'aurait pas de fin, dont l'excitation serait le but, à visée contra-dépressive peut-être. Durant ce jeu Mohamed s'allonge à plat ventre sur le sol et insiste particulièrement pour se glisser sous la chaise qui fait donc une sorte « de carapace » l'entourant.

La fin des consultations est difficile : « *oh non, encore un peu, une dernière fois* ». Mohamed a du mal à arrêter et ce malgré nos précautions pour le prévenir et essayer de créer un certain rituel d'au revoir. Le fait est que dans la pratique, bien que les consultations soient prévues tous les quinze jours, nous ne savons jamais vraiment quand Mohamed reviendra. Nous lui signifions bien que, de notre côté, nous l'attendons le vendredi, toujours à la même heure. Souvent, après sa réaction de protestation, Mohamed rompt la relation d'un seul coup et court dans le couloir retrouver sa mère. Nous nous apercevons qu'il est

fréquemment à l'affût des bruits dans le couloir ; ses remarques nous font comprendre qu'il surveille si sa mère est bien là, n'est pas partie.

Mme E, quant à elle, refuse, par moments, de venir en entretien : mal de tête ou autres signes de résistance. Parfois, elle peut dire que c'est trop pour elle, qu'elle n'aime pas parler. Souvent elle s'emporte : « *je ne vois pas pourquoi on parle de ça* » ; parler de l'histoire de Mohamed, de son histoire à elle, est toujours une violence qui lui est faite. Rien ne peut être dit, même l'évocation du quotidien semble douloureuse et entraîne de l'agressivité ; rien ne peut se dire autour des vécus internes et des émotions. « *Ça n'est pas une excuse* », explique-t-elle souvent ; nous y entendons que parler de ce qui fait problème équivaudrait à l'approuver, voir à le revivre.

Un jour, c'est assez en retard que Mme E vient chercher son fils en entretien ; Mohamed se montre alors très inquiet de cette absence. Il doit de plus ce jour-là aller dormir chez son grand-père maternel mais nous confie « *détester ça, dormir hors de la maison c'est non* ». Longtemps d'ailleurs, il a dormi avec sa mère et dort encore, quelquefois, avec sa grande sœur. Mais chez son grand-père, ce qui est le plus dur, c'est que sa mère lui promet d'appeler et ne le fait jamais. Lorsque Mme E arrive enfin, elle nous demande comment nous avons trouvé Mohamed qui serait particulièrement dur en ce moment : « *il pleure toujours comme un bébé !* ». Lorsque nous lui demandons ce qu'elle comprend des pleurs de Mohamed et que nous lui disons que, dans ses situations, nous pouvons faire l'hypothèse qu'il est triste, Mme E nous répond « *mais qu'est-ce que je peux y faire, moi, s'il est triste ?* ». Mme E nous explique enfin qu'elle « *n'est pas très câlin* » et, regardant sa poitrine, elle nous explique que « *quand même ça la gêne beaucoup de faire des câlins à ses enfants* ». Mme E nous dira plus tard comment prendre ses enfants dans les bras la fait se sentir très mal et conclura en s'énervant « *non, c'est comme ça ! j'aime pas ! j'aime pas !* ».

Durant la prise en charge, qui sera émaillée de nombreuses absences de la maman ou même de Mohamed, ce dernier sera mis en internat. La séparation est douloureuse mais rien ne peut se dire de ce côté-là. Mohamed nous confie très mal dormir « *à cause d'un exercice incendie* » qui a eu lieu une nuit et où il a pensé qu'on allait l'abandonner dans sa chambre. Depuis, il ne parvient plus à trouver le sommeil. Nous observons également que, chaque vendredi, les retrouvailles entre mère et fils se font dans les cris et les disputes ... « *j'avais pensé que ça serait bien, qu'il reviendrait et qu'il se tiendrait bien. Moi quand je rentrais le week-end chez mes parents, je me tenais à carreaux ... Si ça continue, moi, je ne veux plus de toi le week-end ; je m'en fous, tu vas en famille d'accueil* ». Ce jour-là, Mme E se montrera particulièrement violente verbalement « *je m'en fous s'il continue comme ça je me remets à le frapper, pas des coups qui font des traces, mais pour lui montrer. De toute manière il aime ça, il n'y a que ça qui marche. Avec son père ça ne se passerait pas comme ça* ».

A travers toute cette violence, nous entendons la grande déception chez cette mère qui porte l'espoir magique de retrouver chaque week-end l'enfant idéal, réparateur, et comment, chaque fin de semaine, c'est la désillusion. Nous entendons également la confusion des histoires, Mohamed allant en internat comme elle allait en foyer ; c'est une véritable reviviscence de cette rupture traumatique que Mme E semble vivre à ce moment-là.

Peu de temps après que Mohamed ait été inscrit à l'internat, Mme E se mit à se voiler intégralement, à porter des gants. Etrangement, lorsqu'elle avait son voile, Mme E semblait parler plus gentiment à Mohamed, paraissait plus apaisée comme si ce voile lui servait de filtre et de contenant. Le jour où elle entra vêtue de la sorte dans notre bureau, elle nous expliqua que ce sont ses fils qui l'avaient incitée et que, si elle les écoutait, elle porterait la bourka. Elle nous dit cela avec un sourire fier tout en quittant son voile et le remettant minutieusement en se regardant longuement dans le miroir du bureau ...

Mohamed manquera ensuite de nombreuses consultations mais c'est à chaque fois Mme E qui reprendra spontanément le contact, signe d'une adhésion, certes ambivalente, mais présente. Du côté du CMP, nous organiserons plusieurs synthèses avec l'équipe de l'internat et l'équipe éducative en charge de la mesure d'AEA. Nous notâmes que plusieurs partenaires avaient une vision sensiblement différente de Mme E, ce qui nous fit penser qu'elle pouvait projeter des choses différentes selon son interlocuteur et nous rappela que ce qui se jouait au CMP n'était qu'une partie d'un tout que nous devons mettre en lien, car probablement peu uni, rassemblé, au sein de cette mère en difficulté. Il n'en reste pas moins que tous s'accordaient à souligner la difficulté à travailler avec cette famille qui entretenait des relations très compliquées avec les instances médico-psycho-éducativo-judiciaires, qui ne semblaient faire qu'un dans la tête de Mme E. Une réflexion s'amorça autour du soin à apporter à Mohamed, autour des possibilités et limites de son AEA, et comment le soutenir également au niveau de l'internat. Ces rencontres permirent également d'avoir une représentation de l'histoire de Mohamed et de sa famille. Mme E aurait été placée dans le cadre d'un contexte familial violent, mais également incestuel où elle aurait assisté, petite, aux relations extra-conjugales de son père. Elle tomba très jeune enceinte et alla du foyer où elle était placée au foyer pour mère mineure et isolée, si bien que tout au long de sa vie Mme E a été accompagnée par les services sociaux.

Une prise en charge groupale hebdomadaire est également mise en place pour Mohamed. Au moment de notre départ du CMP, Mohamed ne se présentera pas aux deux derniers rendez-vous mais sa maman nous appellera sur son téléphone portable, depuis le bus où elle se trouvait accompagnée de son fils qu'elle nous passera ...

## **2.2 Analyse**

### **2.2.1 La question du traumatisme et de la compulsion de répétition**

Un des préalables important à souligner, afin d'aborder cette situation clinique, est, selon nous, de noter la multiplicité des ruptures et des discontinuités qui marquent l'histoire de cette famille :

- Tout d'abord, la rupture socioculturelle qui a habité les grands parents de Mohamed lors de leur immigration en France. De cette immigration, de ses conditions, des origines et de l'histoire de Mohamed rien n'est dit, rien n'est raconté. Il ne semble n'y avoir ni trace, ni histoire. Ce que nous retrouvons semble constitué uniquement de passages à l'acte comme le voilage de la maman par exemple. Mais cela ne semble porter aucun sens, aucune origine, et apparaît déconnecté de toute valeur symbolique.

- Ensuite, nous retrouvons une rupture dans la relation aux parents de Mme E, qui a été placée toute jeune et ne semble avoir eu de contact avec ses parents que de manière très discontinue. Sa mère ne sera jamais mentionnée ; elle n'est présente qu'en creux, par son absence totale du discours de Mme E. Est-elle décédée ? Y a-t-il eu abandon ? Nous apprendrons, de manière indirecte, que cette mère aurait en effet été très abandonnique, ne venant jamais voir sa fille, ne se présentant pas aux convocations des juges etc. Il y a donc eu rupture, ou tout du moins discontinuité, dans les investissements parentaux. Y a-t-il eu également des ruptures au niveau de l'autorité parentale ? (OPP, retrait partiel de l'autorité parentale ? Tout le laisse penser). Mme E, elle-même, se séparera de tous les pères de ses enfants. Et, pour Mohamed, il s'agit même d'une rupture dans la filiation, car il n'a pas de contact avec son père biologique, dont nous ne savons pas s'il en connaît l'identité (hormis l'image et l'évocation de la violence) et ne connaît de la personne qui l'a reconnu que le nom, qu'il porte et que sa mère essaie de supprimer.
- Enfin il existe des ruptures socioéconomiques au niveau de toutes les générations puisque le père de Mme E ne travaille pas ; elle-même traversera une période de chômage durant la prise en charge ; le grand frère de Mohamed est déscolarisé.

Ces discontinuités multiples, ces ruptures, sont autant de traumatismes qui empêchent tout lien de se constituer. Or, ces liens non seulement permettent de faire l'histoire entre les individus de générations différentes, mais également, de façon intrapsychique, contribuent à l'unité et l'individualité de chacun.

Le traumatisme de l'abandon et de la rupture infiltre tous les aspects de ce cas clinique avec une répétition sans cesse remise en scène et en actes. Et nous notons à quel point fantasmes et réalités sont bien trop proches. Ce ne sont pas des fantasmes d'abandon qui sont à l'origine des angoisses habitant Mohamed mais bien une terreur dans la réalité ; lorsque Mme E ne vient pas le chercher à l'heure au CMP, lorsqu'elle le laisse chez un grand-père qui l'a terrorisée petite et ne l'appelle pas, c'est dans la réalité qu'elle acte et rejoue ce que, petite, elle a subi.

De ce fait aucune séparation ne peut avoir lieu ; tout est rupture et Mme E ne semble pas pouvoir offrir de certitude de retrouvailles. Mohamed ne peut plus se séparer, même pour s'endormir. Se séparer équivaut à abandonner ou risquer de se faire abandonner, et c'est bien ce qui semble se rejouer au moment de l'entrée en internat : tout ce passe comme si ce départ était l'équivalent d'un placement de Mohamed et c'est la petite fille que Mme E a été qui revit, par identification projective, un abandon intolérable, impossible. Nous assistons, dans la réalité, à une inversion générationnelle: c'est Mme E qui serait abandonnée par Mohamed réactivant les pulsions d'agressivité qu'elle aurait envers ses propres parents.

La confusion des générations se retrouve également partout. Mohamed a dormi longtemps avec sa mère, dort encore parfois avec sa sœur. Quand tous deux se parlent, c'est d'égal à égal. Lorsque Mme E dit « *C'est pas parce que je te parle mal que tu dois faire comme moi ! Moi je ne manque pas de respect à mon père* », nous voyons comment c'est le grand-père maternel qui fait référence parentale et non pas elle. L'histoire infantile de Mme E infiltre le vécu de Mohamed et renvoie une sensation de « bouillie générationnelle » où tout est

confondu, où les places ne sont pas respectées et où la question de l'inceste devient trop menaçante, par trop présente.

En effet, là encore, la question du traumatisme et de la menace de la répétition revient. Nous savons que Mme E a vécu dans un climat incestuel et violent. Mohamed, un garçon, semble inscrit dans cette lignée d'hommes menaçante et dangereuse, « il ressemblerait à son père ». Mme E essaie pourtant de le dégager de ce mandat transgénérationnel ; c'est la prématurité qui pourrait être à l'origine de ses troubles du comportement, tout, plutôt que ce destin funeste qui marque les hommes de la famille. Mais la question de la juste distance et de la séparation revient ; Mohamed semble passer directement de statut de « bébé qui boit des biberons », qui entretient des liens fusionnels, à celui d'adolescent « qu'on ne peut pas prendre dans les bras », car la question du sexuel est trop présente. La phase de latence n'a pas pu visiblement se mettre en place.

La question du traumatisme se retrouve enfin à travers la question du récit. La narration de son histoire est impossible à Mme E ; elle serait bien trop douloureuse car elle donnerait l'impression de revivre à l'identique le trauma, la temporalité n'entrant plus en ligne de compte, ne servant en rien à faire travailler les événements, à les mettre à distance. Nous assistons à un véritable écrasement temporel. Les mots, eux non plus, ne semblent pas permettre de mise en récit, ne permettent pas de se dégager de leur contenu symbolique. Le dire semble être l'équivalent du vivre. Le mot équivaldrait à la chose avec toute la menace que cela représente.

### **2.2.2 La question de la violence**

La question de la violence empreint tout ce cas clinique, et c'est souvent des vécus de sidération et de contre-transfert agressifs qui nous ont traversés lors de cette prise en charge. La sensation, par identification, d'être terrorisés, menacés par cette maman, ou d'être nous-mêmes potentiellement terrorisants et menaçants par nos questions, infiltrait les entretiens.

Nous avons vu comment, à travers Mohamed, il existe une véritable reviviscence des traumatismes d'enfance de Mme E. Il semble exister une véritable collusion entre Mohamed, l'enfant de la réalité, et l'enfant que Mme E a été. Cette collusion apparaît empreinte d'une véritable « violence fondamentale » qui marque tous leurs échanges, toute leur relation : « *c'est lui ou moi* », dans un système relationnel saturé d'archaïsme. Comme a pu l'écrire Jean Bergeret [7], la violence fondamentale est « *l'instinct de survie peu différencié de la pulsion d'autoconservation et différent de l'agressivité secondarisée* ». Cette violence fondamentale serait donc réactivée chez Mme E par « contamination » des angoisses et problématiques propres à Mohamed.

La confusion des générations que nous avons pu décrire précédemment, cette indifférenciation des places, où Mohamed peut être mis à la fois en place de fils/frère/père/grand-père, se retrouve également à d'autres niveaux. Nous retrouvons, par exemple, cette indifférenciation des places institutionnelles avec un ensemble menaçant constitué du « juridico-psycho-social ». Ce « magma » sans identité définie et discriminée renvoie Mme E, non pas à de l'agressivité dirigée, dans un mouvement de dualité

nécessitant au préalable un accès à la différenciation, mais à de la violence, là encore de la violence fondamentale.

La violence se retrouve à chaque génération : le père de Mme E, sa mère par la violence de sa non-intervention, par le rejet exprimé à travers sa position abandonnique, le père de Mohamed, et Mme E elle-même à travers ses mots, son attitude et parfois même ses gestes. Nous retrouvons, là encore, la compulsion de répétition ; le mandat transgénérationnel pesant sur les hommes de la famille semble bien être celui de la violence. Peut-être est-ce ce destin que Mme E tente de rompre en changeant le patronyme de Mohamed. Mais c'est bien le nom de famille du grand-père maternel que portera Mohamed.

Mme E ne semble pas avoir accès à l'ambivalence, et c'est toute sa haine sans filtre, sans pare-excitant, qu'elle semble pouvoir livrer dans ses moments de mal-être. L'accès à l'ambivalence nécessite une intégration de la position dépressive [42], ce que Mme E ne semble pas avoir réussi à acquérir, Mohamed non plus, d'ailleurs ; nous le retrouvons, par exemple, dans le jeu de la bille. Nous pouvons en tout cas imaginer toute l'envie que suscite Mohamed aux yeux de la petite fille souffrante que semble être encore Mme E. Lui a grandi dans son foyer, a une mère et n'a pas de père qui l'a violenté. Comment peut-il être un enfant si insatisfaisant ? La blessure narcissique semble insurmontable.

Mme E tente, semble-t-il, de se construire une contenance, à travers le port du voile intégral que nous pouvons entendre comme une enveloppe lui permettant de s'individualiser. Mais, là encore, c'est un objet matériel qui prendrait la place d'une instance psychique montrant bien la fragilité du Moi de Mme E. Elle attribue d'ailleurs l'origine de ce choix personnel à ses fils, les mettant de nouveau dans une place qui n'est pas la leur, entraînant par cette défense une nouvelle confusion.

En ce qui concerne Mohamed, ce dernier paraît rencontrer les mêmes difficultés de construction psychique que sa maman. Nous retrouvons ce problème de narrativité, de mise en histoire, ce défaut de mise en lien et de symbolisation qui apparaît dans le langage de Mohamed, mais aussi dans sa difficulté à jouer. Les conséquences de l'absence d'entrée en latence se voient, entre autres, dans son impossibilité à consacrer son énergie psychique à autre chose que sa pulsionnalité et les terreurs de son monde interne. Nous retrouvons déjà des difficultés d'élaboration et de raisonnement. La peur « du vide », de l'absence d'activité, l'impossibilité de se dire au revoir ne passant que par la rupture en fin d'entretien, sont autant de signes d'angoisse archaïque, d'abandon et de mort. L'élaboration de la position dépressive, qui permet l'accès à l'ambivalence mais aussi à la perte et à l'individuation, reste à construire, et c'est toute la fragilité narcissique que nous retrouvons dans son incapacité à créer, jouer, l'insatisfaction allant avec, et l'échec, étant insupportable. Enfin, nous observons chez Mohamed un certain accrochage à la sensorialité (odeur du biberon, sensation de la pâte à modeler) qui suggère qu'il a encore recours à des défenses très adhésives et archaïques.

### **2.2.3 La question du tiers**

La relation duelle et fusionnelle, que Mme E semblait entretenir avec Mohamed depuis sa naissance, apparaît maintenant insupportable et, comme nous venons de le voir, empreinte

de rejet et de violence. L'absence de tiercéisation marque cette relation. C'est sans son père biologique, ni la personne qui l'a reconnu, que Mohamed a grandi. Aucun des enfants de Mme E d'ailleurs n'a grandi avec son père. Or, comme nous avons pu le voir dans la deuxième partie de notre exposé, la fonction paternelle est primordiale à bien des égards. Mais visiblement le père de Mohamed, par la violence dont il serait porteur, n'a pas pu servir de médiateur, de support et de protecteur à la relation mère/enfant. Mais son exclusion, jusque dans le déni symbolique de sa fonction par le retrait de son nom, marque selon nous une grande difficulté d'accès à la relation à trois, c'est-à-dire à l'intégration de l'Œdipe et, donc, à l'interdit de l'inceste et à la différence des générations. Cette problématique de confusion des générations, et incestueuse, comme nous l'avons vu, se retrouve à bien des endroits dans ce cas clinique. Sans la présence du tiers et de la relation à trois, l'individuation ne peut se faire correctement, c'est la fusion, ou, lorsque cette dernière n'est plus tolérable, que la différenciation se fait trop sentir, le rejet. Mais une relation à trois suppose une capacité de renoncement et de deuil de la fusion originelle ; or, c'est précisément le deuil et la séparation qui sont problématiques dans cette famille. Une relation à trois suppose également que la troisième personne présente des caractéristiques identificatoires suffisamment bonnes et puisse tenir une place suffisamment sécurisée, pour être cette troisième personne. Or nous avons vu que l'image du tiers, l'image paternelle, incarne aux yeux de Mme E, le danger, la menace de l'inceste et de la violence dans la réalité. Nous comprenons comment le tiers incarné par le père est très compliqué dans cette situation.

C'est dans cette fonction qu'interviendrait, entre autres, l'instance socio-judiciaire. Depuis son enfance, Mme E est accompagnée par des éducateurs, d'abord en tant qu'enfant, puis en tant que parent, dans le cadre, rappelons-le, de mesures d'AEA ; c'est-à-dire que c'est Mme E qui est partie prenante de ces mesures. Nous pouvons entendre cette demande de présence, non seulement comme une demande de soutien, mais également comme la reconnaissance d'un tiers déchargé de toute menace, car incarné, non pas dans une personne, mais dans une instance sociale.

Dans cette difficulté d'instauration d'un tiers dans la relation unissant Mohamed à sa mère, nous pouvons également comprendre les difficultés relationnelles que Mme E pouvait entretenir avec l'internat ou l'ambivalence à amener son fils en entretien avec nous. L'incarnation du tiers que nous représentions, ou l'imago parental que nous incarnions, avec qui Mohamed pouvait avoir une relation de plaisir, suffisait à susciter l'agressivité qui nous a tant marqués lors de ces entretiens.

#### **2.2.4 La question de la parentalité**

A la lecture de ce cas clinique, il ressort que Mme E se retrouve en difficulté dans l'ensemble des champs de la parentalité.

A travers, par exemple, l'utilisation de son nom de famille pour inscrire Mohamed dans les institutions, Mme E exclut la question du père et de la légalité. Ce fait est mis très en avant par Mme E qui revendique ce nom et son statut parental et nous assistons à une sorte d'hypertrophie de l'axe de l'exercice de la parentalité. Mme E semble s'accrocher à cet aspect et néglige ceux de la pratique et de l'expérience où elle se montre très défaillante.

Mme E affirme donc que Mohamed porte son patronyme : le statut de mère toute-puissante est mis en avant avec un droit absolu sur son fils. Les interactions passent au second plan ; elle vient pour faire valoir son statut de mère que son fils ne respecte pas. Ses obligations à elle, de respect envers son fils, de respect du cadre et des horaires des entretiens sont exclues. Tout se passe comme si Mme E disait « *c'est mon fils, je fais ce que je veux avec lui* », lui déniait son statut de sujet propre.

En fait, Mme E semble avoir une représentation très figée et idéalisée de la parentalité, très rigide, centrée autour d'une image caricaturale n'incluant que les notions de respect et de terreur dus à ce respect, excluant toutes les autres représentations, les bonnes qu'elle n'a pas pu intérioriser. René Clément [17] parle, lui, d'un « *faux self parental* » où se maintient, chez le parent, l'idéalisation infantile du rôle parental. « *En voulant à tout prix correspondre à cette image infantile, ces parents jouent à être des grands, de façon d'autant plus rigide et caricaturale, qu'ils sont faibles et démunis ...* ».

Cette maman, en s'identifiant au reliquat idéalisé de son propre père défaillant, devient à son tour un parent tout-puissant ou aucune ambivalence, aucun jeu n'est possible. Nous voyons comment cette parentalité en faux self est mise à mal à la moindre incartade de Mohamed, à la moindre velléité de séparation/individuation qui est vécue comme une remise en cause de sa toute-puissance et de l'équilibre qu'elle a essayé de créer.

L'expérience de la parentalité, elle, n'est pas abordable immédiatement par la parole, la pensée autour de ce sujet est comme sidérée, figée. Nous entendons juste comment madame revendique le fait qu'elle n'a pas placé ses enfants contrairement à ses parents. Nous pouvons nous demander comment le fait d'avoir vécu une expérience d'enfant, face à des parents défaillants, ne lui donne pas le sentiment d'avoir un droit à réparation, une sorte d'à valoir sur son enfant qui est objectalisé.

Le fait est que son enfance ne semble pas lui avoir permis de se constituer de bons objets internes et que les représentations de la parentalité de Mme E semblent figées dans des images renvoyant à l'abandon et à la violence. Toute l'expérience subjective de la parentalité de Mme E est reliée à la notion de danger, de terreur et d'abandon. Abandon qu'elle a éprouvé petite et que lui fait revivre en miroir Mohamed. Il s'instaure alors un véritable attachement paradoxal, faisant vivre à la fois ces sentiments de danger et en même temps de forts sentiments de culpabilité et d'incompétence insupportables à cette mère si fragile narcissiquement. Cet enfant qui devait tout réparer, qu'elle n'a pas placé, lui renvoie une image d'échec. Pour R. Clément [17] « *c'est l'angoisse et la culpabilité des parents qui, à défaut d'attachement, vont faire lien ... car les liens positifs n'ont pas pu être introjectés* ».

Toute la pratique parentale de Mme E, est, elle, contaminée, entachée par la répétition compulsive de l'abandon : Mme E oublie de venir chercher Mohamed en entretien, ne l'appelle pas quand elle le confie la nuit à l'homme qui l'a tant terrorisée petite. Toutes ses relations avec son fils sont empreintes d'agressivité, ce qui l'empêche d'instaurer une pratique de la parentalité positive ; elle est donc privée de toutes les gratifications narcissiques indispensables pour entretenir des interactions positives et durables.

Au final, Mme E et Mohamed semblent pris dans un système interactionnel impossible. Pouvoir se pencher sur le vécu émotionnel de Mohamed, redevenir enfant, pouvoir s'identifier à lui, est par trop dangereux. Le voir grandir, s'éloigner et tolérer une séparation

qui ne soit pas marquée par le sceau de l'abandon, offrir des possibilités de retrouvailles sécurées, est impossible. Cette dyade complètement figée semble vivre dans « *la crainte de l'effondrement* » [74].

### 3. Mme C et Laura, ou la reviviscence traumatique

#### 3.1 Présentation du cas

Mme C est une jeune femme de 33 ans enceinte de son premier enfant. Elle en est au quatrième mois de grossesse lorsque nous la rencontrons pour la première fois. Nous sommes au mois de novembre. Nous la recevons en urgence juste après une consultation avec son gynécologue obstétricien qui la trouve « *très mal* » et qui souhaite que nous la rencontrions immédiatement.

Nous voyons entrer dans le bureau une jeune femme blonde dont le visage et les traits fins nous font penser à une actrice de cinéma hollywoodien. Le reste du corps de Mme C nous renvoie, lui, une sensation de lourdeur ; « *gonflé* » de partout, il donne plus l'image d'une personne en surpoids mal dans sa peau que celui d'une femme enceinte. La démarche même de cette femme n'évoque pas la grossesse. Les vêtements sont fades, informes. Ce contraste visage/corps nous marque.

Mme C nous confie qu'elle est extrêmement angoissée depuis le début de sa grossesse et que cela s'aggrave chaque semaine. Elle ne dormirait que quelques heures par nuit, serait très irritable, habitée en permanence par une tension interne importante. L'état thymique est préoccupant ; elle nous dit être triste, avoir « *envie de se faire du mal* » ; elle parle d'idées suicidaires inquiétantes, évoque un train, tout en expliquant qu'elle n'a pas l'intention de passer à l'acte. Le ton de la voix, lui, montre plutôt une méfiance, une tension. Ses mimiques, sa gestuelle, ne sont pas du tout marqués par un ralentissement, la patiente étant plutôt sthénique.

Elle nous raconte rapidement, dès ce premier entretien, quantité d'éléments concernant sa vie : abusée dans l'enfance par son grand-père maternel, elle est tenue éveillée la nuit par des peurs d'être agressée. Elle nous explique que, petite, on l'a traitée de menteuse, notamment sa mère, et ce n'est que jeune adulte qu'elle a pu porter plainte. Ce grand-père est décédé durant l'instruction, si bien qu'il n'y a jamais eu condamnation.

Durant cet entretien, Mme C se montre également très agressive et irritable : « *Mais vous n'allez pas me refaire parler de tout ça, car je l'ai déjà fait ; ça ne sert à rien* », conclut-elle immédiatement après avoir livré ce traumatisme ancien.

En couple depuis de nombreuses années, elle nous explique avoir attendu cette grossesse très longtemps car elle souffrirait d'une sclérose en plaques ; elle a dû stopper ses traitements avant de pouvoir tomber enceinte. Elle n'a pas eu de poussée depuis trois ans mais ses symptômes étaient, dit-elle, marqués par une douleur chronique traitée par antalgiques qu'elle a désormais cessé de prendre : « *Vous ne vous imaginez pas la douleur que j'ai dû endurer pour pouvoir arrêter* ».

Elle parle également d'hospitalisations à l'adolescence pour tentative de suicide dont elle garde un souvenir « *horrible* » et nous met en garde contre toute tentative de la diriger vers un quelconque établissement. Des traitements, des suivis, « *elle en a eu plein et rien ne fonctionne* ». Les traitements, d'ailleurs, font beaucoup grossir, nous explique-t-elle, et la prise de poids de la grossesse l'effraie beaucoup. Au premier trimestre elle a beaucoup vomi,

ce qui a entraîné un amaigrissement important. Une phrase de son gynécologue « *vous pouvez grossir* » aurait depuis tout inversé entraînant une prise de poids très importante et rapide. En fait Mme C finit par nous expliquer qu'elle a souffert, durant l'adolescence, de troubles alimentaires ayant provoqués des modifications corporelles importantes. Elle avait, dit-elle, trouvé un certain équilibre que la grossesse aurait complètement bouleversé.

Enfin, Mme C nous confie avoir actuellement de nombreux problèmes qui se surajoutent. D'une part, des problèmes financiers, font qu'elle et son conjoint ont été expulsés de leur appartement et ont dû s'installer chez ses parents dans la maison où elle a grandi. D'autre part, des problèmes sont apparus dans la sphère professionnelle ; Mme C qui est professeur dans un lycée professionnel, a reçu la visite de l'inspecteur d'académie ; il s'agissait de son premier poste et un rapport lapidaire aurait montré qu'elle était incapable de tenir sa classe. Mme C nous explique qu'elle ne sait pas si elle va pouvoir continuer à enseigner. Son gynécologue vient d'ailleurs de lui prescrire un arrêt de travail et un traitement par ATARAX®.

Après ce premier entretien, inquiets aussi bien par sa symptomatologie, son contact, que par ce qui a été déployé, nous lui proposons de la revoir rapidement. Elle ne viendra pas à ce second rendez-vous expliquant être malade mais en reprendra un plus à distance. Elle arrivera très en colère se levant de son siège à peine assise, expliquant que venir ne servait à rien car cet enfant, elle comptait l'abandonner à la naissance. Au cours du suivi, lorsque Mme C était débordée par ses angoisses, notamment à l'approche du terme, elle pouvait réitérer cette menace.

Un traitement fut rapidement nécessaire pour contenir ses angoisses, traitement qui finit par être relativement important en fin de grossesse.

Au troisième rendez-vous elle évoquera sa peur d'être une mauvaise mère et son souhait de protéger sa future fille de relations mère/fille trop hostiles comme celles qu'elle avait vécues avec sa propre mère. Pour ce troisième entretien nous demandons à Mme C de venir accompagnée de son conjoint. Dans le discours, ce dernier semble bien conscient des difficultés de sa femme. Il se montre attentionné envers elle, malgré une agressivité certaine de cette dernière à son encontre. Dans les faits, nous voyons que Monsieur a du mal à s'imposer dans la relation et, d'une manière générale, à s'opposer à sa femme. Monsieur est visiblement de nature timide, il parle d'une voix douce et explique faire ce qu'il peut pour soutenir son épouse. Il raconte comment, à la maison, il s'occupe du repas et des tâches ménagères en plus de son travail. Durant son enfance, que nous comprenons douloureuse, il s'est, dit-il, occupé de tous ses frères et sœurs et explique qu'il pourra apprendre à sa femme comment prendre soin de leur enfant.

Durant ce suivi qui durera jusqu'au terme de la grossesse, nous reverrons Mme C environ tous les 15 jours, souvent plus dans les périodes de crises. En effet, la grossesse de Mme C sera marquée par une alternance de périodes que nous qualifierions de « vide » où la teneur des entretiens était très pauvre, se bornait à décrire sa symptomatologie sans que rien ne puisse vraiment s'élaborer autour de sa grossesse, et son futur rôle de mère. Durant les périodes de crise, Mme C se montrait bien plus anxieuse et désorganisée ; ces périodes étaient marquées par une forte demande de consultation où elle pouvait appeler notre répondeur en pleine nuit ; mais une fois en entretien, c'était l'agressivité et la méfiance qui

dominaient. Plus le terme approchait, plus ces périodes de décompensation se faisaient nombreuses. Mme C consultera également plusieurs fois aux urgences gynécologiques pour des chutes dans les transports en commun ayant entraîné « *des coups sur le ventre* ». Un jour, Mme C, mécontente du temps d'attente aux urgences et énervée « *par la réaction de la secrétaire qui ne comprenait rien* », se mit un coup de poing dans le ventre. Mme C nous avouera également spontanément, et avec culpabilité, s'être également frappé le ventre, une fois, seule, chez elle, de colère. L'aveu de ces gestes « auto-agressifs », mais que nous pouvons également entendre comme « hétéro-agressifs » (la question véritable étant de savoir quel est le statut actuel de cet enfant pour Mme C), fut immédiatement suivi d'une phrase : « *Vous allez me l'enlever c'est ça ?* ». Cette phrase fut dite avec beaucoup d'authenticité, de crainte et de tension, Mme C nous fixant intensément d'un regard de petite fille. Notre tentative pour reprendre, mettre en mots ce qui c'était passé, fut soldée par un renfermement et une reprise des conduites hostiles à notre égard.

D'une manière générale, toutes nos propositions d'interventions en dehors du cadre des entretiens se soldèrent par un refus, et ce, aussi bien dans nos tentatives pour mettre en place les soins dont cette dyade aurait besoin dans le futur, que pour protéger Mme C et lui proposer un cadre plus contenant que nos entretiens.

Mme C refusera, par exemple, tout au long de sa grossesse, de se mettre en lien avec la PMI avant la naissance de sa fille, n'en voyant pas, dit-elle, l'utilité. La PMI concernée était donc en relation uniquement avec nous, informée de la situation, et tentait de son côté d'établir un lien avec Mme C. Cette dernière ne parviendra pas non plus à prendre contact avec un groupe de femmes enceintes qui se tenait dans une unité d'hospitalisation de jour mère/enfant dans laquelle nous souhaitions l'adresser à sa sortie de maternité et dans laquelle nous pensions qu'elle avait sa place. Mme C ne prendra finalement contact avec cette unité qu'à sa sortie de maternité. Enfin, à plusieurs reprises, l'hospitalisation nous apparut comme indispensable, mais jamais Madame n'accepta. Son mari ne parvint pas, non plus, à se prononcer en faveur de cette hospitalisation, craignant « *que cela n'aggrave les choses* ». Durant la grossesse, Monsieur se montrera très passif et, d'une manière générale, en grande difficulté pour contenir et soutenir sa femme quand cela impliquait de s'y opposer. En fin de grossesse, Madame se plaindra du fait que la chambre du futur bébé ne soit pas prête, Monsieur ne parvenant pas, selon elle, à faire les travaux le week-end car il serait trop fatigué ; il passait son temps, disait-elle, devant la télévision.

Cette prise en charge continua donc jusqu'au terme de la grossesse qui coïncida malheureusement avec la fin de notre semestre dans cette maternité. Un relai avec une prise en charge en binôme fut donc instauré au moment des derniers entretiens. La question d'un accouchement programmé fut abordée car Mme C avait très peur que sa fille ne naisse le jour anniversaire d'un événement en lien avec les abus dont elle avait été victime.

Mme C accoucha de sa petite fille qu'elle prénomma Laura. L'équipe fut unanime pour dire que cette maman parvenait à s'occuper de son enfant. Mme C, sous le regard et grâce au soutien de l'équipe, put prendre plaisir et dire l'émotion qu'elle éprouvait à s'occuper de son nouveau-né. Sur le plan pédiatrique, rien ne justifiait un séjour prolongé en maternité ; Mme C sortit donc au bout des trois jours réglementaires. Néanmoins plusieurs indices pouvaient déjà mettre en alerte quant à la future relation mère/enfant ; Mme C demandera

d'emblée sa sortie ; à l'arrivée de nos collègues dans la chambre, le berceau se trouve loin du lit ; nous observons un portage maladroit, un nourrissage manquant d'accordage. Mme C a du mal à repérer les besoins de sa fille lorsqu'elle est prise par son angoisse et supporte mal ses pleurs ...

Mme C acceptera néanmoins, durant son séjour en maternité, de se rendre à l'unité d'hospitalisation de jour mère/enfant ; des passages de la PMI à domicile furent organisés.

## **3.2 Analyse**

### **3.2.1 La question des limites**

Dès le début de la prise en charge, Mme C apparaît comme une patiente présentant une structure limite. Le cadre de notre première rencontre, par exemple, est marqué du sceau de l'urgence, d'une demande immédiate d'entretien. Nous pouvons imaginer que Mme C, par un mécanisme projectif, a fait vivre et porter à son obstétricienne une angoisse non contenable, non élaborable par elle-même. L'action non différable d'un entretien psychiatrique apparaît alors comme la catharsis indispensable pour vider l'angoisse provoquée par l'irruption de la question de la réalité de la maternité.

Dès ce premier entretien, donc, nous remarquons que Mme C se « vide » littéralement, déverse son histoire, livre ses pensées, sans aucune limite ou contenance. La rencontre avec de parfaits inconnus ne la retient pas, comme si l'autre avec sa subjectivité et sa sensibilité propres, n'était pas pris en compte. Mme C semble juste tenter de placer hors d'elle un contenu psychique trop angoissant et non élaborable. La limite soi/autre, l'individuation, le sentiment de subjectivation de Mme C apparaissent bien fragiles.

Durant cette grossesse, Mme C est visiblement aux prises avec des angoisses archaïques de vidage et d'intrusion. Au premier trimestre, Mme C vomit, se vide, lutte contre « cette chose » qui la remplit et l'intruse. Tout passe par l'acte, comme si cette grossesse ne pouvait pas s'élaborer, s'inscrire psychiquement. Par la suite, nous voyons comment les paroles de son obstétricienne, ses mots, provoquent un renversement, une bascule immédiate dans une action contraire. Mme C est très peu sujet et semble subir les choses. Les mots de son médecin semblent « coller » à l'acte de manger et de se remplir, sans aucune distance ni valeur symbolisante de la parole : le mot « manger » et l'acte qui lui correspond ne feraient qu'un. De plus, nous pouvons noter que ces paroles proviennent de celle « qui prend soin de sa grossesse », imago parental par définition. Or nous avons vu que les imagos parentaux de Mme C, notamment l'image maternelle, sont extrêmement dégradés, associés à une violence, une grande colère et fantasmatiquement, nous y reviendrons plus tard, à une personne qui lui voudrait du mal et envers qui elle aurait commis une faute.

Mme C semble également très dépendante. Ses appels en pleine nuit sur notre répondeur, ses multiples demandes d'entretiens, ses passages aux urgences, montrent à quel point cette patiente est fragile. Alors qu'elle ne se présente pas au deuxième entretien après la grande angoisse déposée lors de notre première rencontre, nous pouvons entendre comment Mme C à ce moment cherche à vérifier les liens qu'elle a tissés, cherche à vérifier

combien « nous tenons à elle » et si nous ne « l'abandonnons » pas. Le regard de l'autre, sa réaction, semblent servir de miroir pour pallier un manque de subjectivité propre. Nous pouvons entendre, entre autres, ses coups dans le ventre, les phrases comme « *je vais l'abandonner* » comme un acte se reflétant dans la réaction que l'autre aura en face d'elle, permettant un « retour sur soi » qui ne pourrait passer que par là. Mme C semble également regarder comment nous allons réagir à ses actes et ses propos, « Comment allez-vous être des mères pour moi ? », « Comment allez-vous-me porter ? », « Allez-vous m'abandonner ou m'adopter ? » ... à l'image des questions qui la traversent en ce moment concernant son propre enfant. Là encore, c'est par l'acte et par la réponse à ces actes que semble pouvoir s'élaborer quelque chose ...

A la lecture de ce cas, donc, il est possible de constater que Mme C présente de nombreux traits psychopathologiques qui caractérisent une personnalité limite :

- Présence d'une symptomatologie multiple et variable dans le temps. Nous relevons en effet, depuis l'adolescence de Mme C, et encore au moment de nos rencontres, un grand nombre de symptômes : troubles de l'humeur avec une symptomatologie dépressive, troubles anxieux, troubles du comportement alimentaire, irritabilité, impulsivité, instabilité, expression directe des pulsions par des conduites agies (antécédents de TS, appel à 4 h du matin, se frapper le ventre ...) ou certains phénomènes de somatisation.
- Tendance au débordement de la pensée par des affects massifs et mal contenus.
- Mauvaise organisation du sentiment de soi avec une dominance de la relation duelle (refus de toute autre intervention que le cadre duel des entretiens) et une incapacité à accéder aux conflits et aux modes d'identification plus évolués.
- Angoisses et mécanismes de défense de la lignée psychotique (clivage, déni, projection), mais chez un sujet présentant des mécanismes adaptatifs qui le protègent relativement du risque de désorganisation psychotique, au prix de modalités défensives contraignantes et coûteuses.

### **3.2.2 La question du traumatisme**

Ce qui frappe dans ce cas clinique, c'est le retour, durant la grossesse, du traumatisme des abus sexuels vécus dans l'enfance ; en effet, c'est ce qui est amené par la patiente dès le premier entretien. Le traumatisme est sur le devant de la scène, accompagné d'un cortège d'angoisses « à l'état brut ». Tout se passe comme si durant ces années rien n'avait été métabolisé, comme s'il y avait un écrasement temporel et c'est un retour « à l'identique », une reviviscence des émotions que semble avoir traversé la petite fille de l'époque. Le traumatisme occupe les rêves et les fantasmes de la patiente, mais rien n'est élaborable.

Comme nous l'avons vu dans la seconde partie de cette thèse, fantasmatiquement, toute grossesse serait un acte transgressif en puissance où vient se réactualiser la problématique Œdipienne. Dans l'enfance, la petite fille, confrontée à la différence des sexes et à l'absence du pénis, désirerait fantasmatiquement obtenir le pénis du père, puis, par un mécanisme de déplacement de son investissement libidinal, désirerait un enfant du père. Cette même

petite fille, durant la période Œdipienne, sera en rivalité avec sa mère pour obtenir l'amour exclusif du père.

Or, chez notre patiente, fantasme et réalité ont été confondus. Le grand-père maternel aurait transgressé les interdits les plus fondamentaux qui se mettent en place à cet âge, à savoir l'interdit de l'inceste et la différence des générations. Nous comprenons alors à quel point cette grossesse est menaçante pour Mme C, comment fantasmatiquement cet enfant pourrait être le fruit d'un désir incestueux, mais également le fruit d'un inceste ayant eu lieu dans la réalité. Ce bébé revêt alors un caractère monstrueux, source d'une intense culpabilité, car il est à la fois témoin et punition des désirs infantiles de Mme C. Il est à noter comment s'opère également un glissement générationnel en la personne du grand-père, Mme C se retrouvant alors fantasmatiquement en rivalité générationnelle avec sa propre mère. De plus ce grand-père est décédé durant l'instruction de son procès. La loi, et l'ordre symbolique qu'elle représente, n'ont jamais pu reconnaître l'interdit qui a été transgressé et punir l'acte qui a été commis. Nous pouvons également imaginer les vœux de mort et les motions agressives envers ce grand-père. La petite fille, que Mme C a été et qu'elle porte encore elle, avec toute l'omnipotence des enfants, peut fantasmatiquement porter la croyance d'avoir tué ce grand-père. Là encore il y a collusion entre fantasme et réalité qui deviennent trop proches et donc menaçants.

Selon l'article de Christine Rainelli [62], la présence dans le corps de la future mère d'un autre corps partiellement étranger est une nouvelle expérience venant faire écho au traumatisme antérieurement vécu. Les symptômes d'angoisse massifs, non mentalisables, éprouvés par Mme C, seraient le résultat de la mise en œuvre coûteuse de mécanismes de défense pour limiter les sentiments insupportables développés à l'encontre de son enfant. Il s'agirait en fait, d'une véritable lutte contre la réminiscence et les sentiments de haine.

Nous voyons également comment, chez Mme C, les modifications corporelles de la grossesse, en écho aux modifications corporelles de l'adolescence, sont insupportables. Tout comme au moment de son adolescence où Mme C avait développé des troubles des conduites alimentaires et avait grossi, où elle avait été hospitalisée pour des tentatives de suicides, la grossesse provoque une rupture d'un certain équilibre et une décompensation où là encore elle grossit, a des idées suicidaires qui la conduisent auprès d'un psychiatre. Il y a répétition. Or, durant ces deux périodes, la question du sexuel est manifeste, s'impose à elle, d'une manière subie. Les examens gynécologiques qui jalonnent le suivi de la grossesse et la question même de l'accouchement font vivre une certaine passivité, l'impression probable de subir une intrusion de son intimité faisant écho au traumatisme ancien.

Dans ce cas la question du « passif/actif », du « subir/faire subir » est extrêmement présente sur un fond de violence. Nous pouvons d'ailleurs voir ce retournement du passif en actif comme une tentative d'élaboration du trauma. Par exemple, dès notre première rencontre, Mme C nous présente un tableau très inquiétant de sa situation. Elle évoque des idées suicidaires et un profond mal-être mais nous interdit, en même temps, toute possibilité de la prendre en charge et toute tentative d'élaboration. Tout se passe comme si nous devons « subir » sa souffrance, son angoisse, sans possibilité de répondre. Par la suite, toutes les tentatives de prise en charge que nous lui proposons sont soldées par un refus, et toute intervention d'un tiers (PMI, unité mère bébé) est maintenue à distance. Nous serions

comme condamnés à constater la souffrance de cette patiente, à la regarder sans pouvoir agir dans un tête-à-tête violent et dangereux. Dans ce suivi, nous comprenons comment notre façon d'agir, de prendre en charge cette patiente, sera importante. En effet, nous n'entendons pas le positionnement de Mme C comme un positionnement pervers, mais comme une tentative d'élaboration de son trauma. C'est par ce retournement passif/actif inconscient, en voyant comment nous allons réagir dans la position où elle nous met, comment, en actes, nous allons répondre à sa souffrance, que Mme C pourra élaborer quelque chose. Supporter sa violence, reconnaître sa souffrance, se dégager, autant que faire se peut, de la relation duelle, était une première étape indispensable. C'est par la façon de prendre en charge que nous serions le plus aidant, la symbolisation, l'élaboration par les mots étant trop compliquée et dangereuse. A l'inverse, lorsque Mme C nous dit « *vous n'allez pas me refaire parler de tout ça* », alors qu'elle vient spontanément de nous parler de son traumatisme, elle nous place cette fois dans le rôle actif de celle « qui aurait fait parler » (sachant, comme nous l'avons vu précédemment, que, pour cette patiente, mot et chose sont très peu différenciés). De même, tout au long du suivi, Mme C se placera souvent en position de celle qui subit : c'est son bébé qui la ferait vomir, c'est pour lui qu'elle aurait enduré les souffrances de son arrêt de traitement, pour lui qu'elle ne soignerait plus sa SEP, le mettant de ce fait en place de persécuteur. Sa grossesse, son bébé, tout semble l'effracter, la date même de l'accouchement fait écho au traumatisme. Comment dans ce cas-là mettre en place une préoccupation maternelle primaire, comment supporter la régression qu'elle implique ?

### **3.2.3 La question de la parentalité**

Durant la grossesse de Mme C, nous entendons que c'est le retour du traumatisme qui est au premier plan. Sa fragilité identitaire la met en difficulté pour accueillir sereinement les modifications physiques et psychiques de la grossesse.

Sur le plan de l'expérience de la parentalité, nous voyons que Mme C en a une représentation très négative. Les imagos parentaux, et notamment l'image maternelle, sont dégradés et renvoient systématiquement à de la négligence ou même à de la violence. L'identification à cette image, le fait de devenir mère à son tour, la renvoient à cette expérience douloureuse. Pour cette jeune femme si fragile sur le plan identitaire et si dépendante des images qui lui sont renvoyées, l'identité de mère s'avère probablement très menaçante. La réorganisation identitaire qui devra se mettre en place, l'inscription dans la lignée maternelle, doivent être, nous le voyons bien, accompagnées et soutenues.

Sur le plan contre-transférentiel, il est intéressant de noter que lorsque Mme C n'était pas à l'hôpital, nous pouvions être inquiète et l'avions fréquemment en tête. Lorsqu'elle était en entretien avec nous, nous alternions empathie, inquiétude et agressivité, par identification au bébé. Nous voyons donc comment Mme C, contre-transférentiellement, fait vivre l'alternance imprévisible d'une demande massive d'attention exclusive et d'un rejet intense. Autrement dit, il existe sur le soignant, alternativement une identification projective d'un imago maternel comblé et comblant, fusionnel, et une identification projective d'un imago maternel destructeur. Mme C s'inscrirait donc dans un mouvement schizoparanoïde au sens kleinien du terme et ne pourrait pas être dans cette préoccupation maternelle telle que

D. W. Winnicott l'a décrite. Il n'existerait pas de place pour la mère « suffisamment bonne », Mme C ne pouvant être « un peu » insuffisante, elle semble toute entière : toute bonne ou toute mauvaise.

Nous entendons également combien le bébé fantasmatique et le bébé narcissique sont très présents et laissent peu de place au « *bébé du dedans* » selon l'expression de S. Missonier. La relation d'objet virtuel, et le processus dynamique qu'elle incarne, semblent figés durant toute la grossesse. Tout se passe comme si le parcours allant de l'investissement narcissique à la relation d'investissement pré-objectal ne pouvait que difficilement se faire. Lorsque Mme C se frappe le ventre, nous entendons combien son enfant est utilisé comme un enjeu relationnel, comment à ce moment-là il n'est qu'objet et non pas sujet. La transparence psychique de la grossesse semble avoir débordé les fragiles défenses que la patiente avait réussi à mettre en place et il apparaît très compliqué, dans ces conditions, de mettre en place une préoccupation maternelle primaire dont l'état de régression s'avère trop menaçant. Nous pouvons donc, dans l'avenir, être raisonnablement inquiets sur les capacités de cette mère à pouvoir avoir une pratique suffisamment bonne de sa parentalité, donner des soins et porter une attention à sa fille qui soient dégagés des « fantômes » et des angoisses du passé pour faire la place au bébé de la réalité.

Notre inquiétude est d'autant plus légitime qu'il ne semble pas exister d'entourage ou de portage familial qui puisse soutenir cette jeune mère en difficulté. Monsieur semble également avoir un passé compliqué, notamment en ce qui concerne la fonction parentale. Bien qu'apparemment dégagé des questions d'agressivité, Monsieur apparaît également bien fragile et dans une position plutôt passive où nous pouvons imaginer qu'il lui sera difficile d'intervenir et de médiatiser la relation mère/enfant. Nous n'avons rencontré cette jeune mère et ce couple que dans le cadre particulier de la grossesse ; la question qui se pose est de savoir si Mme C sera capable de retrouver un équilibre et comment ce couple parviendra à se positionner en ce qui concerne les trois axes de la parentalité. Mais nous sentons bien toute la nécessité, dès à présent, d'une action et d'un soutien préventifs dans une situation d'ores et déjà bien fragile.

## 4. Mme A et Lucie, ou lorsque le fantasme prend le devant de la scène

### 4.1 Présentation du cas

Mme A est une jeune femme d'une trentaine d'années. Lorsque nous la rencontrons pour la première fois, elle est enceinte, au début de son huitième mois de grossesse. Il s'agit de son premier enfant, une fille, comme elle le désirait. Mme A est en couple depuis plusieurs années. Il s'agit d'une grossesse programmée.

Mme A a demandé un rendez-vous en urgence, disant être extrêmement angoissée depuis le début de son congé maternité. Cette dernière exerce la profession d'infirmière en pédiatrie et c'est sur son lieu de travail qu'elle se tourne pour demander de l'aide, demandant explicitement à rencontrer un psychiatre.

Mme A arrive accompagnée de son mari, mais demande à venir seule en entretien. Cette jeune femme blonde et frisée, aux traits doux et ronds, fait plus jeune que son âge. Elle nous évoque l'image d'une poupée. Elle explique, non sans angoisse, et avec beaucoup de honte et de culpabilité, qu'elle a besoin d'un spécialiste car elle pense « *être en train de devenir folle et être dangereuse pour son futur bébé* ». Depuis qu'elle a cessé de travailler, Mme A fait plusieurs attaques de panique par jour, notamment lorsqu'elle pense à sa future fille. Avant cela, Mme A n'avait jamais vu de psychiatre ; elle n'avait jamais présenté aucun trouble psychique, notamment anxieux, et, même si elle se décrit comme « *sensible* », Mme A explique ne pas être de nature particulièrement anxieuse. Ce qui déclenche ces attaques aujourd'hui, c'est la vue d'un couteau, du coin d'une table, des escaliers ... et si elle « *lui faisait du mal ?* », pense-t-elle dans ces moments. « *Pour avoir de telles idées il faut être fou* », nous explique-t-elle. Et Mme A nous dit être tellement envahie par ces pensées qu'elle a peur, au moment de la naissance, de passer à l'acte. Elle ajoute, au comble de la honte, et pour finir la démonstration qui ferait irrémédiablement d'elle un monstre, que son mari a acheté récemment le premier pyjama de leur future fille, un pyjama daisy, « *la plus sexy des personnages de Walt Disney* » aurait-il précisé. Mme A éclate alors en sanglots et nous explique que, depuis qu'elle a entendu qualifier ce personnage de dessin animé de sexy, un terme renvoyant à la sexualité, elle se demande si elle pourrait abuser de sa fille.

Ces attaques de panique ont débuté brutalement. Une nuit, son mari, qui a des horaires décalés, est rentré du travail ; elle dormait profondément, alors que, « *d'habitude je ne dors qu'à moitié jusqu'à ce qu'il rentre* ». Cette nuit-là, Mme A nous explique s'être réveillée brusquement au moment où son mari est rentré dans le lit et « *ne pas l'avoir reconnu* ». Entre deux eaux, Mme A dit avoir ressenti une angoisse intense face « *à cet étranger dans sa chambre* ». Depuis, les attaques de panique se multiplient. Mme A nous explique essayer d'éviter de penser, d'éviter les objets qui déclenchent ses angoisses. Mais, aujourd'hui, elle rumine tellement, elle se sent tellement coupable, qu'elle ne pense finalement plus qu'à ça, se sentant en permanence anxieuse et anticipant à chaque moment la prochaine crise d'angoisse ... Au fur et à mesure de nos entretiens, Mme A nous expliquera comment cette angoisse a totalement transformé sa vie, comment elle ne se reconnaît plus, que tout ce qui avait constitué une certitude avant ne l'était désormais plus. Elle nous parle de sa honte, de

son sentiment profond de devenir folle et de ne pas mériter l'amour des siens qu'elle a la sensation de « *trahir* » car ils ne la verraient pas « *telle qu'elle est en réalité* ».

Mme A est la dernière d'une famille de trois enfants. Elle a quitté, il y a maintenant un an, sa ville natale où vit encore toute sa famille dont elle est très proche. Chaque weekend, ou presque, son mari et elle vont chez ses parents. Elle se demande d'ailleurs si elle a bien fait de partir dans une grande ville qui n'est pas l'idéal pour élever un enfant. Mme A nous dit qu'elle culpabilise de s'être éloignée, notamment vis-à-vis de sa grand-mère maternelle dont elle est proche. Sa grande sœur lui en aurait également beaucoup voulu. Mme A, qui est pourtant la dernière, dit se sentir en fait « *un peu l'ainée de la famille* », car elle aurait toujours beaucoup veillé sur ses frères et sœurs, notamment sa grande sœur qui tiendrait la place dans la famille de celle qui « *est plus fragile* », qui « *a eu des problèmes à l'adolescence, des problèmes d'angoisse* ». Mme A, elle, serait perçue comme « *la fille forte* » « *sûre d'elle* », la fille « *qui a réussi* », réussie à partir pour la grande ville, celle qui aurait confiance en elle. « *C'est très bizarre* », s'étonne d'ailleurs Mme A, car « *je suis plutôt quelqu'un qui a peu confiance en soi et que l'on peut facilement déstabiliser* ». Dans son discours, ses parents sont des êtres merveilleux et admirés, jamais critiqués, et avec qui elle ne semble jamais être entrée en conflit. De l'histoire familiale, Mme A nous dira que son père vient d'une famille nombreuse « *très famille* », où tout le monde est en contact. Sa mère, par contre, a une histoire plus mystérieuse. Mme A sait qu'elle n'a pas connu son père, mais qu'il s'agit d'un sujet tabou et douloureux. Cette maman a par ailleurs des demi-frères et demi-sœurs, mais qui ne lui ressembleraient pas du tout physiquement ; elle est blonde aux yeux bleus, comme sa fille, Mme A. Son grand-père viendrait des pays de l'est ... Finalement Mme A nous dit que sa mère « *a commencé sa famille par celle qu'elle a fondée* », et que c'est cette famille qui compte par-dessus tout pour sa maman.

Avoir un enfant était jusqu'à présent un grand rêve d'enfance pour Mme A ; être maman est une logique allant de soi et une des rares choses où elle savait d'avance qu'elle serait compétente. Mme A semble avoir une image très idéalisée du rôle de mère et cette symptomatologie qu'elle présente, associée à cette idée qu'elle pourrait être une « *mauvaise maman* », constituent une blessure narcissique forte. Sa grande sœur a eu un garçon avant elle, neveu qu'elle a très fortement investi, expliquant qu'avant d'être enceinte, ce qu'elle ressentait pour lui était ce qu'elle s'imaginait « *être le plus proche de l'amour maternel* ».

La grossesse « *s'est déroulée idéalement jusqu'à présent* », explique Mme A, au point qu'elle n'a jamais été malade et a travaillé jusqu'au bout malgré un métier pénible physiquement : « *Au travail c'est comme si je n'étais pas enceinte* ». Les changements de son corps n'ont en rien été difficiles ; selon elle, tout était merveilleux avant le début des symptômes.

Depuis que ces idées de maltraitance et d'abus sont présentes, Mme A explique qu'elle ne se reconnaît plus, qu'après avoir eu de telles idées en tête, elle ne sera plus jamais la même, que « *quelque chose* » a changé à tout jamais. Elle a la sensation de tromper son entourage qui lui répète sans cesse qu'elle sera une bonne maman, notamment son compagnon, seule personne à qui elle s'est confiée sur la nature de ses angoisses. Elle a peur, dit-elle, et s'interdit plus ou moins d'investir cette grossesse ; la chambre du bébé, par exemple, c'est

sa mère et son compagnon qui l'ont installée. Au cours d'un des entretiens, elle nous confiera avoir même pensé parfois à partir, s'en aller, après la naissance du bébé ...

Mais lorsque nous observons Mme A, nous remarquons qu'elle a bien la démarche d'une femme enceinte, s'assoie, se positionne sur sa chaise, comme quelqu'un dont le corps est bien habité, protège bien un enfant à naître. Lorsqu'elle parle, elle caresse parfois son ventre avec des gestes doux et calmes et laisse souvent ses deux mains autour. Elle porte un bijou de grossesse. Tout son corps respire une bienveillance attentive vis-à-vis de son futur bébé, ce qui contraste avec son discours. De même, contre-transférentiellement, nous n'avons jamais été envahis par les craintes de Mme A qui reparlera, à chaque entretien, de ses phobies d'impulsion avec la peur de passer à l'acte après la naissance. Dans son discours, fantasme et réalité ne sont jamais confondus, mais Mme A est dans la crainte de cette confusion. Mme A ne présente également aucun symptôme de la lignée psychotique.

Après avoir bien écouté cette patiente nous lui signifions comment, d'un point de vue médical, elle n'est pas en train de développer une pathologie mentale dans le sens où elle l'entend et que nous ne nous faisons que très peu de souci du côté d'un passage à l'acte. Par contre, sa symptomatologie l'envahit beaucoup ; elle est source d'une grande souffrance à prendre au sérieux et nécessite une prise en charge. Nous lui expliquons également que nous avons entendu ses préoccupations quant à ses relations avec sa future fille et que nous pouvons essayer de travailler également cela. Nous lui proposons un suivi hebdomadaire et lui prescrivons un traitement par ATARAX®.

Au cours de nos entretiens, Mme A parla essentiellement d'elle, de son enfance. De nombreux souvenirs remontaient, et, lorsqu'elle ne savait plus, c'est régulièrement qu'elle questionnait sa mère entre deux de nos rencontres. La majorité des entretiens suivait le même modèle : Mme A nous parlait de sa symptomatologie anxieuse et de ses phobies d'impulsion avec une charge anxieuse qui s'amenuisait, nous semblait-il, après avoir vérifié que rien dans ses propos ne nous inquiétait, ne nous « choquait ». Progressivement cette anxiété diminua, mais les idées restèrent avec la honte qui les accompagnait. Ces idées prirent néanmoins moins de place et, même si Mme A les trouvaient toujours aussi monstrueuses, ces dernières semblaient moins « la harceler ».

Dans les deuxièmes parties d'entretien, Mme A se laissait aller à une libre association et évoquait souvenirs d'enfance et fantasmes avec peu de refoulement, ce qui illustre très bien le phénomène de transparence psychique de la grossesse. Elle ne parlait que très peu de son enfant à naître. Elle pouvait amener, par exemple, le thème de son sommeil, puis le fait qu'elle avait toujours eu le sommeil léger ; lorsqu'elle était petite, toutes les portes de la maison étaient ouvertes ; elle pouvait être réveillée et, alors, elle entendait ses parents ... elle nous expliquait qu'elle avait le souvenir d'être longtemps allée les regarder dormir ; sa mère avait eu un accident de voiture devant ses yeux, et elle comprend cela, aujourd'hui, comme un besoin qu'elle avait de vérifier si sa mère était bien là. Une autre fois, Mme A arriva de nouveau très angoissée nous expliquant qu'elle avait vu ses parents ce week-end et que, cette fois, en regardant son père, elle s'était imaginée qu'il pourrait, lui aussi, abuser de sa fille ... Elle nous expliqua, une autre fois, qu'elle avait le pressentiment que son père n'était pas heureux en couple et qu'il était resté « *pour les enfants* ». Mme A nous raconta également que, petite, pour se faire consoler, elle faisait semblant de pleurer derrière la

porte de la chambre de sa grande sœur adolescente qui, elle-même, faisait des attaques de panique ...

La mère de Mme A soutiendrait sa fille dans l'épreuve qu'elle traverse, mais, selon Mme A, elle ne la comprendrait pas du tout car cette mère aurait toujours parlé de ses grossesses et des premiers mois de ses enfants comme d'une période « *merveilleuse* » et autant elle n'avait aucune confiance envers sa fille aînée dans ses capacités de mère, autant elle admirait Mme A et ne s'inquiéterait pas du tout pour elle ... Mme A nous raconta également, une fois, en parlant de sa sœur et de son neveu, d'une scène qui l'aurait troublée ; cette sœur lui demanderait toujours une présence et une grande disponibilité lorsqu'elle est mal ou pour l'aider avec son fils. Un jour alors que Mme A faisait prendre le bain à son neveu sa sœur lui demanda de le décalotter « *en tant qu'infirmière* », car elle-même ne saurait pas vraiment s'y prendre. Mme A nous explique qu'elle a ressenti à quel point la demande de sa sœur était déplacée.

Nous suivîmes donc Mme A jusqu'à la naissance de sa fille, Lucie. L'accouchement et le séjour à la maternité se déroulèrent sans problème. Mme A ressentit un grand soulagement à constater, qu'en présence de Lucie, elle n'avait aucune des peurs, aucune des angoisses qui l'avaient accompagnée durant la grossesse. Elle ressentait, en la regardant, beaucoup de joie, de peur de mal faire également, mais pas du tout des idées d'abus ou de violence. Ces idées, nous dit-elle, lui paraissaient, depuis la naissance, incongrues. Une grande culpabilité persistait néanmoins : « *Comment j'ai pu autant gâcher la fin de ma grossesse ? [...] Comment ai-je pu avoir de telles idées [...] ai-je une sorte de monstre en moi ... qui pourrait revenir ?* ».

Nos rencontres se prolongèrent après l'accouchement. Mme A venait toujours avec sa fille. Les rendez-vous coïncidaient avec l'heure de la tétée, mais jamais Mme A ne voulut changer d'horaire. Elle nourrissait donc Lucie sous nos yeux. Le portage était doux, harmonieux. Mme A prenait le temps de bien l'installer, s'arrêtait de parler régulièrement pour être avec elle. Elle nous la présentait en début d'entretien et nous commentions ses progrès, son éveil toujours plus grand. Mme A pouvait nous faire part de ses ressentis et de ses craintes qui avaient une intensité « *suffisamment* » bonne : « *c'est impressionnant d'être pleine d'elle dans ma tête et en même temps de la connaître si peu* » ; elle évoquait la dépendance de son enfant, comment parfois elle la ressentait avec une grande acuité et qui pouvait lui faire peur, comment il était dur pour elle de la voir dans les bras d'autres personnes qu'elle ou son mari. C'est à cette époque, d'ailleurs, que naquirent les premières critiques envers sa mère, Mme A pouvant affirmer avec certitude que son positionnement de jeune mère était le bon lorsque sa mère donnait un conseil qui ne lui convenait pas ...

Nous commençons à préparer le relais avec, en tête, l'intérêt d'une psychothérapie individuelle, ce à quoi semblait prête Mme A. Dans les séances consacrées à cette préparation, Mme A reparla de son envie, et peut-être de son projet, de repartir vivre dans sa ville natale. Elle vint également une fois sans sa fille et put nous dire que cela l'avait mise très mal : « *Je ne sais pas pourquoi, mais ce suivi, c'est nous deux, il faut qu'elle soit là* ». Mme A ne pouvait visiblement pas encore débiter une thérapie personnelle. Elle se rendit en consultation dans un centre spécialisé dans les accompagnements mère/bébé. Après quelques rencontres avec eux, nous pûmes nous dire au revoir.

## 4.2 Analyse

Dans ce cas, nous avons affaire à une patiente de structure névrotique mais dont le Moi présente une fragilité certaine. La grossesse et l'état de crise qui l'accompagne, l'état de remaniement psychique qui la caractérise, semblent avoir débordé, chez cette patiente, les mécanismes de défenses qui la tenaient jusqu'à présent. Tout se passe comme si son inconscient était mis à nu, ouvert, exposé, sans aucun filtre, comme si la censure du refoulement avait disparu. Nous voyons comment, dans son esprit, fantasme et réalité sont proches. Cet état semble répondre parfaitement à l'état de transparence psychique que nous avons vu dans la deuxième partie, et en présente toutes les caractéristiques : fragments de l'inconscient revenant à la conscience, remémorations de faits anciens, fantasmes et rêveries normalement censurés prenant la première place sur la scène psychique, silence relatif sur l'enfant porté, discours centré sur le passé et l'enfant qu'elle a été, et, enfin, porosité fantasme/réalité pouvant faire évoquer en temps normal un état psychotique.

Mais là où, dans la majorité des grossesses, il y a « affleurement » de l'inconscient, pour Mme A, nous pouvons parler d'explosion. Il semble y avoir un envahissement d'autant plus fort qu'auparavant Mme A avait mis en place des défenses si importantes que tout fantasme semble avoir été plus que refoulé, nous dirions dénié. En effet, ce qui nous étonnait, lorsque nous écoutions Mme A, c'est cette apparente naïveté face à la découverte d'une fantasmagorie interne, comme si elle entendait pour la première fois sa pulsionnalité.

### 4.2.1 La question de l'ambivalence et de la haine

Les phobies d'impulsion et le trouble anxieux présentés par Mme A ne sont pas une symptomatologie rare [20]. La phobie d'impulsion représente un des TOC les plus anciennement documentés. Dans les différentes études réalisées, dont celle de Sichel et al. [64], aucun des sujets n'a eu de geste dangereux à l'égard de son enfant. Le risque essentiel serait plutôt les conduites d'évitement et le retrait relationnel qu'induisent ces troubles ainsi que le risque d'évolution en une dépression du post-partum et/ou une chronicisation de la pathologie.

Mais derrière ces phobies d'impulsion, nous pouvons entendre une difficulté à gérer l'ambivalence vis-à-vis du futur enfant et, plus largement, à gérer la question de la haine. Chez Mme A, les motions d'agressivité ou d'autres sentiments hostiles, comme la jalousie, étaient totalement réprimées. Elle semblait incapable de se mettre en colère, nous expliquant par exemple qu'elle ne se disputait jamais avec quiconque et que, si cela se produisait, un sentiment de culpabilité l'envahissait immédiatement. Mme A paraissait donc incapable d'assumer authentiquement des sentiments hostiles sous peine de blesser quelqu'un ou de se voir privée de son amour. Nous pouvons nous demander comment, petite, ses mouvements d'agressivité étaient accueillis et ne collaient, en tout cas, pas à l'image de petite fille idéale qui lui était assignée. Hostilité et risque de perte d'amour des objets parentaux semblent liés. Ces phobies d'impulsion peuvent être entendues comme masquant une agressivité, une haine dirigée contre les parents, la grossesse remettant au

premier plan les conflits infantiles ; l'angoisse de devenir folle constituerait la punition pour ce sentiment coupable.

Lorsqu'elle était enfant, sa grande sœur souffrait de troubles anxieux, analogues à la symptomatologie que présente aujourd'hui Mme A. Cette symptomatologie qui vaut aujourd'hui à Mme A une attention et une préoccupation parentale identiques à celles portées sur sa sœur à l'époque, paraît comme une tentative d'attirer le regard de ses parents sur son véritable Moi, qui, lorsqu'elle était petite, n'a pas été reconnu. Nous pouvons entendre une jalousie refoulée envers cette grande sœur, une envie et une haine tellement répréhensibles, que Mme A les aurait, lorsqu'elle était petite, transformées en une « demande de câlins » en allant frapper à la porte de la chambre sa sœur ; adulte, Mme A aurait transformé ces sentiments en une dette l'astreignant à prendre soin de cette grande sœur à tout moment.

L'ambivalence vis-à-vis de son enfant à naître, dans ces conditions, semble difficilement acceptable ; à cela s'ajoute une idéalisation de la maternité interdisant toute représentation négative. Comment tolérer les sentiments induits par cet enfant qui lui fait arrêter un travail gratifiant pour la livrer, démunie, à une vie psychique qu'elle s'efforce de mettre à distance avec tant d'énergie ? Comment accueillir tranquillement les sentiments hostiles qui viennent, lorsque le risque est de perdre l'amour des autres et leur « bon regard » qui définissent jusqu'à son identité ? Ce bébé à naître focalise l'attention de tous, de toute la famille, parents compris, et rentre en rivalité avec la part infantile de Mme A qui est en souffrance en ce moment. Ce bébé doit lui faire renoncer à sa place d'enfant à laquelle Mme A tient tant encore. L'espace des entretiens avait cette fonction de donner la parole à l'enfant qu'elle était afin de mieux restaurer l'enfant qu'elle porte.

#### **4.2.2 La question de la transgénérationnalité**

Ce que nous entendons également dans ce cas clinique, c'est la question du transgénérationnel. Souvent cette question affleurerait à travers une référence à l'histoire maternelle. Cette maman qui n'a pas connu son père, dont l'origine de la disparition reste un mystère, un secret douloureux, mais dont Mme A et sa mère portent les traces physiques : la blondeur, les yeux bleus des Pays de l'Est ... Qu'est devenu ce père ? Est-il parti ? Et qu'est-ce qu'a pu faire de si monstrueux la grand-mère de Mme A pour que ce monsieur parte ? Mme A s'est souvent étonnée de l'absence de réaction de son conjoint, du fait qu'il ne la trouve pas « *monstrueuse* ». Comme à nous, Mme A lui livrait ses pensées, progressivement, et, à chaque fois, elle n'en revenait pas qu'il veuille encore d'elle. Mme A nous a également confié qu'elle pensait que son père était malheureux et qu'il n'était resté « *que pour les enfants* ». Nous pouvons entendre cette répétition sur trois générations de « *femmes monstrueuses* » qui feraient « *fuir leurs maris* ». L'origine de cette malédiction reposant sur un secret de famille.

Mme A a pu également nous parler de sa mère comme d'une femme fragile. Une femme qui n'a pas connu son père, une femme qui, blessée de n'avoir « *pas d'origine* », a beaucoup investi la famille qu'elle a créée et « *a commencé sa famille par celle qu'elle a fondée* ». Mme A allait voir ses parents la nuit, mais pour vérifier quoi ? Que son père était encore là ? Que sa mère était encore vivante ? Le fait est que Mme A souffre du décalage de regard

entre celui que son entourage porte sur elle, notamment sa mère, et celui qu'elle porte sur elle-même. Mais ce que la mère voit en sa fille, une « *femme forte* », « *une fille qui peut prendre soin de sa sœur* », « *une bonne mère, nécessairement* », n'est-ce pas une enfant imaginaire, l'image d'une enfant qui viendrait prendre soin de l'enfant blessée qu'elle semble elle-même être encore. Le mandat transgénérationnel de Mme A ne serait-il pas celui de « prendre soin », prendre soin des femmes de sa famille : sa mère, sa grand-mère et sa sœur dont elle est si proche, des enfants à l'hôpital dont elle s'occupe. Mme A ne nous expliquait-elle pas « *qu'être mère était jusqu'à présent un grand rêve d'enfance, une logique allant de soi et une des rares choses où elle savait d'avance qu'elle serait compétente* » ?

#### **4.2.3 La question du regard de l'autre et de l'idéal**

Comme nous l'avons déjà dit, la mise en place de la préoccupation maternelle primaire, et le phénomène de transparence psychique, créent un état de régression permettant la création d'un lien thérapeutique propice à un travail psychique. Mais nous allons voir que, chez Mme A, la question du regard de l'autre semble tenir une place essentielle dans sa problématique et que, dans ce contexte, le regard du psychiatre, au cours de la prise en charge, apparaît avoir pris une place centrale, la place centrale du regard « *s'ajoutant à l'état de régression favorisant le lien thérapeutique* ».

En effet, dès le premier entretien, Mme A nous décrit le regard qu'elle porte sur elle-même : elle se perçoit comme « *quelqu'un qui a peu confiance en elle et que l'on peut facilement déstabiliser* ». Lors d'une autre consultation, elle nous raconte également que, par exemple, lorsqu'elle était en stage infirmier, si la personne qui l'encadrait lui disait « *tu as oublié de faire telle ou telle chose* », elle se mettait immédiatement à douter d'elle-même alors même que la tâche en question était accomplie. A travers cette description d'elle, nous entendons cette fragilité du Moi, le manque de confiance en ses propres perceptions et cette dépendance au regard de l'autre qui renverrait « la bonne image ». Tout se passe comme si Mme A ne s'accordait aucun crédit ou même n'avait pas de « regard sur elle-même » et que c'est à travers le regard de l'autre qu'elle était contenue, définie.

Paradoxalement, son entourage familial, et notamment sa mère, lui renvoie l'image d'une femme forte, solide, sûre d'elle, et dont le rôle est de soutenir les autres, en particulier sa sœur aînée. Nous entendons le décalage, dont elle aurait toujours souffert, entre ce que nous percevons d'elle et ce qu'elle pressent être la vérité. Mais lorsqu'elle vient consulter pour la première fois, ce décalage, entre ses perceptions et ce que les autres lui renvoient, est cette fois trop fort, trop insupportable. Nous voyons que le mouvement induit par la grossesse remet au travail cette problématique. La grossesse permet la réactualisation d'une problématique ancienne, celle du regard de l'autre, avec un fort potentiel de réaménagement. Cette fois Mme A affirme, peut dire, ce décalage devenu trop important.

Lorsqu'elle vient nous voir, elle demande à être « vue » par un psychiatre, un professionnel de la pathologie mentale. C'est notre regard, ce qu'elle nous donne à voir, et l'image que nous allons lui renvoyer, qui compterait pour elle, au vu de sa problématique. Un des éléments essentiels, au début de cette prise en charge, a été, à notre avis, le soulagement, pour Mme A, de pouvoir être regardée elle, telle qu'elle se présente, et non pas comme « *une femme forte, une future maman parfaite sans aucun doute* », image véhiculée par sa

mère mais qui serait plus le reflet de ses désirs infantiles à elle. L'image transférentielle d'imagos maternel, que le psychiatre peut constituer, viendrait « réparer » en quelque sorte cette blessure tout en permettant au patient, dans la réalité, d'être rassuré par le discours du professionnel. Ne pas minimiser, dénier ses propos, supporter d'entendre ses fantasmes d'inceste et de violence, les reconnaître sans que cela n'entraîne ni « perte d'amour » sur le plan transférentiel, ni ne renvoie l'image, si importante aux yeux de Mme A, de « *monstre* » qui est insupportable. Mais il était également important de remettre ces fantasmes à leur place de fantasme en les entendant comme tels. Oui, il est possible d'avoir des fantasmes de meurtre sur son enfant ; en tant que fantasmes, nous les supportons et ils sont « normaux ». Mais c'est peut-être leur intensité et la crudité avec lesquels ils arrivent qui viennent parler d'une problématique ; et surtout un fantasme n'est pas la réalité et, ça, nous n'en doutons à aucun moment. C'est donc à la fois sous ce regard contenant et neutre, dégagé des problématiques grand-parentales, que Mme A semble avoir pu se restaurer. A chaque début de séance, en nous parlant de ses fantasmes, Mme A vérifiait dans notre attitude, d'une part, que ses fantasmes n'étaient que fantasmes, et que nous ne craignons pas qu'ils se concrétisent, et d'autre part, que, alors qu'elle nous les livrait et qu'elle était elle-même, nous ne lui renvoyions ni une image fautive « de femme forte et solide », ni une « image de monstre » qui risquerait de perdre l'amour des objets parentaux. C'est seulement après cette étape que Mme A pouvait poursuivre son travail d'élaboration.

Après la naissance de sa fille, c'est encore sous notre regard que Mme A a eu besoin de la nourrir, comme s'il existait un besoin de confirmation de ses capacités de mère à travers notre regard. Par la suite, c'est après avoir accédé à ce statut de parent, et que, selon nous, le processus de parentification se soit bien déroulé, que Mme A a pu s'opposer à sa propre mère, faisant confiance cette fois à ses propres perceptions, signe, probablement, d'une certaine restauration narcissique.

En effet, dans cette dépendance au regard de l'autre, nous pouvons également entendre la fragilité narcissique de Mme A avec un idéal du Moi très fort, notamment en ce qui concerne l'image maternelle. Elle avait une représentation de la grossesse très idéale, ainsi que de la maternité, et culpabilisait beaucoup de ne pas coller à cette image. Son choix professionnel pouvait également s'entendre comme celui d'une « mère idéale ». Sa famille lui renvoyait une image de fille parfaite, forte et sûre d'elle, et c'est autour de cette image, à laquelle Mme A s'évertue de répondre, qu'elle semble s'être construite dans une sorte de faux self qui a pu tenir jusqu'au congé maternité. Avant, tout semblait se passer comme si Mme A n'était pas enceinte. Nous pouvons entendre que l'aménagement défensif de Mme A lui permettait de tenir mais l'empêchait également de mettre en place tous les processus inhérents à la grossesse : « *C'était comme si je n'étais pas enceinte [...] j'oubliais* ». Une fois le travail arrêté, sans le soutien de l'image d'infirmière, au moment où elle s'extrait du regard des autres, Mme A décompense. C'est d'ailleurs sur son lieu de travail qu'elle viendra chercher de l'aide, là où nous pouvons imaginer qu'elle retrouve un peu de son ancienne image, de son identité « *de quand tout allait bien* ».

#### 4.2.4 La question Œdipienne

Comme nous avons pu le voir, la grossesse est un moment de reviviscence, de remise au travail de la question Œdipienne. Sur le plan fantasmatique elle serait par essence un acte transgressif source de culpabilité puisqu'à l'origine du désir d'enfant se trouverait, en partie, le désir infantile et inconscient d'obtenir, pour la petite fille, un enfant du père.

De plus, avec la transparence psychique de la grossesse, certains éléments, refoulés jusqu'ici dans l'inconscient, refont surface et sont livrés avec facilité. Les fantasmes infantiles, dont ceux ayant trait à l'Œdipe et à la scène primitive, sont particulièrement à l'œuvre, nous semble-t-il, dans ce cas clinique. En effet la problématique Œdipienne apparaît encore très actuelle, très à vif chez Mme A et les fantasmes infantiles ressortent avec d'autant plus de violence que la période de la grossesse le favorise.

Dans son discours, Mme A nous montrera à de nombreuses reprises l'attachement fort qu'elle porte à ses parents, mais aussi finalement à sa position infantile. Elle nous décrira souvent sa difficulté à se séparer d'eux, sa nécessité de rentrer presque chaque week-end et sa tentation encore très vive de retourner auprès d'eux. Nous pouvons nous interroger sur le fait que c'est une fois éloignée de sa famille que Mme A tombe enceinte, et faire la supposition, qu'en partie, et de façon tout à fait inconsciente, ce n'est qu'une fois loin de son père qu'elle parvient sans trop de culpabilité à être enceinte ; cela parlerait, en fait, d'un désir inconscient, encore très présent, qui nécessite des mises en actes dans la réalité. Mme A nous parlera souvent de ce père tant admiré, jamais critiqué, nous renvoyant fréquemment l'image d'une petite fille. Quand, un jour, Mme A revient en consultation, terrifiée d'avoir vu son père et d'avoir alors imaginé qu'il pouvait abuser de sa petite-fille, ne pouvons-nous pas entendre que la fille de Mme A est dans ce moment-là un support de projection à sa propre vie fantasmatique et qu'elle parle, en fait, de fantasmes infantiles lui appartenant concernant un conflit entre désirs infantiles et interdit de l'inceste ? C'est en tout cas en entendant son compagnon, un homme, qualifier un personnage de Walt Disney de « sexy », terme renvoyant à la sexualité, que Mme A commence à avoir peur « d'incester » sa fille ; c'est comme si ce terme avait ouvert une brèche et fait craquer des défenses massives que Mme A avait mises en place vis-à-vis d'une problématique encore loin d'être résolue.

Enfin régulièrement, dans le discours de Mme A, revenaient des éléments renvoyant à la problématique Œdipienne et à la scène primitive : « *les portes non fermées* » lorsqu'elle était petite qui lui faisaient « *tout* » entendre, le besoin d'aller voir ses parents la nuit dans leur chambre, les scénarios imaginés autour de ce père qui ne serait pas heureux avec sa mère et qui secrètement aurait voulu tout quitter pour une « *autre vie* ». Mais si, comme nous pouvons le supposer, cette problématique Œdipienne est encore bien à vif, la question de son origine peut se poser. Mme A a-t-elle grandi dans son enfance dans un climat incestuel (et non pas incestueux), ou du moins dans un environnement où la charge d'excitation était trop importante et aurait dépassé ses capacités de petite fille à les traiter ? Ou bien nous situons-nous dans un cadre purement fantasmatique d'un Œdipe encore très brûlant ? Rien ne semble nous permettre de répondre à cette question. Mais il n'en reste pas moins que l'intensité de la symptomatologie dont souffre Mme A, en lien avec des conflits purement intrapsychiques concernant ce domaine, et n'ayant de ce fait pas de relation avec les liens

intersubjectifs la liant à sa fille, mériterait un travail psychothérapeutique individuel afin de la dégager de toute projection qui pourrait lui être nuisible dans l'avenir.

#### **4.2.5 La question de la parentalité**

Nous venons de développer l'ensemble des questions qui nous paraissent avoir été remises au travail, remises sur le devant de la scène lors de la grossesse de Mme A. Ces questions, ces problématiques semblent être à l'origine d'une énorme charge anxieuse. Les attaques de panique, puis le trouble panique, développés ont eu pour effet de bloquer, de figer partiellement dans une angoisse paralysante, les processus psychiques dynamiques du devenir parent. Nous pouvons entendre comment, dans un certain sens, cette symptomatologie anxieuse pouvait avoir un rôle : celui de mettre à distance ces questions, et notamment celui de la parentalité.

Pour Mme A, devenir mère semble tout aussi ardemment désiré que compliqué. A une fragilité narcissique importante, s'ajoutent une composante transgénérationnelle ainsi qu'une problématique Œdipienne à vif. L'ambivalence vis-à-vis de son bébé apparaît aussi intense qu'impossible à reconnaître. Au début de la prise en charge, donc, l'investissement de la grossesse est compliqué. Mme A ne peut se saisir de la préparation de la chambre de son enfant ; dans ses pires moments d'angoisse, elle pense même à fuir après la naissance. Tout se passe comme si, avant son congé maternité, Mme A parvenait à tenir à distance la question de la parentalité et qu'après ce congé maternité c'est l'angoisse paralysante qui figeait le tout.

Néanmoins, Mme A est suffisamment structurée pour venir consulter spontanément, pour parler et mettre en mots ses représentations. Un travail d'élaboration peut se faire au niveau représentationnel et non dans l'agir. Elle possède cette capacité de regard sur elle-même qui fait d'elle une patiente névrotique. De plus, l'épreuve de réalité, que constitue la naissance de sa fille, est venue la rassurer là où ce n'est pas le cas dans des configurations psychopathologiques plus graves. Nous voyons donc comment, sur le plan de la parentalité, l'exercice n'est en rien entravé. La pratique, quant à elle, aurait pu se retrouver infiltrée par la fantasmagorie de Mme A. Si les symptômes avaient perduré, si les idées obsessionnelles avaient continué à envahir Mme A, si une dépression du post-partum s'était déclenchée, nous imaginons bien comment les soins de sa fille auraient pu s'en retrouver affectés avec un risque important de trouble de la relation mère/bébé. Une prise en charge précoce, un entourage étayant, notamment du côté du futur père, a permis, semble-t-il, d'éviter cet écueil. C'est finalement l'axe de l'expérience de la parentalité qui semble le plus affecté. L'éprouvé de Mme A, le vécu intime de son devenir mère sur le plan conscient, sont à l'opposé de ses représentations idéales. La blessure narcissique et la culpabilité qui en ressortent sont intenses. Néanmoins, selon nous, le travail réalisé a permis au processus de parentification de se mettre en place, Mme A se sentant progressivement pleinement la mère de sa fille réelle et capable de supporter les remaniements identitaires que suppose sa nouvelle condition de maman. Mme A semble avoir commencé à transcender d'une certaine manière son histoire infantile à travers son accession à la parentalité.

## 5. Mme B et Julien, ou comment faire trois sans être deux

### 5.1 Présentation du cas

Nous rencontrons Mme B, pour la première fois, 24 heures après qu'elle ait accouché de son premier enfant, un garçon, qu'elle a prénommé Julien. Mme B est âgée de 37 ans ; elle est d'origine maghrébine, petite, avec une coiffure extravagante faite de cheveux entremêlés dressés sur le sommet de son crâne. Elle souffre d'une schizophrénie paranoïde sévère et résistante aux traitements depuis de nombreuses années. Pour cela, elle est hospitalisée une grande partie de l'année, en SPDT en CHS, au point que l'adresse notée sur le dossier médical de la maternité est celle dudit CHS. Mme B est tombée enceinte d'un autre patient durant son hospitalisation. Elle y a passé la totalité de sa grossesse dont la découverte a été tardive. Elle était souvent en chambre d'apaisement à cause d'une agitation importante et souffrait d'un syndrome délirant quasi permanent dont la thématique principale était une persécution par sa famille. Le dossier médical précise que Mme B a souvent pu dire ne pas être enceinte. Néanmoins, elle se rendait seule aux consultations de suivi et rencontra également un psychiatre de notre service qui était en lien avec le service du CHS où était hospitalisée Mme B. Une rencontre avec l'équipe adulte permit de mettre en lumière que la question de la grossesse de Mme B n'avait pu que très peu être abordée.

Sur son histoire, qui renvoie une grande violence, nous ne savons que peu de choses. Mme B vient d'une famille très malade, et a de nombreux frères et sœurs atteints également, pour certains d'entre-eux, de schizophrénie. Son père aurait tué sa propre mère lorsque Mme B était enfant. Un de ses frères, schizophrène, est décédé d'une fausse route au cours d'une hospitalisation dans l'unité où était hospitalisée Mme B.

Au vu de la situation clinique, l'accouchement a été programmé en début de semaine afin de pouvoir, d'une part, évaluer l'état clinique de la maman, et, d'autre part, bien évidemment, d'apporter, des éléments sur les capacités de cette mère à pouvoir s'occuper de son enfant. Bien que l'ensemble des acteurs entourant cette patiente puisse être, à juste titre, conscient de la probable non-possibilité pour cette mère très malade de prendre soin de son fils, le placement d'un enfant ne peut être décidé avant sa naissance.

Lors de cette première rencontre donc, Mme B nous présente Julien qui est en surveillance dans une couveuse pour un risque de syndrome de sevrage. Elle reconnaît être la mère de cet enfant qu'elle regarde et qu'elle manipule maladroitement mais avec une relative attention. En lien avec nous, aucun élément délirant ne traverse son discours. Un pragmatisme marqué, un faciès figé, trahissent toutefois sa pathologie. Elle se déplace sans difficulté ni douleur, malgré sa césarienne récente, intervention qui laisse couchées la majorité des mères. Dans son discours, il y a le projet de rentrer « *chez elle* » dans un appartement qu'une assistante sociale lui trouvera et « *tout ira bien* », laissant de côté toute une réalité bien autre. La consigne est donnée que Mme B puisse, sous le regard de soignants, donner les soins nécessaires à son enfant. Ce dernier doit rester sous surveillance, en couveuse, le reste du temps.

Le lendemain, au cours de notre rencontre du matin, nous apprenons que Mme B sort très souvent fumer sans se soucier du risque que cette absence tombe durant un moment où le

bébé aura besoin d'elle. Le discours s'est nettement accéléré, et nous percevons une tension interne croissante. Au fur et à mesure de l'entretien, des éléments délirants traversent le discours, de plus en plus fréquemment. C'est la persécution qui reste le thème central. Une persécution tout d'abord très lointaine et évasive, « *ils m'observent, je le sais, il faut se méfier de tout* », mais qui se rapproche rapidement de l'hôpital. Ce sont les soignants et les autres patients qui deviennent menaçants, Mme B emportant dans des sacs en plastique, à chaque sortie, l'intégralité de ses affaires, ainsi que celles qui ont été prêtées au bébé, de peur qu'on ne la vole. Ce dernier n'est pas encore un persécuteur désigné mais la thématique de la maternité et de la filiation envahit son discours : son père aurait voulu la forcer à se marier avec son frère qui serait très religieux. Elle, en tant « *qu'athée* » et « *femme qui se maquille* », est persécutée par eux et c'est pour cette raison qu'elle est enfermée à l'hôpital avec le « *concours de son psychiatre* ».

Mme B n'avait pas encore donné de nom de famille à Julien, laissant la possibilité au père de l'enfant de le reconnaître. Elle l'appela à plusieurs reprises et sans succès pour l'informer de la naissance de son fils. Mais, dans la journée, elle expliquera ne plus vouloir de reconnaissance de la part du père car si son fils portait un autre nom qu'elle, elle craindrait alors de ne plus être sa mère.

Lorsque nous la revoyons plus tard dans la journée, Mme B, malgré sa prise de traitement, est très agitée et exaltée ; elle déambule dans le couloir nous expliquant qu'elle n'a jamais accouché car elle est encore vierge. Elle parle à quelques centimètres de notre visage et tente de nous dessiner son hymen prouvant par-là la véracité de ses propos. « *Je suis une Catherinette, je dois porter un chapeau vert* », nous dit-elle. Enfin, elle explique que ce qui est dans la couveuse n'est pas un enfant mais un robot, signant ainsi la déshumanisation et la désaffiliation psychique de ce dernier. Devant la décompensation manifeste de l'état psychique de la maman, la réintégration au sein de son unité est décidée.

Mme B ne s'oppose pas à cette décision. Visiblement soulagée, c'est avec une angoisse moins envahissante qu'elle peut demander, au moment de son départ, à dire au revoir à son fils qui reprend alors sa place dans la psyché maternelle : le prenant dans les bras, elle lui expliquera avec calme qu'elle doit être hospitalisée et, qu'en tant qu'homme, il doit être fort car elle ne sera plus là. L'émotion qui habite les soignants présents semble être proportionnelle à l'apparente tranquillité de cette mère.

Julien est placé en OPP à l'hôpital jusqu'à ce qu'il n'ait plus besoin de surveillance médicale. Durant ces quelques jours, son père biologique, qui ne l'a pas reconnu, demande à le voir. Il apparaît comme une personne très déficitaire, aux paroles et aux réactions très pauvres. Il est lui-même schizophrène, il vit dans un foyer, et il est régulièrement réhospitalisé. Il se montre à la fois curieux et apeuré par Julien qu'il regarde avec de grands yeux. Lors de cette visite, nous commentons les gestes et les petits gazouillis que fait Julien dans son berceau. Nous donnons des nouvelles de sa santé physique. Monsieur ne nous pose aucune question, mais il écoute attentivement, et nous le sentons plutôt content de recevoir ces informations. Nous finissons par lui proposer de prendre Julien dans ses bras, ce qu'il accepte un court moment. Surpris par le faible poids du bébé, Monsieur nous le retend rapidement en expliquant que son tremblement (il présente en effet un syndrome parkinsonien) l'empêche

de bien le tenir. La visite n'aura duré que peu de temps. Monsieur ne se représentera pas durant tout le temps de l'hospitalisation de Julien.

## 5.2 Analyse

### 5.2.1 *La question de la psychose et de la filiation narcissique*

Dans ce cas, nous avons affaire à une jeune maman psychotique. Il est intéressant de se pencher, dans un premier temps, sur la temporalité des événements. Lorsque nous rencontrons Mme B le lendemain de son accouchement, cette dernière est dans la possibilité de nous présenter Julien, non seulement en tant qu'être humain reconnu, qui nécessite une préoccupation de sa part (elle le manipule comme tel), mais également comme un enfant engendré par elle-même. Après cette première reconnaissance, les choses se dégradent rapidement et c'est 72 heures après la naissance que Mme B re-décompense. A ce moment, lorsqu'elle désigne son enfant comme un robot, il y a, non seulement désaffiliation, mais aussi deshumanisation. Au moment de son départ, lorsqu'elle sait qu'elle va être réhospitalisée, Mme B parvient de nouveau, un court instant, à réinscrire Julien dans sa lignée et à lui porter une certaine préoccupation. Il nous semble intéressant, ici, de noter plusieurs aspects :

- D'une part, l'aspect fluctuant, l'oscillation de la croyance délirante indiquent, de fait, en se référant à J. Guyotat [37], une oscillation des troubles de la fonction symbolique chez les patients psychotiques (et donc, entre autres, que les classifications structurales et la rigidité qu'elles apportent peuvent être discutées).
- D'autre part, la présentation « quasi normale » de la patiente durant les 48 premières heures du post-partum alors qu'en temps normal Mme B serait toujours délirante. Ceci est ensuite suivi d'une dégradation extrêmement rapide de son état psychique. Il nous a été donné d'observer cet état de fait à plusieurs reprises chez des patientes schizophrènes venant d'accoucher, ouvrant la question de la pertinence de cette observation et de son origine.

Tout au long de cette observation, nous entendons, dans le délire de Mme B, la mise en cause de la relation de filiation, du processus même de filiation. Il s'agirait donc bien d'une pathologie de la filiation telle que J. Guyotat l'a décrite. En effet, lorsque Mme B dit qu'elle est encore vierge, elle nous signifie que cet enfant ne peut pas être le sien, qu'elle ne peut pas être la mère, et lui le fils, puisqu'elle n'a jamais eu de rapport sexuel, et ne peut donc pas avoir engendré. Elle lui donne également le prénom de Julien à forte consonance européenne et se revendique athée alors que sa famille semble très pratiquante. Tous les propos de Mme B vont dans le sens d'une désaffiliation : non seulement de son propre fils, mais également d'elle par rapport à ses origines. En ce qui concerne Julien, nous pouvons parler, nous semble-t-il, d'une véritable projection des problématiques de filiation narcissique de Mme B sur sa descendance.

Mais au-delà même de ses propos à la maternité, nous savons que le délire de persécution de Mme B est centré sur sa famille, et ce qu'elle nous en livre (certitude que son père veut

l'obliger à épouser son frère renvoyant à la thématique de la famille, des origines, des alliances) fait penser qu'il s'agit bien d'une pathologie de la filiation où la dimension narcissique est au premier plan. Nous retrouvons d'ailleurs tous les indices de la prédominance d'une filiation narcissique :

- Une humeur de plus en plus exaltée, une accélération de la pensée, une note thymique dans le délire de Mme B avec une évolution du côté de la manie.
- Un système de filiation où se trouve captée la dimension imaginaire de la filiation qui est au premier plan.
- Un déni de la filiation instituée au profit de la filiation narcissique avec une rupture vis-à-vis des origines et des descendants, comme si Mme B provenait d'un auto-engendrement, se suffisait à elle-même, dans une complétude narcissique à valeur, nous l'entendons bien, de protection. En effet la valeur protectrice du délire est ici assez évidente.

Dans la réalité, le père de Mme B aurait tué sa mère, dans la réalité, nombreux sont ses frères et sœurs schizophrènes, et dans la réalité toujours, règne une grande violence. Nous pouvons entendre que se couper de ses origines monstrueuses et ne pas devenir mère (car cela représenterait fantasmatiquement le risque d'être tué par le père) soit la seule issue, ou du moins puisse être la solution la moins « coûteuse ».

A travers cet exemple (le fait de ne pas pouvoir devenir mère, car cela représenterait le risque d'être tué par le père) nous retrouvons la perte des limites du Moi dans le temps qui caractérise la filiation narcissique. Ce qui serait vécu à la génération précédente (meurtre de la mère par le père) passerait comme une sorte d'inclusion dans le fonctionnement psychique du sujet.

- Nous retrouvons également un appui sur le corps, caractéristique de la filiation narcissique ; cet appui est d'autant plus important que la filiation narcissique fonctionne au niveau de l'imaginaire et est affranchie de toute convention instituée, notamment langagière. En effet, c'est l'image de son hymen que Mme B nous dessine. Elle a comme besoin de s'appuyer sur une réalité corporelle pour soutenir, étayer la dimension narcissique qui envahit son délire.

La question du nom, dans ce cas, est également très caractéristique de la dimension narcissique de la filiation. D'une part, nous pouvons entendre la proximité métonymique caractérisant la psychose entre le nom de famille et la chose qu'il désigne, c'est-à-dire le lien de filiation. Si le nom de la mère n'est pas porté, il n'en est plus le fils. Le nom et la chose qu'il désigne sont identiques, faisant perdre toute sa dimension symbolique au langage (disparition des conventions instituées langagières). Mais nous pouvons entendre également toute la dimension narcissique, de l'unicité des origines ou le père et la différence des sexes sont exclus. Lorsque Mme B dit être une « *Catherinette* », elle revendique son célibat, le fait d'être seule. Nous pouvons entendre qu'elle interroge le fait qu'il faut bien être deux pour faire un enfant.

Enfin, du peu que nous savons de l'histoire de la patiente, nous notons des particularités de la filiation instituée marquée par le traumatisme que constitue le meurtre de la mère par le père dans la petite enfance de Madame. Il s'agit bien d'un événement « symbolicide », c'est-

à-dire qui détruit le réseau symbolique, donc le lien de filiation instituée. Le délire de Mme B semble donc se constituer autour d'une atteinte à la filiation instituée par où s'engouffrerait l'inflation narcissique, véritable défense contre la violence meurtrière et la mort.

### **5.2.2 La question du rapport institutionnel à Mme B, à sa grossesse et à sa parentalité**

J. Guyotat [37] a remarqué que les patients présentant des pathologies de la filiation pouvaient traduire cliniquement les manques de leur filiation instituée par un hyperinvestissement des institutions (hyperinvestissement, en fait, du lien institué). Cela semble être le cas de Mme B qui a passé de nombreuses années à l'hôpital et qui ne semble pas pouvoir tenir longtemps à l'extérieur avant d'avoir de nouveau besoin d'être réhospitalisée.

En ce qui concerne la grossesse, nous notons qu'elle a été découverte tardivement. Il s'agit d'un déni d'une grossesse qui ne semble pas pouvoir s'inscrire psychiquement : Mme B découvre en effet sa grossesse tard mais pourra également dire durant cette dernière qu'elle n'est pas enceinte et niera même après l'accouchement avoir eu un enfant. Son corps non plus ne semble pas avoir intégré cette grossesse et nous voyons Mme B se déplacer sans difficulté dès le lendemain de sa césarienne, et sans présenter cette démarche si caractéristique des femmes enceintes et des jeunes accouchées.

Mais si cette grossesse n'est pas pensable, n'est pas élaborable par la patiente, il semblerait que le déni ait également contaminé partiellement les institutions et notamment le service adulte qui l'accueillait. Ce phénomène « de contagiosité » des mécanismes pathologiques à l'œuvre chez un patient est fréquent et probablement avons-nous également été pris dans ce dernier. Chaque professionnel peut être amené de façon inconsciente à reproduire les processus dynamiques à l'œuvre chez le patient. Ils sont le témoin de la non-symbolisation, de la non-représentabilité de ce qui fait conflit. Tout l'enjeu consiste à repérer et à élaborer ces mécanismes qui nous traversent afin de les dépasser. Ainsi, dans notre cas, malgré les efforts pour se mettre en lien avec la maternité dans la réalité, nous nous rendons compte que la question de la grossesse n'a pas pu être travaillée, pensée durant l'hospitalisation. Mme B se rendait seule aux consultations de suivi puis rentrait au CHS et pouvait dire ne pas être enceinte avec un clivage grossesse/maternité d'un côté et CHS de l'autre. Tout se passe comme si patiente et institution ne pouvaient pas imaginer, penser, parler une grossesse. Nous entendons également que l'histoire familiale de Mme B est très intriquée au CHS et particulièrement au service dans lequel elle était hospitalisée. Un frère est décédé dans ce service. Or, nous avons pu voir que le délire de Mme B, l'aspect de filiation narcissique, pouvaient, entre autres, être compris comme une défense contre la mort. Nous comprenons, en tout cas, le côté non anodin d'une hospitalisation dans ce service. Mais l'enchevêtrement fantasmatique service psychiatrique/famille peut également être entendu dans le délire de Mme B lorsqu'elle accuse son psychiatre et son père de faire alliance pour l'hospitaliser de force. Nous pouvons considérer alors le psychiatre de Mme B comme le représentant institutionnel de la fonction paternelle avec la menace qu'il représente notamment vis-à-vis de son accession au statut de mère. Néanmoins c'est au moment où Mme B va être réhospitalisée, va reprendre sa place « de fille au sein de l'institution », que son délire faiblit et qu'elle parvient à dire en revoir à son fils. La replacer à un statut de fille

non responsable de son enfant, et retournant dans sa famille, a-t-il permis de faire baisser suffisamment l'angoisse pour que le délire diminue ?

Concernant le déni, du côté de la maternité une césarienne prophylactique a été décidée. La patiente se présentait en effet trop délirante et agitée les jours précédant l'accouchement. Mais nous voyons, là encore, à quel point l'acte de césariser n'aide pas sur le plan psychique à ce que cette grossesse s'inscrive, et à quel point, nous l'avons déjà noté, l'appui, le passage par le corps et « l'évidence visuelle », sont importants. Dans la réalité, tout se passe comme si la grossesse avait été tue durant le pré-partum, qu'il y avait eu césarienne, extraction de l'enfant et retour au CHS 72 heures plus tard, presque comme « s'il ne s'était rien passé ».

Enfin le médecin psychiatre, ainsi que l'équipe du service où Mme B était hospitalisée, refusèrent de faire un écrit pour signaler leurs préoccupations a priori quant à la capacité de cette mère à pouvoir exercer sa fonction maternelle. La volonté de préserver la relation thérapeutique est tout à fait primordiale ; nous pouvons cependant nous demander s'il n'a pas été dommageable de ne pas signaler à l'institution qui représente la Loi, et d'une certaine façon un tiers, les dangers réels de cette grossesse. En effet ne pas dire, ne pas nommer la grossesse, et les inquiétudes qui en découlent, la fait fonctionner comme un fantasme ou au moins comme un non-dit ; cela maintient une situation psychotisante, ou du moins un type de fonctionnement magique de la pensée. Ce qui est non-dit est actif dans l'ombre et favorise la toute-puissance de la pensée. Derrière ces manques, c'est la filiation narcissique qui semble prendre le pas.

### **5.2.3 La question de la parentalité**

A travers ce cas, nous voyons que Mme B se retrouve en grande difficulté pour faire face aussi bien à la pratique, à l'exercice, qu'à l'expérience de la parentalité. Chaque axe est compromis et, du fait de sa psychose, nous nous rendons compte combien elle est dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions parentales, aussi bien à un niveau symbolique (insertion de son enfant dans une lignée bien ordonnée et dans une différenciation claire des personnes, des sexes et des générations), qu'à un niveau pratique. En effet au moment où nous la rencontrons, elle ne peut pas gérer seule les soins quotidiens de son enfant. La pratique de sa maternité est le plus souvent compromise. L'exercice semble lui aussi compromis dans le sens où la reconnaissance même de sa maternité est fluctuant. Le processus psychotique interviendrait en permanence dans l'attaque du lien aussi bien intrapsychique qu'interpersonnel. Enfin l'expérience de la maternité semble totalement gommée par la nature narcissique de la filiation. Le portage, la préoccupation d'un autre, ne semblent que très difficilement possibles, voire impossibles, sans un soutien extérieur.

Comme dans les situations précédentes, nous nous apercevons que le manque d'entourage et d'étayage familial, notamment du côté du père, ne permet pas de pallier, ici, même partiellement, les défaillances de la mère. Ce papa ne reconnaît pas légalement son fils, il ne peut pas, du moins pour le moment, assumer l'axe de l'exercice de la parentalité. Nous avons le sentiment qu'en venant voir Julien, il reconnaît uniquement le côté géniteur de la fonction paternelle mais n'est pas prêt à assumer les droits et les devoirs qui incombent aux représentants de la fonction parentale. Curieux et surpris, Monsieur n'apparaît pas comme quelqu'un ayant beaucoup de représentations de ce qu'est un bébé, mais il semble être

conscient de cette incapacité à porter aussi bien physiquement que psychiquement ce bébé. En laissant Julien à l'hôpital, après s'être peut-être assuré de sa réalité et de sa bonne santé, Monsieur peut laisser à penser qu'il le confie à l'institution qui le porte lui-même.

Ce cas pose de nombreuses questions sur le maintien des liens entre des parents psychotiques très malades et leurs enfants. Dans l'avenir sera-t-il possible de favoriser des rencontres entre Julien et ses parents ? Est-ce souhaitable ? L'enfant ne risque-t-il pas d'être lui-même perturbé au contact de parents aussi malades ? Faut-il, a contrario, s'opposer à des contacts si ces derniers sont souhaités ? Nous sommes face à un dilemme entre ce qui concerne le court terme et ce qui concerne le long terme. A court terme, il paraît probable que moins l'enfant sera exposé à des parents désorganisés psychiquement, plus il sera protégé de leurs projections, plus grande sera sa sécurité psychique. Mais, à long terme, la rupture imposée avec des parents malades ne risque-t-elle pas d'être inélaborable, source d'une profonde culpabilité et objet d'un deuil impossible ? Il n'y a bien sûr pas de réponse simple à cette question et c'est face à chaque situation, par une élaboration pluridisciplinaire seule, que peut se faire l'accompagnement le moins dommageable possible, c'est-à-dire garantissant à la fois une sécurité immédiate de l'enfant et une continuité à long terme de son expérience psychique.

Cela souligne l'importance de la prise en compte des problèmes de parentalité dans les services prenant en charge des patients schizophrènes

### 1. Désorganisation de la parentalité chez les personnes présentant un pôle d'organisation narcissique identitaire et conséquences sur l'enfant

A travers les cas cliniques que nous venons de développer, il apparaît que l'accession à la parentalité chez les personnes présentant un pôle d'organisation narcissique identitaire et les questions qui émergent à ce moment-là peuvent désorganiser, et ce, de façon importante, une parentalité naissante. En effet, ce moment de vulnérabilité vient rencontrer une fragilité identitaire, ce qui fait, de cette période, une période à haut risque avec un double enjeu : celui d'une décompensation sur le plan personnel et celui de ne pas parvenir à établir des liens suffisamment sécurisés avec son enfant pour qu'il puisse lui-même se développer harmonieusement et construire ses fondements identitaires propres.

Le problème qui se pose est celui de la construction d'une identité parentale suffisamment satisfaisante, celui de la capacité d'établir des liens de qualité avec l'enfant. Mais comment permettre, transmettre une subjectivation, soutenir une individuation de son enfant, lorsque le parent ne l'est pas lui-même ?

En effet, nous avons vu que les premières formes de subjectivation passaient par « ce sentiment continu d'exister » qui prend ses sources dans le narcissisme primaire. Dans cette période, le nourrisson fragile et dépendant va connaître une alternance de présence et d'absence de soins maternels. Grâce à ce rythme, s'il a été suffisamment prévisible et régulier, porté par une préoccupation maternelle de qualité, le nourrisson se sentira progressivement exister d'une façon continue. Il fait l'expérience de sa permanence d'être au monde grâce à la cohérence de soins maternels qui le protègent du chaos. La continuité des soins est ce qui permet au petit enfant de donner au monde une signification. Le bébé peut ainsi se créer de bons objets internes. Les bons objets internes représentent l'image intériorisée de soins maternels secourables, bienveillants, rassurants et continus, qui apportent un sentiment de sécurité.

L'hypothèse qui est faite à ce jour est que les personnes qui présentent un pôle d'organisation narcissique identitaire ont rencontré des difficultés au moment de l'instauration de leur narcissisme primaire. Les expériences positives n'ont pas été suffisantes, en fréquence et en qualité, pour l'emporter sur les expériences négatives. Il n'y a pas alors assez de satisfaction et de plaisir pour que s'instaure le primat du principe de plaisir [61] ; les processus évacuateurs vont alors prendre le pas sur les processus intégrateurs. La contrainte de répétition tend à dominer la vie psychique, et les expériences, leur subjectivation, s'effectuent difficilement. Le narcissisme, le sentiment d'être une personne digne d'être reconnue et traitée avec bienveillance par autrui, restent fragiles.

Comme nous l'avons vu, l'accès à la parentalité est un moment de forte stimulation du narcissisme primaire. L'ancien enfant, que le parent a été, doit faire appel à ce narcissisme primaire pour, à son tour, prendre soin de son propre enfant et lui permettre d'accéder à sa

subjectivation propre. L'accès à la parentalité avive la mémoire des origines. Pour de nombreux parents, donc, et particulièrement ceux souffrant d'une fragilité narcissique, des angoisses primitives peuvent se voir réactualisées et entraîner une crainte d'effondrement psychique. Devenus parents, ils ne peuvent que difficilement permettre à leur enfant de se constituer de bons objets internes.

Les conséquences sont nombreuses ; à travers nos cas cliniques, nous en avons vu quelques illustrations que nous allons résumer ici.

La grossesse est la période de la vie où l'objet interne prend figuration : le ventre s'arrondit de par le fœtus qui grandit à l'intérieur. La métaphore des bons objets internes cesse d'être et s'incarne à travers le fœtus. L'enfant à venir, représentant de l'objet interne, peut alors être perçu, avec effroi, par le bébé que la femme enceinte a été autrefois.

Concernant la question de l'identité parentale et de la constitution des objets internes, des imagos parentaux, il est possible de noter deux choses. D'une part, à travers l'écoute du discours de certains parents présentant une fragilité narcissique, nous observons un investissement souvent négatif de la parentalité, le sentiment d'une « réalité négative », d'un vécu, en général négatif, de la parentalité. Les représentations parentales semblent figées dans des images renvoyant au chaos et à la confusion. D'autre part, il est possible de repérer la forte dépendance de certains de ces parents à leur enfant en ce qui concerne leur image de parent ; l'enfant serait en charge non seulement de parentifier son père et sa mère, mais également de faire de lui « un bon parent » avec un inversement complet des liens de dépendance ; nous pouvons fréquemment identifier cette attente d'un enfant miracle, idéal, comblant qui viendrait réparer une image blessée ; cet enfant ne peut qu'entraîner une désillusion forte et une rencontre forcément frustrante avec le bébé de la réalité.

Ce qui semble caractériser la souffrance et les difficultés de ces parents, c'est également l'instabilité, l'imprévisibilité, la discontinuité, de la présence physique et psychique. L'humeur, la qualité de présence, peuvent sans cesse varier, et l'enfant doit en permanence utiliser son énergie et ses qualités d'adaptation pour faire face à la désillusion. L'intolérance à la frustration et à l'anxiété générée par le milieu extérieur et par l'enfant sont fréquents et la dépendance totale de l'enfant est vécue comme tyrannique et persécutante. En effet, la dépendance du bébé va engendrer, chez ces parents fragilisés, une réminiscence traumatique insupportable de leur propre dépendance, et des moments de détresse qu'ils ont pu connaître quand ils étaient enfants. Comment ne pas être envahi par les problématiques archaïques de son enfant lorsque l'on est soi-même habité par de telles problématiques ? La fragilité, la porosité du Moi de ces parents, renforcent ce risque de confusion, et le rôle de pare-excitation ne peut qu'être difficilement mis en place dans ces conditions. Il existe une véritable collision entre le bébé de la réalité et l'enfant qu'ils ont été.

Cette collision, comme nous l'avons déjà dit, est empreinte d'une véritable violence fondamentale : « c'est lui ou moi », dans un système relationnel saturé d'archaïsme. Comme a pu l'écrire J. Bergeret [7], la violence fondamentale est « *l'instinct de survie peu différencié de la pulsion d'autoconservation et différent de l'agressivité secondarisé* ». Cette violence

fondamentale serait donc réactivée chez le parent par « contamination » des éléments archaïques de son bébé.

Ces parents relient leur expérience subjective de la parentalité à la notion de danger, danger qu'ils ont éprouvé et que leur fait revivre, en miroir, leur enfant en détresse. Il s'agit d'un véritable attachement paradoxal qui fait vivre, en même temps, de forts sentiments de culpabilité et d'incompétence, insupportables pour ces parents si fragiles sur le plan narcissique. L'enfant, qui devait tout réparer, leur renvoie une image d'échec. Pour R. Clément [17], « *c'est l'angoisse et la culpabilité des parents qui, à défaut d'attachement, vont faire lien [...] car les liens positifs n'ont pas pu être introjectés* ».

Les relations sont souvent empreintes d'agressivité (processus primaire d'autoconservation), ce qui empêche alors d'instaurer une expérience, une pratique de la parentalité positive (processus secondaire), et ces parents sont privés des gratifications narcissiques indispensables pour entretenir des interactions positives et durables avec leur enfant.

Le problème qui se pose alors concerne le destin de ces pulsions agressives. Les possibilités de contenance, de symbolisation et de transformation étant limitées, le recours au passage à l'acte, à l'évacuation, reste le mode d'expression privilégié de ces pulsions agressives. Dans ces conditions, le risque de maltraitance n'est pas négligeable. L'accès à l'ambivalence, où haine et amour peuvent être liés, reste, lui, compliqué ; il nécessite d'avoir eu accès à la phase dépressive décrite par M. Klein [42] qui permet de dépasser la phase schizoparanoïde où le bon et le mauvais, la haine et l'amour, restent clivés. Au moment de cette phase dépressive, ces parents ont souvent connu une accentuation des défauts d'étayage maternel (en lien avec la problématique de leur propre mère à tolérer la séparation, l'éloignement de son enfant à cette période). Les conséquences sont alors une altération de l'accès au sentiment de Moi et un échec de la position dépressive. Il existera alors une vulnérabilité à la perte d'objet, l'enfant ne pouvant pas intégrer les angoisses dépressives et de séparation. Mais il est à noter que l'échec de la position dépressive écarte des psychoses par la prédominance des angoisses dépressives et de séparation sur les angoisses de morcellement et de néantisation.

Comme nous l'avons vu, la non-intégration de cette position dépressive et la vulnérabilité à la perte d'objet, font que ces parents ont un fort risque de développer une pratique de parentalité marquée par un attachement adhésif ; l'ouverture sur le monde, l'émancipation de l'enfant, sont vécues comme un abandon. Le système interactionnel entre le parent et son enfant reste binaire, figé, et ne tolère aucune souplesse, aucun jeu. Redevenir un peu enfant et pouvoir se représenter son monde interne, en s'identifiant à lui, est par trop dangereux. Voir grandir l'enfant, tolérer une séparation, qui ne soit ni menaçante ni marquée par le sceau de l'abandon, est difficile. La possibilité de retrouvailles sécurisées ne peut se réaliser. Ces parents ont souvent vécu eux-mêmes dans des milieux insécures où régnaient les ruptures, l'imprévisibilité. Leur Moi a été soumis régulièrement à un véritable effondrement où toute organisation défensive s'est retrouvée débordée. Ces parents et leurs enfants vivent dans « *la crainte de l'effondrement* » [74].

Les parents, qui présentent un pôle d'organisation narcissique identitaire, sont donc bien confrontés à de nombreuses difficultés pour asseoir leur parentalité. Toute leur pratique,

toute leur expérience de la parentalité, sont contaminées par le sceau de la compulsion de répétition, et le risque est bien que leur enfant développe à leur tour un trouble limite.

Roger Misès [53] décrit plusieurs processus mis en défaut chez certains parents dans leur pratique de la parentalité aboutissant à l'apparition de pathologies limites chez leur enfant :

- Tout d'abord « un **défaut d'étayage**, constitué par les failles, les discontinuités et les distorsions dans les apports parentaux, sans qu'il y ait véritable abandon [...] ce qui provoque dysharmonie, précocité, et colmatage des mouvements intégratifs [...] ».
- « Les **défauts d'élaboration de la fonction de contenance**, où la mère n'assure pas pleinement son rôle de pare-excitation [...] et qui amène un défaut de régulation des processus primaires et secondaires, ces derniers restant essentiellement tournés vers la maîtrise des objets externes au détriment de leur rôle de liaison [...] ».
- « Les **échecs dans le registre de la transitionnalité**, où la mère entretient, avec l'enfant, des modes d'emprise et de relation spéculaires qui le détournent de la construction des objets transitionnels [...]. Peu sensible à leur fonction, elle intervient pour les laver, les remplacer, les faire disparaître [...] ».
- « Les **défauts d'élaboration de la fonction dépressive** », où l'enfant s'organise « en prenant appui sur des défenses maniaques qu'il met au service de la réparation de l'objet maternel [...] et dans un contexte où la vulnérabilité à la perte d'objet devient, de part et d'autre, un élément essentiel de la problématique : l'enfant ne parvient pas à intégrer les angoisses dépressives et de séparation, ni à dépasser le conflit de l'ambivalence [...] ».

René Roussillon [60], lui, propose le concept de « *souffrance identitaire-narcissique* » pour décrire ces enfants de parents présentant une pathologie limite. « *Lorsque l'état de détresse et de terreur sans nom dure au-delà du supportable, l'issue de cette situation en impasse est paradoxale [...] Le sujet assure sa vie psychique en se coupant de sa vie subjective [...] Il ne sent plus l'état traumatique parce qu'il opère un retrait de sa subjectivité et pas seulement de la représentation de l'affect [...] Ce processus de retrait hors de soi est une forme de clivage du Moi ; mais le problème de ce clivage est qu'il ne fait disparaître la trace que pour la subjectivité consciente [...]* ».

Dominique Favre [25]<sup>5</sup>, lui, propose, pour décrire ces parents, le concept de « *parentalité feuilletée* ». Il note chez eux un « *feuilletage psychique* » constitué d'un empilement d'expériences individuelles non élaborées. Leur histoire est constituée « *d'un amoncellement de faits indifférenciés, dont l'épaisseur varie selon les individus. La souplesse du sens de chaque événement est perdue au profit d'une représentation générale, souvent dramatisée et clivée [...] Cet empilement d'expériences feuilletées, nous a semblé favoriser [...] la compulsion de répétition associée au clivage des imagos ainsi que le déni* ».

---

<sup>5</sup> FAVRE D. Parentalité et souffrance psychique - réflexions pour une pratique. Document à usage interne d'une journée de service

## 2. Les propositions de D. Houzel pour soutenir cette parentalité

Pour faire face à la complexité des problèmes de parentalité, il n'existe pas de solution simple et unique. Une évaluation et une élaboration autour de chaque situation individuelle reste le socle indispensable de toute prise en charge. Mais D. Houzel [40] a proposé, avec son groupe de travail, plusieurs axes de réflexion pouvant soutenir la réflexion autour d'un cas particulier.

Tout d'abord, chaque acteur intervenant autour d'une famille à problèmes multiples, devrait avoir une représentation la plus complète et la plus cohérente de ce qu'est la parentalité et ce qu'elle implique. La parentalité et la famille touchant des thématiques fondamentales, chacun devrait être aussi clair que possible sur ses représentations personnelles de ce que peuvent être un père, une mère, un enfant ainsi que les liens qui les unissent. Ainsi, chaque intervenant, selon son domaine de compétence mais aussi selon sa propre histoire, sa propre expérience, s'appropriera ses conclusions. Psychiatres, psychologues, pédiatres, médecins généralistes, juristes, travailleurs sociaux, infirmiers, directeurs d'établissements ... chacun devrait, à titre personnel et dans son domaine de compétence, faire un travail d'élaboration sur les problèmes de parentalité.

D. Houzel propose ensuite trois niveaux d'analyse allant du plus objectif au plus subjectif et pouvant servir de grille de lecture ou de méthodologie pour aborder un cas. Il est important de souligner qu'il s'agit d'un outil permettant de faire une évaluation dynamique d'une situation, c'est-à-dire une évaluation non figée dans le temps et réévaluable en fonction des mesures prises. Cette méthode permet d'évaluer uniquement les différents aspects de la parentalité et pas les parents eux-mêmes en tant que personnes. Enfin elle a pour objectif, non pas de permettre une évaluation exhaustive de phénomènes très complexes, mais de donner des repères et permettre de faire le point sur une situation.

Le premier niveau consiste à faire **l'appréciation objective des ruptures et discontinuités** qu'a rencontrées l'enfant. D'apprécier leur nature, leur durée et leur fréquence. Il s'agit aussi bien de « ruptures générationnelles », de « ruptures dans la filiation » (filiation adoptive, accouchement sous X, reconnaissance d'un parent unique ou faite tardivement ou encore reconnaissance successive par des concubins), de « ruptures familiales » (séparations, divorce, deuils), de « ruptures dans la relation aux parents » (séparation, éloignement ou absence prolongée), de « ruptures socioculturelles » (migration, changement de langue, de religion), de « ruptures socio-économique » (chômage, invalidité), de « ruptures de l'autorité parentale » (OPP, retrait partiel ou total de l'autorité parental) ou de « ruptures des investissements » (imprévisibilité des investissements, discontinuité des relations). Le rôle pathogène des ruptures dans le développement psychoaffectif de l'enfant n'est plus à démontrer. Mais il est important de porter une grande attention sur les conditions de ces ruptures ; ce sont, bien sûr, les conditions matérielles, objectives, qui permettent à l'enfant d'être préparé au mieux et qui vont représenter une certaine continuité, mais aussi les conditions psychiques qui habitent chaque protagoniste au moment de la séparation.

Le second niveau d'analyse consiste à **apprécier la stabilité des représentations** que les différents acteurs de la prise en charge se font de la situation. Bien que plus subjectif, ce niveau se situe encore sur un plan permettant une réflexion consciente. Il consiste à évaluer

la capacité de chaque acteur de la prise en charge, la capacité de chaque équipe concernée et des équipes entre elles à se représenter la situation d'un enfant et de ses parents, d'une manière suffisamment claire, stable dans le temps, et convergente. L'absence de représentation de l'enfant, de l'un de ses parents, du couple parental ou de la famille doit également être recherchée. Par représentation, nous entendons l'image que chacun se fait de la famille dans son ensemble, que chacun se fait de chaque membre qui la compose et que chacun se fait de la situation ; elle se traduit par les jugements portés, les affects éprouvés, les descriptions proposées et les décisions suggérées. Lorsque les représentations sont par trop divergentes ou instables dans le temps, il est nécessaire de pouvoir comprendre ce qui est en jeu et ne pas prendre alors de décision unilatérale. La réflexion pluridisciplinaire s'impose, ainsi que la recherche d'une convergence, d'un rassemblement des points de vue. Aboutir à une stabilisation des représentations n'est pas évident. Souvent ces représentations changent d'une équipe à l'autre, d'un spécialiste à l'autre ou même changent dans le temps au sein d'une même équipe. Mais D. Houzel souligne bien l'impact négatif et l'échec de ces prises en charge lorsque des mesures n'ont pas été mises en place pour assurer une stabilité de ces représentations. Ces mesures permettent d'éviter des jugements trop projectifs. Il est important de noter que les représentations de la parentalité varient avec l'âge ; par exemple, pour les très jeunes enfants, le poids de la pratique de la parentalité domine souvent au détriment parfois des autres axes qu'il faut pouvoir garder en tête. Cela implique le risque de juger les situations uniquement à la lumière de critères normatifs représentés par nos propres représentations idéalisées d'une pratique parentale.

Le dernier niveau d'analyse consiste à réfléchir autour **des processus d'induction et de contagiosité psychique** dont sont souvent l'objet les équipes concernées, qui se trouvent plus ou moins contaminées par les mécanismes pathologiques à l'œuvre au sein du groupe familial. Chaque professionnel, quel qu'il soit, est pris de manière inconsciente dans des processus dynamiques qui influencent sa prise en charge et qui répètent dans cette prise en charge ce qui s'est passé dans l'histoire familiale. Nous retrouvons souvent au sein des relations qui unissent les professionnels entre eux, qui les unissent à l'enfant et à la famille, les mêmes projections, les mêmes clivages, les mêmes mécanismes psychopathologiques qui agissent au sein de la famille. La qualité du travail qui peut être réalisé avec ces familles dépend pour une large part de la possibilité de repérer et d'élaborer ces phénomènes d'induction psychique, de les dépasser. L'intérêt de ce repérage est également d'aller au-delà des positions subjectives conscientes et inconscientes et d'ouvrir de nouveaux espaces de pensée, d'éviter d'être englué de trop près dans ces situations complexes. Les phénomènes de répétition au sein d'une même équipe ou d'équipes différentes (par exemple, répétition de positionnements conflictuels et passionnels entre les professionnels à l'image d'une séparation conflictuelle et passionnelle entre les parents) permettent de mieux repérer les phénomènes de contagiosité et d'induction psychique. Il faut néanmoins être vigilant et ne pas attribuer à une famille une répétition de phénomènes pathologiques dont l'origine serait un dysfonctionnement institutionnel.

Ces trois niveaux d'analyse doivent être associés à une réflexion pour chaque situation autour des trois axes de la parentalité : l'exercice, l'expérience et la pratique. Chaque professionnel doit pouvoir s'interroger sur comment, dans cette famille, chaque axe est ou non investi et de quelle manière ; il doit apprécier les conséquences sur l'exercice,

l'expérience et la pratique de la parentalité de tel type de discontinuité, de tel système de représentations, et de tel mécanisme d'induction.

Ainsi D. Houzel propose que « *toute décision de séparation d'un enfant d'avec ses parents doit être fondée sur un repérage précis selon les trois axes de la parentalité. Ce repérage doit permettre un travail d'élaboration des problèmes de parentalité amenant soit à gérer la séparation dans des conditions qui préservent au mieux les liens de l'enfant avec ses parents, soit à éviter des séparations inutiles et ainsi à prévenir des ruptures traumatiques. Un tel repérage doit être fait tout au long de la prise en charge de l'enfant. Il doit tenir compte à la fois des compétences parentales et de leurs limites, afin d'éviter d'empêcher un parent de remplir des fonctions parentales qu'il peut remplir, mais aussi de ne pas exiger d'un parent la responsabilité d'une fonction parentale qu'il ne peut assumer* » [41, p.176]. La mise en réseau des équipes institutionnelles (ASE, Juges des affaires familiales et juges des enfants, secteur psychiatrique de l'enfance et l'adolescence, PMI, secteur social etc.) s'avère indispensable pour prendre en compte chacun des aspects de la parentalité. La prise en charge de ces familles à problèmes multiples pose des questions qui ne peuvent être traitées par une seule équipe. Une équipe qui fonctionnerait seule, avec un renfermement sur elle-même et ses positions, offrirait un miroir à la famille de ses propres modes de défense et risquerait de les renforcer. Il est important de comprendre que cette tendance à se renfermer sur soi-même et prétendre détenir la juste position est d'autant plus forte que les projections dont l'institution est la cible sont violentes.

## CONCLUSION

---

Le contexte social actuel nous amène à nous interroger sur ce qu'est la parentalité, ce qu'elle signifie et implique. Là où, longtemps, le mariage d'un homme et d'une femme a été l'assise sociétale de la parentalité, nous assistons aujourd'hui à de nombreuses mutations du couple, de la famille et de la place de l'enfant. La diffusion de la contraception, la place du mariage dans notre société, la question du désir, le développement des techniques de procréation médicalement assistées, l'accès à la parentalité pour les couples homosexuels, ont bouleversé profondément le rapport à ces questions. Renvoyant aux fondements identitaires de chacun, les débats autour de ces sujets sont souvent empreints de revendications idéologiques. En retournant vers les questionnements premiers, à savoir qu'est-ce qu'être parents ? Pourquoi et comment le devient-on ?, cette thèse montre que, peut-être, les débats actuels ne sont finalement pas le véritable enjeu du devenir parent, et se trompent d'objet. C'est, en tout cas, en ayant une bonne compréhension de ce terme, de ce qu'il signifie et implique, que chacun pourra avancer sur cette question. Chaque professionnel intervenant dans la prise en charge de famille devrait donc avoir une représentation la plus claire et la plus cohérente possible de ce que peuvent être un père, une mère, un enfant et les liens qui les unissent. La parentalité et la famille traitant de thématiques fondamentales dans l'inscription identitaire symbolique de tout être Humain, chaque acteur se voit renvoyé à ses représentations propres et se doit d'avoir eu une réflexion sur ses représentations personnelles.

Dans la première partie, nous avons vu que comprendre la parentalité passe par la prise en compte du cadre anthropologique, sociétal et juridique dans lequel un individu devient parent. En effet, si la transition vers la parentalité désigne l'ensemble des processus psychiques qui se déroulent lorsqu'un individu devient père ou mère, il est important de souligner qu'elle reste sous l'influence de nombreux facteurs socio-économiques et culturels et s'intègre dans les systèmes symboliques caractéristiques d'une société. L'approche psychologique de la transition vers la parentalité s'adresse donc au niveau individuel, lui-même indissociable et en interaction avec un niveau d'intégration supérieur : celui de l'organisation sociale à laquelle appartient l'individu.

Dans la deuxième partie de cette thèse nous avons vu que, sur le plan individuel, la construction de la parentalité est un processus long et complexe qui prend ses racines dans l'enfance. Ce processus continue de se remanier tout au long de l'existence, jusque dans la grand-parentalité. Mais c'est bien au moment de la grossesse et des premiers mois de la vie de l'enfant que se produisent chez le nouveau parent une véritable crise maturative, un remaniement identitaire profond, venant bouleverser l'équilibre psychique préétabli. Cette crise n'en possède pas moins un formidable potentiel de réaménagement et de transformation.

A la lumière des apports théoriques et des cas cliniques développés dans la troisième partie, nous avons vu que cette période était un temps de reprise, de remise au travail de tous les éléments ayant marqué l'histoire du sujet. Au moment de l'accès à la parentalité, un certain nombre de questionnements propres à chaque patient ré-émergent. Ces problématiques, qui ont marqué l'histoire du sujet, avec un impact plus ou moins fort en matière de psychopathologie, entravent le processus de parentalité. Dans le présent travail, il est question de comprendre ce qui émerge au moment du « devenir parent », de voir comment cela s'exprime et, surtout, comment ces problématiques peuvent être travaillées et symbolisées.

La construction identitaire, du narcissisme primaire, tout le processus de subjectivation, la constitution des liens premiers, l'inscription dans l'Œdipe et la reprise d'éventuels traumatismes, sont autant de thèmes remis sur le devant de la scène. Selon son pôle d'organisation, selon sa vulnérabilité, le parent pourra plus ou moins se laisser traverser par les processus de régression, de sensibilisation et s'en remettre par la suite. Passer de deux à trois, pouvoir porter un regard sur l'autre, une préoccupation pour l'autre, le porter en soi, constituent un des nombreux enjeux de l'accès à la parentalité. Mais il s'agit également d'inscrire son enfant dans sa propre filiation, son histoire, tout en pouvant s'en détacher, s'en distancier, supporter qu'il soit autre et pas un prolongement narcissique visant à soutenir des défaillances du sien propre. Il s'agit enfin de transcender son histoire infantile, d'accéder au statut de celui qui transmet, donne la vie tout en acceptant de prendre la place de ses parents et d'être renvoyé à sa propre mort, de supporter la perte. Nous comprenons alors toute la complexité de ce processus dont la finalité est double : il s'agit à la fois d'un moment sensible pour le parent, qui peut entraîner la décompensation d'une pathologie psychiatrique sous-jacente, ou, du moins, apporter une souffrance et une désorganisation suffisante pour nécessiter l'intervention d'un professionnel. Mais il s'agit également de prévenir les conséquences vis-à-vis de l'enfant, à travers la constitution de liens premiers suffisamment sécurisés pour qu'il puisse lui-même construire des bases identitaires solides.

Mais si l'histoire infantile d'un sujet, son mode d'organisation, et tout ce qui a trait d'une manière générale à l'intrasubjectif, revêtent un caractère primordial, il n'en reste pas moins que l'environnement, le système dans lequel un sujet évolue, sont tout aussi fondamentaux à l'organisation de la parentalité. En effet, dans les cas cliniques développés, nous avons vu que la famille, éventuellement les professionnels, mais surtout le conjoint, font qu'un parent en difficulté pourra ou non les dépasser. Fonction paternelle et fonction maternelle sont des instances intrapsychiques à distinguer de la notion de père ou de mère. Mais il est, en tout cas, non seulement indispensable que ces deux fonctions cohabitent harmonieusement à l'intérieur de chaque parent, mais surtout qu'il existe un représentant de chacune d'elles qui assure la tiercéisation de la relation. Dans nos cas cliniques, l'absence physique ou symbolique du père, ou de tout autre représentant des fonctions qu'il incarne, est manifeste et nous mesurons alors l'étendue des conséquences pour l'enfant et pour la mère. Par cette

absence, et comme en négatif, cet état de fait souligne le rôle primordial de la fonction paternelle. Il s'agit, entre autres, d'un rôle de médiation, de support à la relation mère/enfant, pour faire face à l'ambivalence et aux pulsions agressives naissant de toute relation fusionnelle et visant à lutter contre l'indifférenciation.

Au final, les patientes présentant un pôle d'organisation narcissique identitaire mettent, selon nous, le mieux en lumière l'importance et le caractère fondamental des fonctions parentales dans l'établissement des liens premiers et dans la constitution des bases identitaires. Leurs prises en charge, très complexes, nécessitent une évaluation et une élaboration multidisciplinaire passant par une mise en réseau indispensable des différents professionnels, ceci afin de prendre en compte chacun des aspects de la parentalité. La prise en charge de ces familles à problèmes multiples pose des questions qui ne peuvent être traitées par une seule équipe.

**Pr. N. GEORGIEFF**  
N° RPPS 10003057105  
Pôle Universitaire de Psychiatrie  
de l'Enfant et de l'Adolescent  
ITTAC - CH LE VINATIER  
9 rue des Teinturiers - BP 22116  
69616 VILLEURBANNE Cedex  
Tél. 04 72 75 53 20

Signature

Vu et permis d'imprimer  
Lyon, le **10 SEP. 2014**

VU :  
Le Doyen de la Faculté de Médecine  
Lyon-Est

Professeur Jérôme **ESPIENNE**



VU :  
Pour Le Président de l'Université  
Le Président du Comité de Coordination  
des Etudes Médicales

Professeur François-Noël **GILLY**



## TABLE DES MATIÈRES

---

<b>Introduction .....</b>	<b>2</b>
<b>Partie A : Analyse du concept de parentalité, état des lieux .....</b>	<b>4</b>
1. De la création d'un néologisme à la constitution d'une notion complexe : rétrospective historique du terme de parentalité .....	4
2. Approche anthropologique de la parentalité : les concepts de parenté et de filiation.	6
3. Approche juridique : rétrospective historique des règles de la parentalité .....	9
4. La parentalité : tentative de définition .....	12
4.1 L'axe de l'exercice de la parentalité.....	12
4.2 L'axe de l'expérience de la parentalité .....	13
4.3 L'axe de la pratique de la parentalité.....	14
4.4 La parentalité : une définition impossible ?.....	15
5. La notion de parentalité partielle.....	16
<b>Partie B : Construction de la parentalité : un processus long et complexe.....</b>	<b>18</b>
1. Du désir d'enfant .....	18
1.1 Genèse du désir d'enfant dans la théorie freudienne .....	18
1.2 Apports ultérieurs sur la question du désir chez la femme .....	19
1.2.1 Le désir conscient .....	19
1.2.2 Le désir inconscient .....	19
1.2.2.a Désir de grossesse/désir d'enfant .....	19
1.2.2.b L'enfant imaginaire.....	19
1.2.2.c Au-delà des racines Œdipiennes : versant homosexuel de la maternité.....	20
1.2.2.d Autres théories sur l'origine inconsciente du désir d'enfant .....	20
1.3 Le désir d'enfant chez le futur père .....	20
2. La parentalité: un bouleversement au sein du couple, ou comment passer de deux à trois.....	21
3. La réorganisation psychique durant la grossesse.....	22
3.1 La transparence psychique.....	22
3.2 La préoccupation maternelle primaire .....	23
3.3 La constellation maternelle.....	24
3.4 Les modifications psychiques durant la grossesse, chez le futur père .....	25
4. La construction des premiers liens : un nouveau pas vers la parentalité .....	25
4.1 La Relation d'Objet Virtuel, ou ROV .....	25
4.2 L'Espace Maternel de Différenciation et d'Identification Psychique de l'Etre Humain Conçu, ou EMDIPEHC .....	27
4.3 La première rencontre : du fantasme à la réalité .....	28
4.4 La relation d'objet à l'enfant.....	29
4.5 L'accordage affectif.....	29
4.6 La fonction contenante .....	31
5. Les fonctions parentales maternelles et paternelles .....	32
5.1 La fonction maternelle .....	33

5.2	La fonction paternelle .....	33
5.3	Fonction parentale et couple .....	34
6.	Mécanismes psychologiques contemporains de la transition vers la parentalité .....	35
6.1	L'ambivalence.....	35
6.2	Le narcissisme .....	36
6.2.1	Parentalité et narcissisme .....	36
6.2.2	Le narcissisme primaire parental et sa transmission .....	36
6.3	La question de la transmission psychique et de la transgénérationnalité.....	37
6.3.1	Apports de la psychanalyse sur la question de la transgénérationnalité.....	37
6.3.2	Apport du courant interactionniste sur la question de la transmission inter et transgénérationnelle .....	38
6.3.3	Le mandat transgénérationnel .....	39
6.3.4	La compulsion de répétition.....	40
7.	Parentalité et attachement .....	40
8.	Pathologie de la filiation.....	43
	<b>Partie C : Illustrations cliniques.....</b>	<b>48</b>
1.	Mme D et Kevin, ou le défaut de contenance.....	49
1.1	Présentation du cas.....	49
1.2	Analyse51	
1.2.1	La question de la dépendance.....	51
1.2.2	La question de la contenance et du portage.....	53
1.2.3	La question de la rivalité et de la haine.....	54
1.2.4	La question de la parentalité.....	55
2.	Mme E et Mohamed, ou comment devenir mère quand on n'a pas fini d'être un enfant en souffrance .....	56
2.1	Présentation du cas.....	56
2.2	Analyse59	
2.2.1	La question du traumatisme et de la compulsion de répétition.....	59
2.2.2	La question de la violence .....	61
2.2.3	La question du tiers .....	62
2.2.4	La question de la parentalité.....	63
3.	Mme C et Laura, ou la reviviscence traumatique .....	66
3.1	Présentation du cas.....	66
3.2	Analyse69	
3.2.1	La question des limites .....	69
3.2.2	La question du traumatisme .....	70
3.2.3	La question de la parentalité.....	72
4.	Mme A et Lucie, ou lorsque le fantasme prend le devant de la scène .....	74
4.1	Présentation du cas.....	74
4.2	Analyse78	
4.2.1	La question de l'ambivalence et de la haine .....	78
4.2.2	La question de la transgénérationnalité.....	79
4.2.3	La question du regard de l'autre et de l'idéal .....	80
4.2.4	La question Œdipienne.....	82

4.2.5 La question de la parentalité.....	83
5. Mme B et Julien, ou comment faire trois sans être deux .....	84
5.1 Présentation du cas.....	84
5.2 Analyse86	
5.2.1 La question de la psychose et de la filiation narcissique .....	86
5.2.2 La question du rapport institutionnel à Mme B, à sa grossesse et à sa parentalité.....	88
5.2.3 La question de la parentalité.....	89
<b>Partie D : Troubles narcissiques identitaires et parentalité .....</b>	<b>91</b>
1. Désorganisation de la parentalité chez les personnes présentant un pôle d'organisation narcissique identitaire et conséquences sur l'enfant .....	91
2. Les propositions de D. Houzel pour soutenir cette parentalité.....	95
<b>Conclusion.....</b>	<b>98</b>
<b>Table des matières.....</b>	<b>101</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>104</b>
<b>Appendice : Le village indien (Ernest Hemingway) .....</b>	<b>109</b>

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. ABRAHAM N., TOROK M. *L'objet perdu-moi*. In *L'écorce et le noyau*. Paris : Flammarion, 1987, p 295-317
2. AULAGNIER P. *Quel désir pour quel enfant ?*. Topique 44 : Quels droits pour la psyché ?. Paris : Dunod, 1989.
3. BAYLE B. *L'enfant à naître. Identité conceptionnelle et gestation psychique*. Ramonville-Sainte-Agne : Eres, 2005, 391 p.
4. BAYLE B. *La société procréatique, entre mythe et réalité. Apport de la psychopathologie de la conception humaine*. Neuropsychiatrie de l'enfant et l'adolescent, 2007, 55, 5-6, p. 329-336
5. BEETSCHEN A., CHARVET F. *Psychologie et psychopathologie de la maternité. Psychoses puerpérales*. Confrontations psychiatriques, 1978, 16, p. 83-124
6. BENEDEK T. *Parenthood as a developmental phase*. Journal of the American Psychoanalytic Association, 1959, 7, p. 389-417
7. BERGERET J. *La violence fondamentale*. Paris : Dunod, 2000
8. BION W. R. *Aux sources de l'expérience*. Trad. française. Paris : PUF, 1962
9. BION W. R. *Une théorie de l'activité de pensée*. Trad. française. In *Réflexion faite*. Paris : PUF, 1962 , p. 125-135
10. BLAFFER HRDY S. *Evolutionary context of human development : The cooperative breeding model*. In *Attachment and bonding : a new synthesis*. London: The MIT Press & Dalhem University Press, 2005, 512 p., p. 9-32,
11. BRAZELTON T. B. *Echelle d'évaluation du comportement néonatal*. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 1983, 2-3, p. 61-96
12. BYDLOWSKI M., DAYAN M., CAHEN F., FONTY B. *Approche psycho-médicale de l'infertilité, Souffrir de stérilité*. Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction, 1983, 12 (3), p. 269-276.
13. BYDLOWSKI M. *Désir d'enfant, désir de grossesse, évolution des pratiques de procréation*. In *Psychopathologie du bébé*. Paris : PUF, 1989
14. BYDLOWSKI M. *La transparence psychique de la grossesse*. Etudes freudiennes, 1991, 32, p. 135-142
15. BYDLOWSKI M. *La dette de vie itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris, PUF, 1997, (Collection le fil rouge)
16. CICCONE A. *La transmission psychique inconsciente*. Paris : Dunod, 1999
17. CLEMENT R. *Parents en souffrance*. Paris : Stock-Laurence Pernoud, 1993
18. CRAMER B. *Profession bébé*. Paris : Hachette, 1989

19. CUPA D. *Le complexe de grossesse du père*. In *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*. Paris : PUF, 2013
20. DAYAN J., DUGNAT M., ANDRO G. *Psychopathologie de la périnatalité*. Paris : Masson, 1999, (Les âges de la vie)
21. DEUTSCH H. *La psychopathologie des femmes*. Paris : PUF, 1949
22. DUGNAT M. *Maternité et troubles narcissiques*. In *La parentalité exposée* sous la direction de Patrick Ben Soussan. Paris : Eres, 2000
23. FAIMBERG H. *Le télescopage des générations. A propos de la généalogie de certaines identifications*. *Psychanalyse à l'université*, 1987, XII, 46, p 181-200
24. FAIN M. *Prélude à la vie fantasmatique*. *Revue française de psychanalyse*, 1971, XXXV, 2-3, p. 291-365
25. FAVRE D. *Elle a fait son bébé toute seule*. In *Parents au singulier. Monoparentalités : échec ou défi ?*. Paris : Autrement, 1993, 220 p., n° 134
26. FRAIBERG S. *Fantômes dans la chambre d'enfant : une approche psychanalytique des problèmes qui entravent les relations mère-nourisson*. *Psychiatrie de l'enfant*, 1983, XXVI, 1, p 57-98
27. FREUD S. *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris : Folio-Gallimard, (Texte original 1905)
28. FREUD S. *Totem et tabou*. Paris : Payot & Rivages, 2001, (Petite Bibliothèque Payot, 9), (Texte original 1913)
29. FREUD S. *Pour introduire le narcissisme*. In *La vie sexuelle*. Paris : PUF, 1969, (Texte original 1914)
30. FREUD S. *Pulsion et destin des pulsions*. Paris : PUF, 2005, p. 163-185, (Œuvres complètes de Freud, XIII), (Texte original 1915)
31. FREUD S. *Le Moi et le Ça*. Paris : PUF, 1991, p. 255-301 (Œuvres complètes de Freud, XVI), (Texte original 1922)
32. FREUD S. *Nouvelles suites des leçons d'introduction à la psychanalyse*. Paris : PUF, 1995, p. 150, (Œuvres complètes de Freud, XIX, 1932)
33. FREUD S. *La disparition du complexe d'œdipe*. In *La vie sexuelle*. Paris : PUF, 1969
34. GODELIER M. *Métamorphoses de la parenté*. Paris : Flammarion, 2010
35. GUEDENEY N. et A. *L'attachement : approche théorique, du bébé à la personne âgée*. 3<sup>e</sup> éd. Paris : Masson, 1999, (Les âges de la vie)
36. GUYOTAT J. *Processus psychotiques et filiation*. *Confrontation psychiatrique*, 1978, 16, p. 191-217
37. GUYOTAT J. *Grille pour un repérage des singularités de la filiation*. *Psychanalyse à l'université*, 1979, 4, 16, p. 639-652
38. GUYOTAT J. *Intervention psychothérapiques brèves. Focalisation sur le lien de filiation*. *Psychothérapies*, 1983, 3, 3, p. 177-179

39. GUYOTAT J. *Traumatisme et lien de filiation*. Dialogue, 2005, 2, 168, p. 15-24
40. HOUZEL D. *Les enjeux de la parentalité*. Paris : Eres, 1999
41. HOUZEL D. *La transmission psychique parents et enfants*. Paris : Odile Jacob, 2010, 224 p.
42. KLEIN M. *Deuil et dépression*. Paris : Payot & Rivages, 1934 (La petite bibliothèque Payot)
43. KLEIN M. *La psychanalyse des enfants*. Paris : PUF, 1969
44. LAMOUR M., LEOVICI S. *Les interactions du nourrisson avec ses partenaires : évaluations et modes d'abord préventifs et thérapeutiques*. La Psychiatrie de l'enfant, 1991, 34, 1, p. 171-275
45. LAMOUR M., BARRACO M. *Souffrances autour du berceau, des émotions aux soins*. Montréal : Gaëtan Morin, 1998
46. LEOVICI S., STOLERU S. *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*. Paris : Le centurion, 1983.
47. LEOVICI S. *Le désir d'enfants ou pourquoi naît-il si peu d'enfants ?*. Revue de pédiatrie, 1985, 21, 6.
48. LEOVICI S. *En l'Homme, le bébé*. Paris : Flammarion, 1994
49. LEOVICI S. *L'arbre de vie*. Paris : Eres, 1998
50. LEOVICI S. *Le mandat transgénérationnel*. Psychiatrie française, 1999, 70, 4, p.105-113.
51. LEVI-STRAUSS C. *Les structures élémentaires de la parenté*. La Haye : Mouton de Gruyter, 1967
52. MAESTRIPIERI D. *Biological bases of maternal attachment. Current directions*. Psychological Science, 2001, 10, p. 79-83
53. MISES R. *Les pathologies limites de l'enfant*. In *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent*. Tome 2. Paris : PUF, 2004, p. 1347-1362
54. MISSONNIER S. *Le premier chapitre de la vie ? Nidification foetale et nidification parentale*. La psychiatrie de l'enfant, 2007, 1, 50, p. 61-80
55. MISSONNIER S. *L'enfant du dedans et la relation d'objet virtuel*. In *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*. Paris : PUF, 2004, 738 p.
56. MONTAVILLE H. *De la construction de la parentalité à sa mise à l'épreuve : infertilité, abandon et adoption*. Thèse de doctorat en médecine. Lyon : Faculté de Médecine Lyon Est, 2013
57. POUSSIN G. *La fonction parentale*. 3<sup>e</sup> éd. Paris : Dunod, 2004
58. RACAMIER P.-C. et al. *La mère, l'enfant dans les psychoses du post-partum*. L'Evolution psychiatrique, 1961, 26, p. 526-570
59. RESNIK S. *L'espace mental*. Trad. française. Ramonville-Sainte-Agne : Eres, 1994
60. ROUSSILLON R. *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : PUF, 1999
61. ROUSSILLON R. *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Paris : Elsevier Masson, 2007

62. RAINELLI C., ORLIAGUET M.-H., VILLARS M.-L. *Reviviscence traumatique lors de la grossesse et de la naissance des abus sexuels subis pendant l'enfance*. Neuropsychiatrie de l'enfant et l'adolescent, 2000, 60, 5, p. 356-361
63. SELLENET C. *La parentalité décryptée*. Paris : l'Harmattan, 2007
64. SICHEL D. A. et al. *Postpartum obsessive compulsive disorder : a case series*. J. Clin. Psychiatry, 54, 156-159
65. SIROL F. *La haine de la femme enceinte pour son fœtus*. Devenir, 1999, 11, 2, p. 25-34
66. SOLIS-PONTON L. *La parentalité, Défi pour le troisième millénaire, un hommage international à Serge Lebovici*. Paris : PUF, 2002, (le fil rouge)
67. SOLIS-PONTON L. *La parentalité et ses avatars au XXIème siècle, le passage du couple conjugal au couple parental, quels enjeux ?*. Le journal des psychologues, 2011, 284, p. 44-46
68. STERN D. *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris : PUF, 1989
69. STERN D., CUPA D. *La constellation maternelle*. Paris : Calmann Levy, 1997, 296 p.
70. STERN D., LEOVICI S., GUEDENEY A., GOLSE B. *D'une constellation à l'autre*. La psychiatrie de l'enfant, 2001, 1, 44, PUF
71. STOLERU S. *La parentification et ses troubles. Psychopathologie du bébé* sous la direction de S. Lebovici. Paris : PUF, 1989, p. 113-130
72. WINNICOTT D. W. *La haine dans le contre transfert*. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969, p. 48-58 (Texte original 1947)
73. WINNICOTT D. W. *La préoccupation maternelle primaire*. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969, p. 285-291 (Texte Original 1956)
74. WINNICOTT D. W. *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris : Gallimard, 2000, (la connaissance de l'inconscient)
75. *Parentalité*. Le Petit Robert. Mise à jour 2001.
76. *Article 371-2 du Code Civil*. In : Legifrance.gouv.fr, Le service public de la diffusion du droit. Site disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006426469&dateTexte=&categorieLien=cid>. (Page consultée le 19 juillet 2014)
77. *Loi n° 70-459 du 4 juin 1970 relative à l'autorité parentale*, Version consolidée au 01 janvier 1971. In : Legifrance.gouv.fr, Le service public de la diffusion du droit. Site disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000693433>. (Page consultée le 19 juillet 2014)
78. *Loi n° 72-3 du 3 janvier 1972 sur la filiation*, Version consolidée au 01 août 1972. In : Legifrance.gouv.fr, Le service public de la diffusion du droit. Site disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000875196>. (Page consultée le 19 juillet 2014)

79. *Loi n° 75-617 du 11 juillet 1975 portant réforme du divorce*, Version consolidée au 01 mars 1994. In : Legifrance.gouv.fr, Le service public de la diffusion du droit. Site disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000888294>. (Page consultée le 19 juillet 2014)
80. *Loi n° 87-570 du 22 juillet 1987 sur l'exercice de l'autorité parentale*, NOR : PRMX8700091L, Version consolidée au 24 juillet 1987. In : Legifrance.gouv.fr, Le service public de la diffusion du droit. Site disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000508821&dateTexte=20140719>. (Page consultée le 19 juillet 2014)
81. *Loi n° 93-22 du 8 janvier 1993 modifiant le code civil relative à l'état civil, à la famille et aux droits de l'enfant et instituant le juge aux affaires familiales*, NOR: JUSX9100195L, Version consolidée au 01 janvier 2005. In : Legifrance.gouv.fr, Le service public de la diffusion du droit. Site disponible sur : <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000361918>. (Page consultée le 19 juillet 2014)
82. *Loi n° 94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal*, NOR: SPSX9400032L, Version consolidée au 22 juin 2000. In : Legifrance.gouv.fr, Le service public de la diffusion du droit. Site disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000549618>. (Page consultée le 19 juillet 2014)

## APPENDICE : LE VILLAGE INDIEN (ERNEST HEMINGWAY)

---

*Un second canot avait été tiré au bord du lac. Les deux Indiens, debout, attendaient.*

*Nick et son père se mirent à l'arrière du bateau, les Indiens le poussèrent et l'un d'eux y monta et prit les rames. L'Oncle Georges s'assit à l'arrière du canot du camp. Le jeune Indien poussa le canot à l'eau et y monta pour emmener l'Oncle Georges.*

*Les deux bateaux s'enfoncèrent dans l'ombre. Nick entendait le bruit des taquets de l'autre bateau à une bonne distance en avant du leur. Les Indiens hachaient rapidement l'eau de leurs rames. Nick était renversé en arrière, le bras de son père passé autour de lui. Il faisait froid sur l'eau. L'Indien qui les conduisait ramait ferme, mais l'autre bateau les précédait toujours dans la brume.*

*« Où allons-nous, papa ? » demanda Nick.*

*— Chez les Indiens. Il y a une Indienne qui est très malade.*

*— Ah ! » dit Nick.*

*De l'autre côté de la baie, ils trouvèrent d'autres bateaux hors de l'eau. L'Oncle Georges fumait son cigare dans l'obscurité. Le jeune Indien tira le bateau sur la plage. L'Oncle Georges donna des cigares aux deux Indiens.*

*Laissant la plage derrière eux, ils traversèrent une prairie trempée par la rosée, à la suite du jeune Indien qui portait une lanterne. Puis ils s'engagèrent dans un bois et prirent un sentier jusqu'à la route des bûcherons qui menait aux collines. Comme les futaies étaient coupées de chaque côté de la route, il y faisait beaucoup plus clair. Le jeune Indien s'arrêta et souffla sa lanterne, puis ils se mirent tous en marche le long de la route.*

*Ils arrivèrent à un tournant et un chien s'avança en aboyant. Devant eux il y avait les lumières des cabanes où les Indiens, des écorceurs d'arbres, vivaient. D'autres chiens se précipitèrent sur eux. Les deux Indiens les renvoyèrent aux cabanes. Dans la cabane la plus près de la route, il y avait une lumière à la fenêtre. Une vieille femme se tenait sur le pas de la porte avec une lampe.*

*À l'intérieur, sur une couchette de bois, une jeune Indienne était tendue. Depuis deux jours, elle essayait d'avoir son enfant. Toutes les vieilles du camp s'y étaient mises. Les hommes s'étaient transportés en haut de la route pour s'asseoir dans l'ombre et fumer, loin du bruit qu'elle faisait. Elle cria juste au moment où les deux Indiens et Nick entrèrent dans la cabane à la suite du père de celui-ci et de l'Oncle Georges. Elle était étendue dans la couchette du bas, très grosse sous le couvre-pieds, la tête tournée de côté. Son mari était dans la couchette au-dessus. Trois jours avant il s'était sérieusement coupé le pied avec une hache. Il fumait sa pipe. Ça sentait très mauvais dans la chambre.*

*Le père de Nick fit mettre de l'eau sur le poêle et, tandis qu'elle chauffait, il parlait avec Nick.*

*« Cette dame va avoir un bébé, Nick, dit-il.*

*— Je sais, dit Nick.*

— Tu ne sais rien, dit son père. Écoute-moi. Ce qu'elle est en train de subir s'appelle être en travail. L'enfant veut naître et elle veut qu'il naisse. Tous ses muscles s'efforcent de faire naître le bébé. C'est ce qui se passe quand elle crie.

— Je comprends », dit Nick.

À ce moment, la femme poussa un cri.

« Oh ! papa, tu ne peux pas lui donner quelque chose pour l'empêcher de crier ? demanda Nick.

— Non. Je n'ai pas d'anesthésique, dit son père. Mais ses cris n'ont pas d'importance. Ils n'ont pas d'importance et je ne les entends pas. »

Dans la couchette au-dessus, le mari se tourna vers le mur.

De la cuisine, la femme fit signe au docteur que l'eau était chaude. Le père de Nick y alla et versa à peu près la moitié de la grosse bouillotte dans une cuvette. Puis dans l'eau qui restait, il mit plusieurs choses qu'il retira d'un mouchoir.

« Il faut que ça arrive à ébullition », dit-il, et il commença de se laver les mains dans la cuvette d'eau chaude avec un morceau de savon qu'il avait apporté du camp. Nick regardait les mains de son père se frotter l'une l'autre avec le savon. Tout en se nettoyant les mains très soigneusement et à fond, son père parlait.

« Tu comprends, Nick, les bébés doivent venir au monde la tête la première mais quelquefois ils ne le font pas. Quand ils ne le font pas, ça cause des embêtements à tout le monde. Peut-être bien que je vais être obligé d'opérer cette dame. Nous saurons ça dans un instant. »

Quand il fut satisfait de ses mains, il revint dans la chambre et se mit au travail.

« Rabats le couvre-pieds, veux-tu, Georges ? dit-il. J'aime autant ne pas y toucher. »

Un peu plus tard, quand il commença l'opération, l'Oncle Georges et trois Indiens maintinrent la femme. Elle mordit l'Oncle Georges au bras et l'Oncle Georges s'écria : « Sacrée putain d'Indienne ! » et le jeune Indien qui avait amené l'Oncle Georges se mit à rire. Nick tenait la cuvette pour son père. Tout cela prit beaucoup de temps.

Son père s'empara du bébé et le claqua légèrement pour le faire respirer, puis il le passa à la vieille femme.

« Tu vois, c'est un garçon, Nick, dit-il. Alors, te voilà passé interne ? Ça te plaît-il ? »

Nick répondit :

« Oui, ça va. »

Il détournait les regards pour ne pas voir ce que son père faisait.

« Là. Voilà qui est fait », dit son père en jetant quelque chose dans la cuvette.

Nick ne regarda pas.

« Maintenant, dit son père, il y a quelques sutures à faire. Regarde ou ne regarde pas, Nick, c'est comme tu voudras. Je vais recoudre l'incision que j'ai faite. »

Nick ne regarda pas. Sa curiosité était évanouie depuis longtemps.

*Son père termina et se releva. L'Oncle Georges et les trois Indiens se relevèrent. Nick alla porter la cuvette dans la cuisine.*

*L'Oncle Georges regarda son bras. Le jeune Indien eut une réminiscence et sourit.*

*« Je te mettrai de l'eau oxygénée, Georges », dit le docteur.*

*Il se pencha sur l'Indienne. Elle était tranquille maintenant, les yeux clos. Elle était très pâle. Elle ne savait pas ce qu'il était advenu de l'enfant ni rien.*

*« Je reviendrai demain matin, dit le docteur, debout. L'infirmière de Saint-Ignace arrivera vers midi et elle apportera tout ce dont nous avons besoin. »*

*Il se sentait d'humeur hilare et bavarde comme les joueurs de football au vestiaire, après la partie.*

*« En voilà une digne du journal médical, Georges, dit-il. Faire une césarienne avec un couteau de poche et la recoudre avec des bas-de-ligne en crin de trois mètres. »*

*L'Oncle Georges, adossé au mur, regardait son bras.*

*« Ah ! pas d'erreur; tu es un grand homme, dit-il.*

*— Jetons un coup d'œil sur l'heureux papa. Ce sont généralement les plus malheureux dans ces petites affaires, dit le docteur. Je dois dire que celui-ci a pris tout ça plutôt tranquillement. »*

*Il tira la couverture qui couvrait la tête de l'Indien. Sa main fut toute mouillée. Il monta sur le bord de la couchette inférieure, une lampe à la main, et regarda. L'Indien était étendu, le visage contre le mur. Sa gorge était tranchée d'une oreille à l'autre. Le sang s'était écoulé, formant une flaque à l'endroit où le corps faisait fléchir la couchette. Sa tête reposait sur son bras gauche. Un rasoir ouvert était sur les couvertures, la lame en l'air.*

*« Fais sortir Nick de la cabane, Georges », dit le docteur.*

*Ce n'était pas la peine. De la porte de la cuisine, Nick avait eu tout le temps de voir la couchette quand son père, la lampe à la main, avait déplacé la tête de l'Indien.*

*Il commençait tout juste de faire jour quand ils se retrouvèrent sur la route des bûcherons, en marche vers le lac.*

*« Je regrette bigrement de t'avoir amené, Nickie, lui dit le docteur, toute son hilarité postopératoire disparue. Je t'ai fait passer dans un vilain gâchis.*

*— Est-ce que les dames ont toujours autant de mal pour avoir leurs bébés ? demanda Nick.*

*— Non, ça c'était tout à fait exceptionnel.*

*— Pourquoi s'est-il tué, papa ?*

*— Je ne sais pas, Nick. Il ne pouvait pas en supporter davantage, je suppose.*

*— Est-ce qu'il y a beaucoup d'hommes qui se tuent, papa ?*

*— Pas beaucoup, Nick.*

- *Beaucoup de femmes ?*
- *Presque jamais.*
- *Jamais ?*
- *Oh ! si. Quelquefois.*
- *Papa?*
- *Oui.*
- *Où est allé l'Oncle Georges ?*
- *Tu le reverras, sois tranquille.*
- *Est-ce que c'est dur de mourir, papa ?*
- *Non, je crois que c'est assez facile, Nick. Ça dépend. »*

*Ils étaient assis dans le bateau, Nick à l'arrière, et son père ramait. Le soleil s'élevait au-dessus des collines. Un bar sauta, faisant un cercle sur l'eau. Nick laissait traîner sa main dans l'eau qui paraissait chaude avec ce froid vif du matin.*

*Dans le petit jour de l'aube, sur le lac, assis à l'arrière du bateau où son père ramait, il se sentait tout à fait sûr de ne jamais mourir.*

Traduit de l'anglais par Ott de Weymer.



 06 01 99 75 70

[contact@imprimerie-mazenod.com](mailto:contact@imprimerie-mazenod.com)

[www.thesesmazenod.fr](http://www.thesesmazenod.fr)

**RENOUX Alice :**

**La parentalité à l'épreuve de l'histoire du sujet**

Réflexion théorico-clinique sur les enjeux de la parentalité à travers l'étude de patients présentant un pôle d'organisation narcissique-identitaire

112 p.

Th. Méd : Lyon 2014 n°

---

**RESUME :**

Cette thèse interroge le concept de parentalité qui connaît aujourd'hui un fort succès mais qui reste complexe à appréhender et dont toute définition n'apparaît que partielle. C'est pourquoi il est ici question de chercher à mieux comprendre cette notion à travers sa genèse, ses fonctions mais aussi ses dysfonctionnements.

Une première partie reprend l'histoire de ce concept et permet de dresser un cadre sociologique, anthropologique et juridique indispensable à une approche complète de cette notion. Une deuxième partie traite de l'aspect psychologique de la transition vers la parentalité en soulignant l'aspect de crise maturative, de remaniement identitaire profond, venant bouleverser l'équilibre psychique préétabli. Ainsi deux niveaux d'analyse sont abordés : le niveau individuel, lui-même indissociable et en interaction avec un niveau d'intégration supérieur, celui de l'organisation sociale à laquelle appartient l'individu.

Une troisième partie, clinique, aborde l'angle de la pathologie et montre comment, au moment de l'accès à la parentalité, un certain nombre de questionnements propres à chaque individu ré-émergent. Ces problématiques, qui ont marqué l'histoire du sujet, peuvent entraver le processus de parentalité. A la lumière de plusieurs cas de patientes présentant un pôle d'organisation narcissique identitaire, il est question de souligner l'importance et le caractère fondamental des fonctions parentales dans l'établissement des liens premiers et dans la constitution des bases identitaires.

Enfin il s'agira de développer un certain nombre de propositions pour soutenir cette parentalité.

---

**MOTS CLES :** Parentalité, maternalité, paternalité, fonction parentale, couple, enfant, grossesse, état limite, trouble narcissique-identitaire, filiation.

---

**JURY :** Président : Monsieur le Professeur Nicolas GEORGIEFF

Membres : Monsieur le Professeur Olivier CLARIS  
Monsieur le Professeur Pierre FOURNERET  
Monsieur le Docteur Michel VILLAND

---

**DATE DE SOUTENANCE :** Lundi 06 octobre 2014

---

**ADRESSE DE L'AUTEUR :** alicerenoux@hotmail.fr

---